



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE LA SALUD**

CIES



MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA 2009 – 2011

**INFORME DE TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRO EN EPIDEMIOLOGIA**

**Caracterización de la Mortalidad Materna en Mujeres en edad fértil
en la Región Sanitaria Metropolitana Número 19 de Tegucigalpa M.D.C.**

Francisco Morazán, Honduras C.A.

Enero – Diciembre 2010

AUTOR: DR. CARLOS OSIRIS LOPEZ PUERTO

TUTOR: DR. MSc. PABLO CUADRA

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, 25 de Junio del 2011

INDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
I.-Introducción	1
II.-Planteamiento del Problema	2 - 3
III. Justificación	4
IV. Antecedentes	5 - 6
V.-Objetivos	7
VI.-Marco de Referencia	8 - 25
VII.- Diseño Metodológico	26 -29
VII- Resultados	30 - 35
IX.- Análisis de Resultados	36 - 39
X.- Conclusiones	40
XI.- Recomendaciones	41
XII.- Bibliografía	42 - 44
Anexos	

DEDICATORIA

A mi Madre (QDDG) con profundo amor,

**"NO SE PIERDE A NADIE SOLO SE NOS ADELANTO, PERO LO MEJOR DE
ELLA SIGUE EN NUESTRO CORAZON SU AMOR"**

Tu Hijo, Nunca te olvidare.

AGRADECIMIENTO

Al Eterno

Por qué para siempre es su misericordia

A mi Esposa e Hijos

Porque son la fuente de Motivación, inspiración y sacrificio

A mis Maestros

Gracias por compartir sus conocimientos, En especial al Dr. Miguel Orozco Valladares y al Dr. Pablo Cuadra por brindarme algo más de su amistad y afecto

Al Instituto Hondureño De Seguridad Social

Por darme la oportunidad de superarme académicamente

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio descriptivo transversal, cuyo objetivo general es "caracterizar la Mortalidad Materna en mujeres en edad fértil en la Región Sanitaria Metropolitana #19 de Tegucigalpa, M.D.C.durante el periodo de Enero a Diciembre 2010."

La población de estudio estuvo constituida por 454 defunciones de las cuales se pudieron estudiar 412 Eran muertes maternas en mujeres en edad fértil.

Las principales conclusiones, de acuerdo a los objetivos específicos fueron:

La tasa de mortalidad materna de mujeres en edad fértil para el año 2010 fue de 1.30.por mil mujeres en edad fértil.

La curva de mortalidad materna presenta un comportamiento irregular, se caracteriza por cifras mensuales que variaron entre 19 (Diciembre) y 51 (Junio), con un promedio mensual de 34 defunciones.

Las características de las mujeres fallecidas sujetas de estudio son: jóvenes (19-35 a), ama de casa, mestiza, en unión libre, escolaridad...primaria completa situación socio económica baja, múltipara, asistente al control prenatal y sin antecedente de patología asociada

Para dar prioridad a este problema Honduras forman parte de los objetivos del desarrollo del milenio donde se pretende disminuir la tasa de Mortalidad infantil en dos tercios y la Mortalidad Materna en tres cuartas partes (45 por 100,000 nacidos vivos) para el año 2,015.

I. INTRODUCCIÓN

A consecuencia de la iniciativa para una maternidad segura lanzada en la Conferencia Internacional de 1987 en Nairobi, Kenya, un gran número de investigaciones han sido realizadas con el fin de identificar qué es lo que tienen que hacer los países para disminuir la Mortalidad Materna. Se estima que cada año 500,000 a 600,000 mujeres mueren debido a complicaciones en el parto, haciendo que ésta sea una de las principales causas de muerte de mujeres adultas en edad reproductiva y una preocupación crítica para la humanidad.

Las intervenciones dirigidas a la reducción de la Mortalidad Materna han cambiado sustancialmente durante los 19 años de historia de esta iniciativa, y han incluido medidas tales como la capacitación de parteras, la provisión de cuidados prenatales para identificar las mujeres en riesgo de sufrir complicaciones durante el parto, así como el aseguramiento de la disponibilidad de personas con preparación suficiente para atender los partos, entre otras.

No existe duda de que el conocimiento médico, las intervenciones apropiadas y la capacidad de monitoreo son esenciales para contrarrestar la Mortalidad Materna (MM). Sin embargo, esta perspectiva ignora las formas en las cuales el mundo está construido social y políticamente y, en consecuencia, pasa por alto cómo se desarrolla el conocimiento y se generan las prioridades, así como las maneras como se diseñan las políticas y se implementan los programas. Sobre todo, presta muy poca atención a los procesos sociales y políticos que establecen las prioridades políticas, las opciones, las alternativas de intervención y los resultados. En cuanto más aprendemos sobre las causas y determinantes de la Mortalidad Materna, entre mejor identificamos métodos apropiados de intervenciones médicas e ideamos mejores indicadores, más colaboramos con la construcción del conocimiento necesario para seleccionar e implementar las intervenciones correctas, supervisar y evaluar su efectividad y reducir así los niveles de MM.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El subregistro y la clasificación errónea de las Muertes de Mujeres en Edad Fértil y de las Muertes Maternas a nivel nacional, no permiten tener un dato real para enterarse de la magnitud de este problema, las cifras disponibles son estimaciones basadas en una variedad de fuentes, generalmente originadas en las Unidades Productoras de Salud, haciendo alusión a algunas de ellas solo a lo relacionado con la Mortalidad Materna.

No siempre estas fuentes son fidedignas, las informaciones a nivel hospitalario tienden a subestimar el número de defunciones debido a que muchas mujeres mueren fuera del hospital.

Los estudios en las comunidades dan resultados más fidedignos, pero resultan mucho más costosos.

Según estudios, en los años 90^ª la Región Sanitaria Metropolitana # 19 de Tegucigalpa M.D.C. se vio afectada por la Muertes de Mujeres en edad fértil, dentro de estas un porcentaje considerable de Muertes Maternas.

Para 1997 la tasa de Mortalidad Materna era de 108 por 1000,000 nacidos vivos, observándose una franca disminución, sin embargo continua siendo una de las tasas más altas de centro y Latinoamérica, es por esto que la Secretaria de Salud Pública de Honduras la ha definido como un problema prioritario a resolver en los próximos años.

Para dar prioridad a este problema Honduras forman parte de los objetivos del desarrollo del milenio donde se pretende disminuir la tasa de Mortalidad Infantil en dos tercios y la Mortalidad Materna en tres cuartas partes (45 por 100,000 nacidos vivos) para el año 2015.

Estas tasas de mortalidad son susceptibles de reducir ya que la mayoría de las muertes son evitables debido a que se conocen cuales son las intervenciones más eficaces y se conoce como la inversión en maternidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a mejorar la salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las

comunidades; particularmente en las mujeres pobres de las comunidades rurales aisladas, quienes son las más afectadas por la falta de atención obstétrica esencial básica y por lo tanto, quienes más probabilidades tienen de morir en el parto.

Debido a lo anterior se ha generado la necesidad de encontrar una respuesta a este problema, mejorando así la vigilancia a nivel de los servicios para la oportuna notificación e investigación de los casos, para facilitar y comparar su comportamiento entre el resto comunidades.

III.JUSTIFICACION

En el año 2001 el Gobierno de Honduras (GHO) preparó una Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) en el marco de la iniciativa de Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC por sus siglas en inglés), y uno de sus objetivos y línea estratégica de inversión es desarrollar el capital humano. El seguimiento del avance de esta línea estratégica tiene un pilar importante en el sector salud, donde la meta es la reducción a la mitad de la Mortalidad Materna e Infantil para el año 2015. Estas metas de la Estrategia de Reducción de la Pobreza se relacionan directamente con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a los cuales Honduras se ha adherido. Los Objetivos del Desarrollo del Milenio persiguen reducir en dos tercios la tasa de Mortalidad Infantil de los niños menores de cinco años (de 60 por mil nacidos vivos en 1990 a 20 en el 2015) y reducir en tres cuartos la tasa de Mortalidad Materna (de 182 por cien mil nacidos vivos en el año 1990 a 45 en el 2015).

Entre los desafíos y prioridades para cumplir con esta meta y mejorar la salud materna en general, cabe mencionar la incorporación del tema de la salud sexual y reproductiva en las políticas, los programas y los proyectos de salud, para identificar las áreas que requieren una asistencia prioritaria, el control de embarazos no deseados con métodos adecuados de planificación familiar, y la concientización de la juventud sobre sexualidad y salud reproductiva. Además, se debe poner atención a las relaciones que existen entre la salud materna y otros aspectos de salud y el bienestar en general, como por ejemplo la desnutrición, la salud en la niñez y el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

IV. ANTECEDENTES

Los estudios oficiales que se han realizado en el país han revelado que la Mortalidad Materna en Honduras era de 182 muertes por cada cien mil nacidos vivos en 1990, y de 108 por cada 100,000 nacidos vivos en 1997, observándose una disminución muy importante de las Muertes Maternas, sin embargo esta tasa es una de las más altas de Latino América en comparación con otros países de la región.

Estas altas tasas de mortalidad se concentran en mujeres que residen en zonas rurales, de bajos ingresos y bajo nivel educativo en las cuales igualmente se dan las mayores tasas de fecundidad.

Honduras ha alcanzado importantes logros en cuanto al mejoramiento de las tasas sanitarias con relación a la década de los 70^{as}. Entre los indicadores más sensibles se encuentra la reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna e Infantil; a pesar de estos logros alcanzados, la tasa de mortalidad sigue siendo altas, por lo que ha sido necesario continuar enfocando esfuerzos para atender sistemáticamente los diversos aspectos que ya han sido considerados en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y en la Política Nacional de la Mujer, que tienen injerencia directa e indirecta en los eventos que afectan la salud.

Por otro lado el 100% de las muertes por hemorragia y sepsis son evitables si se dispone de los requerimientos para brindar cuidados obstétricos esenciales. Se ha estimado que el 50% de las muertes causadas por trastornos hipertensivos son prevenibles. Si bien las coberturas de atención han mejorado en los últimos años, esta alta mortalidad por causas prevenibles se debe en parte a la aún baja cobertura del parto institucional (61% en 2001), relacionada a su vez con la dispersión poblacional en medios rurales, la dificultad de acceso a servicios de salud y a la deficiente calidad de los servicios provistos.

La Mortalidad Materna tiene relación además con el desempeño de otros indicadores, como el control prenatal y posparto. El control prenatal del último

nacido vivo tiene una cobertura de aproximadamente 85% y no ha variado de manera importante en los últimos 16 años, sin embargo si ha aumentado con relación a 1987 y 1991. El control puerperal ha mostrado un lento pero sistemático incremento en los últimos 16 años y entre el año 1996 y el 2001 aumento en casi cuatro puntos porcentuales.

El programa de vigilancia de Mortalidad Materna de la Secretaria de Salud Pública de Honduras reporto para el año 2004, 22 Muertes Maternas ocurridas en el Hospital Escuela. Según la causa de muerte 07 son muertes relacionadas con el embarazo, 13 son Muertes Maternas directas y 02 corresponden a Muertes Materna indirectas; 06 (27%) de estas corresponden a la Región Sanitaria Metropolitana #19 de Tegucigalpa.

