

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas- León**



*Tesis para optar al Título de:
Doctora en Medicina y Cirugía*

**Determinantes de las muertes maternas ocurridas en el
Municipio de Matiguás, Matagalpa. 2000-2004.**

Autora:

Bra. Haydée Meza Tinoco.

Tutor:

Dr. Juan Almendárez¹

Asesor:

Dr. Jairo García²

Septiembre del 2006.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública. Profesor titular del Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública.

² Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Ginecoobstetricia. Profesor Titular del departamento de Gineco-obstetricia

Dedicatoria

En la vida de todo hombre o mujer debe de existir una razón de ser; y en la vida de algunos hombres o mujeres existen muchas razones de ser, en consecuencia todas sus obras tienen razón de ser.

Mi trabajo no es la excepción, va dedicado con todo mi amor en primer lugar a Dios y luego a mi estimada madre **Diega Meza Mendoza**, a mis queridos hermanitos: **Denis, Karla, Rafael y Rosita**, a la **Sra. Marina Maradiaga** y su esposo el **Sr. Guadalupe Romero** al **Sr. Luis Castillo** y su adorada esposa la **Sra. Elsita Reyes** quienes son y serán mi razón de ser, han motivado y llenado mi existencia de las experiencias más increíbles, son el motor que me impulsan a seguir adelante cada día a no desfallecer frente a la adversidad.

Haydée Meza Tinoco

Agradecimiento

Para alcanzar nuestras metas en la vida, siempre se necesita de mucho empeño, sabiduría y de una mano amiga, de esta forma cualquier obra humana se resume en un esfuerzo colectivo y esta no es la excepción y por eso es que al concluir este trabajo hay muchos seres a quienes deberé mi agradecimiento eternamente.

Por ello agradezco en primer lugar:

A Dios: Ser Supremo, Misericordioso. Omnipresente, Omnisciente que ha iluminado mi entendimiento dándome capacidad no solo intelectual, sino también espiritual para llegar hasta donde él me ha ayudado.

A mi madre: Que con su amor pero sobre todo con su ejemplo ha sabido inculcar en mí el espíritu de lucha, donde su apoyo y sacrificios me sirvieron de inspiración para hacer de mi sueño una realidad.

A mis hermanos: Denis, Karla, Rafael y Rosita quienes junto a mi madre se sacrificaron para ver coronar mi carrera confiando siempre en mí.

A mis amigos: Elsa Reyes, Luis Castillo, Marina Maradiaga, Guadalupe Romero y Corina Alvarez a quienes Dios utilizó como a ángeles en esta tierra los que me apoyaron, me cuidaron me mimaron incondicionalmente a lo largo de mi carrera.

A mi Tutor y Asesor: Dr. Juan Almendárez y Dr. Jairo García quienes desinteresadamente pulieron este trabajo para finalizarlo.

A todas las mujeres que ya no están y forman parte esencial de esta investigación, sin ellas no habría sido posible.

MIL GRACIAS.

Resumen

Cualquier población en uso de sus facultades trata de evitar la muerte de sus miembros, sin embargo va a depender del conocimiento social, la concepción del mundo y los recursos con que cuenta para hacerle frente a esta intención. El sector salud, cuenta con la información y competencias necesarias para proteger la vida. Sin embargo a pesar de ello la mortalidad materna es un problema de salud pública en nuestro país. Para conocer los condicionantes de que la muerte materna siga siendo un problema de salud pública en nuestro país, se realizó un estudio de evaluación en el Municipio de Matiguás, departamento de Matagalpa. Esperando poder contribuir para la formulación de estrategias que permitan reducir este problema.

El estudio consistió en reunir información sobre los datos de mortalidad materna registrados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del municipio, visitar las viviendas de las mujeres que murieron por causas maternas en el período 2000 -2004 y reconstruir, con los familiares que estuvieron con ellas al momento de su muerte, mediante técnicas cualitativas de historia de vida, las circunstancias que llevaron a la muerte materna, haciendo un enfoque en las tres demoras (Demora en tomar la decisión de buscar ayuda, demora en el traslado hasta el establecimiento médico y la demora en recibir el tratamiento adecuado). Además se realizaron discusiones de grupos focales y entrevistas a profundidad con el personal para valorar el papel del Sistema de Salud en las circunstancias que facilitan la muerte materna.

Se llegó a la conclusión que la Mortalidad Materna en esta localidad están determinadas por comportamientos sociales particulares que viven las comunidades en extrema pobreza lo que tiene que ver con las líneas de autoridad y responsabilidad genéricas eminentemente machistas, escasa información sobre el riesgo de muerte por problemas reproductivos, dificultades de acceso a los servicios de salud de carácter geográfico, económico y cultural y con limitaciones económicas y culturales de los servicios de salud.

Estas muertes pudieron ser evitadas mediante una asistencia adecuada, manteniéndose grupos altamente vulnerables donde los determinantes se enfocan en la accesibilidad de la población a las Unidades de Salud y la falta de presupuesto e iniciativa para coordinarse con los recursos locales en Salud por lo que se recomienda abordar estas limitaciones.

Opinión del tutor

Existe información abundante, recopiladas por instituciones nacionales e internacionales, organizaciones sociales, políticas y gremiales, gubernamentales y no gubernamentales que mencionan cifras y desarrollan modelos explicativos a partir de sus puntos de vistas. Muchos de los modelos que se han construidos, solo quedan en un ejercicio meramente académico. El mérito de la doctora (inf) Haydée Meza Tinoco, en su trabajo: “***Determinantes de las muertes maternas ocurridas en el Municipio de Matiguás, Matagalpa. 2000-2004***” más que un ejercicio académico de alguien interesado de dar una cátedra comprensible, representa un esfuerzo por trascender las cifras y los datos resumidos estadísticamente a un modelo aplicable a la realidad en que ocurre el problema de salud que se aborda.

Me place, decir que a la par del esfuerzo metodológico desarrollado por la autora en cumplir los requisitos para promover profesionalmente a una nueva categoría de graduada, el esfuerzo por hacer más comprensible las cifras mismas y más comprometedoras de los actuales actores sociales, muchas veces pasivos por no comprender donde entra su responsabilidad.

Espero nada más que el trabajo, tenga la aceptación que el esfuerzo ha merecido.

Dr. Juan Almendárez P.

Índice

Contenido	Páginas
Introducción	1
Planteamiento del problema	3
Objetivos	4
Marco teórico	5
Diseño metodológico	20
Resultados	24
Discusión de resultados	34
Conclusiones	42
Recomendaciones	43
Bibliografía	44
Anexos	46

Introducción

*Dar a luz es un acontecimiento memorable
Y más aun lo es la muerte en el parto.*

La mortalidad infantil ha sido constantemente señalado como un indicador indirecto de la situación social que enfrentan diferentes grupos poblacionales y el mundo ha visto que este indicador en muchos lugares ha tenido una evolución positiva, observándose importante descensos, sin embargo las evidencias muestran que lo mismo no ha ocurrido con la situación de la mortalidad materna(1).

