



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



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

Tesis Para optar al Título de Máster en Salud Publica

**SITUACION DE LA MORTALIDAD MATERNA, DEPARTAMENTO DE
COMAYAGUA, HONDURAS
AÑO 2009- 2010.**

Autora: María Elvia Jiménez

Tutora: Dra. Mayra Molina

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Noviembre 2011

DEDICATORIA

A **Dios** por acompañarme siempre y ser tan bondadoso conmigo.

A mi amado esposo **Jesús** por su comprensión a mis hijos **Karla, Allan, Erick, Andrea** (Q.D.D.G.); a **mis nietos** por el tiempo que no pude compartir con ellos, este tiempo de estudio, hacia la culminación de mi sueño.

A **mis padres** (Q.D.D.G.), a mis **hermanos** por su preocupación y cariño en el logro de mis metas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme guiado a lo largo de este camino hacia el logro de mí esta meta.

A mis docentes del Centro de Investigación Estudios de la Salud (CIES), por su valiosas enseñanzas durante mi maestría.

A la doctora Mayra Molina mi asesora por todo lo que ella me transfirió en conocimientos y por todo lo que de ella aprendí.

Al licenciado Manuel Martínez por haberme brindado su apoyo y conocimiento en el desarrollo de mi trabajo de investigación.

A mis compañeras de estudio por su apoyo incondicional, a la Licenciada Laura Lilia Padilla, a las autoridades de la institución donde trabajo por haberme dado la oportunidad de poder alcanzar mi meta.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la situación de la mortalidad materna en el Departamento de Comayagua, Honduras; que nos permitió proponer sugerencias y recomendaciones que puedan ser tomadas en cuenta, en las políticas regionales de salud.

Los resultados nos indican que las pacientes que fallecieron fueron atendidas en diferentes instituciones de salud siendo la causa más relevante del estudio en el 2009, el sangrado terminando en el shock hipovolemico y en el 2010 complicaciones cardiacas, y otras patologías que complicaron antes, durante y después del parto. La metodología de esta investigación se trata de un estudio cualitativo, cuantitativo, retrospectivo y comparativo dirigido a las muertes ocurridas, realizándose la recolección de datos a través de una guía de verificación, aplicada a los expedientes de las pacientes fallecidas en el periodo 2009- 2010.

A través del cual se obtuvieron los siguientes resultados, porcentaje mayor de las madres que fallecieron procedían del área rural con una educación primaria completa, vivían en unión libre, eran amas de casa; comprendida entre las edades de 15 a 21 años. También se ha identificado la poca importancia que las madres tienen durante el control prenatal ya que la mayoría de las pacientes fallecidas solo recibieron 2 controles no identificando el riesgo al cual están expuestas.

La vigilancia epidemiológica es aplicada con miras de prevenir complicaciones de morbi mortalidad materna, las muertes maternas inducen a evaluar, supervisar si el personal de salud del área materno infantil está aplicando las normas y protocolos de atención decretadas por la Secretaria de Salud, las cuales deben ser aplicadas en forma adecuada y oportuna para disminuir las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y a la vez evitar las muertes maternas.

Se han hecho sugerencias y recomendaciones a todo nivel; nacional, regional y local, hasta generar una mayor conciencia colectiva sobre el problema de la mortalidad materna, involucrando a la comunidad y a organizaciones de la sociedad civil a nivel local.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V. OBJETIVOS	9
VI. MARCO REFERENCIA	10
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	24
VIII. RESULTADOS	26
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	30
X. CONCLUSIONES	32
XI. RECOMENDACIONES	33
XII. BIBLIOGRAFIA	35

ANEXOS: Modelo Explicativo, Operacionalización de las variables, Lista de verificación, Tablas.

I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en nuestro país sigue afectando a una de las poblaciones más vulnerables, la mujer durante el estado de gravidez, pues este problema mayormente se produce en las últimas semanas del embarazo durante y después del parto.

En el mundo unas 500 mil mujeres mueren al año por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio; el 99% de estas muertes ocurren en países pobres.

En América Latina unas 22 mil mujeres mueren anualmente por estas causas.

En la última década la razón de la muerte materna ha sido oscilante y con tendencia al descenso, sin embargo Centro América constituye una de las más altas del continente americano. Cada año mueren alrededor de 144 mujeres en edad reproductiva, sin incluir el alto sub registro de casos que se calcula hasta en un 50%, según revelan algunos estudios. Se puede relacionar con la prestación inadecuada de servicios de salud a las gestantes, debido a las críticas condiciones de eficiencia con que operan los servicios y a la poca importancia que se presta al control prenatal por parte de las usuarias, desconocimiento de las complicaciones obstétricas.

La organización mundial de la salud (OMS) ha planteado que para disminuir estas causas, se debe efectuar evaluaciones periódicas y considerar los elementos de la estructura, el proceso y los resultados.

El ministerio de Salud de Honduras ha venido implementando estrategias para reducción de la muerte materna mediante la definición de políticas, objetivos y normas para cumplir con las metas de la OMS en este grupo de población.

Honduras ocupa el cuarto lugar de los índices más altos de muerte materna siendo las causas principales: Retención placentarias 22%, Eclampsia 13%, Atonía uterina 7%, Preclampsia severa 5%.

El porcentaje más alto de muertes maternas según grupo de edad es entre 19-35 años. Los departamentos con más relevancia en el 2009: Cortes 14, Francisco Morazán 13, Yoro 10.

Situación actual de muerte materna en el departamento de Comayagua ocupa el tercer lugar muerte materna con 11 muertes en el año 2009 y 12 muertes en el 2010 en la mayoría de ellas puérperas con procedencia del área rural debido a las siguientes complicaciones Hemorragia (Shock hipo volémico) eclampsia, síndrome de Hellp.

El presente estudio se realizó en el departamento de Comayagua, Honduras periodo 2009-2010 esperando que los resultados obtenidos proporcionen la información necesaria que permita al personal de salud especialmente a los que laboran en los centros asistenciales del departamento donde se elaboró este estudio y que continúen las investigaciones, que se planifique y se desarrollen programas educativos, permanentes dirigidos a la población en general sobre señales de peligro en el embarazo, y crear conciencia de que la muerte materna se puede y se debe prevenir y para adquirir este compromiso las sociedades deben reconocer la gravedad de las consecuencias sociales y familiares que acarrea la muerte de una madre.

II. ANTECEDENTES

La OMS citado por Herrera 2008 define Muerte Materna como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causa accidentales o incidentales¹.

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública y de derechos humanos, sus causas son evitables y es la máxima expresión de inequidad e injusticia social ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muerte materna; pues son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio, al carecer del poder de decisión, aun en el seno de sus propias familias (OMS 2002). El departamento de Comayagua ocupa el cuarto lugar de muerte materna con 10 muertes en el año 2009 y 11 en el 2010 en la mayoría de ellas puérperas, procedentes del área rural, debido a las siguientes complicaciones: Hemorragia (shock hipo volemico), Eclampsia, Síndrome de Hellp.

Debido a este porcentaje se realizo esta investigación para así poder contribuir a brindar información tratando de poder disminuir la alta tasa de mortalidad. En 1990, la Organización Panamericana de la Salud lanzó el Plan de Acción Regional para la reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, cuyo Objetivo principal fue reducir las tasas de mortalidad materna en un 50% para el Año 2000, mediante el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva. A pesar de los esfuerzos realizados, sólo se alcanzaron mejoras insignificantes de la Situación general, especialmente con respecto a los indicadores de impacto. Sólo 5 países de la región comunicaron haber logrado la reducción del 15%, Prevista para 1995. Honduras fue uno de ellos.

1. <http://desastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/t293/seccionc7a.pdf>

La evaluación del Plan indicó que limitaciones políticas y financieras obstaculizaron el éxito. Además, varias intervenciones como la asistencia del parto por personal calificado y la Atención Obstétrica Esencial (AOE), no se Programaron adecuadamente.

La OMS ha determinado los componentes de la Atención Obstétrica Esencial (AOE): los centros de AOE deben ser accesibles a todas las mujeres, incluyen Maternidades con asistencia calificada, los suministros necesarios y la Capacidad de transportar rápidamente a una mujer a un centro AOE integral, en Caso necesario. Técnica sobre la Iniciativa de una Maternidad sin Riesgo estuvieron de acuerdo sobre las intervenciones clave(s) para la reducción de la mortalidad materna. Estas incluyen: impulsar el respeto de los derechos humanos, promover el cambio socioeconómico para las mujeres, el retraso del matrimonio y el primer nacimiento, reconocer que todo embarazo conlleva un riesgo, asegurar la atención calificada del parto, y mejorar la calidad y cobertura de la atención en salud, entre otros aspectos. El seguimiento de los diversos planes ha demostrado que las prácticas adecuadas y las intervenciones basadas en evidencia, unidos a un enfoque multisectorial, son efectivas para reducir la mortalidad materna. Honduras es uno de los 5 países que en América Latina ha cumplido con las Metas de reducción de muerte materna planteadas por la Cumbre Mundial de la Infancia².

Para esto la Secretaría de Salud, a partir de 1990 hizo lo siguiente:

- Incrementó la atención institucional del parto.
- Aumentó la prevalencia de usos de métodos anticonceptivos en las Mujeres.
- Implementó la estrategia de Enfoque de Riesgo Reproductivo.
- Reorientó el proceso de capacitación de parteras tradicionales.
- Aplicó el proceso de normalización de la atención integral a la mujer.
- Desarrolló estrategias para incrementar la atención institucional del parto, poniendo a funcionar 7 hogares maternos, 24 clínicas materno infantiles y 6 hospitales.

2. <http://www.monografias.com/trabajos55/morbo-mortalidad-materna/morbo-mortalidad-materna.shtml>

- Desarrolló estrategias para mejorar la calidad del parto limpio a nivel de la comunidad mediante la puesta en funcionamiento de 6 casas comunitarias y dando capacitación a parteras tradicionales.

En un análisis de la reducción de la mortalidad materna en Honduras entre 1990 y 1997, se pone de relieve el enfoque multisectorial. Gracias a éste, la razón disminuyó de 182 a 108 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos. El análisis de la mortalidad materna para el año 2002 en Honduras realizado por la Coordinación de Salud Integral de la Familia de la Secretaría de Salud, reporta un total de 140 muertes maternas³.

La primera causa de estas muertes es la hemorragia (45%); seguido por trastornos hipertensivos (18%), y en tercer lugar aparecen las infecciones (12%). Las infecciones pasaron del segundo al tercer lugar, lo cual puede ser resultado de las acciones orientadas para asegurar un parto limpio, especialmente al nivel de las parteras. Asimismo este análisis revela que el 65% de las muertes maternas ocurre **en el (a nivel) hospitalario**.

Como se deduce de lo expuesto, son factores múltiples los que inciden en el abatimiento de la tasa de muerte materna. Esta no sigue una progresión lineal sino que es fluctuante, a pesar de una adecuada organización de los servicios de salud, de la cercanía de los servicios de salud a las usuarias, de la mejoría del sistema de referencia y transporte, y de la formación de recursos humanos.

En otros países de América Latina, también el estancamiento de la reducción de tasas de mortalidad materna, parece necesitar de un nuevo paradigma para el estudio de la misma. Leonardo Contreras⁴, del Fondo de Población de Naciones Unidas, propone dividir el análisis de los factores de la mortalidad materna en factores distantes, siendo el principal los factores socioeconómicos; factores

3. http://issuu.com/dr.ppach/docs/modelo_predictor_de_mortalidad_materna
http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0327103-120741/Tesisff.pdf

intermedios, que incluyen comportamientos en materia de reproducción, acceso a servicios de salud, estado de salud de las madres; y “factores desconocidos” en la Complejidad del contexto actual Contreras propone indagar éstos últimos.

La Secretaría de Salud, de la República de Honduras dispone de excelentes Investigaciones epidemiológicas sobre la evolución de la mortalidad materna, Pero existen muy pocas en el ámbito cualitativo. Por esta razón el Instituto Nacional de la Mujer de la República de Honduras (INAM), se propuso realizar esta investigación sobre los aspectos cualitativos que rodean la formulación, aplicación y recepción de las políticas de salud para la reducción de la mortalidad materna, para indagar entre los factores intermedios, comportamientos en materia de reproducción y factores desconocidos al nivel socio cultural⁴.

4. <http://www.monografias.com/trabajos77/tasa-mortalidad-materna/tasa-mortalidad-materna.shtml>

III. JUSTIFICACIÓN

La muerte de la madre a nivel familiar representa para todos los miembros de una familia, causa de un profundo dolor. En Honduras, el eje sobre el cual gira la integración familiar es la madre ya que en la gran mayoría de los hogares, es sostenido por la madre ya que la mayoría son madres solteras y en otros el padre tiene que trabajar, para proveer las necesidades del hogar, mientras que la madre es la encargada de velar por:

- La administración de los recursos, crianza de los hijos y labores en el hogar.
- Con su muerte el hogar se trastorna totalmente creando una inestabilidad emocional, social y económica.

A causa de lo anterior es necesario conocer que factores contribuyen a la muerte materna para poder prevenirla. Es de interés social ya que delineará, los conocimientos básicos que tiene que conocer el sistema en salud, para fortalecer los programas proyectados a la población materna. La atención de la salud va evolucionando en cuanto al tratamiento, la educación y seguimiento en la atención especialmente a pacientes embarazadas con hipertensión inducida por el embarazo preclampsia severa, eclampsia, hemorragia, que son las complicaciones más frecuentes. Las instituciones de salud del Departamento de Comayagua (U.S. C.M.I.) y el Hospital Santa Teresa con mayor complejidad que (U.S. C.M.I.) y que cuenta con los requisitos mínimos indispensables para cumplir en forma responsable la atención a usuarias durante las 24 horas y 365 días del año. Algunas veces con algún limitante motivo por el cual se tiene que trasladar a otro centro asistencial de mayor complejidad, para contribuir a la disminución de muerte materna⁵. Este estudio se considera de mucha importancia para que los resultados sirvan en el fortalecimiento de los diseños de programas en educación continua, de acuerdo a normas de la Secretaria de Salud.

5. 4 Contreras, Leonardo. CO Em: Ruptura del Paradigma para la reducción de la mortalidad materna. Fondo

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación de la mortalidad materna en el Departamento de Comayagua, Honduras C.A., durante el periodo del 2009- 2010?

Las interrogantes derivadas de la pregunta son:

- ¿Cuáles son las características demográficas, sociales, de la población en estudio?
- ¿Cuáles son las causas más frecuentes de las muertes maternas?
- ¿Cuál fue la atención de salud recibida en el hospital?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la situación de la Mortalidad Materna en el Departamento de Comayagua, Honduras, durante el periodo del 2009- 2010.