El reporte de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) preparado por las Naciones Unidas coincide con los datos anteriores y resalta que aunque se han logrado avances en Mortalidad Materna, la cifras de 101 muertes por cada 100,000 nacidos vivos en una de las más altas de la región y demanda esfuerzos de gran magnitud e impacto sostenido para su mejoramiento.

Considerando estos aspectos podría decirse que la Mortalidad Materna ha venido disminuyendo con el pasar de los años ya que las intervenciones se han dirigido a lograr una maternidad sin riesgo según se visualiza en los objetivos trazados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

V.-OBJETIVOS

V.1 Objetivo General

Utilizar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para la caracterización de la Mortalidad Materna en la Región Sanitaria Metropolitana #19 de Tegucigalpa, para el estudio durante el periodo de Enero a Diciembre 2010.

V.2 Objetivos Específicos

1. Establecer la tasa de Mortalidad de Mujeres en Edad Fértil (MMEF) en la Región Sanitaria Metropolitana #19 de Tegucigalpa M.D.C. durante el periodo Enero – Diciembre del 2010
2. Construir la curva epidémica de la mortalidad en el año estudiado
3. Caracterizar el perfil de la Mortalidad en mujeres en edad fértil
- 4.- caracterizar el perfil obstétrico de la mortalidad materna

VI. MARCO REFERENCIAL:

La Vigilancia Epidemiológica (VE) se define como la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión.ⁱ

La Vigilancia Epidemiológica (VE) se enfoca principalmente en eventos o casos ya ocurridos, pero cobra fuerza la necesidad de hacerlo también sobre los factores de riesgo que son causa o facilitan su ocurrencia. Hay varias formas de establecer El Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE), las que dependen de la cobertura que se quiera tener, de los objetivos que se quieran cumplir, de las posibilidades presupuestales humanas y de organización de la localidad y del interés de organismos gubernamentales o no gubernamentales. A continuación se comentan los diversos tipos de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.ⁱ

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Carácter Universal, en el cual la totalidad del número de casos de una población definida se incluye en el sistema. Se conoce como “basado en la población”, y toma en cuenta todos los casos que se presentan.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica Basado en Muestras de Casos, en el que la información se obtiene de una parte del total de casos o eventos.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica Basado en Revisión de Registros Institucionales, en el que se revisan periódicamente los registros institucionales, con el propósito de analizar e identificar las variables de interés.

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica por Encuestas en el cual la información se obtiene a través de cuestionarios enfocados hacia una temática específica, en un período de tiempo y a intervalos predefinidos.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Carácter Centinela en el cual una o más instituciones se escogen para determinar la tendencia, focalizar actividades de VE y sugerir intervenciones preventivas.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Laboratorios, a través del cual se puede obtener información, por ejemplo, alcoholemia en víctimas de heridas u homicidios, o información toxicológica en el caso de suicidios o lesiones.
- Sistema de vigilancia Epidemiológica por Ausentismo o por Eventos Repetidos, se considera como un medio centinela para llamar la atención sobre casos de ausentismo escolar o laboral.

La información se recolecta básicamente de dos formas: Pasiva y/o Activa.

La Recolección Pasiva se realiza cuando los miembros del SVE recolectan los datos y la Recolección Activa es aquella en la cual, los encargados del SVE contactan a quienes reportan la información y la solicitan directamente de ellos, o acuden a la fuente primaria de los datos.

Descripción de los atributos de un SVE:

En la planificación de los SVE se deben considerar los atributos o características que facilitan su funcionamiento.

Estos atributos son:

- La Simplicidad se refiere a la estructura y facilidad de operación del sistema.
- La Flexibilidad hace referencia a la adaptabilidad del sistema a cambios en su estructura, definiciones o recursos.
- La Aceptabilidad refleja la voluntad y disposición de las personas y organizaciones para participar en el sistema.
- La Sensibilidad es la capacidad del SVE de identificar la mayor proporción posible de casos que ocurre en la población.
- El Valor Predictivo Positivo es la capacidad del sistema para identificar correctamente los casos y diferenciar un caso real de uno que no lo es.
- La Representatividad se refiere a la capacidad que tiene el sistema para identificar la magnitud real y las características de un problema en tiempo, espacio y persona.
- La Oportunidad de un SVE refleja la rapidez con la cual se obtiene, analiza y se reporta la información.

El reconocimiento de la necesidad de establecer y consolidar un sistema de vigilancia de la Muerte Materna ha conducido a la implementación efectiva en la

Mayoría de los países de la región de modelos para la vigilancia de la Muerte Materna. Este desarrollo ha conducido a un mejor conocimiento y focalización de los problemas de salud materna y perinatal, a una toma de decisiones más apropiada y al establecimiento de las intervenciones indicadas. Podría afirmarse que el desarrollo de Sistemas de Vigilancia de la Muerte Materna ha sido la contribución más importante ocurrida en el campo de la salud materna en el último quinquenio.

Cualquier esfuerzo que se haga para continuar y perfeccionar este desarrollo redundará en un mejoramiento de los servicios de atención materna por ser una herramienta que pone en evidencia la calidad de la atención materna y la articulación del sistema de salud con los usuarios del mismo, permitiendo además, en forma continuada, evaluar las debilidades y fortalezas de dichos servicios.ⁱⁱ

Aspectos Epidemiológicos

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) no pueden ser comprendidos de forma aislada, ya que son parte de un conjunto integrado de metas, con causas entrecruzadas, que tienen como prioridad reducir a la mitad la pobreza en el mundo para el año 2015. El objetivo de mejorar la salud materna, cuya meta es la reducción de la Mortalidad Materna en tres cuartas partes entre 1990 y el 2015, depende directa o indirectamente de otros Objetivos del Milenio, tales como la mejoría de la educación (especialmente de las madres y las niñas, pero también de los hombres), el acceso a agua potable, el combate de las enfermedades transmisibles, la mejoría de las condiciones nutricionales, la equidad de género y el acceso a medicamentos esenciales. Por otro lado, la mejoría de los indicadores de salud materna es también importante para el logro de otros ODM, tales como promover la equidad de género, reducir la

Mortalidad Infantil y prevenir las enfermedades transmisibles, especialmente el VIH/SIDA.

Las altas tasas de Mortalidad Materna son evitables y el hecho de que estas tasas persistan altas, evidencia fallas en los procesos de desarrollo de los países. A pesar de los esfuerzos que empezaron en 1987 (Conferencia Internacional de en Nairobi, Kenya) con la iniciativa mundial por la maternidad segura promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los indicadores de Mortalidad Materna no han mejorado en los últimos 19 años y en algunos países han empeorado.

La muerte de una madre tiene repercusiones emocionales y económicas importantes en la familia y la comunidad. Es más, tiene consecuencias sociales ya que la muerte de la madre reduce la supervivencia de los hijos menores de cinco años hasta en un 50%, disminuye el desempeño escolar de los niños sobrevivientes y representa una pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares porque las Muertes Maternas ocurren en edades en que las mujeres son más productivas.ⁱⁱⁱ

El embarazo y el parto no tendrían por qué ser procesos peligrosos para la vida de las mujeres y, sin embargo, a nivel mundial cada día mueren por lo menos 1,600 mujeres a causa de las complicaciones del embarazo y el parto. Esto significa que cada año fallecen como mínimo 585,000. Además de estas muertes, cada año 50 millones de mujeres quedan discapacitadas o sufren enfermedades prolongadas por complicaciones relacionadas con el embarazo.

Aunque en forma global se han mejorado las condiciones de salud de la población en general aun en los países en desarrollo la Mortalidad Materna permanece desproporcionadamente alta. A nivel mundial la Mortalidad Materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 Muertes Maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

No en vano la Mortalidad Materna es considerada como un fuerte indicador del nivel de desarrollo de un país y por ello es asociada a los niveles de pobreza. Más del 99% de las Muertes Maternas ocurren en los países en desarrollo. En el mundo, 380 mujeres quedan embarazadas cada minuto. De ellas, la mitad son embarazos no deseados, 110 sufren complicaciones relacionadas con el embarazo, 40 tienen un aborto en condiciones de riesgo y una de ellas muere.

Las complicaciones del embarazo y el parto constituyen la principal causa de muerte y discapacidad en las mujeres de 15 a 49 años en los países en desarrollo.⁴

Según la Organización Mundial de la Salud, cuando una mujer de un país en desarrollo se embaraza, su riesgo de morir es de 100 a 200 veces mayor que cuando lo hace una mujer de un país desarrollado.^{iv} Sin embargo los trastornos de la salud reproductiva representan más del 30% de la carga global de morbilidad y discapacidad en las mujeres. La mayor proporción de años de vida sanos perdidos por mujeres en edad reproductiva son atribuibles a problemas relacionados con el embarazo y el parto. Alrededor de 300,000 millones de mujeres más de un cuarto de todas las mujeres adultas, sufren a corto o largo plazo enfermedades ocasionadas por el proceso reproductivo.

Hoy día se sabe que las Muertes Maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud que muchas veces ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio.^v

La reducción de la Mortalidad Materna es un factor clave para asegurar que todos los niños, especialmente en los países más pobres del mundo, sobrevivan y se desarrollen en la adolescencia.^{vi} Pero según estimaciones, en el año 2000 la tasa de Mortalidad Materna, que mide el número de defunciones de mujeres como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo por cada 100,000 nacidos vivos, desglosado por regiones indica que la tasa más elevada se registró en África (830), seguida por Asia (330), excluido el Japón; Oceanía (240),

excluidos Australia y Nueva Zelanda; América Latina y el Caribe (190), y los países desarrollados (20). Cabe mencionar que el 70% de todas las defunciones maternas se registraron en 13 países en desarrollo. El mayor número de defunciones maternas se registró en la India, con 136,000 casos, seguida por Nigeria, con 37,000. Siendo las complicaciones obstétricas la principal causa de Mortalidad de las Mujeres en Edad Reproductiva.^{vii} Pero la mayor parte de las defunciones y discapacidades maternas se producen como consecuencia de demoras en una o más de las tres circunstancias siguientes: El reconocimiento de las complicaciones, la llegada al centro médico y la prestación de atención de buena calidad.^{viii}

También es importante destacar que el alcance de la meta de mejoría de la salud materna se encuentra indisociablemente vinculado a la mejoría de los servicios de atención primaria de salud; no es posible mejorar la salud materna si no hay disponibilidad de servicios de salud prenatales y postnatales, así como atención obstétrica especializada durante el parto. Por lo tanto, el aumento de la cobertura y la mejoría de la equidad de los servicios de salud no son suficientes, pero son esenciales para lograr la mejoría de la salud materna.^{ix}

Las disparidades en los cálculos de la Mortalidad Materna dentro de un país a menudo reflejan inequidades en las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud de buena calidad. En casi todos los países, las tasas de Mortalidad Materna son más bajas en las zonas urbanas que en las rurales, lo que es indicio de un mayor acceso a los servicios de atención de salud en las zonas urbanas, con mayor capacidad de envío de casos y posibilidad de tratar las urgencias obstétricas en forma oportuna. Para América Latina y El Caribe la razón de la Mortalidad Materna es de 190 por 100.000 nacidos vivos^{vii}. Esta razón explica el riesgo de morir que una mujer tiene cada vez que se embaraza. Por lo tanto el derecho de toda mujer a disfrutar de una maternidad segura todavía parece una posibilidad remota para grandes núcleos de población femenina; Aun cuando la mortalidad general ha descendido. La Mortalidad Materna no se ha reducido en forma significativa, todo lo contrario en algunos países ha aumentado,

lo anterior debido a que 3, 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 tiene acceso a atención del parto por personal calificado por lo que 25,000 gestantes mueren anualmente en la región.⁶

La Mortalidad Materna en la región de América Latina y El Caribe tiende a disminuir lentamente debido al deterioro de las condiciones de vida en general, que afectan particularmente a las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad. Muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no han sido planificados.