La muerte materna representa unos de los acontecimientos mas traumáticos para la vida de la familia y en algunos casos significa el fin de la familia desde el punto de vista funcional y social. Internacionalmente representa un problema social y de salud debido a su magnitud y efectos sociales a corto, mediano y largo plazo. Cada año, a nivel mundial fallecen cerca de 500.000 madres, el 98.8% ocurren en países pobres, con cierto predominio de Asia, donde nacen la tercera parte de todos los niños del mundo, y aporta 308.000 Muertes Maternas; América Latina se estiman en 34.000; África con 150.000. En todos los países desarrollados, sólo ocurren 6000 (2,3).

Se estima a cada minuto fallece una mujer en el mundo a causa de complicaciones que sufren durante el embarazo, parto y puerperio (4).

La mortalidad materna en Latino América y el Caribe es un problema de salud y refleja la desigualdad existente en la región, que se expresa en la pérdida de más de 28.000 mujeres anualmente a consecuencia de abortos, complicaciones del embarazo, parto y posparto. (6) La tragedia más grande es que la mayoría de estas muertes son evitables con el conocimiento, la tecnología, y los recursos de que dispone la humanidad (5,6).

En Nicaragua se han desarrollado diversas estrategias para reducir la muerte materna desde 1990 con la implementación del Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia. Actualmente este programa es

uno de los de mayores coberturas. Sin embargo la mortalidad materna en febrero del 2005 se estimaba en 148 muertes por cada 100,000 nacidos vivos considerándose una de las tasas mas elevadas con relación a otras regiones del continente (1).

Matagalpa es uno de los departamentos que presenta un alto índice de Muertes maternas. El SILAIS reportó en el año 2001 la muerte de 27 mujeres antes y después de haber dado a luz a sus bebés. Los municipios con mayor frecuencia de muertes maternas son Paiwas, La Dalia, Matiguás y Waslala (1).

Alrededor del 70% de las muertes se pudieron haber evitado si todas las mujeres hubieran tenido acceso a los cuidados prenatales y partos en buenas condiciones. Se puede mencionar que el principal factor que determinan las altas tasas de muerte materna en Nicaragua y los municipios de Matagalpa son las dificultades de cobertura que tienen los servicios de salud y del acceso que tienen las mujeres a los servicios de salud en sus aspectos económicos, geográficos y culturales (6).

Consideramos necesario comprender cuales fueron esas dificultades que funcionaron como determinantes para que ocurrieran estas muertes maternas en el municipio de Matiguás y de esta manera contribuir a la formulación de estrategias que permitan el mejoramiento continuo de coberturas y acceso a los servicios que ayuden a la reducción de la mortalidad materna con un enfoque prioritario en las tres demoras (demora en tomar la decisión en buscar ayuda, demora en el traslado hasta el establecimiento médico, demora en recibir el tratamiento adecuado en la instalación donde se prestan los servicios).

Planteamiento del problema

¿Qué aspectos en las condiciones de vida de las mujeres están influyendo para que no se realicen las acciones que deben hacerse para que lleguen a buen término de su embarazo y terminen falleciendo?

Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

Establecer las condiciones que determinan las muertes maternas que ocurrieron en el municipio de Matiguás en el período comprendido de Enero 2000 - Diciembre 2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Describir la epidemiología de las muertes maternas ocurridas en el municipio de Matiguás en el período de estudio.
- 2) Identificar las condiciones que influyeron en la demora de tomar la decisión en buscar ayuda.
- 3) Determinar las condiciones de la paciente y sus familiares que hicieron demorar en el traslado hasta el establecimiento médico.
- 4) Determinar las condiciones que hicieron demorar el tratamiento adecuado en la instalación donde se prestan los servicios de atención a la mujer embarazada.

Marco teórico

. **Defunción materna**, se define como la muerte de una mujer, mientras está embarazada, durante el parto y dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el mismo, pero no por causas accidentales o incidentales (7).

La defunción materna se subdivide en 2 grupos: muertes obstétricas y muertes no obstétricas. Las muertes obstétricas se dividen en directa e indirecta.

Muertes obstétricas directas: son aquellas defunciones causadas por complicaciones del embarazo, parto, puerperio, intervenciones u omisión, tratamiento incorrecto o debido a una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas.(7)

Muerte obstétrica indirecta: comprende las muertes que resultan de enfermedades pre-existentes o enfermedades que se desarrollan durante el embarazo o que son agravadas por este.

Causas de muertes maternas indirectas:

- Anemia: la que disminuye la capacidad de la mujer de soportar la pérdida de sangre por hemorragia.
- Malaria: se contrae con mayor facilidad durante el 2º y 3º trimestre de embarazo cuando la resistencia de la mujer a la infección esta más baja.
- Cardiopatía / Insuficiencia cardíaca.
- Cáncer
- Tuberculosis
- Diabetes
- Hepatitis viral – contribuyen a paro renal.(22)

Muerte materna por causa no obstétrica: es la muerte que ocurre por causas accidentales, suicidios, homicidios y muerte por violencia intrafamiliar, o incidentales no relacionadas con el embarazo y su atención.

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer por causas directas e indirectas, más allá de los 42 días pero menos de un año. En muchas ocasiones la mortalidad materna es el resultado final de una deteriorada salud reproductiva y de procesos de desgastes del organismo, producidas por décadas de desnutrición y miseria estos comprenden una amplia gama que va desde deficiencia vitamínica y mineral persistente hasta problemas derivados del embarazo, la multiparidad, período íntergenésicos cortos entre otros.(6)

Período íntergenésico: es el período comprendido entre la finalización del último embarazo y el inicio del actual. El período íntergenésico menor de 18 meses es el más importante, ya que se relaciona con el estado nutricional materno por exposición del embarazo anterior constituyendo un factor de riesgo. Los embarazos que se inician poco después del parto anterior pueden implicar también mayores riesgos para la mujer. Del intervalo corto entre los nacimientos, sobre todo si va acompañado de la lactancia intensiva, puede impedir que la madre recupere sus reservas nutricionales antes que empiece el siguiente embarazo. Se recomienda un intervalo íntergenésico postparto y postcesárea de 2 a 3 años, y un período postaborto de 6 a 12 meses.(23)

Factores de riesgo los dividimos en:

1. Biológicos: edad, raza, talla, estado nutricional.
2. Médicos: enfermedad preexistentes, diabetes, hipertensión arterial.
3. De Comportamiento: hábito de fumar, alimentos y consumo de alcohol y/o drogas.
4. Sociales: nivel socioeconómico, educación, vivienda, condición de saneamiento, legislación de protección familiar.