Objetivos específicos

1. Describir las características socio demográficas de la población en estudio.
2. Identificar causas más frecuentes en la mortalidad materna del Departamento de Comayagua.
3. Valorar la atención de salud brindada a las madres fallecidas.

VI. MARCO DE REFERENCIA

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”.

La Mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo. Las Naciones Unidas estiman que la mortalidad materna global era de 529.000 representando aproximadamente 1 defunción materna cada minuto de los cuales menos del 1% ocurrieron en países desarrollados.

Sin embargo, un estudio de The Lancet señala que la cifra ha descendido continuamente desde 526.300 en 1980 hasta 342.900 en 2008. Y que, en este último año, habrían sido 281.500 en ausencia de VIH. La mayoría de estas muertes han sido médicamente prevenibles desde hace décadas, por razón de que los tratamientos y terapias para prevenir dichas muertes se conocen y manejan en todo el mundo desde los años 1950 .

Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan *accidentales, incidentales o no-obstétricas*.

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte

materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como lo son las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer⁶.

Se ha reportado además que cerca del 10% de las muertes maternas ocurren más allá que los 42 días del puerperio, por lo que algunas definiciones se extienden más allá del puerperio tardío e incluyen hasta un año post-parto. Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son una importante minoría de los eventos reales, siendo que menos del 40% de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna.

Las principales causas de muerte materna son: causas directas entre las que se destacan las hemorragias, preclampsia, eclampsia, abortos y las infecciones, embarazo ectópico, sepsias durante el puerperio, embolismo del líquido amniótico y complicaciones de un aborto. Algunas causas secundarias o indirectas que causan muertes maternas incluyen la malaria, anemia, infección por VIH o sida, suicidio y enfermedades cardiovasculares que complican al embarazo o son agravados por el embarazo⁷.

Las principales razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, incluyen el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano.

Epidemiología

El número total de muertes en un país es proporcional a su población y no tiende a estimar la proporción de defunciones maternas reales. Por ejemplo, el país con el

6. 16 De Población de Naciones Unidas. 2002.

6. Cataluña; [htm:// www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)

estimado más alto de muertes totales es India con 136.000, Nigeria con 37.000 y Afghanistan con unas 20.000 muertes anuales⁸.

Un total de 13 países suman las 2/3 partes del total mundial, sin embargo, el riesgo de muerte materna no necesariamente es proporcional al total de muertes maternas del estado o país.

La mortalidad materna se reporta en las estadísticas locales y globales como el promedio de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. La más elevada está en Sierra Leona con 2.000 y Afganistán con 1.900 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en esos países, según las Naciones Unidas en figuras del año 2000. Los índices más bajos incluyen a Australia con 4 e Islandia con 10 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos. Otra figura de interés es el riesgo de mortalidad materna en algún punto de la vida de una mujer en edad reproductiva, número que registra el número de embarazadas que están a riesgo de una mortalidad materna. Por ejemplo, en el África del sur del desierto Sahara, el riesgo es de 1 por cada 16 embarazos, mientras que en países desarrollados es de aproximadamente 1 por cada 2.800 embarazos⁹.

En 2003, la OMS, la UNICEF y la UNFPA reportaron por estadísticas obtenidas del año 2000 que el índice de mortalidad materna promedio mundial es de 400 x 100.000 nacidos vivos, en países desarrollados es de 20 x 100.000 nacidos vivos y en países en vías de desarrollo de 440 x 100.000 nacidos vivos. La mayor proporción de muertes maternas no ocurren durante el parto, sino durante los días subsiguientes a este.

Factores de Riesgo

Existe una relación cercana entre la pobreza, pobre salud y ciertas enfermedades con el riesgo de muerte materna e infantil.

7. Cifuentes G. Siomara J.; MORTALIDAD MATERNA; estudio de las principales causas de mortalidad materna

8. Echeverría A., Roy M.; MORTALIDAD MATERNA; Análisis epidemiológico de la mortalidad materna en el Hospital Regional San Benito Peten de 1985 a 1995.

Los mayores índices de mortalidad materna tienden a ocurrir en países que también tienen altos índices de mortalidad infantil, un reflejo de pobre cuidado médico y de baja nutrición. Los nacimientos de bajo peso aumentan el riesgo de muerte materna por enfermedad cardíaca. El restarle medio kilo al peso del recién nacido, por lo general duplica el riesgo de una defunción materna. Por lo tanto, mientras se prevengan partos de bajo peso, menor será el riesgo de una defunción materna¹⁰. Otro factor predisponente a una defunción materna asociada al embarazo son los abortos de alto riesgo, como los que son causados por personas no especializadas o en lugares que carecen de los requisitos mínimos para realizar el procedimiento.

En Sudamérica ocurren 34 abortos peligrosos por cada 1000 mujeres, mayor aún que los reportados en África oriental (31 por 1000 mujeres), constituyendo la principal razón de muertes maternas, un total mayor a 68.000 por año. Cada año mueren cerca de 600,000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y parto. Además, dichas complicaciones contribuyen a más de tres millones de muertes infantiles (durante la primera semana de vida) y otros tres millones nacidos muertos, según la UNICEF.

La tasa de mortalidad materna de Costa Rica se sitúa entre el promedio de Europa (36 por 100.000 nacidos vivos) y Norteamérica (11 por 100.000) llega entre 20 y 25 por 100.000 partos. La tasa promedio de América Latina es de 190 por 100.000, la de África 870, Oceanía 680 y Asia 390. En general, las causas de mortalidad materna en el mundo son: hemorragia (25%), infección (14%), pre-eclampsia (13%), aborto inseguro (13%), obstrucción (7%), otras causas directas (8%), causas indirectas, como anemia y malaria (20%). Según los estudios de UNICEF y OMS, los países más ricos no siempre tienen tasas más bajas de mortalidad; la riqueza no garantiza mejores índices¹¹.

9. El Bajo Peso; [htm://www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)

10. Guerrero, Rodrigo; et.al EPIDEMIOLOGIA 2da. ed. Bogota, Edit. Iberoamericana. 1986. p 81-100

11. Lara G. Alma; Et.al. MORTALIDAD MATERNA POR ECLAMPSIA. Ginecobst. Mexico 1999 Jun;67:253

La organización Save the Children indicó que los países con los índices de mortalidad materna más bajos son los en que tienen un mejor sistema de salud pública, mejor educación y alfabetización mayor al 90 % de las mujeres, acceso (casi universal) al agua potable.

Esas condiciones influyen para bajar el índice de mortalidad materna. Asimismo, esa organización indica que los países en los que hay más mujeres en puestos de gobierno, tienen mejores índices de salud materna.

Detrás de una muerte materna hay un conjunto de ideas, prácticas, valores, creencias y representaciones ligadas con la maternidad, la paternidad, la salud y el derecho de cada grupo social.

Estas ideas que son históricas, es decir creadas en un determinado tiempo y circunstancias, generan prácticas, políticas y relaciones de poder. De la misma manera estas ideas y prácticas son relacionales, es decir, no pueden ser comprendidas sino en el conjunto de relaciones en las que interactúan las mujeres particularmente con los hombres.

Escudriñar este conjunto de ideas permite descomponer los factores responsables de los resultados positivos o negativos y abrir espacios para generar cambios. La maternidad se define desde varios aspectos: lo médico-biológico, como institución sociocultural, como paradigmático de la construcción genérica y como objeto de políticas públicas a través de la concepción de derechos reproductivos.

Siendo éste último enfoque el más reciente, y el que incluye la participación de las mismas mujeres en la conceptualización y elaboración de estrategias para asegurar una maternidad segura. A continuación se explora el desarrollo de las concepciones históricas sobre maternidad, paternidad, derechos sexuales y reproductivos, y como éstas se combinan para producir o evitar una muerte materna. Matrimonio y Maternidad han sido identificados como lugares principales de la opresión de las mujeres pero

también como relaciones en las que éstas dan significado a sus vidas, y de las que derivan un sentido de auto poder.

En la actualidad, se llama “maternidad” al hecho que las mujeres asuman de forma particular y concreta el proceso biológico de la gestación, así como los cuidados posteriores que requiere el ser humano durante un período de tiempo más o menos largo¹².

“La ciencia médica no se refiere a la maternidad, sino a los procesos fisiológicos que ocurren durante la gestación, comprendidos en las etapas de embarazo, parto y puerperio. Interviene a través de conocimientos codificados en Normas de Atención que en cada país tiene el valor de normas legales de cumplimiento obligatorio.

En las sociedades industriales occidentales y en los países del Tercer Mundo, las mujeres son consideradas como las únicas responsables de la crianza de los hijos e hijas. Se espera de ellas que actúen de una manera totalmente auto dirigida y competente durante las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, y esta conducta es considerada “lo natural”. También se espera que esta disposición “natural” exista previo al nacimiento, e incluso a la concepción de los hijos e hijas: la vocación de ser madre ha sido considerada un deseo y sentimiento inherentemente “natural” a la feminidad bien entendida.

¿Qué quiere decir que el significado de la maternidad está definido por la cultura en la que ocurre, y que este se relaciona con actitudes sociales más amplias hacia las mujeres?

En estudios antropológicos comparados de diversas sociedades, se llega a la conclusión que cada una de ellas tiene sus preconceptos frente a las funciones

12. La Gestación; [htm://www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)

procreativas de la mujer, preconceptos a los cuales, en la mayoría de los casos, ella se adapta¹³.

En las sociedades en las que se considera que el embarazo debe estar acompañado de náuseas y el parto de dolores y peligros, la mayoría de las mujeres embarazadas sufre efectivamente de estados nauseosos y tiene partos difíciles, mientras que en otras sociedades que no rodean de peligros y tabúes a la mujer en este estado, los embarazos y partos suelen transcurrir con facilidad y sin mayores incidentes.

“Tradición, magia, religión y práctica médica, son los cuatro ejes a través de los cuales las mujeres se vinculan – de especial e intensa manera- con su cuerpo, con el cuerpo y los conocimientos de otras mujeres; desde la madre, la suegra, la partera y los movimientos contemporáneos de mujeres.

De esta misma manera se vinculan con los conocimientos de los hombres, con el poder masculino y familiar, y con los imperativos culturales durante el particular período en que son dadoras de vida. La combinación de estos cuatro ejes no es idéntica en cada una de las etapas ni entre las generaciones, y confirma una vez más que los cambios estructurales de la sociedad no provocan reemplazos de uno a uno en las prácticas de los sujetos, sino reordenamientos significativos de los recursos utilizados. Por esto, los conceptos culturales, en tanto históricos son cambiables¹⁴.

El concepto actual de maternidad se gesta a finales de los siglos XVIII, XIX y XX (es un concepto que está en transformación). Antes del siglo XVIII en la cultura general de atención a los recién nacidos, privaba el concepto de sobrevivencia del más fuerte. Importaban los niños que sobrevivían, para formarlos como

13. Mendez S. Angela M. USO DE LA AUTOPSIA VERBAL EN MORTALIDAD MATERNA EN UN AREA RURAL DE GUATEMALA;

14. Conferencia dictada el 4 de Noviembre de 2003, en el XVII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia Figo, 2003.

15. www.elmundo.es, Salud mujer.

ciudadanos obedientes al Rey. La respuesta fue acrecentar la sobrevivencia de la primera infancia. Para ello creó una cultura de cuidado que fue encargada a las madres, y que se basó en tres discursos:

- **Económico:** que valora a la población como la materia prima más importante, puesto que ella realizará la transformación de materias primas naturales en productos elaborados. A su vez la población pagará impuestos y ayudará a crear la riqueza de la nación.
- **Filosófico:** está relacionado con la igualdad (entre hombres), y el bienestar individual. La idea es que si se desarrollan económicamente la nación todas las personas se beneficiarán.
- **Genérico:** éste discurso exalta la importancia de las mujeres como productoras de hijos e hijas, y adscribe al hombre la función de proveedor¹⁵.

Las ideas de Rousseau representan a la maternidad como un sacerdocio, una experiencia dichosa que implica necesariamente dolor y sufrimientos. El sacrificio es la renuncia a un proyecto de vida para sí, en aras de satisfacer el bienestar de los demás. Dice en su obra Emilio: “las mujeres no respiran más, que para pagar con dolor, la gloria de poder ser, o haber sido madres”.

La muerte materna, aparece entonces como consecuencia natural de la misión maternal. De allí la resignación social ante la muerte de las mujeres y la pasividad del sistema. Esta nueva concepción de la maternidad tuvo como consecuencia la disminución del rol parental de los hombres, a quienes se les asignó como tarea principal la del ser un proveedor económico. Es esta situación la que en la actualidad se busca revertir, tal y como se aprecia en el interés planteado por los estudios sobre masculinidad y paternidad¹⁶.

16. Cataluña; [htm:// www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)

Complicaciones presentadas en el embarazo, parto y post parto:

➤ HEMORRAGIAS POSTPARTO (HPP)

Es la pérdida sanguínea mayor o igual al 15% del volumen sanguíneo circulante que causa un importante cambio hemodinámico con síntomas y/o signos de hipovolemia, después del nacimiento del recién nacido y que amenaza la vida de la mujer. Los valores normales de pérdida sanguínea son aproximadamente 500ml en el parto vaginal y en una cesárea debe ser menor a 1000ml. Cuando el sangrado supera estos volúmenes se considera que se está frente a una hemorragia post parto.

Clasificación de la hemorragia post parto:

- Temporal (convencional): según el periodo de su aparición:
 - Hemorragia Primaria o temprana: ocurre en las primeras 24 horas después del parto.
 - Hemorragia Secundaria o tardía: cuando ocurre entre las 24 horas y 6 – 12 semanas post parto.

La clasificación es importante debido a que se suele vincular con la causa que produce. Mientras la HPP primaria suelen ser producidas por atonía uterina las secundarias están más relacionadas a la retención de restos ovulares¹⁷..

➤ HIPERTENSION GESTACIONAL

Hipertensión Gestacional (HG):

17. Normas Nacionales para la atención materno neonatal, Secretaría de Salud, Honduras, Edición Mayo 2011

Elevación de la presión arterial sistólica por lo menos a 140 mm Hg y presión arterial diastólica por lo menos de 90mm Hg en dos ocasiones mínimo, en un

intervalo de 6 horas, después de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria. La presión arterial retorna a lo normal a las 12 semanas después del parto¹⁸.

Pre- Eclampsia:

Hipertensión gestacional después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa, se acompaña de proteinuria.

Pre- eclampsia Leve:

Hipertensión gestacional (presión arterial sistólica >140mm Hg o presión arterial diastólica entre 90 y 110 mm Hg) con proteinuria (cuantitativa: 300 mg o mas en 24 horas, o $\geq 2+$ en dos muestras de orina al azar en intervalo de 6 horas, o cualitativa de + a ++).