En comparación con el resto del mundo América Latina y El Caribe no son la excepción, las causas de defunción materna reflejan las tendencias mundiales y obedecen a complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. Las causas obstétricas directas de mortalidad más comunes son hemorragias (25%), sepsis (15%), aborto peligroso (13%), eclampsia (12%) y parto obstruido (8%).

Cabe mencionar que el análisis efectuado por la OPS/OMS relacionado con las causas obstétricas directas muestra como el aborto y sus complicaciones son la causa principal de Muerte Materna en Argentina, Cuba, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tobago, en estos países se presentan anualmente 6,000 muertes por complicaciones secundarias al aborto, además el número real de abortos es desconocido por las repercusiones religiosas, la clandestinidad, la ilegalidad y la penalización que le rodea. No obstante se estima que el número de mujeres que necesita de una atención institucionalizada equivale al 20% de todos los embarazos.

Mientras que para Bolivia, Canadá, Costa Rica, El Salvador, los Estados Unidos de Norte América, Honduras, México y Nicaragua las hemorragias fueron la principal causa de muerte en mujeres gestantes y la hipertensión inducida por el embarazo (toxemia) es la causa más importante de muerte en Brasil, Colombia, Ecuador, Haití, República Dominicana y Venezuela.⁶

Las causas indirectas de Mortalidad Materna representan 20% del total de defunciones maternas, que incluyen, entre otras, accidentes, violencia doméstica, suicidio, malaria y SIDA. Las causas obstétricas directas de defunción representan más de 70% del total de defunciones maternas en la región, aun en países como el Canadá, Cuba y los Estados Unidos, que tienen tasas bajas de Mortalidad Materna. Sin embargo, es interesante señalar que en esos países las principales causas de defunción (trombo embolia puerperal, complicaciones quirúrgicas y cardiomiopatías puerperales) no son fáciles de prevenir.⁶

Existe una fuerte asociación entre la Mortalidad Materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la región, como Guatemala y Honduras, más del 50% de los partos son atendidos en casa, por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa sin recibir atención alguna en una institución de salud. Pero la solución no debe ser solamente de los servicios de salud, sino un esfuerzo conjunto de las mujeres, las familias las comunidades, la sociedad civil y los gobiernos, que deben construir un medio ambiente protector que contribuya con la maternidad saludable.^{xi}

Por otro lado la Región de las Américas exhibe una de las mayores inequidades en cuanto a la Mortalidad Materna que cualquier otra región del mundo. Una mujer nacida en América Latina tiene un riesgo de morir por complicaciones del embarazo y del parto de 1 en 160 durante toda la vida, en comparación con otra de América del Norte cuyo riesgo es de 1 en 3.500.

Las tasas de Mortalidad Materna de los países de la Región fluctúan entre 5 y 523 defunciones por 100.000 nacidos vivos. Tal es el caso de Haití, (la mayor de la región) es casi 100 veces más alta que la del Canadá, la cual es la más baja de la región. Además de amplias variaciones en las tasas registradas en los países, también hay diferencias dentro de los mismos.

Aunque la razón de Mortalidad Materna se ha estancado desde que la maternidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los años 80 y principios de los 90, la Mortalidad Materna es un tema de salud pública en el que se ha progresado poco en los últimos tiempos.^{xii} Por lo que en la década de los 80^{rs} y el inicio de los 90^{rs} constituye un periodo muy importante en el que nuestro país

decide caracterizar la problemática de la mortalidad de las mujeres hondureñas en edad reproductiva. En el año de 1990 se realizó una investigación, que por sus resultados, por primera vez se muestra al mundo la realidad de la magnitud y estructura de este problema a nivel nacional. La información utilizo para definir las prioridades en la programación de políticas, estrategias y actividades tendientes a incidir en los orígenes de esta situación durante la década de los 90^s.

El Departamento de Salud Materno Infantil de la Secretaria de Salud de Honduras, consciente de la necesidad de conocer si las estrategias están logrando impacto para cumplir con los objetivos y metas a que el estado se ha comprometido, decidió realizar una nueva medición en 1,997.^{xiii}

En el año 2001 el Gobierno de Honduras (GHO) preparó una Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) en el marco de la iniciativa de Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC por sus siglas en inglés), y uno de sus objetivos y línea estratégica de inversión es desarrollar el capital humano. El seguimiento del avance de esta línea estratégica tiene un pilar importante en el sector salud, donde la meta es la reducción a la mitad de la Mortalidad Materna e Infantil para el año 2015. Estas metas de la Estrategia de Reducción de la Pobreza se relacionan directamente con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a los cuales Honduras se ha adherido.^{xiv} Los Objetivos del Desarrollo del Milenio persiguen reducir en dos tercios la tasa de Mortalidad Infantil de los niños menores de cinco años (de 60 por mil nacidos vivos en 1,990 a 20 en el 2,015) y reducir en tres cuartos la tasa de Mortalidad Materna (de 182 por cien mil nacidos vivos en el año 1,990 a 45 en el 2,015).^{xixv}

Entre los desafíos y prioridades para cumplir con esta meta y mejorar la salud materna en general, cabe mencionar la incorporación del tema de la salud sexual y reproductiva en las políticas, los programas y los proyectos de salud, para identificar las áreas que requieren una asistencia prioritaria, el control de embarazos no deseados con métodos adecuados de planificación familiar, y la concientización de la juventud sobre sexualidad y salud reproductiva. Además, se debe poner atención a las relaciones que existen entre la salud materna y otros

aspectos de salud y el bienestar en general, como por ejemplo la desnutrición, la salud en la niñez y el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.^{xvi}

Es pertinente señalar que en Honduras, el dato oficial de Mortalidad Materna a nivel nacional es de 108 por 100,000 nacidos vivos, sin embargo en los departamentos de mayor población indígena (Colón, Copán, Intibucá, Lempira y La Paz) fluctúa entre 190 y 255 por cada 100,000.^{xixvii}

Los estudios oficiales que se han realizado en el país han revelado que la Mortalidad Materna en Honduras era de 182 muertes por cada cien mil nacidos vivos en 1990, y de 108 por cada 100,000 nacidos vivos en 1997, observándose una disminución muy importante de las Muertes Maternas, sin embargo esta tasa es una de las más altas de Latino América en comparación con otros países de la región.^{xixxiii}

Estas altas tasas de mortalidad se concentran en mujeres que residen en zonas rurales, de bajos ingresos y bajo nivel educativo en las cuales igualmente se dan las mayores tasas de fecundidad.^{xix}

Honduras ha alcanzado importantes logros en cuanto al mejoramiento de las tasas sanitarias con relación a la década de los 70^{ºs}. Entre los indicadores más sensibles se encuentra la reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna e Infantil; a pesar de estos logros alcanzados, la tasa de mortalidad sigue siendo altas, por lo que ha sido necesario continuar enfocando esfuerzos para atender sistemáticamente los diversos aspectos que ya han sido considerados en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y en la Política Nacional de la Mujer, que tienen injerencia directa e indirecta en los eventos que afectan la salud.^{xix}

Por otro lado el 100% de las muertes por hemorragia y sepsis son evitables si se dispone de los requerimientos para brindar cuidados obstétricos esenciales.

Se ha estimado que el 50% de las muertes causadas por trastornos hipertensivos son prevenibles. Si bien las coberturas de atención han mejorado en los últimos años, esta alta mortalidad por causas prevenibles se debe en parte a la aún baja cobertura del parto institucional (61% en 2001), relacionada a su vez con la dispersión poblacional en medios rurales, la dificultad de acceso a servicios de salud y a la deficiente calidad de los servicios provistos.

La Mortalidad Materna tiene relación además con el desempeño de otros indicadores, como el control prenatal y posparto. El control prenatal del último nacido vivo tiene una cobertura de aproximadamente 85% y no ha variado de manera importante en los últimos 16 años, sin embargo si ha aumentado con relación a 1987 y 1991. El control puerperal ha mostrado un lento pero sistemático incremento en los últimos 16 años y entre el año 1996 y el 2001 aumento en casi cuatro puntos porcentuales.^{xixiii}

Una proporción importante de muertes acontece en la comunidad, en donde intervienen desde factores socioeconómicos, culturales, género y violencia hasta factores directamente involucrados al acceso a los servicios de salud.

Es importante mencionar que el periodo post parto es sumamente crítico ya que las estadísticas de muertes indican que una proporción significativa de las Muertes Maternas ocurren en el posparto inmediato.^{12 13}

Estas tasas de mortalidad son susceptibles de reducir ya que las mayorías de las muertes son evitables debido a que se conoce cuáles son las intervenciones más eficaces y se conoce como la inversión en mortalidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a mejorar la salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades; particularmente en las mujeres pobres de las comunidades rurales aisladas, quienes son las más afectadas por la falta de atención obstétrica esencial básica y por lo tanto quienes más probabilidades tienen de morir en el parto.x

Como resultado de los esfuerzos que el país ha realizado en pro de la reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, desde el año 2004, en el marco de la Iniciativa de Reducción de la Mortalidad Materna y en menores de cinco años,

está funcionando la Unidad de Vigilancia de la Mortalidad, la Comisión Técnica Institucional y el Comité de Notables, estos analizan las muertes y alimentan al nivel político de la Secretaría de salud a nivel de Direcciones Generales, Sub Secretarías y Ministro, quienes en base a esta información toman las decisiones necesarias.

Como fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna, por lo que este proceso se verá fortalecido con la presente investigación. ^{xviii}

DEFINICIONES OPERATIVAS DE MORTALIDAD MATERNA

Muertes de Mujeres en Edad Fértil:

Es la muerte de una mujer entre 10 y 49 años de edad, ocurrida en el territorio nacional por cualquier causa y nacionalidad.

Defunción Relacionada con el Embarazo:

Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo independientemente de la causa de la defunción.

Caso Dudoso de Defunción Relacionada con el Embarazo:

Corresponde a todo caso sin evidencia consignada de embarazo en el último año de vida.

Muerte Materna:

Es toda muerte que ocurre durante el embarazo o en los 42 días siguientes de la finalización del embarazo, independientemente de la duración y lugar del embarazo, por cualquier causa asociada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las Defunciones Maternas pueden subdividirse en dos grupos:

Defunciones Obstetricias Directas:

Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (Embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originado en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Defunciones Obstétricas Indirectas

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

Para fines de clasificación institucional se deberá considerar la diferenciación entre Muertes Hospitalarias y No Hospitalarias:

Muertes Hospitalarias:

Se considera las muertes que ocurren en cualquier momento y en cualquier lugar de un hospital público, privado o del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), independientemente del periodo de tiempo que medie entre la llegada de la paciente al hospital y su fallecimiento.

Muertes No Hospitalarias:

Son las muertes que ocurren en cualquier momento y en cualquier lugar de un municipio, comunidad o área poblacional, independientemente del periodo de tiempo que ocurrió su fallecimiento.