5. Servicios de salud: accesibilidad, calidad, eficiencia de los servicios de salud.(24)

También se pueden dividir como:

Preconcepcionales (su aparición precede al inicio del embarazo):

Bajo nivel socio económico

Analfabetismo

Mal nutrición materna

Talla baja

Obesidad

Madre adolescente

Edad materna avanzada

Gran multiparidad

Período intergenésico corto

Malos antecedentes genéticos

Malos antecedentes ginecoobstétricos

Patologías previas

Factores del embarazo (su aparición se producen cuando el embarazo está en curso):

Anemia

Mal control prenatal

Poca ganancia de peso

Hábito de fumar

Alcoholismo

Drogadicción

Hipertensión producida por el embarazo

Embarazo múltiple

Hemorragia

Retardo del crecimiento intrauterino

Ruptura prematura de membrana

Infección ovular

Incompatibilidad sanguínea feto materna

Factores del parto (su aparición se produce durante el trabajo de parto y del parto):

Inducción del parto

Amenaza de parto pretérmino

Presentación viciosa (pélvico)

Trabajo de parto prolongado

Insuficiencia cardiorrespiratoria

Distocia de la contracción

Mal atención del parto

Prosidencia del cordón

Sufrimiento fetal

Macrosomía fetal

Parto instrumental

Factores del posparto:

Hemorragia

Infección puerperal

Inversión uterina (6)

Causas principales de muerte materna:

Durante el embarazo las principales causas de muerte materna obstétrica directa son:

Síndrome hipertensivo gestacional la que se puede presentar también durante el parto e inclusive durante el puerperio.

Hemorragia por embarazo ectópico roto.

Hemorragia por embarazo molar. (19)

Síndrome hipertensivo gestacional: siendo la causa principal de muerte materna en el embarazo, es un síndrome de aparición exclusivo durante la gestación humana con manifestaciones clínicas generalmente después de la vigésima semana y se agrupa de la siguiente manera: (7)

A 1. Hipertensión gestacional

2. proteinuria gestacional

3. Hipertensión proteinúrica gestacional o preeclampsia

4. Eclampsia

B 1. Hipertensión crónica

2. Enfermedad renal crónica

3. Hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada

C 1. Hipertensión y/o proteinuria no clasificada.

Proteinuria gestacional: simplemente es aquella excreción de proteínas que no se acompaña de hipertensión y que ocurren después de las 20 semanas de gestación, entendiéndose por proteinuria 300 mg/l de proteínas en una muestra de 24 horas o un gramo de albúminas en dos muestras simples o 300 mg de albúmina en una muestra con densidad menor de 1030 y pH menor de 8.

Hipertensión proteinúrica gestacional: es aquella en la cual se desarrolla ambos signos en los mismos periodos descritos y corresponde al término conocido convencionalmente como preeclampsia y puede ser moderada o severa. (6)

Eclampsia: aparición de convulsiones tónicas clónicas generalizadas no causadas por epilepsia u otros cuadros convulsivos a una paciente de este grupo.

Hipertensión crónica: elevación de presión arterial diagnosticado en el primer control prenatal, ocurridas antes de las 20 semanas de gestación o en cualquier etapa si se conocía una hipertensión arterial previa , o después de las 6 semanas de puerperio o en cualquier tiempo posterior al intervalo intergenésico.

Enfermedad renal crónica: presencia de proteinuria diagnosticada en el primer control prenatal antes de las 20 semanas o cuando coexiste una enfermedad renal crónica conocida antes del embarazo o cuando persiste a los 4 días o más del puerperio. Esta proteinuria puede asociarse o no a hipertensión.

Hipertensión gestacional: es la que ocurre durante la gestación o una presión arterial diastólica mayor o igual de 90mm/Hg en dos o más mediciones

consecutivas con un intervalo de 4 horas o más. Una presión arterial sistólica mayor a 120 mm/Hg en dos ocasiones consecutivas. Si la presión basal es desconocida se considera hipertensión cuando existe una presión de 140/90mm/Hg.

Proteinuria gestacional: simplemente es aquella excreción de proteinurias que no se acompaña de hipertensión y que ocurren después de las 20 semanas de gestación, entendiéndose por proteinuria 300 mg/l de proteínas en una muestra de 24 horas o un gramo de albúminas en dos muestras simples o 300 mg de albúmina en una muestra con densidad menor de 1030 y pH menor de 8 (6).

Causas de muerte materna durante el trabajo de parto

Durante el trabajo de parto la principal causa de muerte materna obstétrica directa es la hemorragia por retención placentaria, que puede ser por una placenta adherente o por una placenta acreta.

Placenta adherente: es aquella que por exageración de sus conexiones fisiológicas queda retenida, con frecuencia origina hemorragias y su separación manual es difícil pero no imposible, por existir un plano de cibaje.

(6)

Placenta acreta: al implantarse el huevo pasa a la decidua y contrae adherencias anormales que dan lugar a la placenta acreta, siendo más frecuente en multíparas. Según la profundidad alcanzada por las vellocidades, distinguimos la placenta acreta que es cuando la vellocidad está firmemente adherida al miometrio pero sin penetrarlo; placenta increta es cuando se introduce en el músculo pero sin atravesarlo y placenta percreta que es cuando las vellocidades atraviesan el miometrio hasta llegar a la serosa peritoneal. El tratamiento es la histerectomía.

Otras causas de muerte materna durante el trabajo de parto son la hemorragia por desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, hemorragia por placenta previa, eclampsia, etc.

Causas de causa materna durante el puerperio:

Durante el puerperio la principal causa de Muerte Materna Obstétrica Directa es la **Sepsis Puerperal**; otras causas frecuentes son: hemorragias por atonía uterina y hemorragias por restos placentarios puede ser posterior a un aborto, una cesárea o un parto y dependiendo de la severidad del cuadro puede causar la muerte en pocas horas, este cuadro no solo es causa de mortalidad sino de una alta morbilidad materna.

Dado que el aborto es una de las principales causas de sepsis puerperal, es también causa de muerte por hemorragias. Lo abordó a continuación:

Aborto: es toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gramos. (6)

A. **Espontáneo:** se producen sin intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor del 15%.

B. **Provocado:** aquellos que se inducen premeditadamente.

El aborto puede ser precoz (menor de 12 semanas de amenorrea) o tardío. Puede presentarse con diferentes cuadros clínicos:

Amenaza de aborto: dolores hipogástricos tipo cólico sin modificaciones algunas del cuello uterino.

Aborto inminente: es la exageración de signos y síntomas anteriores. Se define como inevitable cuando comienza a producirse la dilatación del cuello.

Aborto Diferido: es cuando muerto el huevo en el útero no es expulsado al exterior.

Aborto en curso: pérdida del líquido amniótico a partir de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado.

Aborto incompleto: los restos ovulares no han podido ser expulsados por completo de la cavidad uterina, la que permanece parcialmente ocupada.

Aborto completo: el huevo es expulsado espontáneamente y completamente del útero. Todo entra en regresión.