Precampsia Severa:

Hipertensión gestacional (presión arterial diastólica >110mm Hg) con proteinuria anormal (cualitativa: $\geq 2+$ en dos muestras de orina al azar colectadas en un intervalo de 4 horas o cuantitativas mayor de 2 g/24 horas) o la presencia de alteraciones a multiorganos.

Eclampsia:

Es la presencia de convulsiones tipo Gran mal y/o coma no explicado durante el embarazo o postparto en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia.

18. Normas Nacionales para la atención materno neonatal, Secretaria de Salud, Honduras, Edición Mayo 2011

Hipertensión Crónica y Preeclampsia sobre agregada:

Hipertensión arterial previa al embarazo o detectada en embarazo menor de 20 semanas, sin proteinuria y que presenta alguno de los siguientes datos:

- Proteinuria de inicio reciente de $\geq 300\text{mg}/24$ horas,
- Aumento súbito de la proteinuria
- Aumento de la presión arterial
- Trombocitopenia $\square 100,000\text{cel}/\text{mm}^3$
- Incremento de enzimas hepáticas

La hipertensión en el embarazo es una complicación común y potencialmente peligrosa para la madre el feto y el recién nacido. Afecta el 10% de los embarazos. En nuestro país es una causa importante de muerte materna¹⁹.

Hipertensión Crónica:

Hipertensión presente y documentada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación, e hipertensión persistente mas allá de las 12 semanas postparto.

Síndrome HELLP:

Es una entidad clínica **GRAVE** que puede llegar a manifestarse como una coagulopatía grave, caracterizada por hemólisis (anemia hemolítica micro angioptica), disfunción hepática (enzimas hepáticas alteradas) y trombocitopenia. Su nombre proviene de las siglas en ingles: H: Hemolysis, El: Elevated Liver enzymes y LP: Low Platelets.

Hipertensión Gestacional:

- Hipertensión gestacional leve. Presión arterial sistólica (PAS)= 140- 159 mm Hg, presión artesanal diastólica (PAD) = 90- 109mm Hg
- Hipertensión gestacional severa. PAS ≥ 160 , PAD ≥ 110 (en dos ocasiones intervalo de 6 horas).

19. Normas Nacionales para la atención materno neonatal, Secretaria de Salud, Honduras, Edición Mayo 2011

Preclampsia:

- Preclampsia leve: presión arterial media (PAM) ≥ 106 o $\square 126$
- Preclampsia severa: presión arterial media (PAM) >126 .

Eclampsia:

- Anteparto
- Intraparto
- Post parto:
 - Temprana: pos nacimiento y menor de 48 horas
 - Tardía: más de 48 horas, pero, menor de 4 semanas pos nacimiento.

Síndrome de HELLP:

- Completo o verdadero:
 - Trombocitopenia (moderada) $\square 100,000/ul$
 - Disfunción hepática: aspartato transaminasa (AST) >70 UI/L.
 - Hemolisis.
 - Frotis de sangre periférico anormal: esquistocitos (GR fragmentado), equinocitos (GR redondeados con múltiples espículas en su superficie).
 - Deshidrogenasa lactica >600 UI/L
 - bilirrubina >1.2 mg/dL (forma indirecta)
 - hemoglobina disminuida
 - Parcial o incompleta
- Síndrome HELLP (mas preeclampsia severa):
 - Disfunción hepática
 - Trombocitopenia
- Síndrome HELLP (mas preeclampsia severa):
 - Disfunción hepática leve

- Síndrome HELLP (mas preeclampsia severa):
 - Hemolisis
 - Disfunción hepática
- Síndrome HELLP (mas preeclampsia severa):
 - Trombocitopenia²⁰.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y EMBARAZO

Enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas que cursan en el embarazo. La enfermedad cardiaca ocasiona complicaciones en el 1-3% de los embarazos y ocasiona entre el 10- 15% de las muertes maternas.

Es importante considerar que las mujeres embarazadas con enfermedad cardiaca grave o mujeres que experimentan evento cardiaco durante el embarazo requerirán muy probablemente admisión y estabilización de su cuadro en una unidad de cuidados críticos / intensivos para adultos²¹.

Este grupo particular de pacientes puede resultar difícil para el personal de obstetricia y el personal de cuidados críticos, y para garantizar su mejor manejo se requieren el manejo integrado por médicos especialista (internistas, cardiólogos, ginecoobstetras). Idealmente, la mujer que padece una enfermedad cardiaca debe tener la optimización de su enfermedad cardiaca antes de intentar su embarazo, y no solo esto, debe determinarse el mejor momento para que ocurra el embarazo.

De las patologías cardiacas que cursan durante el embarazo, algunas logran llegar a termino sin dificultades, otras no son compatibles con los cambios fisiológicos desarrollados durante la gestación y generan un enorme potencial para causar mortalidad materna.

20. Normas Nacionales para la atención materno neonatal, Secretaria de Salud, Honduras, Edición Mayo 2011

21. Organización Mundial de La Salud (OMS): <http://www.paho.org>

CONTROL PRENATAL

Es la atención integral y de calidad que se brinda a través de una serie de visitas programadas de la embarazada con los proveedores de los servicios de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el puerperio. Además debe permitir, identificar y prevenir complicaciones así como detectar oportunamente signos de peligro en la madre o en el feto.

La atención prenatal con calidad debe cumplir con los requisitos básicos: precoz, sistemática, periódica, completa de amplia cobertura.

Los controles en el embarazo deben comenzar cuanto antes, apenas la mujer sospecha o haya confirmado su embarazo con un examen, debe ir al médico, en la primera visita el médico o enfermera le hará muchas preguntas sobre tu historial médico y el de tu familia. También le mandaran a realizar: análisis de sangre, orina y un buen examen físico completo²². El proveedor de los servicios de salud brindara las atenciones siguientes a cada embarazada, cinco atenciones prenatales a toda embarazada que no tiene factores de riesgo y que no desarrolla complicaciones durante el embarazo.

El numero de atenciones prenatales que sean necesarias al identificar que la embarazada tiene factores de riesgo o desarrolla complicaciones durante su embarazo.

22. Organización Mundial de La Salud (OMS): <http://www.paho.org>

Se brindara la atención a la embarazada normal las atenciones prenatales de acuerdo al siguiente esquema:

Primera Atención	En el momento de la capacitación, idealmente en las primeras 12 semanas.
Segunda Atención	Entre las 13 y 24 semanas
Tercera Atención	Entre las 25 y 29 semanas
Cuarta Atención	Entre las 30 y 35 semanas
Quinta Atención	Entre las 36 y 40 semanas

Una vez brindada la quinta atención el proveedor de los servicios de salud debe:

- Continuar el seguimiento semanal a la mujer después de las 37 o 38 semanas hasta el nacimiento del bebe.
- Asegurar que la mujer llega al hospital para la atención de su parto²³.

23. Organización Mundial de La Salud (OMS): <http://www.paho.org>

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. **Área de estudio:**

El presente estudio se realizó en el Departamento de Comayagua, periodo 2009-2010

b. **Tipo de estudio:**

Descriptivo, cuantitativo

c. **Población en Estudio:**

Representa el total de defunciones de mujeres por causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio hasta los 40 días de post parto en el departamento de Comayagua en el periodo de estudio.

d. **Universo:** Son la 23 muertes ocurridas en el 2009 - 2010

e. **Muestra:**

Es el total del universo.

f. **Técnica e instrumento de recolección:**

Expedientes clínicos de las usuarias en estudio y lista de verificación.

g. **Procesamiento y presentación de datos:**

Los datos fueron procesados electrónicamente y presentados en cuadros con sus respectivos gráficos.

Operacionalización de variables:

Características socio demográficas.

- Edad
- Estado civil
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación

Causas más frecuentes en la incidencia de la mortalidad materna en el Departamento de Comayagua.

- Antecedentes patológicos
- Antecedentes obstétricos
- Signos de peligro
- Causas de muerte

Nivel de atención brindada a las madres embarazadas del estudio.

- Control prenatal
- Persona que atendió el control
- Valoración por Ginecólogo
- Atención del parto
- Finalización del embarazo
- Persona que atendió el parto

VIII. RESULTADOS

8.1 Características socio demográficas

- Con relación a la edad de las madres que fallecieron en el año 2009 el 18%(2) estaban entre las edades de 15 – 25 años. El 55% (6) en los 26-34 años y el 27% (3) en los 35- 41 años. Y para el año 2010 el 58%(7) que oscila entre los 15 y 25 años, el 33%(4) está entre los rangos de 26 a 34 años; el 8%(1) está entre los 35-41 años. (ver tabla N° 1)
- El estado civil encontrado en el grupo de estudio corresponde en el 2009 el 55%(6) eran casadas, el 18%(2) madres solteras, el 27%(3) unión libre. En el 2010 el 17%(2) eran casadas, el 25%(3) madres solteras y el 58%(7) unión libre. (ver tabla N° 2)
- La escolaridad predominante en e grupo de estudio correspondió en un 64%(7) primaria completa, 9%(1) primaria incompleta, 9%(1) secundaria incompleta y un 18%(2) analfabeta. En el 2010 correspondió en el 50%(6) primaria completa, 8%(1) primaria incompleta, el 25%(3) secundaria completa y un 17%(2) analfabeta. (ver tabla N° 3)
- En cuanto a ocupación u oficio de las madres fallecidas corresponde en el año 2009 el 9%(1) comerciante, el 82%(9) amas de casa, 9%(1) profesional técnico. En el 2010 con un porcentaje muy relevante del 92%(11) amas de casa, el 8%(1) empleada. (ver tabla N° 4)
- La procedencia del grupo de estudio corresponde en el año 2009 el 36%(4) área urbana y el 64%(7) área rural. En el 2010 el 25%(3) área urbana, el 75%(9) área rural. (ver tabla N° 5)

8.2 Causas frecuentes en la incidencia de muerte materna

- La paridad de las madres fallecidas corresponde en el 2009 el 9%(1) primigesta, el 36%(4) secundigesta y el 55%(6) múltipara. Y para el año 2010 el 42%(5) primigesta, el 50%(6) secundigesta y el 8%(1) múltipara. (ver tabla N° 6)
- Patologías presentadas durante el embarazo: el porcentaje en el 2009 es de el 9%(1) anemia depronocitica, el 27%(3) enfermedad respiratoria, el 18%(2) hemorragia, el 9%(1) tormenta tiroidea, el 9%(1) abdomen agudo, el 18%(2) eclampsia y el 9%(1) fiebre.
En el 2010 el 17%(2) diabetes gestacional, el 25%(3) enfermedad cardiaca, el 8%(1) hemorragia, el 8%(1) leptospirosis, el 25%(3) eclampsia, y el 17%(2) hipertensión. (Ver tabla N° 7)
- Complicaciones presentadas en el momento del parto y post parto el porcentaje en el 2009 es de, el 9%(1) retención placentaria, el 18%(2) convulsiones, el 36%(4) hemorragia, el 9%(1) fiebre y el 27%(3) otras complicaciones.
En el 2010 el dato más relevante es, el 8%(1) retención placentaria, el 8%(1) convulsiones, el 42%(5) alta presión, el 8%(1) hemorragia y el 33%(4) otras complicaciones. (Ver tabla N°8)
- Causas de muerte materna en el 2009, el 45%(5) shock hipovolemico, el 27%(3) NH1, el 18%(2) eclampsia y el 9%(1) otra. En el 2010 el porcentaje es de 17%(2) shock hipovolemico, el 17%(2) preclampsia severa, el 25%(3) complicaciones cardiacas, el 8%(1) eclampsia, el 8%(1) síndrome de Hell y el 25%(25) otra. (ver tabla N°9)

8.3 Nivel de atención

- Controles que recibieron las madres fallecidas durante el embarazo en el 2009 con un porcentaje de 27%(3) que tuvieron un control prenatal de 1-2 y un 27%(3) que tuvieron de 3-4 controles, un 18%(2) 5 a mas controles y un 27%(3) que no realizaron ningún control. En el 2010 con un porcentaje muy alto del 42%(5) que se controlaron de 1-2, con un 17%(2) se realizaron de 3-4 controles, y otro 17%(2) 5 a mas controles y un 25%(3) que no se realizaron ningún control. (ver tabla N°10)
- Persona que brindo el control prenatal a las fallecidas en el 2009, el porcentaje de 18%(2) que fue brindado por la auxiliar de enfermería, un 9%(1) por la licenciada en enfermería, el 18%(2) por medico general y el 27%(3) que fue brindado por el especialista, el 27%(3) que no lo brindo ningún personal ya que este porcentaje no utilizo los servicios de ninguno. En el 2010 hubo un incremento con el 25%(3) el control fue brindado por la auxiliar de enfermería, el 8%(1) por la licenciada en enfermería, el 42%(5) por medico general y el 25%(3) que no lo brindo ningún personal. (ver tabla N°11)
- En relación con la valoración por el especialista ginecólogo en el momento de la complicación el porcentaje es relevante en ambos años en el 2009 con el 91%(10) que si fueron evaluados por el ginecólogo y un 9%(1) que no fue valorada por el ginecólogo y en el 2010 con un 83%(10) que fueron valoradas por el ginecólogo y un 17%(2) que no fueron valoradas. (ver tabla N°12)
- En cuanto al nivel de atención a la fallecida en el 2009 con un porcentaje muy significativo con el 64%(7) sus partos fueron atendidos a nivel hospitalario y un 27%(3) en la comunidad con el 9%(1) que no se atendió el parto. En el 2010 el 67%(8) sus su atención fue hospitalaria, un 8%(1) el parto fue en la comunidad y el 25%(3) fue atendido en otro sitio. (ver tabla N°13)

- Como fue la terminación del embarazo en las fallecidas en el 2009 con un porcentaje muy relevante con el 73%(8) parto vaginal y el 27%(3) que termino en cesárea. En el 2010 también lo más relevante es el parto vaginal con un alto porcentaje del 58%(7), con el 17%(2) que terminaron en cesárea, el 25%(3) pacientes que lograron culminar su embarazo. (ver tabla N°14)
- Personal que brindo la atención en el parto a las usuarias en estudio atención por el ginecólogo el 36%(4), el 27%(3) por el médico general, el 18%(2) atendidos por partera, un 18%(2) que no finalizo su embarazo. En el 2010 un 25%(3) atendido por el médico en servicio social, un 8%(1) por partera, otro 8%(1) ella misma, un alto porcentaje de 33%(4) que no finalizo el embarazo. (ver tabla N°15)
- Con relación a la ocurrencia de las muertes con un alto porcentaje, el 82%(9) institucional, el 18%(2) comunitario, en el 2010 muy relevante el 67%(8) institucional, el 25%(3) a nivel comunitario, el 8%(1) en clínica privada. (ver tabla N°16)

XI. ANALISIS DE RESULTADOS

9.1 Características socio demográficas y culturales

- El grupo sujeto del presente estudio está basado en el número de pacientes que fallecieron por alguna causa durante el embarazo, parto y post parto del departamento de Comayagua año 2009-2010.