Factores de Riesgo de Mortalidad Materna

El factor de riesgo se define como toda característica o circunstancia determinable de una persona o grupo de personas que, según los acontecimientos que se poseen esta asociada con un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afectación, especialmente desfavorable de este proceso.

El Riesgo Obstétrico es la probabilidad de que se produzca una situación deletérea inesperada.

Embarazo de Alto Riesgo es aquel en que la madre, el feto y/o neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas durante o después del embarazo^{xix}.

También es definido como la gestación en una mujer en la que existe contingencia, proximidad de lesión o peligro en forma de antecedente ya sea de forma intermitente o bien estadísticamente asociado, estos elementos son llamados "Factores de Riesgo".

Embarazo de Bajo Riesgo es aquel que tiene factores que solos o asociados son significativos para la aparición posterior de un daño, pero que en el presente pueden presentar alteraciones del estado de salud de la madre, feto o ambos, pero que pueden ser resueltos en el transcurso del embarazo.

Existen cuatro grupos de mujeres como alto Riesgo Obstétrico: Primigestas, Multigestas, Adolescentes y Mujeres Mayores de 34 años, mujeres con hijos en sucesión rápida (espacio intergenésico). De estas las adolescentes embarazadas son las más vulnerables a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.

Los factores de riesgo son divididos en Potenciales y Reales; dentro de los Factores Potenciales se encuentran: estado civil, nivel educativo, paridad, edad materna. Los Factores Reales son los cuadros mórbidos: diabetes, síndrome hipertensivo gestacional, incompatibilidad sanguínea, anemia cardiopatía, etc.

Cada factor por sí solo, no constituye a un factor de riesgo definitivo, pero su combinación puede identificar un tipo de asistencia distinta y más intensa.

No cabe la menor duda de que la tasa de Mortalidad Materna es una medida que resume la condición social de la mujer, los factores que influyen en la Muerte Materna son:

- El entorno económico, educativo, legal y familiar.
- El nivel de pobreza, el acceso a los recursos sociales y el grado de aislamiento y asinamamiento.
- El estado de salud previo y la conducta reproductiva.
- El acceso a servicios de salud reproductiva de calidad.

Lo anterior se comprueba con el proceso para cambiar esta situación, que inicio a nivel mundial con la Conferencia Internacional sobre Mortalidad Materna, convocada por la OMS en 1985, culminado en Copenhague en 1995.

Posteriormente se concreta un plan regional para la reducción de la Mortalidad Materna, aprobado por todos los países de la región en la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990, donde se propone a sociedades y gobiernos de la región una gran concentración social alrededor de la salud de la mujer, y lamovilización de recursos nacionales e internacionales para que a través de acciones de promoción de la salud, de expansión y mejoramiento de los servicios y la vinculación efectiva de la población, se logren reducir las cifras reales de la Mortalidad Materna.ⁱⁱ

Factores Modificables^{xx}

- Actualización de las legislaciones existentes para la protección de la salud reproductiva de las mujeres.
- Prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo reproductivo y obstétrico.
- Asistencia al desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica de la Muerte Materna y a la conformación de los comités de la Muerte Materna.
- Estado nutricional de la mujer durante su vida.
- Edad al primer embarazo.
- Los extremos de edad para los embarazos.
- La paridad.
- Acceso a los servicios de salud reproductiva
- Nivel socio- cultural.
- Inequidad de género.

Factores No Modificables^{xxi}

- Crecimiento demográfico no controlado.
- El costo (el precio de los servicios así como del transporte, medicamentos y suministros);
- Demanda excesiva del tiempo de la mujer;
- Falta de poder de decisión de la mujer dentro de la familia.

Prevención

Las acciones anteriormente descritas para reducir la muerte de mujeres como consecuencia del proceso reproductivo deben formar parte del desarrollo de la atención integral a la salud de la mujer, y por lo tanto no pueden estar ausentes de cualquier iniciativa que se desarrolle a favor de su salud y en especial de su salud reproductiva.

VII.-DISEÑO METODOLÓGICO

Descripción del Área Geográfica

En el corazón de Honduras, Departamento de Francisco Morazán, El Municipio del Distrito Central (M.D.C) cuenta con los principales servicios de salud (4 Hospitales Nacionales, 54 CESAMOS, 99 CESARES y 3 CLIPER) y educación, entre ellos los hospitales y centros educativos más importantes del país. Además para el año 2005 contaba con una población (según INE) de 1,029,653 distribuida de la siguiente manera: menores de 20 años 521,829, de 20 a 49 años 404,709, de 50 a 59 años 51,474, de 60 a 69 años 30,885, de 70 años o más 20,590 y los que no saben y no responden 166. El M.D.C. cuenta con una población de 267,667 Mujeres en Edad Fértil y hubieron 22,224 nacimientos vivos de los cuales 11,270 fueron de sexo femenino y 10954 de sexo masculino.

Tipo de Estudio

El estudio fue de tipo Descriptivo Transversal y se realizó bajo el marco del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna organizado por la Secretaria de Salud Pública.

Población de estudio:

Todas las Muertes Maternas y de Mujeres en Edad Fértil ocurridas en el periodo del 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2010, en la Región Sanitaria Metropolitana de Tegucigalpa número 19

La población de estudio estuvo constituida por 454 defunciones de las cuales se pudieron estudiar 412 Eran muertes maternas mujeres en edad fértil.

Fuente de obtención de información:

Secundaria: revisión de expedientes.

Técnicas e instrumentos de Recolección de la Información:

La técnica utilizada fue la revisión de expedientes, y los informes de la vigilancia epidemiológica en ambos casos se diseñó una guía de revisión para tal fin.

Procesamiento y Análisis de la Información:

Los datos recolectados fueron ingresados a una base de datos (Microsoft Excel) para eliminar posibles datos repetidos luego fueron ingresados en una base de datos que se creara usando el paquete EPIINFO versión 6 (CDC, Atlanta, EUA).

Identificación de las Variables:

Para el primer objetivo se contemplaron las siguientes variables

- 1.- Muertes maternas y de mujeres en edad fértil.
- 2.- población estimada de mujeres en edad fértil en la región metropolitana M.D.C. Del año 2010

Para el segundo objetivo se estudiaron:

- 1.- Número de defunciones maternas y de mujeres en edad fértil por cada mes del año 2010
- 2.- Y la población estima para el 2010

Para el tercer objetivo se estudiaron:

- Edad (menor de 18 años y mayor de 35 años),
- paridad,
- Estado civil,
- Escolaridad
- Nivel socio económico,
- Accesibilidad a los servicios de salud,
- Enfermedades durante el embarazo,
- Lugar de parto.
- Control Prenatal y Puerperal y Planificación Familiar.

Para el cuarto objetivo se estudiaron:

- Lugar de procedencia
- Antecedentes obstétricos
- Paridad
- Control prenatal
- Atención del parto

Aspectos Éticos

Se explicó la importancia y la confidencialidad del estudio a cada persona e institución que se le aplicó los instrumentos que se mencionan anteriormente.

Dificultades Metodológicas

- Alto número de MMEF y MM (ocurridas en el M.D.C y en todo el país) registradas en la Región Sanitaria Metropolitana # 19 de Tegucigalpa.

Falta de cooperación por parte del Registro Nacional de las Personas e INE.

- Alto índice de delincuencia y criminalidad en algunas regiones del área Metropolitana de Tegucigalpa, lo que dificulta la aplicación de la entrevista.
- Hojas de defunción y expedientes clínicos llenados incompletamente e incorrectamente..
- Clasificación de muertes registradas por el departamento de Estadística en los hospitales públicos no concuerdan con los datos encontrados, además hay cierta demora en el procesamiento de datos por dichos hospitales.

VIII.PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

El estudio reveló un total de 412 defunciones de mujeres en edad fértil lo que hace una tasa de mortalidad de 1.42 x 1000 MEF estimándose para la región metropolitana una población de 289.500 mujeres entre 15 y 49 años.

La curva de mortalidad materna presenta un comportamiento irregular,

- se caracteriza por cifras mensuales que variaron entre 19 (Diciembre) y 51 (Junio), con un promedio mensual de 34 defunciones. (ver gráfico no.1)

Fecha de Muerte

El cuadro número 01 expresa los meses en que ocurrieron las defunciones. En el mes de Junio fue donde ocurrió el mayor número de muertes, sumando un total de 51 defunciones equivalente al 12.37%.

Datos de la Unidad Notificadora:

De las 8 Unidades Notificadoras de la Región Sanitaria Metropolitana (RSM) número # 19 del M.D.C el Hospital Escuela reportó el mayor número de muertes (183 que corresponde al 44.41%), seguido por Medicina Forense con 119 defunciones (28.88%). Ver cuadro 02

- **Estado civil:**

el Estado Civil más afectado lo conformo el grupo de las mujeres Solteras con 152 defunciones (36.89%), seguido por el grupo que convivían en Unión Libre que correspondió a 106 defunciones (25.72%).ver cuadro 03

- **Nivel de escolaridad**

El cuadro número 04 expresa si la persona fallecida sabía leer y escribir y su nivel de escolaridad. 310 mujeres sabían leer y escribir y al menos 168 cursaron un nivel primario de educación. No se logró determinar si los niveles académicos que aparecen en el cuadro número 04 fueron cursados o no por completo por dichas fallecidas.(Ver cuadro no.4)

- **Ocupación.**

Las Amas de Casa fueron las más afectadas, siendo estas un total de 159 defunciones correspondiendo al 38.59%. (Ver cuadro número 05)

- **Grupo Poblacional (etnia) a la que pertenecía:**

El grupo poblacional en donde hubieron más defunciones fue el de las Mestizas con un total de 172 muertes que corresponde a un 41.74%, la Raza Blanca tuvo 08 muertes (1.94%), Raza Negra 02 defunciones (0.48%). El grupo de los No Consignados y el de los que se ignora la información les corresponden 40 (9.70%) defunciones y 190 (46.11%) respectivamente.

- **(procedencia):**

La mayor parte de las defunciones (249) son procedentes del M.D.C, seguido por 50 MMEF cuya procedencia era del resto del departamento de Francisco Morazán. (verCuadro #06).

- **Lugar de defunción:**

A nivel Institucional se reportaron 269 muertes que es equivalente al 65.30% y en la Comunidad 143 defunciones (34.70%).

- **Causa de la Defunción CIE-10**

Las causas externas prevalecen como principal causa de muerte con 121 acaecidas (29,36%), seguido por las neoplasia con 84 defunciones cuyo porcentaje es del 20.38 %. (Ver cuadro # 07)

Enfermedades de Transmisión Sexual

Dentro del grupo de las Enfermedades Transmisibles el VIH/SIDA es que produjo más muertes (38), seguido por las Infecciones Respiratorias Agudas con 08 muertes que corresponde al 11.94 %, ver cuadro # 8

DENTRO DE NEOPLASIAS :

El Cáncer de Cérvix es el que más prevalece dentro del grupo de las neoplasias con 21 defunciones (25.00%), seguido por el Cáncer de otras localizaciones (Tiroides y Sarcomas) el que corresponde al 15.47%, en tercer lugar el Cáncer de Mama con 11 casos equivalente al 13.09%. (Ver cuadro # 09).

por causa de Enfermedades del Sistema Circulatorio.