Aborto infectado: cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital; también pueden arrastrarse gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas, destinadas a completar la evacuación del huevo pudiéndose producir endocervicitis, endometritis, miometritis, pelviperitonitis, salpingitis, parametritis, peritonitis , puede complicarse con síndrome ictero-azoémico de Mondor. Que puede causar la muerte en menos de 24 horas.

Aborto habitual: caracterizado por tres o más abortos consecutivos. (6)

Tres Demoras

El modelo de la maternidad segura especifica tres tiempos de demora que contribuyen a la muerte materna:

Demora 1: En tomar la decisión de buscar ayuda:

Los factores que influyen en tomar la decisión de buscar atención, suelen ser aquellos que se presentan como “barreras” para la utilización de los servicios de salud. Los principales factores para esta demora son:

La distancia: muchas personas no toman la decisión de buscar atención médica, ya que largas distancias, asociados a falta de transporte y caminos en mal estado las desmotivan.

El costo: este factor se relaciona a los gastos de transporte, de algunos medicamentos, exámenes de laboratorio, estancia de familiares, etc.

La calidad de atención: a este se relaciona con la percepción y el grado de confiabilidad que tenga la comunidad y la familia de los servicios de salud prestados, muchas experiencias negativas dificultan o impiden una decisión oportuna de la atención.

Los factores relacionados con la enfermedad involucran tres elementos:

- a. Reconocimiento: saber que la mujer está enferma.
- b. Gravedad: comprender que además de estar enferma está grave.
- c. Etiología: confundir la causa de la enfermedad y minimizarla.

En algunas comunidades parece influir el no reconocimiento de los síntomas y la determinación de que estos son lo suficientemente graves como para justificar la búsqueda de atención.

En otros casos, principalmente en comunidades alejadas, persiste la creencia que la causa de la enfermedad (etiología) es atribuible a factores no médicos,

(conjuros o maleficios); por lo que acuden a curanderos, brujos, etc, retrasando la búsqueda de atención adecuada.

Condición de la mujer: abarca su situación educacional, cultural, económica, jurídica y política en una sociedad determinada. Por ejemplo; en algunos la toma de decisión de tomar ayuda no depende de la mujer, sino del cónyuge o miembros de la familia de mayor autoridad.

Situación socioeconómica: las mujeres con menos posibilidad económicas son las que presentan mayor dificultades para tomar la decisión de buscar atención calificada, por la suma, de múltiples factores.

Nivel de educación: las mujeres con bajo nivel de educación, principalmente las analfabetas, tienen mayor dificultad para tomar decisión de buscar ayuda adecuada, por las dificultades que ellas presentan para recibir y analizar la información de prevención disponible.

Demora 2: Demora en el traslado hasta el establecimiento Médico

Determina el tiempo que se tardaron en llegar a un establecimiento una vez tomada la decisión.

1. La ubicación de los establecimientos de salud.
2. La distancia que hay que recorrer como consecuencia de esta distribución.
3. Medios de transporte necesarios para recorrerlas.

Demora 3: Demora en recibir el tratamiento adecuado en la instalación donde se prestan los servicios.

1. El número de personal capacitado.
2. Actitud y aptitud del personal de salud.
3. La disponibilidad de medicamento y suministros.
4. La condición general de la instalación.

5. Sistema de referencia y contrarreferencia funcionando
6. Organización de los servicios de salud.

Una instalación puede tener todo su personal y suministros requeridos, y aun así brindar un mal servicio, es importante recordar esto al evaluar el rendimiento. Por ejemplo, una lista de suministros y equipos no reflejan si los cuidados se brindan o cuanto tiempo toma.

La satisfacción de los servicios no dependen solamente de la capacidad de las personas que atienden, de los equipos, de los suministros y demás asuntos materiales, sino también de la eficiencia del servicio y de la calidez del mismo, entendiendo esto ultimo como la calidad humana que está inmersa en la atención y garantiza que la usuaria se sienta atendida satisfactoriamente.

Años de vida potencialmente perdidos

El indicador de años de vida potencialmente perdidos tiene el objetivo principal de investigar las causas principales de mortalidad prematura. Está propuesta esta basada en revisión de los indicadores e índices de mortalidad existentes en la historia del concepto AVPP. (21)

Definición: ésta cifra es la suma de los años que todas las personas que mueren prematuramente deberían haber vivido, si hubieran experimentado una esperanza de vida normal.

Método de cálculo:

AVPP = $\sum \frac{A_i \cdot D_i}{E}$

De donde: E = Sumatoria

A_i: Número de definiciones de cada edad.

D_i: Años de vida hasta la esperanza de vida al nacer.

Se observa que AVPP no es más que una función de la edad media, al momento de la muerte para la defunción.

Indicadores de la Mortalidad Materna

Los indicadores son las herramientas para realizar la evaluación. Se identifican los siguientes indicadores:

Indicadores básicos: Dirigidos a monitorear el comportamiento de la mortalidad materna.

Indicadores generales: Dirigidos a evaluar la prestación de servicios de salud dirigidos a la mujer y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto a la salud de la mujer. (22)

Principales indicadores básicos de Mortalidad Materna:

1. **Tasa de Mortalidad Materna:** Es la expresión de la frecuencia con que ocurre la muerte materna en un período de tiempo y espacio determinado. (23)

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Defunciones maternas (directas e indirecta)}}{\text{Nacimientos vivos registrados}} \times 100.000$$

2. **Muerte Materna por Área Geográfica:** Son las muertes maternas ocurridas en una área geográfica y tiempo determinado.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de muertes maternas ocurridas en un área geográfica}}{\text{Total de muertes maternas ocurridas en un (Municipio, Dpto. o País)}} \times 100$$

3. **Muerte materna según edad:** Es el número de muertes maternas ocurridas por grupos etáreos con respecto al total de muertes ocurridas en un tiempo y lugar determinado.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de muertes maternas ocurridas por grupos etéreos}}{\text{Total de muertes maternas ocurridas}} \times 100$$

4. **Muerte Materna según Número de partos:** Es el número de defunciones según rangos de paridad, respecto al total de muertes ocurridas en un lugar y tiempo determinado.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de Muertes Maternas ocurridas por rango de paridad}}{\text{Total de Muertes ocurridas}} \times 100$$

5. **Muerte Materna según Causa Básica:** Es la relación de muertes maternas ocurridas por una causa básica de muerte con respecto al total de muertes ocurridas en un tiempo y lugar determinados.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de Muertes Maternas ocurridas por una causa básica definida}}{\text{Total de muertes ocurridas}} \times 100$$

6. **Muerte Materna según Acceso al Control Prenatal:** Es la relación entre las muertes maternas que accedieron a los servicios de salud identificada a traves del control prenatal, respecto al total de muertes maternas ocurridas en un tiempo y lugar definido.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de Muertes maternas que tuvieron acceso al CPN}}{\text{Total de muertes maternas ocurridas}} \times 100$$

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: El estudio es Cualitativo - Cuantitativo y para realizarlo se aplicaron diferentes diseños:

- 1) **Para el objetivo 1:** se realizó el procesamiento de los datos registrados en la ficha del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas, con un enfoque cuantitativo, descriptivo de serie de casos.
- 2) **Para los objetivos 2 y 3:** se desarrolló un enfoque cualitativo mediante la aplicación de entrevistas para la reconstrucción de los condicionantes de la muerte materna mediante la técnica **Historia de Vida**.
- 3) **Para el objetivo 4:** Se realizó un enfoque cualitativo mediante grupos focales complementados con entrevistas a profundidad.