La mayoría oscila entre las edades de los 26-34 en el 2009 y en el 2010 de 15 a 25 años de edad, lo que significa que era una población joven y corroborando que las adolescentes son las que más se embarazan, por lo que se reconoce que le derecho a la protección de salud es un deber de todos y con énfasis al personal de salud que debe participar en la promoción y prevención contribuyendo a la disminución de la muerte materna.

- De acuerdo a los datos obtenidos, el estado civil refleja cierta estabilidad social en el 2009, la mayoría son casadas pero en el 2010 la mayoría convivían en unión libre y unas cuantas madres solteras, con un promedio educativo alto en ambos años en primaria completa en su mayoría amas de casa con procedencia del área rural.

9.2 Causas más frecuentes en la mortalidad materna

- De acuerdo en lo encontrado se obtuvo un alto porcentaje de las fallecidas eran secundigestas y multíparas.

Presentando varias patologías en el embarazo siendo las más relevantes enfermedades respiratorias, NH1 y enfermedades cardiacas y eclampsia, presentando complicaciones muy relevantes en el momento del parto y post parto como hemorragia y alta presión siendo la causa más relevante la hemorragia, problemas respiratorios y complicaciones cardiacas.

9.3 Atención de salud brindada

- En cuanto a la atención prenatal con un alto porcentaje de 1-2 controles muy relevante, también pacientes que no recibieron ningún control con un porcentaje de atención por medico general, que en el momento de la complicación la mayoría fue valorada por el ginecólogo y atención en el momento del parto por ginecólogo y medico general.

Llama la atención que en su mayoría fueron muertes maternas de mujeres muy jóvenes a nivel institucional que en su mayoría fueron referidas al Hospital Escuela (de alta complejidad), donde fallecieron.

X. CONCLUSIONES

En cuanto a las características socio demográficas:

1. La mayoría de las muertes maternas ocurridas en el 2009- 2010 el mayor porcentaje de las edades estaban comprendidas entre 15- 25 y 26- 34 años, estado civil unión libre, nivel de escolaridad primaria completa, ocupación oficios domésticos con procedencia de la zona rural.

Las principales causas de muerte

2. Las causas que más prevalecieron en el 2009- 2010 fue la hemorragia, enfermedades respiratorias, NH1, complicaciones cardiacas, preclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP y otras patologías como diabetes gestacional, leptospirosis, tormenta tiroidea, abdomen agudo.

Atención Brindada

3. En control prenatal no hubo cumplimiento con lo establecido por la Secretaría de Salud, ya que un alto porcentaje solo recibió de 1- 2 controles y otro porcentaje que no recibió ningún control estos en su mayoría fueron brindados por el médico general.

En el momento de la complicación la mayoría de las fallecidas fueron atendidas por el ginecólogo, la atención del parto por ginecólogo por cesárea, médico general parto vaginal, otro porcentaje por partera y otros que no finalizaron su embarazo. La ocurrencia de la muerte fue a nivel institucional y comunitario.

XI.RECOMENDACIONES

1. A la Secretaria de Salud:

- Continuar apoyando las estrategias y acciones en la promoción y satisfacción de la demanda de los servicios de anticoncepción como un derecho de las usuarias en aras de disminuir los índices de embarazo y contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.
- Dotara todas las unidades de salud (hospitales, clínicas materno infantil, centros de salud) de las normas nacionales para la atención materno neonatal, manteniendo una supervisión y monitoreo permanente del cumplimiento de ellas.

2. A la Gerencia Regional y Departamental N°3:

- Promover la planificación familiar y que se brinde la oportunidad de una atención con calidad a las usuarias que lo soliciten.
- Mejorar la calidad en la prestación de servicios de control prenatal en la red para la captación temprana de las embarazadas antes de las 20 semanas de gestación y ayude a identificar patologías que pueden complicar la salud de la paciente y lograr referirla oportunamente para una atención especializada.

3. A las Autoridades del Hospital Regional Santa Teresa:

- Mantener las capacitaciones continuas a todo el personal de salud, en especial a los médicos especialistas, médicos generales, médicos en servicio social, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería sobre las normas y protocolos de emergencias obstétricas y perinatales ya establecidas para que puedan brindar una atención con calidad para poder identificar y prevenir complicaciones.
- Deben fortalecer, garantizar y supervisar la aplicación de las normas nacionales para la atención materno neonatal, y que el cumplimiento de ellas sea oportuno.
- Fortalecer al comité de mortalidad para la vigilancia de la muerte materna, que se realice una investigación con claridad y verificación de una atención correcta, oportuna de acuerdo a las normas establecidas por la Secretaria de Salud.

XII. BIBLIOGRAFIA

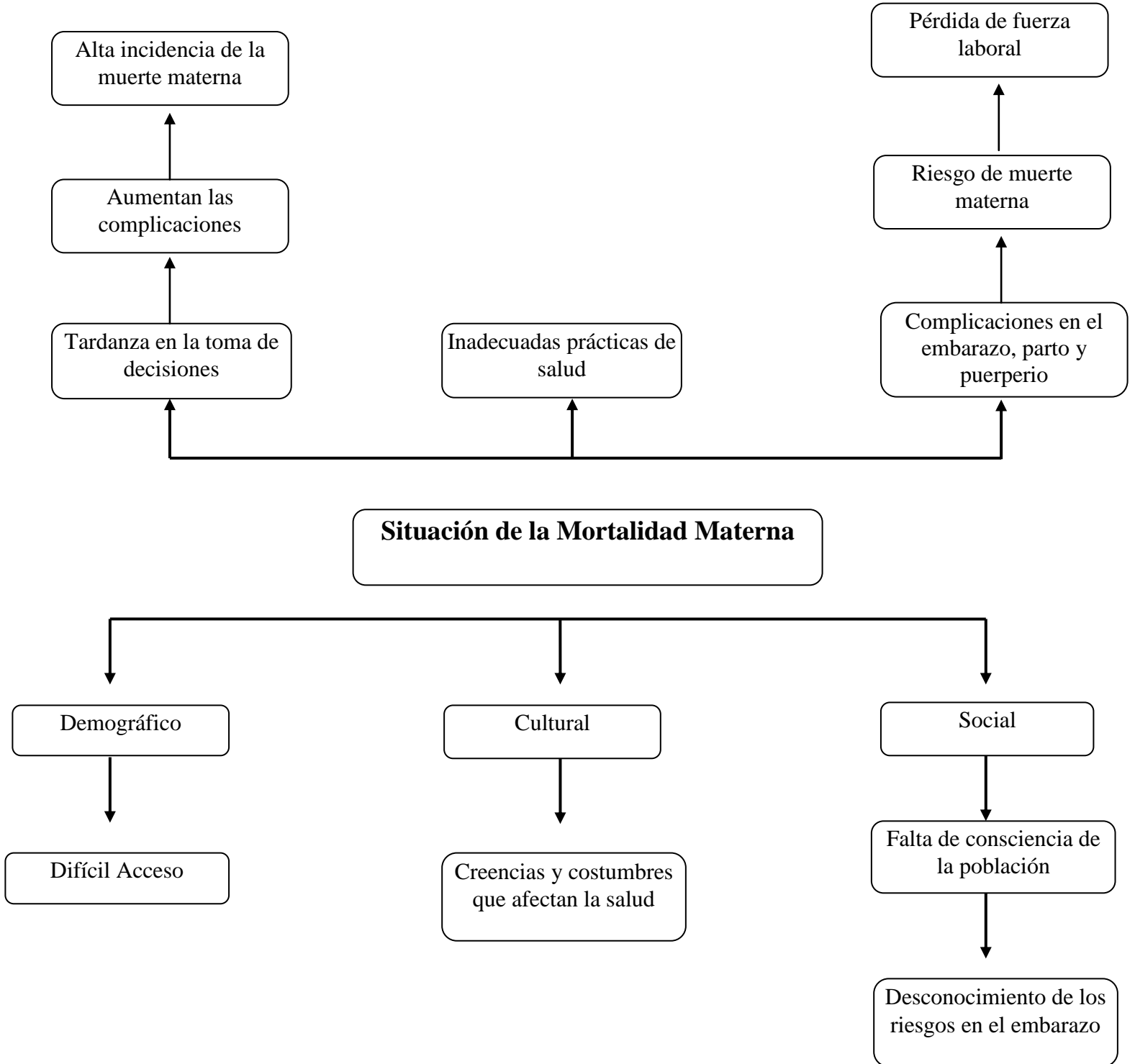
1. <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t293/seccionc7a.pdf>
2. <http://www.monografias.com/trabajos55/morbo-mortalidad-materna/morbo-mortalidad-materna.shtml>
3. http://issuu.com/dr.ppach/docs/modelo_predictor_de_mortalidad_materna
4. http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0327103-120741/Tesisff.pdf
5. http://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_materna
6. 4 Contreras, Leonardo. CO Em: Ruptura del Paradigma para la reducción de la mortalidad materna. Fondo 1998
7. 16 De Población de Naciones Unidas. 2002.
8. Argueta Díaz Raúl, MONOGRAFIAS DE GUATEMALA, Ediciones del Sur, a. Ciudad de Guatemala, 1989.
9. Cataluña; [htm:// www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)
10. Cifuentes G. Siomara J.; MORTALIDAD MATERNA; estudio de las principales causas de mortalidad materna del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993 en el departamento de Maternidad del Hospital Regional de Coatepeque, Tesis (Medico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, 1994. 40 p
11. Dirección General de Salud; SITUACION DE LA MORTALIDAD MATERNA REPUBLICA DE GUATEMALA 1997-1999; Boletin epidemiologico Nacional; Guatemala, dic., 1999; 16:22-25 p.
12. Echeverria A., Roy M.; MORTALIDAD MATERNA; Analisis epidemiologico de la mortalidad materna en el Hospital Regional San Benitoi Peten de 1985 a 1995. Tesis (Medico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, Guatemala 53 p.
13. El Bajo Peso; [htm://www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)

14. Guerrero, Rodrigo; et.al EPIDEMIOLOGIA 2da. ed. Bogota, Edit. Iberoamericana. 1986. p 81-100
15. Lara G. Alma; Et.al. MORTALIDAD MATERNA POR ECLAMPSIA. Ginecobst. Mexico 1999 Jun;67:253
16. La Gestación; htm://www.diariomedico.com
17. Mendez S. Angela M. USO DE LA AUTOPSIA VERBAL EN MORTALIDAD 2002
18. MATERNA EN UN AREA RURAL DE GUATEMALA; Tesis (Medico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, Guatemala 1998 48 p.
19. Conferencia dictada el 4 de Noviembre de 2003, en el XVII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia Figo, 2003.
20. www.elmundo.es, Salud mujer.
21. www.prenataltv/lecturas/honduras_mortalidad materna
22. Normas Nacionales para la atención materno neonatal, Secretaria de Salud, Honduras, Edición Mayo 2011
23. Organización Mundial de La Salud (OMS): <http://www.paho.org>

ANEXOS

(ANEXO #1)

Modelo Explicativo



(ANEXO #2)

Operacionalización de Variables

Objetivo # 1: Describir las características socio demográficas y culturales de las madres en estudio.

Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Escala
Edad	Se expresa como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento de su existencia.	Años cumplidos	15- 25 26- 34 35- 41
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia.	Situación jurídica	Casada Madre soltera Unión libre
Escolaridad	Ultimo grado en años cursado en el sistema de educación formal.	Años de estudio	-Analfabeta -Primaria Completa -Primaria Incompleta -Secundaria Completa -Secundaria Incompleta -Nivel Superior

Ocupación	Es el tipo de labor o trabajo que una persona realiza al momento de referencia.	Tipos de trabajo	-Estudiante Profesional técnico -Comerciante -Ama de Casa -Otro
Procedencia	Lugar de permanencia o residencia acostumbrado.	Departamento Residencia	-Urbano -Rural

Objetivo # 2: Identificar causas más frecuentes en la mortalidad materna del Departamento de Comayagua.

Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Escala
Antecedentes Obstétricos	Etapa reproductiva.	Número de embarazos	-Primigesta -Bigesta -Multipara
Complicaciones maternas durante el embarazo.	Se aplica a la enfermedad o proceso que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo periodo de tiempo.	Historial de enfermedades de larga duración	-Diabetes Gestacional -Anemia de Pranicítica -Enfermedades Cardíacas -Enfermedad Respiratoria -Hemorragia -Leptospirosis -Tormenta tiroidea -Abdomen agudo -Preclampsia Severa -Eclampsia -Hipertensión -Fiebre

<p>Complicaciones maternas durante el parto y post parto</p>	<p>Complicaciones que pueden presentarse durante el parto.</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Retención Placentaria -Convulsiones -Alta Presión -Hemorragia -Fiebre -Otra complicación
<p>Causas de la muerte</p>	<p>Es la enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte.</p>	<p>Complicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Shock Hipovolemico -Preclampsia Severa -Complicaciones Cardiacas -NH1 -Eclampsia -Síndrome de Hell -Otras complicaciones.

Objetivo # 3: Valorar la atención de salud brindada a las madres fallecidas.

Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Escala
Numero de controles prenatales	Número de veces que se le realizo un control médico a la gestante.	Controles asistidos	1- 2 3- 4 5- mas
Personal que realizó el control prenatal	Persona que dio atención a la embarazada de cómo va el crecimiento y desarrollo del feto.	Personal capacitado	-Auxiliar de enfermería -Licda. en enfermería -Medico Servicio Social -Medico General -Especialista -Ninguno
Valoración por especialista en el momento de la complicación donde fue atendido el parto	Lugar donde fue atendida la paciente fallecida.		-Institucional -Comunitario -Otro

Finalización del embarazo	Se Expresa como el termino del embarazo.	Embarazo a termino	-Parto vaginal -Cesárea -Otro
Personal que atendió el parto	Es la persona que asistió a la madre en el parto de un nacido vivo o de un feto nacido muerto.		-Ginecólogo -Medico General -Medico Servicio Social -Enfermera Profesional -Auxiliar de Enfermería -Partera -Ella misma

(ANEXO #3)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

Centro de Investigación y Estudios de la Salud

Escuela de Salud Pública



Objetivo:

Analizar los factores que causaron las muertes maternas en el Departamento de Comayagua, Honduras durante el 2009- 2010.

CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS

1. Edad: ____

2. Estado Civil:

Casada ____ Madre Soltera ____

Unión Libre ____

3. Nivel de Escolaridad

Primaria Completa ____ Secundaria Incompleta ____

Primaria Incompleta ____ Nivel Superior ____

Secundaria Completa ____ Analfabeta ____

4. Ocupación:

Estudiante ____ Profesional técnico ____

Comerciante ____ Otro ____

Ama de Casa ____

5. Procedencia:

Urbana ____

Rural ____

CAUSAS MAS FRECUENTES EN LA INCIDENCIA DE MUERTE MATERNA

6. Antecedentes Obstétricos:

Primigesta ____

Bigesta ____

Multipara ____

7. Patológicas durante el embarazo que presentaron las fallecidas:

- a. Diabetes Gestacional
- b. Hepatitis
- c. Enfermedades Cardiacas
- d. Enfermedad Respiratoria
- e. Hemorragia
- f. Leptospirosis

	SI	No

- g. Tormenta Tiroidea
- h. Abdomen agudo
- i. Preclampsia Severa
- j. Eclampsia
- k. Hipertension
- l. Fiebre

	SI	No

8. Complicaciones maternas presentados durante el parto y post parto:

Retención Placentaria ____

Hemorragia ____

Convulsiones ____

Fiebre ____

Alta Presión ____

Otra complicación ____

9. Causas de muerte:

Shock Hipovolemico	___	Eclampsia	___
Preclampsia Severa	___	Síndrome de HELL	___
Complicaciones Cardiacas	___	Otra complicación	___
NH1	___		

NIVEL DE ATENCION

10. Control prenatal

1-2	___	5- más	___
3-4	___	Ninguno	___

11. Personal que realizo el control prenatal:

Auxiliar de enfermería	___	Medico General	___
Licda. En enfermería	___	Especialista	___
Medico Servicio Social	___	Ninguno	___

12. Valoración por el especialista en el momento de la complicación:

Si ___ No ___

13. Atención del parto:

Institucional ___
Comunidad ___
Otro ___

14. Finalización del Embarazo:

Parto vaginal ___
Cesárea ___
Otra ___

15. Personal que atendió el parto:

Ginecólogo _____

Medico General _____

Medico Servicio Social _____

Enfermera Profesional _____

Auxiliar de Enfermería _____

Partera _____

Ella misma _____

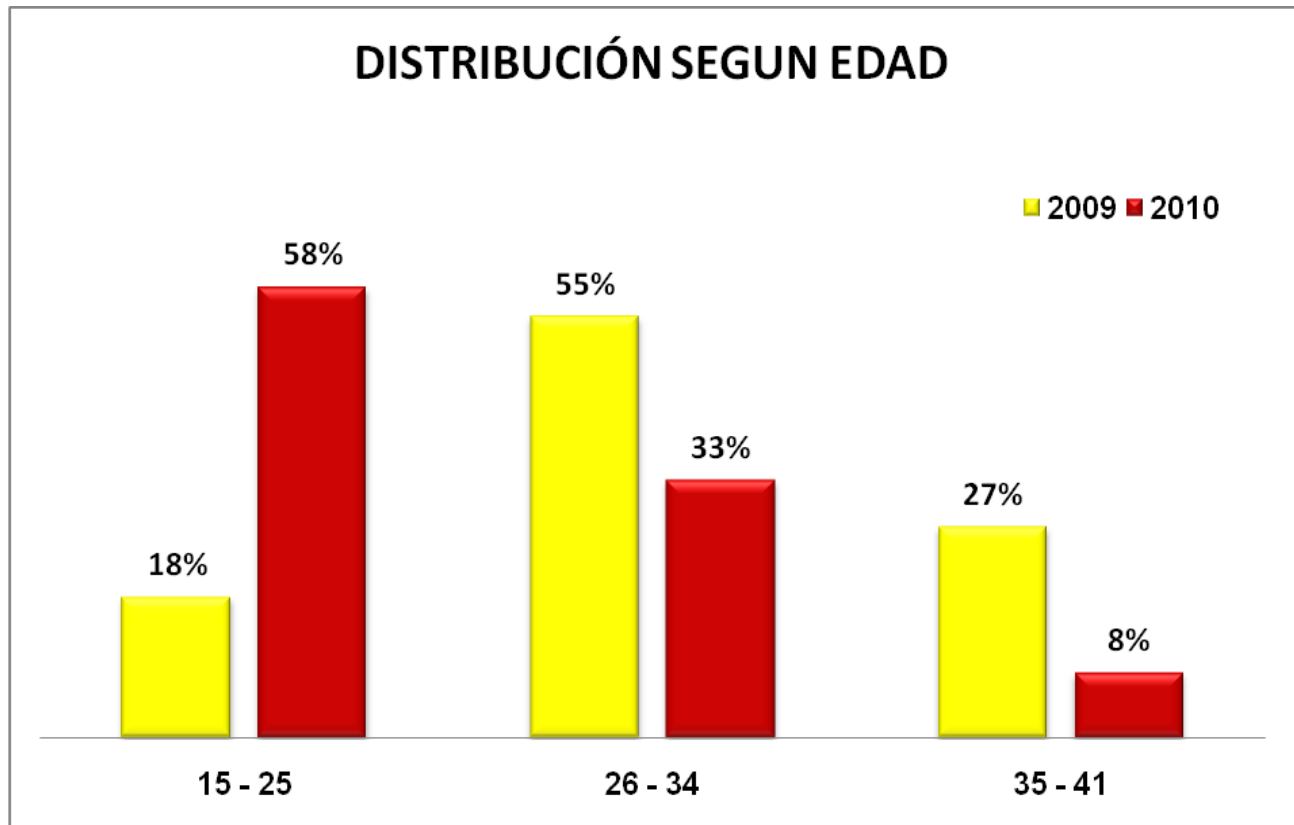
TABLAS (ANEXO # 4)

I. CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS:

TABLA # 1: *Distribución según edad de las madres fallecidas.*

Edades	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
15 - 25	2	18%	7	58%
26 - 34	6	55%	4	33%
35 - 41	3	27%	1	8%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expediente Madres fallecidas.

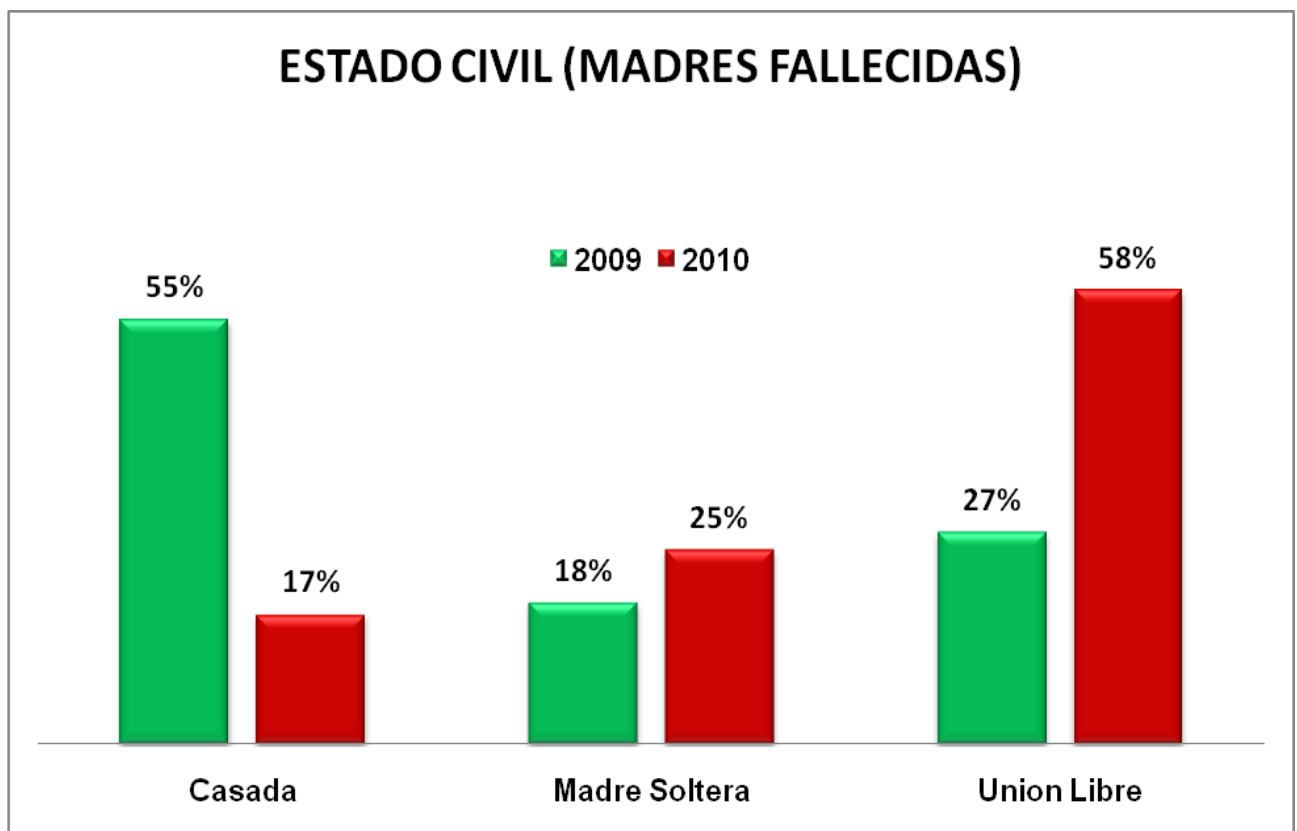


Fuente: Tabla # 1

TABLA # 2: *Distribución de la población según estado civil de las madres.*

Estado Civil	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Casada	6	55%	2	17%
Madre Soltera	2	18%	3	25%
Unión Libre	3	27%	7	58%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expediente Madres fallecidas.

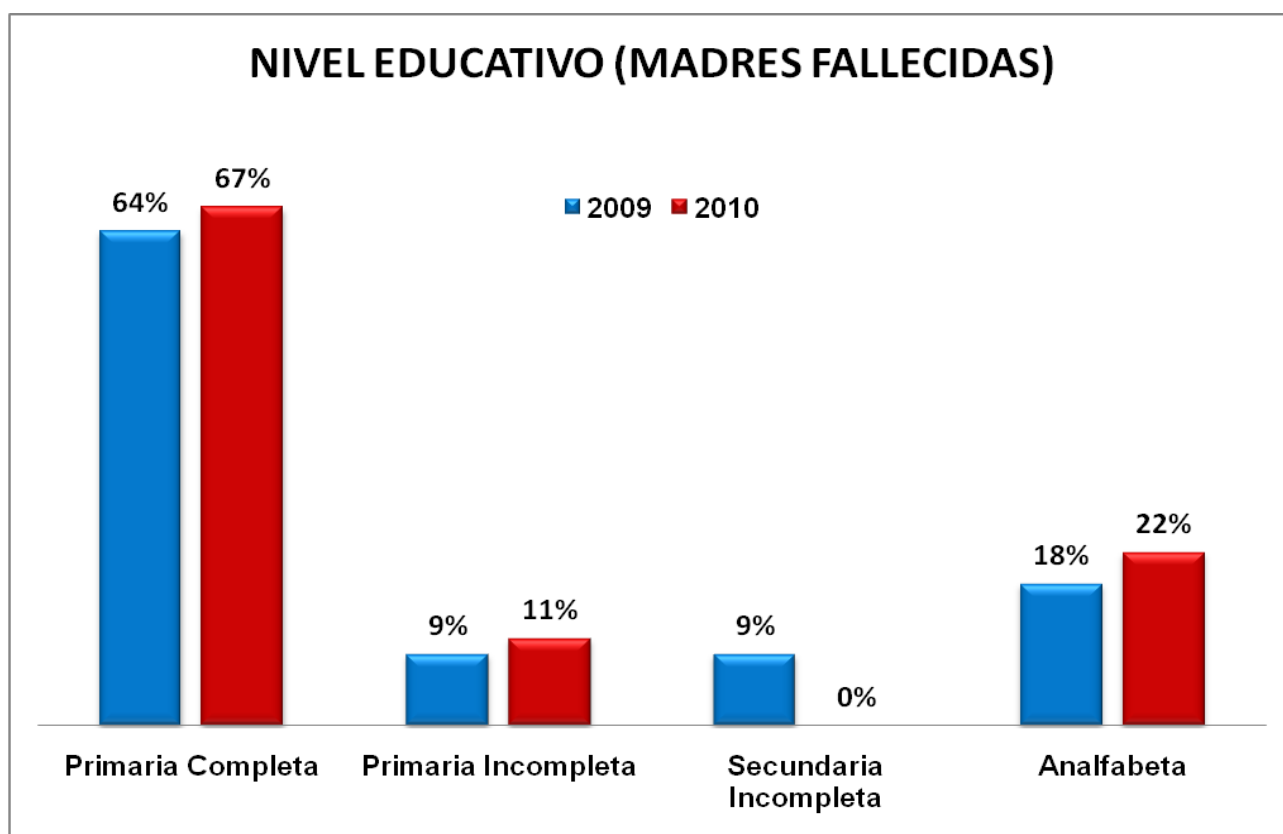


Fuente: Tabla # 2

TABLA # 3: Nivel educativo de las madres fallecidas.