Hubieron 06 defunciones a causa de Paro Cardíaco (30.00%), seguido por las Enfermedades Hipertensivas e Insuficiencia Cardíaca con 04 defunciones cada una, correspondiente al 20.00% en cada caso. ver cuadro 10

En Las Demás Causas a la Diabetes Mellitus le corresponden 11 defunciones, lo que equivale a un 44.00 %. (Ver cuadro número 11).

Entre las causas por otras enfermedades de muertes aparecen las relacionadas con el Embarazo, Parto y Puerperio, 30 defunciones. Ver cuadro 12

Procedencia.

En el municipio del distrito central se registra el mayor número de muertes maternas , seguido del departamento de Francisco Morazán, ver cuadro 13

Antecedentes Obstétricos

- **Paridad de los Casos:**

Este cuadro explica de que 09 de las Muertes Maternas eran ya multíparas (04 ó más embarazos), equivalente al 30.00%. Dato relevante es también los 07 casos en el cual se ignora la información representando este un 23.33%. (Ver cuadro número 14).

- **Edad Gestacional al Morir:**

Fallecieron 08 mujeres con embarazos mayores de 20 semanas de gestación (53.33 %) y 07 con embarazos menores de 20 semanas, cuyo porcentaje es de 46.66 %, sumando un total de 15 muertes que ocurrieron durante el periodo del embarazo.

- **Momento obstétrico de la Muerte:**

Ocurrieron 15 muertes durante el embarazo, ninguna muerte ocurrió el momento del parto, pero se suman 15 muertes más en el puerperio, al clasificar estas últimas en los periodos del puerperio tendremos 01 muerte en el puerperio menor

de 24 horas (6.66%), 02 defunciones en el puerperio de 24-48 horas (13.33%) y 12 más durante el puerperio mayor de 24 horas, equivalente al 80.00%.

Antecedente de control prenatal

- **Control Prenatal:**

Solo el 30.00% de las Muertes Maternas ocurridas en la RSM # 19 del M.D.C. habían recibido control prenatal, sin embargo en casi la mitad de los casos (43.33%) se ignora este dato. Ver tabla número 15.

- **Quien Realizo el Control Prenatal:**

A pesar de que la mayoría de la procedencia de las fallecidas era el M.D.C. solamente el 20.00% de las muertes tuvieron controles prenatales con Médicos Generales y un 10% con un Gineco Obstetras. (Cuadro número 16).

Causa de Muerte Obstétrica

Se encontró una alta prevaecía de Muertes Obstétricas Directas, sumando estas 18 para un 60.00%, en comparación de las Obstétricas Indirectas que fueron 06 equivalentes al 20.00%. Hay un caso que corresponde al 03.33% el cual es un Dato no Consignado.

Cabe mencionar que en el grupo de las No Obstétricas hubo 05 defunciones que en porcentaje equivale al 16.66%.

Clasificación de la muerte

La podemos clasificar según el lugar en donde ocurre la defunción, para este caso serían Hospitalarias y No Hospitalarias (comunitarias). En las primeras hubieron un total de 27 muertes (90.00%) y en las segundas contamos con 03 defunciones para un 10.00%.

Así mismo las Muertes Hospitalarias las clasificaremos según la institución en donde ocurre la defunción, para el caso el Hospital Escuela cuenta con 23 Muertes Maternas (85.00%), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) con 03

para un 11.11% y el Instituto Nacional del Tórax cuenta con una defunción equivalente al 03.70%

Causa Básica de Muerte Materna

Dentro de las causas básicas de Muertes Maternas, la principal causa son los Trastornos Hipertensivos (33.33%), seguido por la Sepsis Puerperal con un 23.33%. ver cuadro 17

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS :

En la Región Sanitaria Metropolitana (RSM)#19 de Tegucigalpa M.D.C. se encuentran los principales centros asistenciales del país, donde cada día se enfrentan a cientos de patologías y situaciones socioculturales y económicas que debilitan nuestro sistema de salud. Prueba de ello es el resultado de nuestro estudio donde se tomó en cuenta a la población de MMEF con énfasis en la MM, demostrando cifras finales alarmantes que evidencian la necesidad de una inmediata toma de decisión por parte de las autoridades de salud para resolver dicho problema.

Para el caso nuestro sistema de salud no cumple con los requisitos, actividades y objetivos bajo los cual se rige un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) de forma adecuada, en comparación con los SVE de los países desarrollados donde si cumplen con los objetivos establecidos.

Se reactivó una red de informantes pasiva, en medio de una serie de obstáculos tales como el mal llenado o no llenado de los instrumentos de Vigilancia Epidemiológica, expedientes clínicos extraviados o incompletos en los hospitales públicos de la región, hojas de defunción llenadas inadecuadamente por el personal de salud y por Medicina Forense, falta de colaboración por parte de las autoridades del Registro Nacional de las Personas e INE y Unidades Productoras de Salud (UPS) sin red de informantes de mortalidad. Lo anterior demuestra la deficiencia con la cual funciona cada uno de los eslabones de la cadena que conforman la red de informantes.

En cuanto a las Muertes de Mujeres en Edad Fértil en la Región Sanitaria Metropolitana (RSM) # 19 de Tegucigalpa M.D.C. se identificaron 412 fallecidas de las cuales 30 correspondieron a Muertes Maternas. Cabe señalar que estas

muertes están relacionadas a factores de riesgo modificables como no modificables, lo que concuerda con la literatura mundial y estudios anteriores realizados a nivel nacional e internacional. Algunos de los principales agravantes que podemos mencionar incluyen el nivel socio cultural, pobreza extrema, la falta de acceso a servicios de salud, especialmente por barreras geográficas, la deficiente calidad y capacidad resolutive de los servicios de salud, ausencia de sistemas de referencia y de medios de transporte para la atención oportuna de las emergencias y complicaciones obstétricas, además retraso en la decisión de buscar atención, lo que indica una falta de información sobre las señales de peligro de complicación en el embarazo así como el poco valor asignado a la importancia de buscar atención sin demora, retraso en llegar a un centro de salud, retraso en recibir atención, debido a la falta de equipamiento o insumos, de personal calificado y falta de financiamiento o debido a las actitudes negativas de las autoridades de salud. Estos resultados ratifican las deficiencias que ha confrontado por muchos años nuestra Secretaria de Salud, ya que si comparamos con la literatura mundial veremos que estos factores de riesgo continúan siendo los mismos en los países en vías de desarrollo. Actualmente la tasa de Mortalidad Materna a nivel mundial es de 430 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 Muertes Maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada. 100,000 nacidos vivos.

En la Región Sanitaria Metropolitana(RSM) # 19 del Tegucigalpa M.D.C, para el año de 1990 la tasa de Mortalidad de Mujeres en Edad Fértil según la región de salud donde ocurrió la muerte fue de 1.47 por cada 1,000 mujeres en edad fértil (285 muertes), en el año de 1,997 fue de 2.37 (556 muertes) y para el año 2010 fue de 1.53 (412 muertes), estos resultados demuestran que la tendencia descende pero en forma lenta, debido al aumento de las muertes a causa de la violencia o de enfermedades infectocontagiosas por ejemplo. Como era de esperar en el año 2010, al igual que en el año 1990 y 1997 el mayor número de muertes se suscitaron en el Hospital Escuela, debido a que este es el principal centro de referencia del país.^{iiiiv}

En Honduras al igual que en los demás países en vías de desarrollo se cumple lo descrito en la literatura mundial, ya que la tasa de Mortalidad Materna en la Región Sanitaria Metropolitana (RSM) #19 de Tegucigalpa M.D.C para el año 1990 y 1997 fueron de 120 muertes por cada 100,000 nacidos vivos y 173 muertes por cada 100,000 nacidos vivos respectivamente. Para el 2010 fue de 134 lo que demuestra que la tendencia a disminuir se está cumpliendo, no así las causas, ya que para 1990 la principal causa obstétrica directa fueron las enfermedades infecciosas. La literatura mundial concuerda con el año 1997 donde la principal causa de mortalidad materna para la Región Sanitaria Metropolitana (RSM) # 19 de Tegucigalpa M.D.C. fueron las hemorragias posparto, las estadísticas se invierten para el año 2010 donde los trastornos hipertensivos del embarazo constituyó la primera causa de mortalidad (33.33%). Esto implica que aunque se ha mejorado en las coberturas de control prenatal, no ha ocurrido lo mismo con la calidad, pues no se detectan estos problemas oportunamente o su manejo es inapropiado. La mayoría de las muertes ocurrieron en Hospital Escuela durante el puerperio mayor de 48 horas. Estas altas cifras obedecen a que el Hospital Escuela recibe referencias de todo el país, probablemente la capacidad resolutive de dicho hospital, sobrepasada en más del 100%, o por referencias tardías desde otros centros asistenciales donde tampoco existe capacidad resolutive, o desconocimiento de la población sobre los signos de peligro que hacen que la demanda de atención sea extemporánea.

La segunda causa de mortalidad fue la sepsis puerperal (23.33%), este dato concuerda con los estudios de años anteriores. Las causas externas (Homicidios) ocuparon la tercera causa de Muerte Materna (13.33%). A pesar que a nivel mundial y en otros estudios anteriores las muertes violentas no ocupaban un lugar de importancia dentro de las principales causas de Mortalidad Materna. Esta investigación ha demostrado que la alta incidencia de muertes por hemorragias, trastornos hipertensivos e infecciones ha tenido un descenso lento, pero

considerable, que se ve opacado por el alto índice de delincuencia y criminalidad que está afectando a la población en general, lo que ha llevado a un incremento de las muertes por tal causa.

Se ha demostrado que la mayoría de los factores de riesgo modificables como los que no lo son, relacionados con las Muertes Maternas de la Región Sanitaria Metropolitana (RSM)# 19 de Tegucigalpa M.D.C. para el año 2010 concuerdan con los de la referencia mundial, pero es interesante señalar que el rango de edad en el que se dieron estas muertes oscila entre los 19 y 35 años, dato que difiere de los estudios anteriores, ya que en estos, las edades extremas fueron las más afectadas.

X.CONCLUSIONES:

1. La tasa de mortalidad materna de mujeres en edad fértil para el año 2010 fue de 1.42.por mil mujeres en edad fértil.
2. La curva de mortalidad materna presenta un comportamiento irregular, se caracteriza por cifras mensuales que variaron entre 19 (Diciembre) y 51 (Junio), con un promedio mensual de 34 defunciones.
3. Las característica de las mujeres fallecidas sujetas de estudio son: jóvenes (19- 35a), ama de casa, mestiza, en unión libre, escolaridad...primaria completa situación socio económica baja, múltipara, asistente al control prenatal y sin antecedente de patología asociada.
- 4.- Dentro de las causas básicas de Muertes Maternas, la principal causa son los Trastornos Hipertensivos .seguido por la Sepsis Puerperal.

XI.-RECOMENDACIONES

- Reactivar o ampliar la red de informantes en coordinación con el Registro Nacional de las Personas, Hospitales Públicos y Privados y otras Unidades Productoras de Salud.
- La Secretaria de Salud debe capacitar al personal de salud institucional, para garantizar el llenado de los instrumentos de Vigilancia Epidemiológica de las Muertes de Mujeres en Edad Fértil y Muertes Maternas.
- La secretaria de salud ,el IHSS , Medicina forense, deben implementar jornadas de Capacitación al personal de salud en el llenado adecuado de los expedientes clínico y hojas de defunción, ya que se omiten datos de gran valor de una historia clínica.
- Incluir a la Dirección de Medicina Forense en la red de informantes de mortalidad.