Área de estudio: Municipio de Matiguás, el que forma parte del Departamento de Matagalpa, dicho municipio limita: Al Norte con Tuma, La Dalia y Rancho Grande; al Sur: Camoapa y Boaco; al Este con Río Blanco y Paiwas y al Oeste con Muy Muy y San Ramón. Tiene una extensión territorial de 1,710 Km² y una altura de 247 metros sobre el nivel del mar; siendo el municipio segundo en extensión del departamento de Matagalpa después de Río Blanco. Se encuentra ubicado en el sector sureste del departamento y a 249 Km. de la ciudad de Managua, capital de la república de Nicaragua.

Siendo su población total: 60,000 Habitantes. La Población urbana: 14,000 Habitantes y la Población rural: 46,000 Habitantes. Con una densidad poblacional de 35 habitantes por kilómetro cuadrado.

Este municipio cuenta con un centro de salud con camas (San José) en el casco urbano y cinco puestos de salud (Pancasan, El Corozo, La Patriota, El Jobo, Salto de la Olla), contando con un total de 84 recursos humanos.

Población de estudio: Consiste en la información recabada de todas las muertes ocurridas por embarazos, partos o puerperio, a familiares, personal de salud, funcionarios del programa en el período comprendido de Enero 2000 – Diciembre 2004.

Instrumento de recolección de datos:

- 1) El formulario donde se recoge la información el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para registro de la mortalidad materna de donde se seleccionó la información necesaria para cumplir con los objetivos de estudio.
- 2) Guía de la información necesaria para reconstruir la **historia de vida** de las mujeres fallecidas.
- 3) Guía de grupos focales y entrevistas a profundidad.

Procedimientos de recolección de los datos:

1. Se solicitó autorización al MINSA del municipio de Matiguás para tener acceso a la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna donde
2. Se revisó todas y cada una de las fichas hechas de mujeres que fallecieron a causa del embarazo, parto y puerperio en el municipio de Matiguás en el período comprendido de Enero 2000- Diciembre 2004 y
3. Se recopiló la información necesaria a los objetivos del estudio.
4. Se entrevistó a familiares y/o personas que estuvieron con la fallecida al momento de su muerte mediante la metodología Historia de Vida.

5. Se realizó entrevista a profundidad a grupos focales principalmente a Médicos que atienden en las Unidades de Salud del Municipio de Matiguás.

Análisis de los datos: el análisis de los datos para el objetivo No 1 se realizó por medio del “ Método de los palotes” y para los objetivos 2, 3 y 4 se analizaron por medio de “ Análisis de Contenido”.

Presentación de los resultados: los resultados serán presentados mediante distribuciones de frecuencia, tablas y gráficos para el objetivo No 1 y para el resto que tienen un enfoque cualitativo serán por medio de diagramas.

Variables:

- 1) **Condiciones que se dieron y la causa de muerte materna en el municipio de Matiguás:** definiéndose como los factores condicionantes que conllevaron al cese de vida de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio siendo estas originarias del Municipio de Matiguás.
- 2) **Condiciones que influyeron en la demora de tomar la decisión de buscar ayuda:** son aquellos factores económicos, culturales, geográficos, organizacionales que se presentaron en las pacientes y familiares como barreras para la utilización de los servicios de salud.
- 3) **Condiciones de la paciente y sus familiares que le hicieron demorar en el traslado hasta el establecimiento médico:** son aquellos factores que determinaron el tiempo que se tardaron en llegar a una Unidad de Salud una vez tomada la decisión de buscar la atención.
- 4) **Condiciones que hicieron demorar el tratamiento adecuado en la instalación donde se prestan los servicios de atención a la mujer embarazada:** definiéndose como aquellos factores que se presentaron en

el establecimiento médico y que dificultaron la atención adecuada para evitar el fallecimiento de las mismas.

Resultados

En el municipio de Matiguás durante el período 2000-2004 ocurrieron un total de 10 Muertes Maternas según registros del MINSA tanto del municipio como del SILAIS – Matagalpa.

Aunque ocurrieron en edades de 16 a 40 años, fue más frecuente en el grupo etáreo menor de 19 años (60%). Un 30% de las muertes tenían edades entre 20 y 34 años y un 10% eran mayores de 35 años. De acuerdo a su procedencia, el 90% procedían del área rural y un 10% del área urbana. El estado civil de la mayoría de las mujeres en estudio eran acompañadas o unión estable en un 60%, un 30% casadas y el 10% solteras.

Con respecto al nivel de escolaridad un 60% de ellas eran analfabetas, un 20% alfabetizadas y solamente un 20% estudió la primaria. La religión que predominó fue la católica en el 60%, un 20% evangélica y el otro 20% no tenían religión definida. Un 90% de las mujeres en estudio eran ama de casa y un 10% eran estudiantes, siendo la ocupación del compañero de vida en un 90% jornalero y un 10% carpintero (Vea cuadro 1).

Con relación a los antecedentes obstétricos para el momento de la muerte materna se encontró que el 50% de las madres habían tenido un embarazo, un 30% dos, el 10% presentó 5 y un 10% presentó 10. De las que ya habían tenido un embarazo anterior. Un 60% terminó en parto, un 20% en aborto, un 20% en óbitos fetales no hubieron cesáreas. (Vea cuadro 2)

Un 70% de las madres en estudio no usó ningún método de planificación familiar y solamente un 30% de ellas planificó con inyectables y gestágenos orales en un 20% y 10% respectivamente (Vea gráfico 1).

Con relación al número de partos que habían presentado hasta el momento de su muerte un 60% no había presentado ninguno, el 10% 1, otro 10% 2, un 10% 3 y un 10% 10 (Vea cuadro 2).

Las enfermedades que habían presentado antes del último embarazo predominó la anemia en un 30%, infección vaginal en un 20%, malaria en un 10%, SR+14 en un 10%, Colecistitis en un 10% y un 20% que no había presentado ninguna. El intervalo intergenésico de las mujeres en estudio un 40% eran menor de 6 meses, un 30% entre 12 y 17 meses y el otro 30% en un período mayor de 2 años. Con respecto a las enfermedades asociadas al embarazo un 30% de las madres presentó anemia, un 20% cefalea y un 50% ninguna (Vea cuadro 2).