Nivel Educativo	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Primaria Completa	7	64%	6	67%
Primaria Incompleta	1	9%	1	11%
Secundaria Incompleta	1	9%	0	0%
Analfabeta	2	18%	2	22%
Total	11	100%	9	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

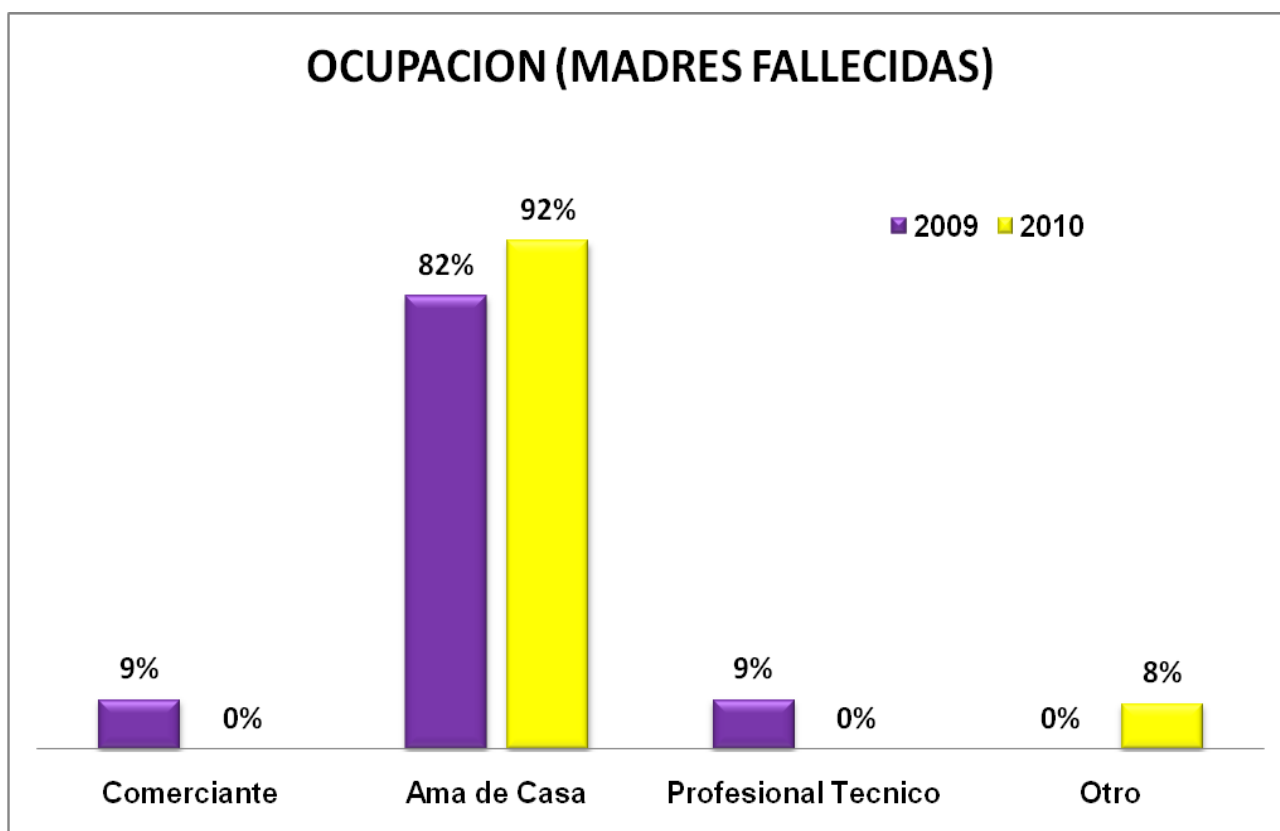


Fuente: Tabla # 3

TABLA # 4: *Ocupación que tenían las madres fallecidas.*

Ocupación	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Comerciante	1	9%	0	0%
Ama de Casa	9	82%	11	92%
Profesional Técnico	1	9%	0	0%
Otro	0	0%	1	8%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

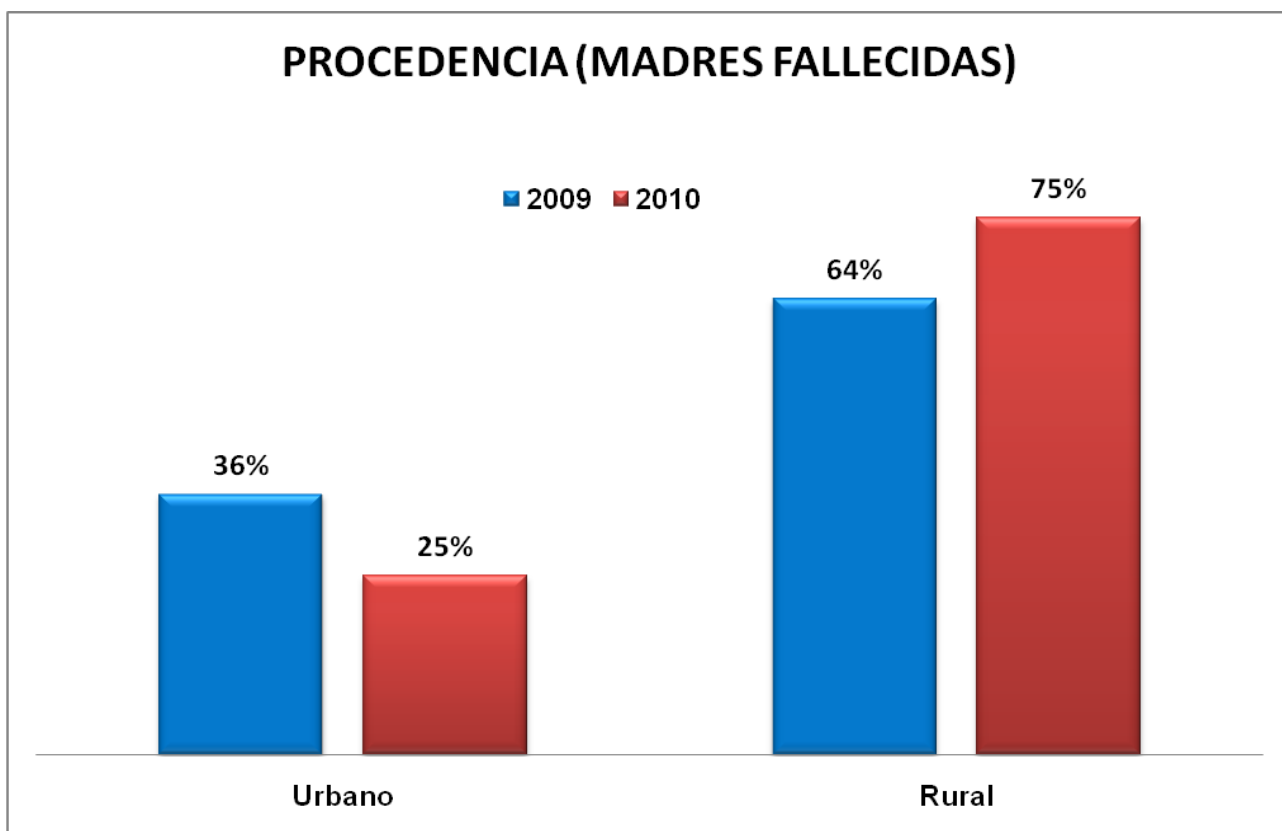


Fuente: Tabla # 4

TABLA # 5: *Procedencia de las madres que fallecieron.*

Procedencia	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Urbano	4	36%	3	25%
Rural	7	64%	9	75%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

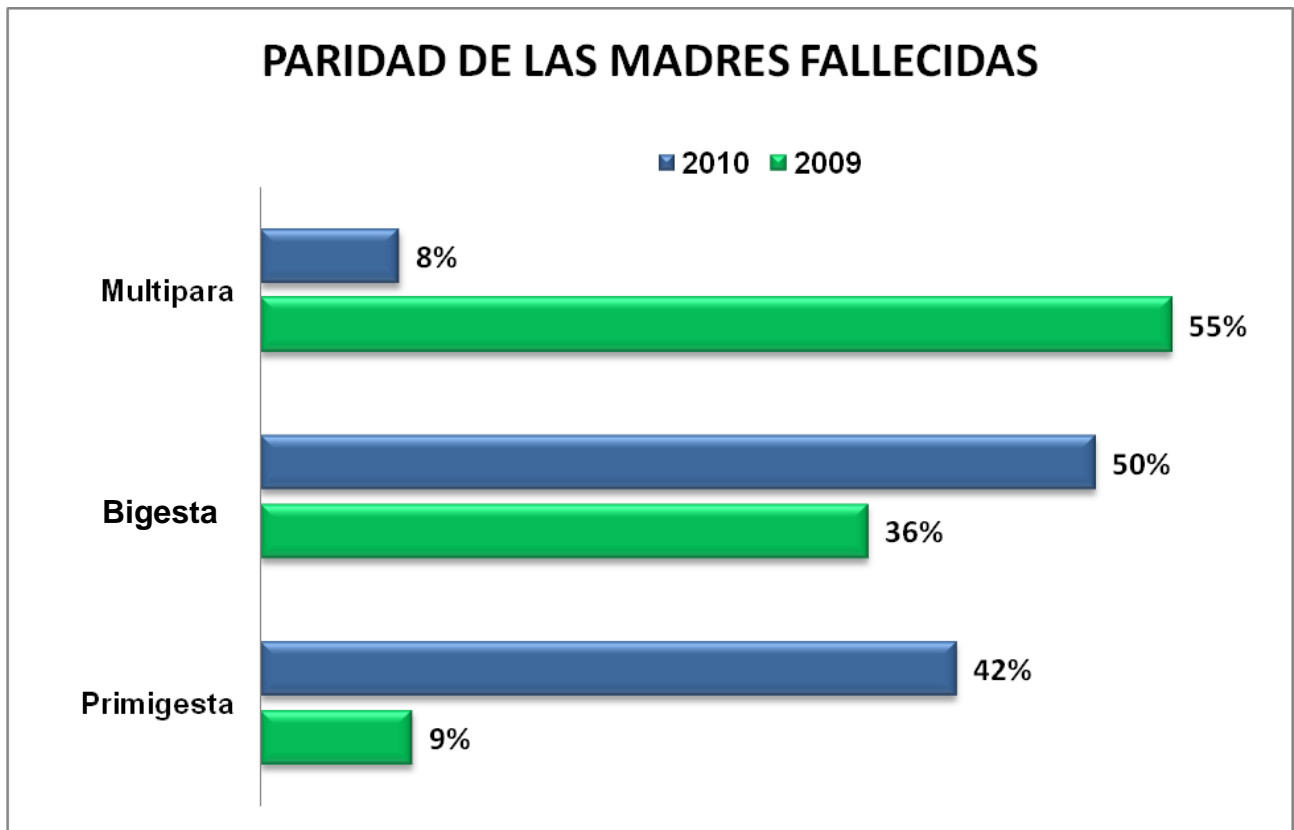


Fuente: Tabla # 5

TABLA # 6: Paridad de las madres fallecidas.

Paridad	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Primigesta	1	9%	5	42%
Bigesta	4	36%	6	50%
Multipara	6	55%	1	8%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

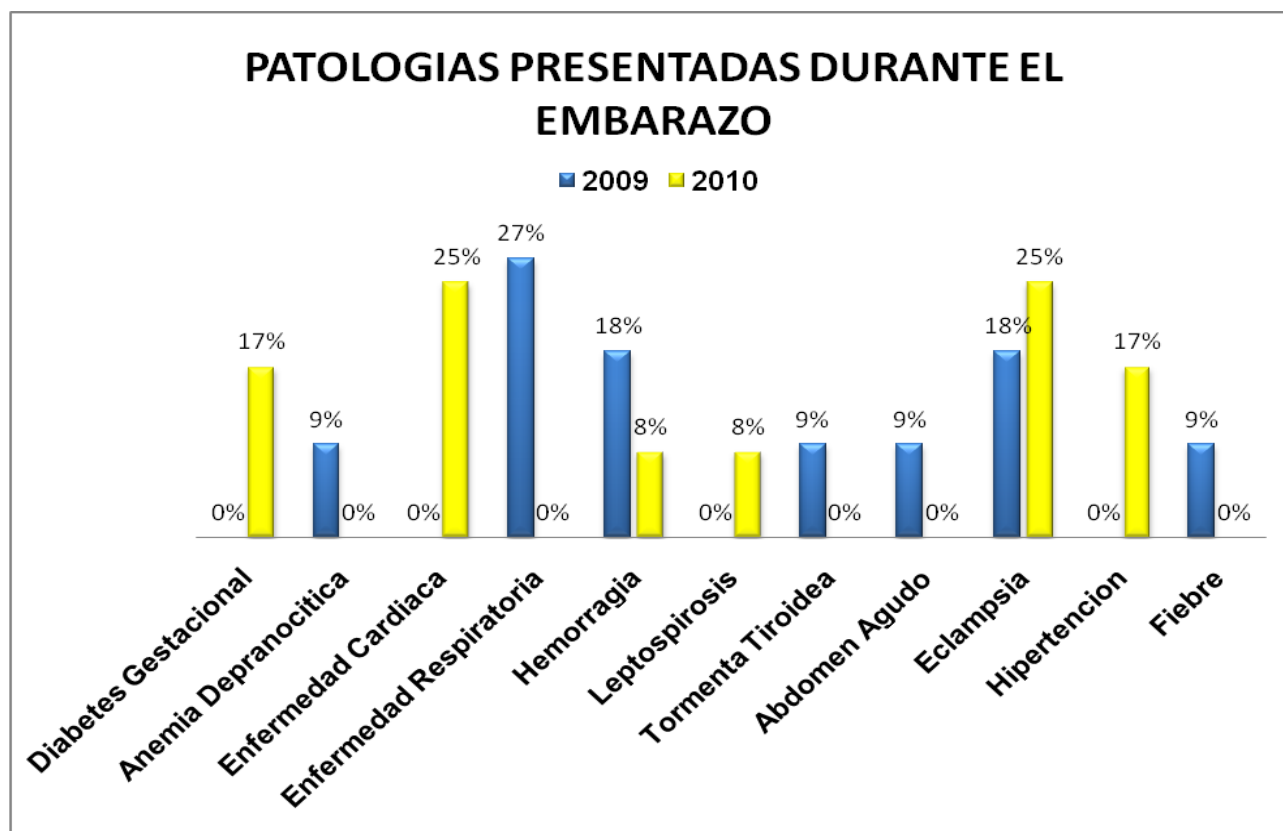


Fuente: Tabla # 6

TABLA # 7: Patologías durante el embarazo.