XII. Bibliografía :

- 1.^{xiii} Organización Panamericana de la Salud (OPS), Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica 2001.
- 2.^{xiii} Germán E. Mora. Mortalidad Materna: Un problema de salud pública. UNFPA, temas de salud pública, en el nuevo contexto de salud Reproductiva. Segunda edición. San Salvador, El Salvador. 2003 P.99-112.
- 3.^{xiii} Cartagena, Adolfo; Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas 2002. Disponible en <http://www.safemotherhood.org>
- 4.^{xiii} Ramírez, Emiliano; Factores Sociales y Económicos de la Mortalidad Materna en México 2005.
- 5.^{xiii} lozano, Rafael, Bernardo Hernández, y Ana Langer, “Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México” en Elu, M.C. y A. Langer (eds) Maternidad sin riesgos en México, 1994, Pp. 43-52.
- 6.^{xiii} Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005 disponible en Internet: <http://situación general de salud y sus tendencias .htm>
- 7.^{xiii} Organización Mundial de las Salud (OMS), La Salud en las Américas, edición de 2002, volumen I. Pp 186-188.
- 8.^{xiii} Organización Mundial de las Salud (OMS), nuevo informe mundial sobre mortalidad materna disponible en www.who.int/reproductive-health/MNBH/maternal_mortality_2000/index.htm.

9.^{xiii} Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2004 Disponible en Internet:
<http://objetivos de desarrollo del milenio en América latina y el caribe.htm>

10.^{xiii} Pérez, Gabriel; Reduciendo la mortalidad materna. Parte I y II 2001
Disponible en Internet: LatinSalud_com.htm

11.^{xiii} Palacios Urtado, Magda, Mortalidad Materna en Cifras Mundiales. 1998,
Disponible en : <http://www.mailto:mpalacios@col.ops.oms.org>

12.^{xiii} Castellanos, Marel de Jesús; Vásquez, José C.; David, Vincent. Mortalidad
de mujeres en edad reproductiva y mortalidad materna. 1990.

13.^{xiii} Meléndez, Jorge; Vásquez, José C.; Villanueva, Yanira. Investigación sobre
mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras. 2001.

14.^{xiii} Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe oficial del
año 2003.

15.^{xiii} Informe de avance de la implementación de la Estrategia de Erradicación de
la Pobreza. Gobierno de Honduras. 2005.

16.^{xiii} Informe sobre las Metas del Milenio, Honduras. PNUD.

17.^{xiii} Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe Sobre la iniciativa
de salud de los Pueblos Indígenas 2004. disponible en
<http://www.paho.org/spanish/and/os/indig-home-indig-home.htm>.

18.^{xiii} Secretaria de Salud de Honduras, ASHOMPLAFA, USAID. Encuesta
Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF). Informe final
correspondiente al año 2005.

19.^{xiii} Secretaria de Salud. Política Nacional de Salud Materno Infantil. Honduras.
2008.

20.^{xiii} Protocolo de la Caracterización de la mortalidad materna en municipios cubiertos por médicos en servicio social Enero- Diciembre 2,005.

21.^{xiii} Gonzáles Merlo. Obstetricia, 4ta. ed. Reimpresión 1999. Madrid España

22.^{xiii} Horacio Toro Ocampo. Salud Reproductiva: Nueva orientación para los programas de salud. UNFPA, temas de salud pública, en el nuevo contexto de salud Reproductiva. Segunda edición, San Salvador, El Salvador. 2003 P.7- 23.

23.^{xiii} "Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition". World Health Organization, Geneva, 1997.

CUADRO 01
MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN EL MES DE MUERTE
M.D.C. 2010

MES DE MUERTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Enero	34	8.25	8.25
Febrero	33	8.00	16.25
Marzo	42	10.19	26.44
Abril	29	7.03	33.47
Mayo	38	9.22	42.69
Junio	51	12.37	55.06
Julio	42	10.19	65.25
Agosto	40	9.70	74.95
Septiembre	31	7.52	82.47
Octubre	20	4.85	87.32
Noviembre	33	8.00	95.32
Diciembre	19	4.61	99.93
Total	412	100.00	100.00

CUADRO 02
MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN UNIDAD NOTIFICADORA
M.D.C. 2010

NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICADORA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CESAMO	24	5.82
Clínicas Privadas	5	1.21
Hospital Escuela	183	44.41
I.H.S.S.	26	6.31
Instituto Nacional Del Tórax	29	7.03
Hospital Psiquiátrico De Agudos Mario Mendoza	1	0.24
Medicina Forense	119	28.88
Hospital General San Felipe	25	6.06
Total	412	100.00

CUADRO 03
MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN SU ESTADO CIVIL
M.D.C. 2010

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	152	36.89
Unión Libre	106	25.72
Casada	91	22.08
Viuda	5	1.21
Divorciada	4	0.97
No Consignada	4	0.97
Se Ignora	50	12.13
Total	412	100.00

CUADRO 04
MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN SI SABIA LEER Y ESCRIBIR Y NIVEL ACADEMICO
M.D.C. 2010

SABÍA LEER Y ESCRIBIR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	310	75.24
No	23	5.58
No Consignado	79	19.18
Total	412	100.00
NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	168	54.19
Secundaria	89	28.70
Universitaria	15	4.83
No Consignado	38	12.25
Total	310	100.00

CUADRO 05
MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN SU OCUPACION
M.D.C. 2,010

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de Casa	159	38.59
Aseadora	1	0.24
Comerciante	8	1.94
Estudiante	51	12.37
No Consignado	16	3.88
Ninguna Sin especificar	9	2.18
Otras	116	28.15
Se Ignora	52	12.62
Total	412	100.00

CUADRO 06
MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA
M.D.C. 2010

DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Atlántida	5	1.21
Choluteca	12	2.91
Colon	1	0.24
Comayagua	22	5.33
Copan	2	0.48
Cortes	11	2.66
El Paraiso	14	3.39
Francisco Morazán	50	12.13
Intibucá	5	1.21
La Paz	2	0.48
No Consignado	2	0.48
Olancho	22	5.33
Santa Bárbara	2	0.48
Valle	8	1.94
Yoro	5	1.21
M.D.C	249	60.52
Total	412	100.00

CUADRO 07

**CAUSAS DE MUERTE DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN LISTA CORTA CIE-10
M.D.C. 2010**

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermedades Transmisibles	67	16.26
Neoplasias	84	20.38
Enfermedades Del Sistema Circulatorio	20	4.85
Causas Externas	121	29.36
Todas las Demás Enfermedades	25	6.06
Mal Definida	12	2.91
Resto De Enfermedades	78	18.93
En Estudio	5	1.21
Total	412	100.00

CUADRO 8

**MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS
M.D.C. 2010**

ENFERMEDAD INFECCIOSA	Frecuencia	Porcentaje
Infección Respiratoria Aguda	8	11.94
Enfermedades Intestinales	4	5.97
Meningitis	2	2.98
Resto De Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	2	2.98
Septicemia	6	8.95
Tuberculosis	7	10.44
VIH/SIDA	38	56.71
Total	67	100.00

CUADRO 09
CAUSAS DE MUERTE POR TIPO DE NEOPLASIA EN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL M.D.C. 2010

NEOPLASIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cáncer de Cérvix	21	25.00
Cáncer de Colon	3	3.57
Cáncer de Otras Localizaciones (Tiroides, Sarcomas)	13	15.47
Cáncer de Ovario	3	3.57
Cáncer de Útero	2	2.38
Cáncer de Estomago	10	11.90
Cáncer de Mama	11	13.09
Cáncer de Pulmón	4	4.76
Cáncer del Sistema Nervoso Central	5	5.95
Leucemias	10	11.90
Linfomas	2	2.38
Total	84	100.00

CUADRO 10
CAUSAS DE MUERTE POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL M.D.C. 2010

CAUSA	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad Cerebro vascular	1	5.00
Enfermedad Hipertensiva	4	20.00
Enfermedad Isquémica Coronaria	1	5.00
Infarto Agudo Del Miocardio	1	5.00
Insuficiencia Cardiaca	4	20.00
Otras Enfermedades	3	15.00
Paro Cardiaco	6	30.00
Total	20	100.00

CUADRO 11
MUERTES EN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN LAS DEMÁS CAUSAS
M.D.C. 2010

LAS DEMÁS CAUSAS	Frecuencia	Porcentaje
Cirrosis Y Otras Enfermedades Crónicas Del hígado	6	24.00
Deficiencias Nutricionales, Anemias	2	8.00
Diabetes Mellitus	11	44.00
Enfermedad Del Sistema Nervioso	6	24.00
Total	25	100.00

CUADRO 12
MUERTES EN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN EL RESTO DE LAS ENFERMEDADES
M.D.C. 2010

RESTO DE ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Embarazo, Parto Y Puerperio	30	38.46
Resto De Enfermedades	48	61.54
Total	78	100.00

CUADRO 13
DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA
M.D.C. 2010

PROCEDENCIA	NÚMERO DE MUERTES MATERNAS	PORCENTAJE	MUNICIPIOS DE PROCEDENCIA
--------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------------------------

Atlántida	01	3.33	Ceiba
Cholulteca	02	6.66	San Antonio de Flores, Cholulteca
Comayagua	02	6.66	San Jerónimo, Comayagua
El Paraíso	02	6.66	El Paraíso, Jamastran
Fco. Morazán	05	16.66	Guamaca, Talanga, Cofradía, Lepaterique, San Miguelito.
M.D.C . (F.M)	11	36.66	
Intibucá	02	6.66	La Esperanza, San Marcos de la Sierra.
Olancho	04	13.33	Santa María del Real, Juticalpa, Dulce Nombre de Culmí.
Yoro	01	3.33	Olanchito.
Total	30	100.00	

CUADRO 14

DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS SEGÚN PARIDAD

M.D.C. 2010

GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	04	13.33
1	05	16.66
2	02	6.66
3	03	10.00
4 y más	09	30.00
Se Ignora	07	23.33
Total	30	100.00

CUADRO 15

DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS SEGÚN CASOS CON CONTROL PRENATAL

M.D.C. 2010

ATENCIÓN PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	09	30.00
No	07	23.33
No consignado	01	3.33
Se Ignora	13	43.33
Total	30	100.00