Un 60% de las mujeres en estudio no recibió ningún control prenatal y solamente el 40% recibió CPN con atención por personal no suficientemente capacitado, un 25% recibió atención de CPN en el Puesto de Salud, un 50% en visitas domiciliar y un 25% en Centro Alternativo de las que el 60% no recibió ningún CPN, el 20% 1, un 10% 2 y el otro 10% 3. (Vea cuadro 3)

Según las señales de peligro que presentaron las mujeres de este estudio durante el embarazo pude observar que presentaron variación de signos según el caso donde el 50% no presentó ninguna señal de peligro, un 30% presentaron convulsiones + edema de cara y extremidades + cefalea y sangrado transvaginal, un 10% presentó sangrado vaginal + cefalea y fiebre, un 10% que solo presentó sangrado transvaginal.

Las señales de peligro que presentaron los casos de muerte materna durante el parto fueron un 66.6% sangrado transvaginal por retención placentaria, un 16.6% fiebre + sangrado transvaginal + dolor abdominal y otro 16.6 % no presentó ninguna señal de peligro (Vea cuadro 4).

De acuerdo al lugar donde ocurrió el parto en un 100% fue domiciliar atendido en 50% por parteras empíricas y un 50% atendido por familiares de las que el 83.3% no presentó alumbramiento y el 16.6% el alumbramiento fue espontáneo (Vea cuadro 5).

Con relación al tiempo transcurrido desde el inicio de las señales de peligro hasta el momento de la muerte que presentaron los casos de estudio se pudo observar que:

- ✓ El inicio de las señales de peligro en un 40% fue en la madrugada, un 30% durante el día y otro 30% por la noche.
- ✓ El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas a la búsqueda de la atención el 30% no buscó de la misma, el 10% lo hizo en un tiempo menor de 1 hora, un 30% en un tiempo entre 1 y 6 horas, un 10% entre 7 y 12 horas, un 10% entre 13 y 19 horas y otro 10% entre 20 y 26 horas.
- ✓ Sobre el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas al momento de la atención el 50% no recibió atención. El 20% recibió atención por personal no capacitado en un tiempo menor de 1 hora, un 10% entre 1 y 6 horas y un 20% en un tiempo mayor de 14 horas.
- ✓ Con relación al tiempo transcurrido desde la atención hasta el momento de la muerte el 60% no recibió ninguna atención, el 20% recibió atención en un tiempo menor de una hora, el 10% falleció con una atención entre 3 y 7 horas y el otro 10% recibió atención por más de 8 horas (Vea cuadro 6).

De acuerdo al lugar de ocurrencia de la muerte materna un 70% fue domiciliar, un 20% en la vía pública y un 10% en el ámbito hospitalario (Vea gráfico 2).

Al momento de la muerte un 60% fue durante el parto, el 30% fue durante el embarazo y el 10% durante el puerperio (Vea gráfico 3).

Con relación al tipo de muerte fue obstétrica en un 80% y no obstétrica en un 20% de las que en un 80% pudieron ser evitables y el otro 20% no (Vea gráfico 4).

Las causas de muerte materna obstétrica en un 50% fue por retención placentaria, un 12.5% por placenta previa, otro 12.5% por rotura uterina, un 12.5% por eclampsia y un 12.5% por Sepsis Puerperal (Vea gráfico 4).

Las causas de muerte no obstétrica fueron por intoxicación medicamentosa en intento suicida en un 50% y otro 50% falleció por un desastre natural al quedar sepultada junto con 3 hijos al ocurrir un deslizamiento o deslave de un cerro vecino al lugar donde la señora se encontraba durmiendo (Ver gráfico 6).

Historia de Vida de los casos de muerte materna:

Matiguás es uno de los municipios del Departamento de Matagalpa que presenta mayor frecuencia de Muertes Maternas por lo que realicé un estudio cualitativo para comprender cuales fueron esas dificultades que funcionaron como determinantes para que éstas fallecieran por lo que entrevisté en el domicilio de cada una de las fallecidas a los familiares que estuvieron directamente con ellas, en muchos casos los datos fueron suministrados por varios miembros de la familia, pero que se correspondía a lo establecido.

El modelo de maternidad segura específica tres tipos de demora que contribuyen a la muerte materna.

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

Los principales factores encontrados relacionados con la enfermedad fueron tres elementos:

- 1) **Reconocimiento:** Reconocer a partir de los síntomas que la mujer está en peligro.

“No se reconoció el peligro y si lo hicieron fue tardíamente” - según comento la Sra. Martínez Ramos-

“En ningún momento vimos la necesidad de buscar ayuda, porque no miramos que hubiera peligro”, aun cuando ésta presentó hemorragia por más de 14 horas no considerando lo anterior como una

2) **Gravedad** justificando que “... así le pasó en el parto anterior y pensé que se iba a recuperar porque toda mujer que pare queda sangrando” siendo otro factor la

3) **Etiología** al confundir la causa de la enfermedad y minimizarla “... pensamos que no era grave porque se han aliviado primerizas y no les ha pasado nada” “... es que aquí nunca se nos han muerto de primer parto todas mis nueras han tenido sus niños y no se han visto grave” – refirió tío de una de las fallecidas siendo éste brigadista de salud.

“Ya estábamos acostadas y ella me decía: tía, venga y pensé que estaba loca al rato fuí porque ya no me llamaba y la encontré con los ataques (convulsión) entonces la acostamos en la cama porque se había caído y esperamos que le pasara”- refirió tía de una fallecida.

En muchas familias parece influir el no reconocimiento de los signos de peligro y la determinación de que estos son lo suficientemente graves como para justificar la búsqueda temprana de atención oportuna.

En la mayoría de los casos influyó la condición de la mujer incluyendo en este aspecto la situación educacional y principalmente las analfabetas por las dificultades que tienen para recibir y analizar la información de prevención disponible “Me da vergüenza que me miren”, “... no se tomaba las pastillas que le daban en el centro porque decía que iba a abortar”

Otros aspectos que influyeron fueron culturales, jurídico y político en la sociedad, por ejemplo, en la mayoría de los casos de mortalidad materna donde la toma de decisión de buscar ayuda no depende de la mujer, sino

del cónyuge o miembro de la familia de mayor autoridad “Yo no la llevé porque en ese momento la decisión es del marido si la saca o no” - refirió madre de una fallecida -.

“A ella le dijeron que le iban a dar traslado a la casa materna pero no se quiso ir porque su esposo era celoso y no le gusta que le mire un doctor”, “Yo le dije que nos fuéramos escondidas pero no se quiso ir porque era tímida y su marido celoso”, refirió abuelita de Yolanda Ortiz (QEPD).

“El marido le dijo que si se iba sin su consentimiento que ya no regresaba mas a la casa y él no le estaba dando permiso porque los doctores te pueden hacer un aborto” repitió doña Mercedes Rugama – madre de una fallecida.