Enfermedades	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Diabetes Gestacional	0	0%	2	17%
Anemia Depranocitica	1	9%	0	0%
Enfermedad Cardiaca	0	0%	3	25%
Enfermedad Respiratoria	3	27%	0	0%
Hemorragia	2	18%	1	8%
Leptospirosis	0	0%	1	8%
Tormenta Tiroidea	1	9%	0	0%
Abdomen Agudo	1	9%	0	0%
Eclampsia	2	18%	3	25%
Hipertensión	0	0%	2	17%
Fiebre	1	9%	0	0%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

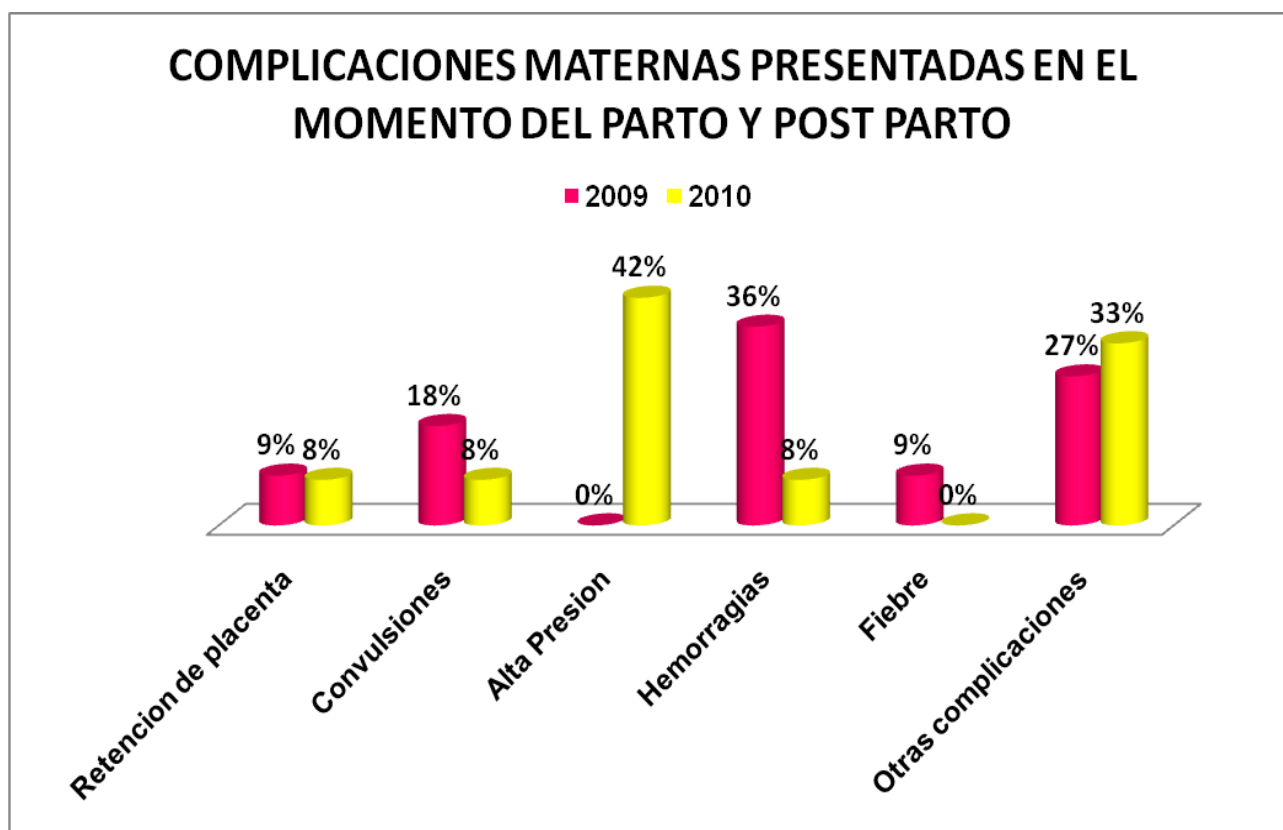


Fuente: Tabla # 7

TABLA # 8: *Complicaciones maternas presentadas en el momento del parto y post parto.*

Signos de Peligro	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Retención de placenta	1	9%	1	8%
Convulsiones	2	18%	1	8%
Alta Presión	0	0%	5	42%
Hemorragias	4	36%	1	8%
Fiebre	1	9%	0	0%
Otras complicaciones	3	27%	4	33%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

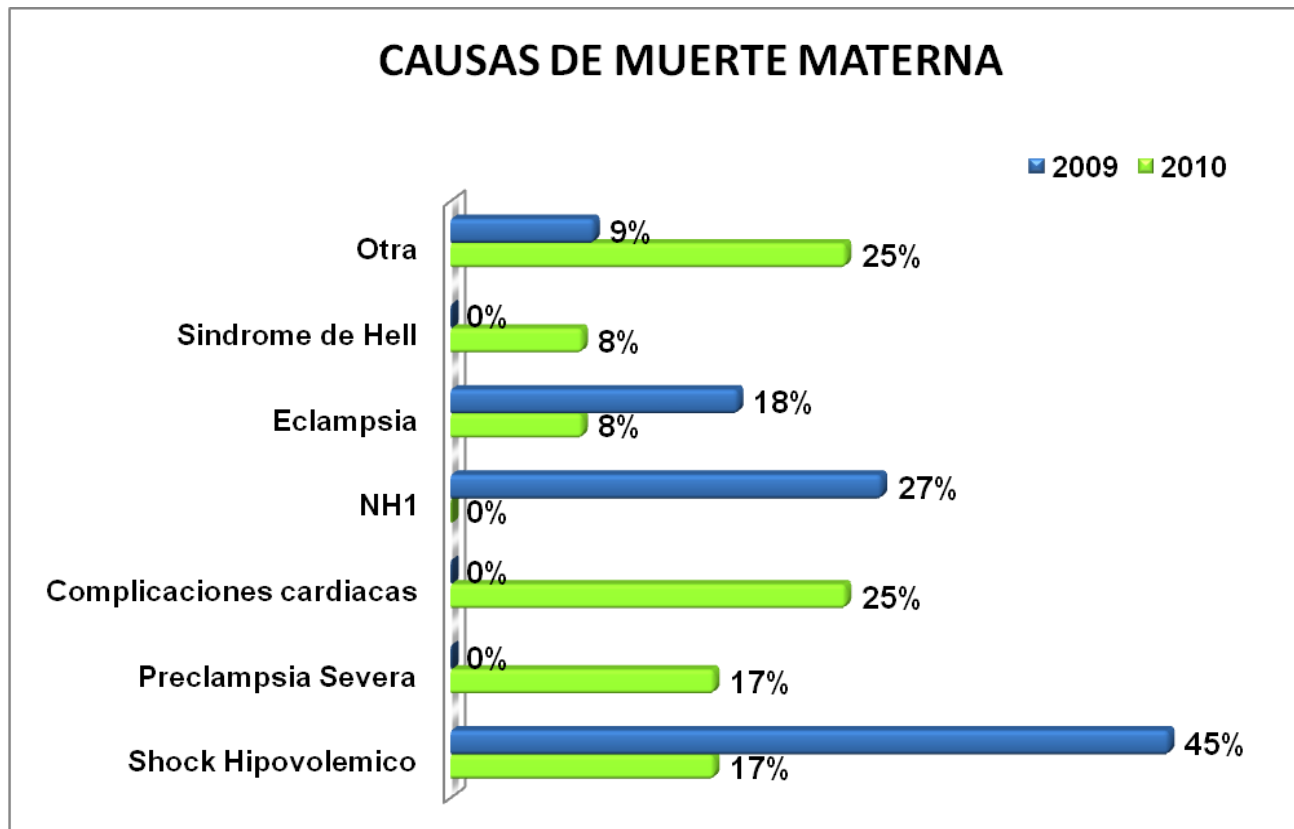


Fuente: Tabla # 8

TABLA # 9: Causas de muerte materna.

Causas	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Shock Hipovolemico	5	45%	2	17%
Preclampsia Severa	0	0%	2	17%
Complicaciones cardiacas	0	0%	3	25%
NH1	3	27%	0	0%
Eclampsia	2	18%	1	8%
Síndrome de Hell	0	0%	1	8%
Otra	1	9%	3	25%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

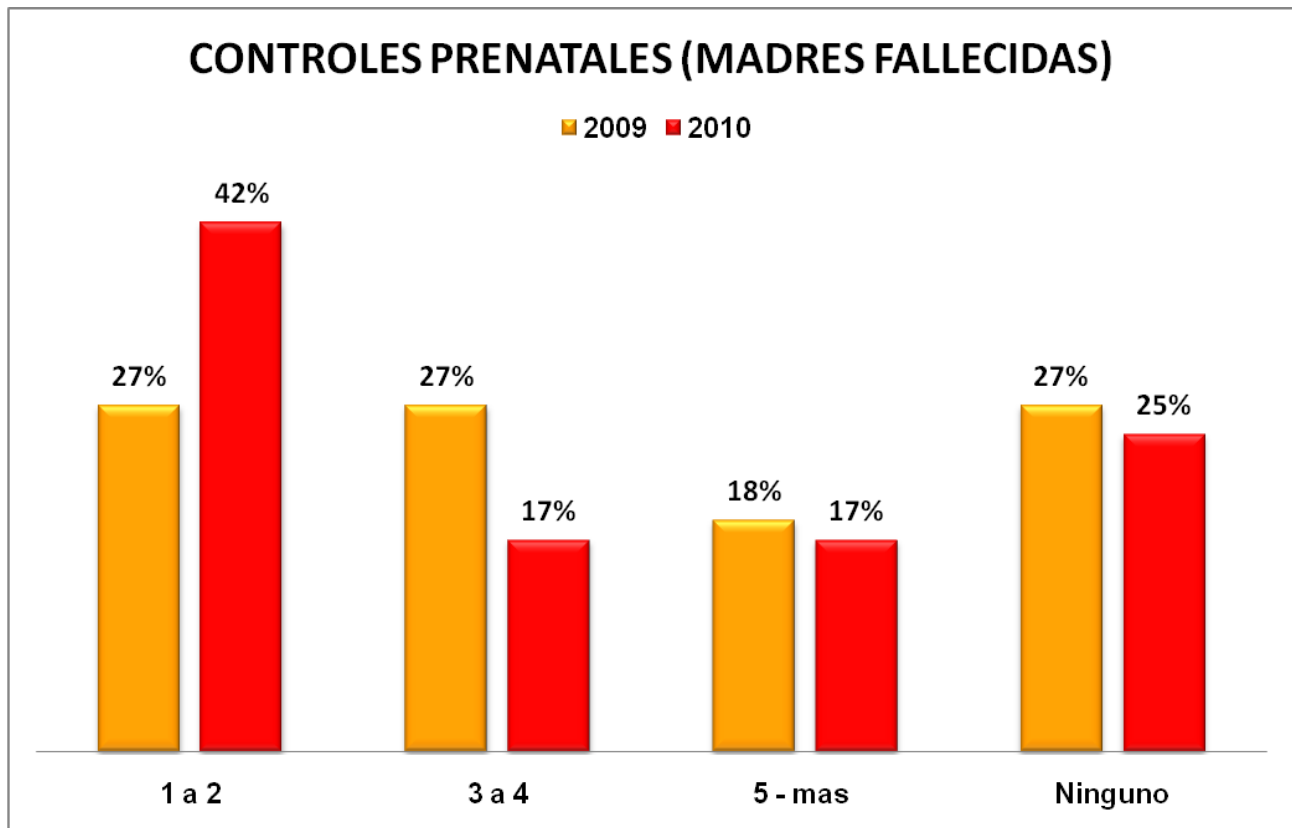


Fuente: Tabla # 9

TABLA # 10: Estudio de mortalidad materna distribución según número de controles prenatales que recibieron las madres fallecidas durante el embarazo.

Controles Prenatales	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
1 a 2	3	27%	5	42%
3 a 4	3	27%	2	17%
5 - mas	2	18%	2	17%
Ninguno	3	27%	3	25%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

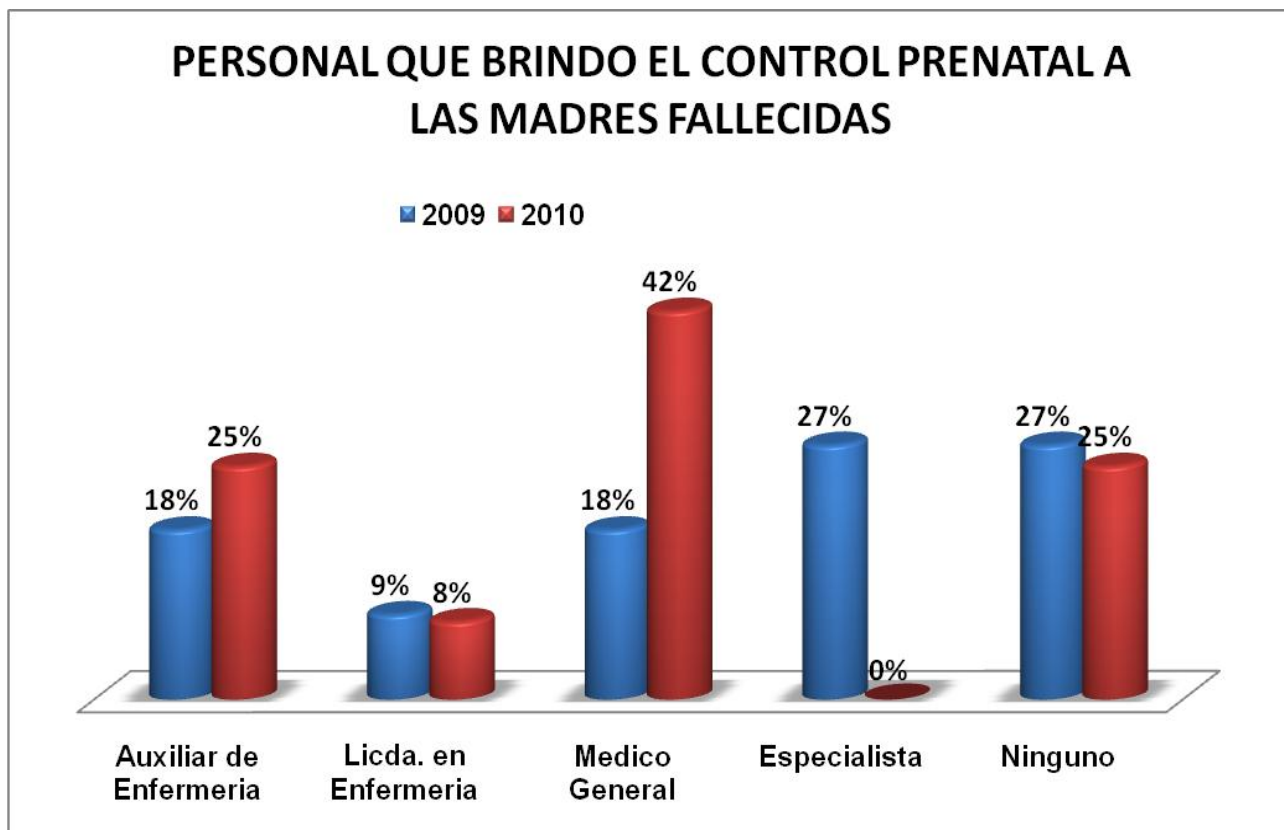


Fuente: Tabla # 10

TABLA # 11: Personal que brindo el control prenatal.