CUADRO 16

DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS SEGÚN RECURSO QUE BRINDO EL CONTROL PRENATAL

M.D.C. 2010

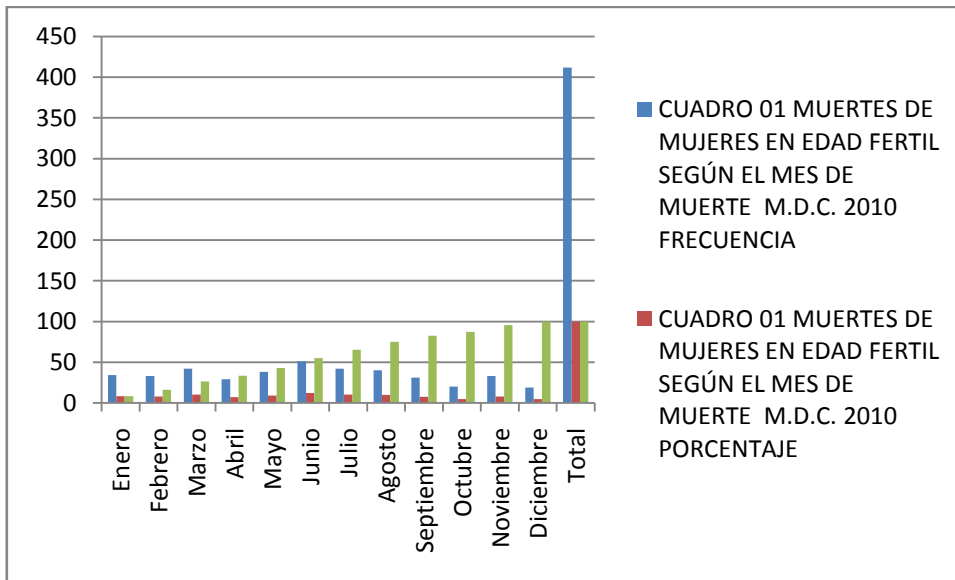
CONTROL PRENATAL REALIZADO POR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Auxiliar enfermería	00	00
Equipo salud : médico, enfermera	00	00
Médico especialista: GO	03	10.00
Médico general	06	20.00
no consignado	01	3.33
Se Ignora	13	43.33
No Aplica	07	23.33
Total	30	100.0%

CUADRO 17
DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSA BÁSICA DE MUERTE
M.D.C. 2010

CAUSA BÁSICA DE MUERTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorragia	01	3.33
Sepsis	07	23.33
Trastornos Hipertensivos	10	33.33
Causas Externas	04	13.33
Infectocontagiosas	02	6.66
Suicida	01	3.33
No Determinada	01	3.33
Otros	04	13.33
Total	30	100.00

GRAFICO NO.1

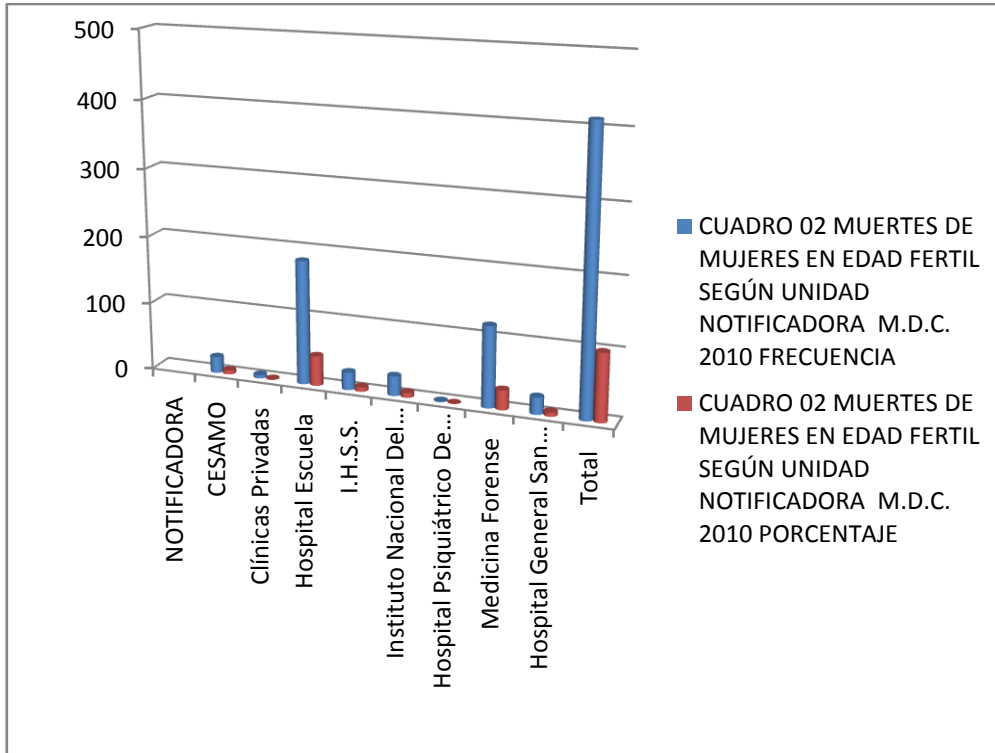
MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN EL MES DE MUERTE
M.D.C. 2010



FUENTE: TABLA NO.1

GRAFICO NO.2

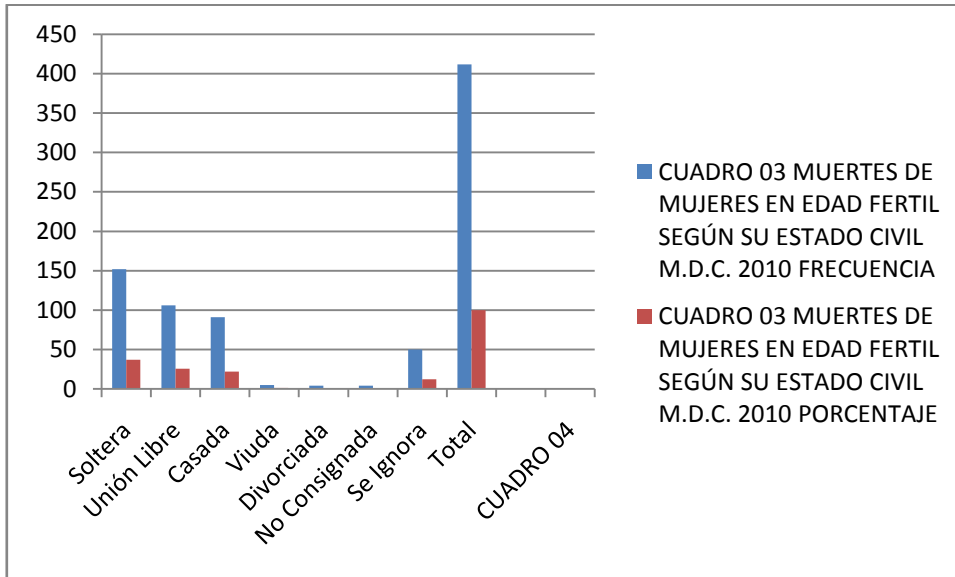
MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN UNIDAD NOTIFICADORA
M.D.C. 2010



FUENTE: TABLA NO.2

GRAFICO NO.3

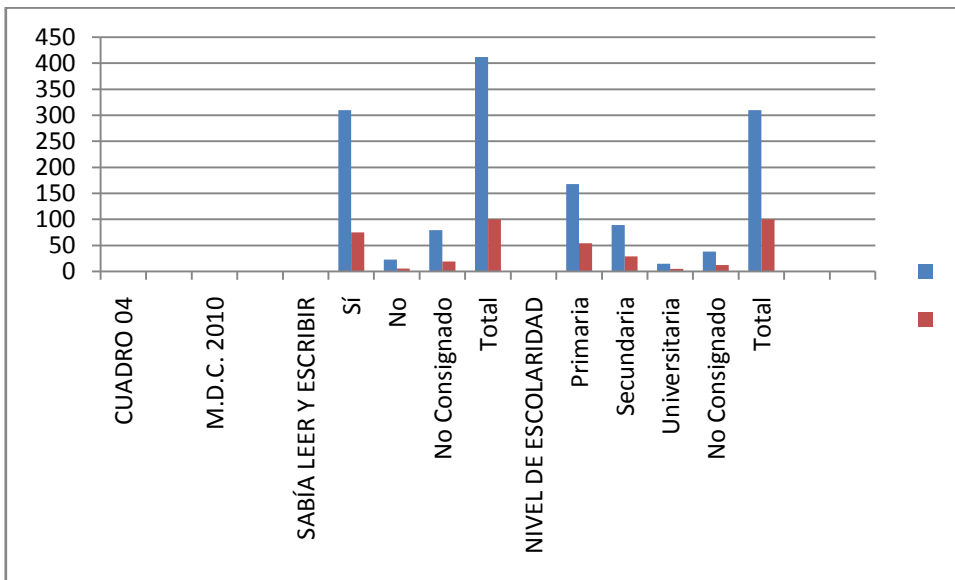
MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN SU ESTADO CIVIL
M.D.C. 2010



FUENTE: TABLA NO.3

GRAFICO NO.4

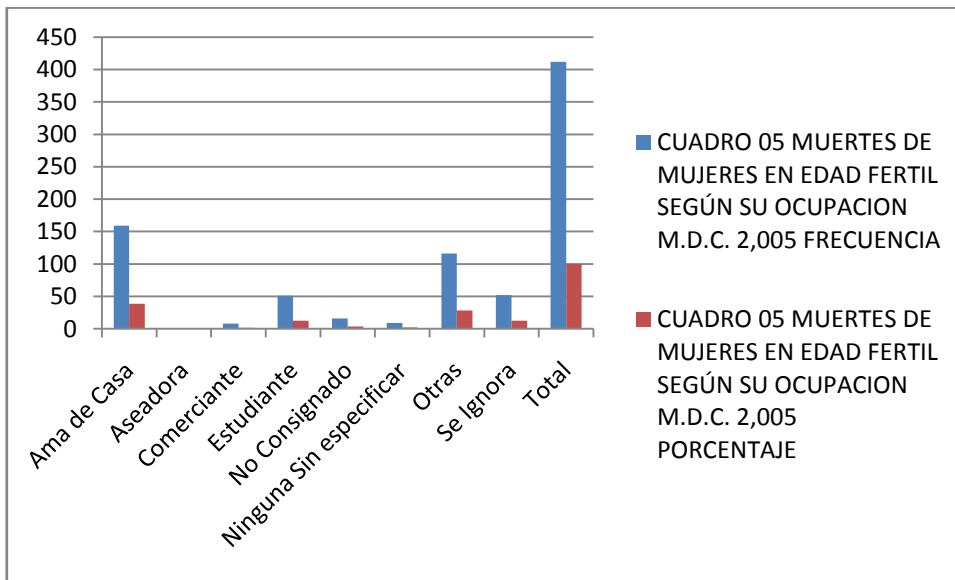
MUERTE DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN SI SABIA LEER Y ESCRIBIR Y NIVEL ACADEMICO
M.D.C. 2010



FUENTE: TABLA NO.4

GRAFICO NO.5

MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN SU OCUPACION
M.D.C. 2,005



FUENTE: CUADRO NO.5



**Secretaría de Salud
Dirección General de Vigilancia de la Salud
Departamento de Atención Integral a la familia**



FICHA DE VIGILANCIA DE LA MUERTE DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 - 49 AÑOS)