“Al verla muy mal la llevamos donde varios curanderos, no le vimos cambio el marido entonces decidió llevarla al Centro de Salud pero el papa no quiso no sé las razones” – refirió doña Sofía Sánchez.

Otro aspecto que influyó mucho fue la situación socioeconómica. **El costo:** este factor se relaciona a los gastos del transporte, medicamentos, exámenes de laboratorio, estancia de familiares con su alimentación, etc., gastos que a veces están fuera del alcance de la familia e impide la búsqueda oportuna de la atención.

Mercedes Ortiz – madre de una de las fallecidas comentó “que no buscó ayuda por dos razones uno por no dejar el rancho solo y la otra porque no tenían reales”

“La pobreza es la dificultad más grande en ese momento solo teníamos para pagar el transporte, tenia que vender unos animales”

“Ellos tenían una platita pero era para pagar unos reales que debían y no querían desajustarlos por eso no fueron al centro y hay que comprar las inyecciones y pastillas” comentó hermana de una de las fallecidas.

“Por no gastar no fueron a buscar ayuda porque si la trasladaban a Matagalpa ¿conque se iban a venir?” - relato doña Mercedes Ortiz madre de una fallecida.

- 4) **La distancia**, muchas personas no toman la decisión de buscar atención médica, ya que largas distancias asociadas a caminos en mal estado las desmotivan.

“La dificultad es que vivimos muy largo” – relato suegro de una fallecida.

“Quince minutos antes de llegar al Centro de Salud ya había dejado de convulsionar... ya eran más de cinco horas que habíamos caminado con ella... la llevaban varios hombres en hamaca, los que se turnaban mientras unos se cansaban y nos parábamos cuando ella convulsionaba”. - relato madre de una de las fallecidas doña Jacinta Suazo.

“No la trasladamos..., porque el marido no la deja salir y no decidieron buscar ayuda..., porque el Puesto de Salud está a 4 horas de camino, eso es en una persona buena y sana..., pero enferma ¿qué?...”

“El marido fue a llamar la partera de Palan la que no se encontraba eso fue a las tres de la mañana, entonces fue a buscar la partera de Manceras #2, la de Palan llegó a las cinco de la mañana, le dió liquidambar y agua de florida y les dice a familiares que eso es trabajo de parto. A las 7:00AM consiguen cargadores, la trasladan en hamaca, presentando siempre las convulsiones.”

“Desde la 1:00 AM ella estaba sangrando bastante le dimos cocimientos y esperamos hasta la mañana para mandar a llamar a la partera a las 6:00 AM y llegó a las 7:00 AM la que indicó llevar urgente al Centro de Salud la sacamos en hamaca hasta la carretera, tomo bus colectivo a las 9:00 AM y llegó el bus a las 9:30 AM.”

- 5) Otro factor condicionante es el relacionado con **el clima** ya que ese también influyó en un caso de muerte materna según relato de madre y abuela

refirieron que desde el mediodía estaba lloviendo y ella se puso mal a esa hora, y “se pasó toda la noche lloviendo”, “ Ese día fue lluvioso, la muchacha sangrando...”

- 6) Es muy importante resaltar que otro factor que influyó en los casos de muerte materna fue la mala comunicación y relaciones de pareja y familiares siendo la mayoría de ellas víctimas de violencia intrafamiliar según refieren familiares de la víctima:

“El marido no estaba con ella porque dice que mucho se quejaba”. “No había acuerdo entre ellos... no la hubiera dejado sola, él solo donde la mamá se mantenía, ella le dijo que se sentía mal y él le dijo que le interesaba el trabajo de su mama.” “El marido es el del cargo y no le hizo caso”.

“No la saqué porque busqué a mi familia que me acompañara pero nadie quiso ir.” – Relató doña Mercedes Ortiz- madre de una fallecida.

“Ella estaba con los dolores, sangrando, el marido le pidió comida la obligó a cocinar le pegó en la barriga con un plátano porque no se apuraba.”

- 7) En otros casos en comunidades alejadas persiste la creencia que la causa de la enfermedad (etiología) es atribuible a factores no médicos (conjuros o maleficios) por lo que acuden a curanderos, brujos, etc., retrasando la búsqueda de atención adecuada.

“A ella le tenían envidia, se alivio bien pero a los *dillitas* se gravó y la llevaron donde varios curanderos sin ninguna mejoría, su compañero la iba a llevar al Centro de Salud pero el papá no quiso que la llevaran porque allí no saben nada de maldades.”

- 8) Otro factor importante es la calidad de atención no adecuada por lo que una de las fallecidas no volvió a solicitar ayuda médica. Por otro lado la poca comunicación que existe entre los líderes comunitarios y la comunidad por lo que demoraron en tomar la decisión de buscar ayuda ya que en el caso

de Pastora Pérez (QEPD) solicitó atención médica 8 días antes de fallecer por sangrado transvaginal y ese mismo día de la consulta se envió a su casa, la partera de la comunidad desconocía la existencia de la embarazada hasta ese día de la muerte.

Demora 2. Demora en el traslado una vez tomada la decisión de buscar ayuda hasta el establecimiento médico: relacionándose en su mayoría a los determinantes encontrados en la demora 1.

La ubicación de los establecimientos de Salud, por ende la distancia que hay que recorrer como consecuencia de esta distribución, asociada a la falta de transporte y camino en mal estado mas la mala coordinación entre la familia y comunidad fueron los factores encontrados en los casos de muerte materna así referidos por los familiares entrevistados:

“Yo le gritaba a la gente pero se tempranean a dormir y les vale el sufrimiento de los demás“. Refirió la Sra. Ortiz madre de una fallecida.

“Pasaron talvez 5 minutos desde que vimos que le salía espuma por la boca cuando fueron donde el vecino a buscar un vehículo para que la llevara al hospital, pero no hallaban la llave, entonces fueron donde otro vecino pero ya la llevábamos a *tuto* cuando llevaron el vehículo pero ya había muerto“. Comentó don Juan Taleno, padre de una fallecida.

“Tuvimos que ir a cortar unos palos largos mientras andábamos tocando las puertas buscando cargadores.“ “Fue difícil trasladarla porque no dejaba de convulsionar.“ “Primero caminamos una hora, la llevamos en hamaca después esperamos que pasara el bus que nos llevaría a Matiguás.“

“No se ponían de acuerdo los vecinos acudieron cuando ella estaba grave.“

“En estas cosas uno anda ligero porque es grave, mandé a uno a Paiwita a buscar un vehículo y me traje a otros hombres para que me

ayudaran a sacarla, trocé palos porque la íbamos a llevar en hamaca, no hay de otra manera.” – Refirió suegro de una fallecida caso de estudio.