Persona que realizo el control	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Auxiliar de Enfermería	2	18%	3	25%
Licda. en Enfermería	1	9%	1	8%
Médico General	2	18%	5	42%
Especialista	3	27%	0	0%
Ninguno	3	27%	3	25%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

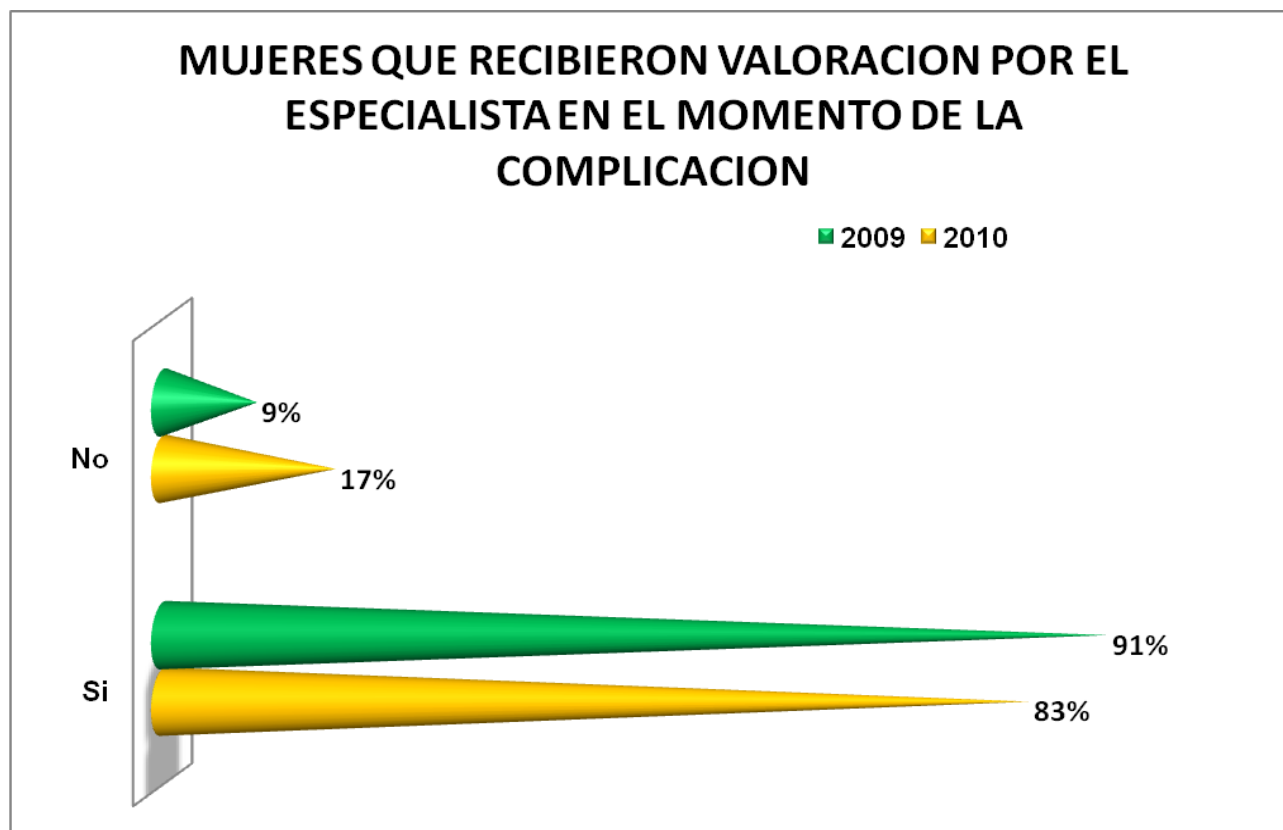


Fuente: Tabla # 11

TABLA # 12: Mujeres que fueron valoradas por el especialista en el momento de la complicación.

Valoración	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Si	10	91%	10	83%
No	1	9%	2	17%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

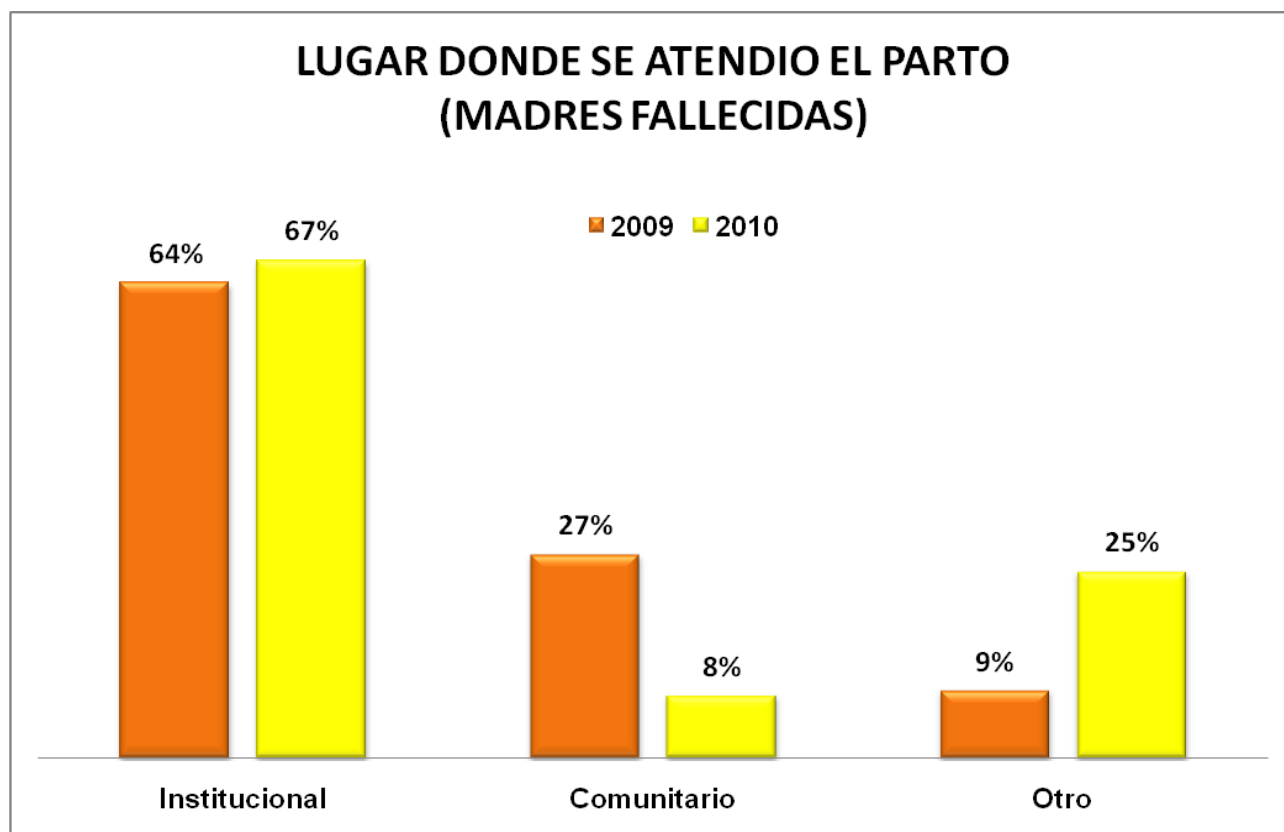


Fuente: Tabla # 12

TABLA # 13: Estudio de mortalidad materna en el lugar donde se atendió el parto.

Lugar de atención	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Institucional	7	64%	8	67%
Comunitario	3	27%	1	8%
Otro	1	9%	3	25%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

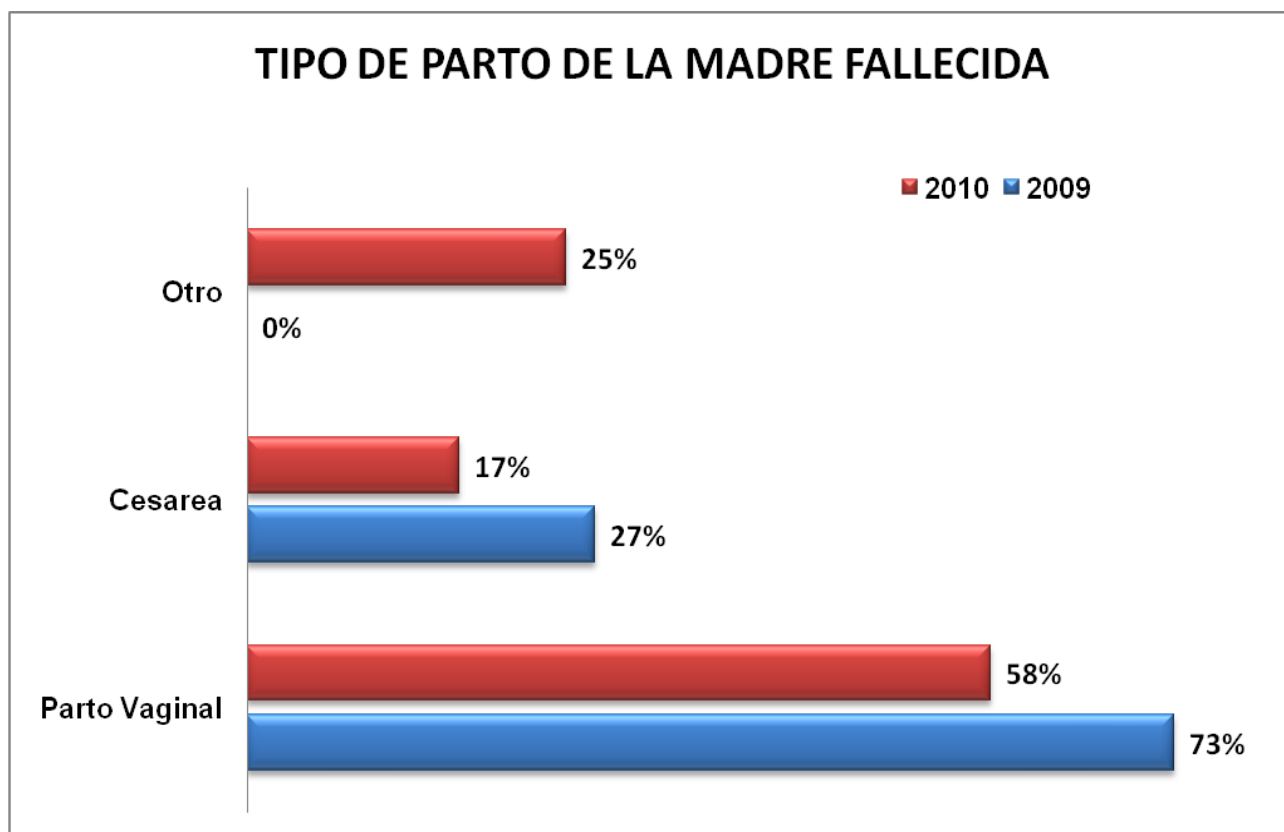


Fuente: Tabla # 13

TABLA # 14: Finalización del embarazo.

Tipo de Parto	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Parto Vaginal	8	73%	7	58%
Cesárea	3	27%	2	17%
Otro	0	0%	3	25%
Total	11	100%	12	100%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas

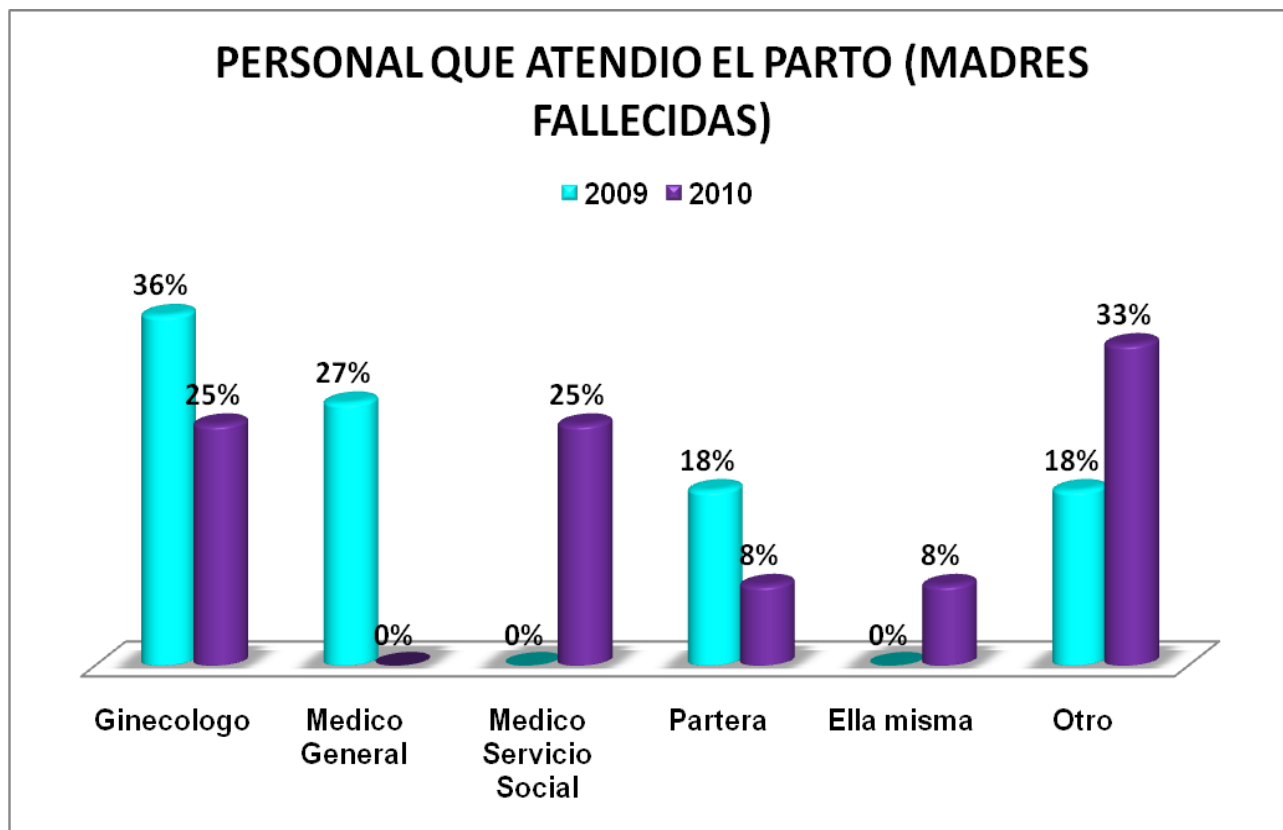


Fuente: Tabla # 14

TABLA # 15: Personal que atendió el parto.

Persona que realizo el control	Frecuencia (2009)	Porcentaje	Frecuencia (2010)	Porcentaje
Ginecólogo	4	36%	3	25%
Médico General	3	27%	0	0%
Medico Servicio Social	0	0%	3	25%
Partera	2	18%	1	8%
Ella misma	0	0%	1	8%
Otro	2	18%	4	33%
Total	11	82%	12	58%

Fuente: Expedientes de las madres fallecidas



Fuente: Tabla # 15

(ANEXO # 5)



Secretaría de Salud
Hospital "Santa Teresa", Comayagua
Departamento de Enfermería
Tel. 2772-30-04



Comayagua, 11 de Agosto del 2011

DR. JOSE RAFAEL MARADIAGA
DIRECTOR REGIONAL
SU OFICINA

Estimado Dr. Maradiaga:

Por medio de la presente le informo que estoy estudiando la maestría en salud pública la cual tiene módulos que nos pide realizar una investigación, de la cual analizando la problemática en el área materno infantil y el área de mi trabajo que es labor y parto del Hospital Regional Santa Teresa, he decidido realizar una investigación sobre las muertes ocurridas en el año 2009- 2010 del departamento de Comayagua por lo que le solicito la autorización de realizar dicha investigación, y apoyo para obtener alguna información por ser usted la máxima autoridad de salud en esta región.

ATENTAMENTE,

Licda. María Elvia Jiménez