IVM- 1

I. Datos de la Unidad Notificadora:

1. Tipo de Unidad Notificadora: Hospital CMI CESAMO CESAR Otra

2. Nombre de la Unidad: _____ Código _____

3. Región Departamental _____ Código _____

4. Fecha llenado ficha: Día _____ Mes: _____ Año _____

II. Datos Generales

1. Nombre _____

2. Fecha de muerte: Día _____ Mes _____ Año _____ Edad

3. Estado Conyugal: 1. Soltera 2. Casada 3. En unión Libre
4. Viuda 5. Divorciada 6. Se ignora

4. Sabía leer y escribir 1. Si 2. No 3. Se ignora

5. Nivel de Escolaridad 1. Primaria: 2. Secundaria 5. No aplica
3. Universitaria 4. Se ignora:

6. Ocupación Habitual: _____ Se ignora

7. Grupo poblacional (etnia) a la que pertenecía: _____ Se ignora

8. Dirección habitual de la fallecida: Departamento:
Municipio _____ Comunidad _____
Barrio/Colonia _____

III. Caracterización de la Fallecida

1. Al momento de su muerte estaba embarazada: Si No Se ignora

2. Fecha de última menstruación Día _____ Mes _____ Año _____ Se ignora

3. La muerte ocurre mientras esta embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo: Si No

4. La muerte ocurre después de los 42 días de la terminación del embarazo Si No

5. Utilizaba algún método de planificación familiar: Si No Se ignora

IV. Datos de la Muerte:

1. En las últimas 48 horas antes de morir donde la atendieron:
Hospital CESAMO CESAR Casa Hosp/Clinica Privado No recibió

2. Quién la atendió? Médico Especialista Médico general Partera
Enf. Profesional Aux. de Enf. Otro: _____

3. Sitio donde ocurre la defunción: Institucional Comunidad

3. Nombre Lugar donde ocurrió la defunción: _____
Comunidad: _____ Municipio: _____

V. Causa de la defunción:

a) _____
debido a (o como consecuencia de)

b) _____
debido a (o como consecuencia de)

c) _____



PROTOCOLO DE INVESTIGACION DE MUERTES MATERNAS

IVM - 2

Unidad Notificadora: _____ Código: [][][][][][]
 Región Sanitaria: [][] Fecha de llenado: [][] [][] [][]
 Día Mes Año

Parentesco de quien proporciona la información: _____

I. Datos Generales

1. Identificación de la fallecida
 Apellidos: _____ Nombres: _____
 2. Edad: [][]

II. Antecedentes Obstetricos

1. Embarazos [][] N° Partos [][] No.de Abortos [][] Cesareas [][]
 2. FUM: Día [][] Mes [][] Año [][] 3. N° de hijo(a)s vivos(a)s [][] Hijos nacido(a)s Muerto(a)s [][]
 4. Tiempo entre la finalización del embarazo anterior y el inicio del actual (en meses) [][] No se pudo determinar [][]
 5. Edad gestacional al morir: Embarazo < de 20 semanas [][] Embarazo > de 20 semanas [][] No. Semanas [][]
 6. Momento de la muerte: Embarazo [][] Parto [][] Puerperio < 24 horas [][] Puerperio 24 - 48 Horas [][]
 Puerperio > 48 horas [][] N° de días después del parto: [][]

III. Datos de la Gestación

1. Control prenatal en: US de la secretaria de salud [][] IHSS [][] Establecimiento Privado [][] No se controló [][]
 2. No de controles [][]
 3. Quién hizo el control prenatal: Médico general [][] Médico Ginecoobstetra [][] Enfermera Profesional [][] Auxiliar de Enfermería [][] No sabe [][]
 4. Presentó alguno de los siguientes signos?: Sangrado vaginal [][] Edemas (cara/extremidades) [][] Presión Alta [][] Visión Borrosa [][] Ruptura Prem. De Membrs (tiempo en Hrs): [][]
 Convulsiones [][] Fiebre [][] Ninguno [][] No sabe [][]

IV. Enfermedades asociadas antes o durante el embarazo

1. Alguna vez durante este periodo fue Hospitalizada? SI [][] NO [][]
 2. Enfermedades asociadas: Nefropatías [][] Tuberculosis [][] Enfermedades del corazón [][] ITS/VIH/SIDA [][] Malaria [][] Diabetes [][] ITU [][] Ninguna [][] Hipertensión Arterial [][] Otra [][] No sabe [][]

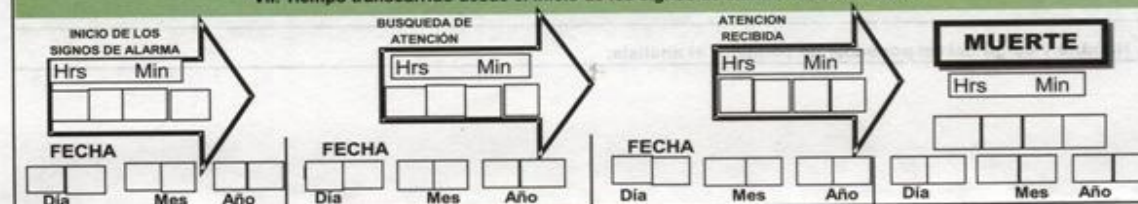
V. Datos del parto

1. Fecha del parto: Día [][] Mes [][] Año [][] 2. Hora del parto [][]
 3. Donde ocurrió el parto: Hospital [][] Casa [][] Hosp/clin. [][] CMI [][] Privada [][] IHSS [][] Otro: [][]
 4. Quien lo atendió: Médico [][] Partera [][] Enf. Profesional [][] Ella misma [][] Auxiliar de Enf. [][] Otro: [][]
 5. Signos de peligro durante el parto: Ruptura Prem de membrs. [][] Edema (Cara/extremidades) [][] Presentación fetal anormal [][] Retención placentaria [][] Convulsiones [][] Alta Presión [][] Hemorragia [][] Parto prolongado [][] Fiebre [][]

VI. Datos del puerperio

1. Lugar Control Puerperal: Hospital [][] Comunidad [][] CESAMO [][] No recibió [][] CESAR [][] Clin/Hosp. Privado [][]
 2. Quién hizo este control?: Médico [][] Enf. Profesional [][] Auxiliar de Enf. [][] No se controló [][] Partera [][] Ninguno [][]
 3. Signos de peligro durante el puerperio: Sangrado [][] Fiebre [][] Edema (Cara/Extremidades) [][] Convulsiones [][] Loquios fétidos [][] Ninguno [][] No sabe [][] Involución Uterina [][]
 ¿Cuántos días después del parto? [][]

VII. Tiempo transcurrido desde el inicio de los signos de alarma hasta la muerte



Identificando las 3 demoras:																					
.1 La toma de la decisión en buscar atención en las instituciones de salud, está relacionada con la falta de conocimiento de la mujer, su pareja, familia y comunidad sobre los factores de riesgo en el embarazo y del reconocimiento de las complicaciones y su gravedad.	<input type="checkbox"/>																				
.2 Llevar a la embarazada al servicio de salud una vez que se tomó la decisión de llevarla, está relacionada la disponibilidad de recursos físicos y financieros para el transporte y el acceso geográfico	<input type="checkbox"/>																				
.3 Que la embarazada recibiera la atención médica de calidad una vez que llegó al servicio de salud, está relacionada con la eficiencia de los proveedores de servicios de salud.	<input type="checkbox"/>																				
VIII. Causa de muerte obstétrica																					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">1. Causa básica de la muerte obstétrica</td> <td colspan="2">2. Causa directa de muerte obstétrica</td> </tr> <tr> <td>Placenta Previa <input type="checkbox"/></td> <td>Aborto <input type="checkbox"/></td> <td>Shock Hipovolémico <input type="checkbox"/></td> <td>Coag. Intrav. Diseminada <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ruptura Uterina <input type="checkbox"/></td> <td>Eclampsia <input type="checkbox"/></td> <td>Shock séptico <input type="checkbox"/></td> <td>Tromboembolismo pulmonar <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Retenc. placentaria <input type="checkbox"/></td> <td>Restos pos parto/cesarea <input type="checkbox"/></td> <td>Edema cerebral <input type="checkbox"/></td> <td>Insuficiencia Resp. Aguda <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sepsis <input type="checkbox"/></td> <td>Otro: _____</td> <td></td> <td>Otro: _____</td> </tr> </table>		1. Causa básica de la muerte obstétrica		2. Causa directa de muerte obstétrica		Placenta Previa <input type="checkbox"/>	Aborto <input type="checkbox"/>	Shock Hipovolémico <input type="checkbox"/>	Coag. Intrav. Diseminada <input type="checkbox"/>	Ruptura Uterina <input type="checkbox"/>	Eclampsia <input type="checkbox"/>	Shock séptico <input type="checkbox"/>	Tromboembolismo pulmonar <input type="checkbox"/>	Retenc. placentaria <input type="checkbox"/>	Restos pos parto/cesarea <input type="checkbox"/>	Edema cerebral <input type="checkbox"/>	Insuficiencia Resp. Aguda <input type="checkbox"/>	Sepsis <input type="checkbox"/>	Otro: _____		Otro: _____
1. Causa básica de la muerte obstétrica		2. Causa directa de muerte obstétrica																			
Placenta Previa <input type="checkbox"/>	Aborto <input type="checkbox"/>	Shock Hipovolémico <input type="checkbox"/>	Coag. Intrav. Diseminada <input type="checkbox"/>																		
Ruptura Uterina <input type="checkbox"/>	Eclampsia <input type="checkbox"/>	Shock séptico <input type="checkbox"/>	Tromboembolismo pulmonar <input type="checkbox"/>																		
Retenc. placentaria <input type="checkbox"/>	Restos pos parto/cesarea <input type="checkbox"/>	Edema cerebral <input type="checkbox"/>	Insuficiencia Resp. Aguda <input type="checkbox"/>																		
Sepsis <input type="checkbox"/>	Otro: _____		Otro: _____																		
IX. Causas de muerte no obstétrica																					
Accid Tránsito/politraumatis. <input type="checkbox"/>	Herida por arma blanca <input type="checkbox"/>	Suicidio <input type="checkbox"/>	Ahogamiento <input type="checkbox"/>																		
Herida por arma de fuego <input type="checkbox"/>	Intoxicación/envenenamiento <input type="checkbox"/>	Quemaduras <input type="checkbox"/>	Otro: _____																		
X. Clasificación de la muerte:																					
Obstétrica Directata <input type="checkbox"/>	Obstétrica Indirecta <input type="checkbox"/>	Muerte Hospitalaria <input type="checkbox"/>	No Hospitalaria <input type="checkbox"/>																		
XI. Si la causa de la defunción fue por hemorragia debida a un posible aborto, determinar																					
1. Tipo de Aborto:	2. Practicaron Legrado:	3. Presentó complicaciones:	4. Hubo evacuación del producto:	5. Recibió Transfusión?																	
Espontáneo <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Infección <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>																	
Provocado <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Shock Hipovol <input type="checkbox"/>	Se ignora <input type="checkbox"/>	Se ignora <input type="checkbox"/>																	
Se ignora <input type="checkbox"/>	Se ignora <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																	
		Otra: _____																			
XII. El Siguiente espacio debe ser llenado por el comité local para análisis de muertes maternas																					
1. Diagnóstico de Ingreso		2. Diagnóstico de Egreso																			
1.1- _____		2. 1- _____																			
1.2- _____		2. 2- _____																			
1.3- _____		2. 3- _____																			
3. Ocurrió un nacimiento vivo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		3.1 Ocurrió una defunción fetal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																			
4. Comentarios relevantes sobre el manejo de la fallecida																					
4.1 Este caso se encontraba registrada en el LISEMB: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																					
5. Muerte materna analizada con actores claves: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																					
6. ¿Consideran que fue una Muerte materna evitable? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>																					
7. Recomendaciones propuestas:																					
8. Participantes en el análisis del caso:																					
9. Nombre y cargo del responsable de conducir el análisis:																					