Grupo focal con personal de salud:

Al realizar discusión de grupo focal con personal de salud cuyo objetivo era determinar las condiciones que hacen demorar el tratamiento adecuado en la Unidad de Salud. Se consideró que la unidad de salud es competente en la resolución de algunas emergencias obstétricas, pero no lo es en otras debido a que no existe personal especializado en obstetricia y solo cuenta con médicos generales y médicos en formación que por tener que manejar diferentes grupos etéreos y distintas ramas de las medicina tienen debilidades en el conocimiento sobre el manejo de las Emergencias Obstétricas.

Dentro de las dificultades que se encuentran al abordar las emergencias obstétricas están “las faltas de recursos humanos” ya que, durante los turnos “solo quedan dos recursos brindando atención a toda la población que acude no existiendo recursos especializados para aquellos pacientes que son llevados tardíamente a la Unidad” de Salud considerando en la parte financiera que “el eslabón débil es la falta de fluidez con que se logra realizar un traslado ya que los vehículos no se encuentran en buen estado, andan en terreno o no hay dinero para el combustible”, en cuanto a recursos materiales “se cuenta con lo básico para resolver muchas de las emergencias obstétricas mas comunes”.

En cuanto a la parte de actitud “no se ha visto que el personal médico y paramédico menosprecie el carácter urgente de las emergencias obstétricas” sino que están muy consientes de la importancia de una actuación rápida tanto para prevenir, tratar y referir.

Las opciones que se podrían implementar para reducir las demoras en la atención mencionaron:

- ✓ Capacitación a brigadista, parteras y líderes comunitarios sobre los signos y síntomas de peligro y la importancia del parto institucional.
- ✓ Sensibilización a la comunidad y organismo para el apoyo con medios de transporte.
- ✓ Implementar casas maternas o centros de albergue no solo en las cabeceras municipales sino también cerca de los puestos de salud.
- ✓ Mayor propaganda por los medios de comunicación acerca de los beneficios de la casa materna y del parto institucional obviamente para todo esto se necesita gestión del gobierno y de las ONG.

Lo que están haciendo para la prevención de las muertes maternas son “trabajo en terreno para tratar de captar más mujeres de alto riesgo obstétrico” a la vez que “se le hace promoción de la casa materna cuando se realizan los controles prenatales” y “se les da a conocer la importancia del parto institucional”, desgraciadamente “solamente las instituciones de salud, en este caso el MINSA y algunos proyectos de apoyo son los que juegan un papel relevante en la prevención”. En cuanto a otras organizaciones, los grupos religiosos (iglesias), alcaldías municipales, organizaciones políticas “no tienen la prevención de las muertes maternas dentro de sus planes para actuar de forma conjunta con el MINSA”.

Discusión de resultados

Cuando se produce una muerte materna existe un sinnúmero de factores involucrados que algunas veces están condicionados por las características de sus historias reproductoras y su condición biomédica, la que llega a determinar en muchos casos la muerte señalada.

A continuación se discutirán factores relacionados con:

- A. Atención de salud
- B. Factores biológicos
- C. Control de la natalidad
- D. Factores sociales

A. **Atención de salud:** El objetivo básico de los servicios de salud es garantizar que la mujer que se encuentra en sus fases reproductoras tenga las condiciones adecuadas para dar a luz recién nacidos / as sanos /as con el menor riesgo posible para la salud de la mujer y de su hijo. Para ello debe realizarse un control prenatal periódico iniciado lo antes posible y un parto atendido por personal especializado. Estas dos acciones serán analizadas con algunos detalles en las mujeres que fallecieron.

Control prenatal: Según la literatura (14, 15) para que el control sea efectivo en la reducción de indicadores de mortalidad debe tener alta cobertura, idealmente superior a 90% y una concentración suficiente para detectar los factores de riesgos de mayor prevalencia e importancia biológica. Se ha señalado en el ámbito internacional que el control prenatal ideal es el que se inicia antes de la 12ª semana de gestación y consta de 12 visitas (5).

En este estudio se constató que el 60% de las mujeres fallecidas no recibió ninguna consulta prenatal y el 20% recibió solamente 1 consulta datos que coincide con estudios realizados en Chontales y Jinotega (26, 27) lo antes mencionados aumenta el riesgo materno fetal y si a esto le sumamos la

calidad del control lo cual amerita hacer una evaluación y comprobar si se cumple o no con los indicadores para un buen control prenatal.

Se observa la dramática situación de abandono a la que estuvieron expuesta éstas mujeres desde el punto de vista de la atención de salud esto se refleja en que más de la mitad de ellas no tuvieron ningún control prenatal y una proporción no despreciable entre 1 ó 2 controles.

Atención del parto: Otra forma de analizar el papel de los servicios de salud es a través de la proporción de parto atendidos por personal de salud especializados, haciéndosele poca propaganda a la atención del parto institucional ya que el 100% de los partos fueron atendidos a nivel domiciliario en un 50% por parteras y en 50% por familiares los que no están bien adiestrados y otros sin ningún tipo de preparación coincidiendo estos datos con estudios realizados en Paiwas, Río Blanco, Matagalpa y Jinotega donde las mayorías de los partos de las mujeres fallecidas fueron atendidas por parteras no capacitadas y en su defecto por familiares y en condiciones no óptimas para el parto(11).

Estos antecedentes deben de llevar a la reflexión sobre si la utilización de parteras en la atención del parto debe de ser una estrategia permanente, sin duda el recurso “partera” es de gran valor por su prestigio y reconocimiento en la comunidad, pero no debería de perpetuarse sin que ellas deriven hacia la atención de personal especializado. Esta reflexión no solo encierra una preocupación por la equidad en la atención de salud, sino también el reconocimiento de la necesidad de que el personal que atiende los partos tengan los conocimientos necesarios para la utilización de la tecnología disponible hoy en día para la atención de embarazos y/o partos de riesgos.

B. Factores biológicos.

Edad de las madres: Diferentes estudios han señalado a las edades extremas como un factor de riesgo importante en la mortalidad materna. Es

así como, en países en vía de desarrollo se ha estimado que el riesgo de morir sea 5 veces mayor en las mujeres menores de 15 años y 2 más elevados en las de 15 a 19 años comparadas con las de 20 – 24 (15, 16).

En el presente estudio el 60% de las personas fallecidas se encuentran en edades de riesgo o sea, menores de 19 años y/o mayores de 35 años coincidiendo con la literatura no así con estudios realizados en Bocana de Paiwas y Chontales considerando como grupo control a las mujeres entre 20 y 35 años – para mujeres jóvenes la tasa es significativamente inferior y el riesgo de morir es menor.

Fecundidad y fertilidad: La alta fecundidad y fertilidad esta asociada a un mayor riesgo de muerte materna. Sea indicado que la paridad elevada aumenta el riesgo de muerte al igual que ocurre con los espacios intergestacionales inferiores a 24 meses (12).

La mediana del espacio intergenésico por las mujeres fallecidas fue de 15 meses coincidiendo con múltiples estudios realizados en el ámbito nacional (2).

Resumiendo que los índices de fecundidad, fertilidad y espaciamiento intergenésico de las mujeres fallecidas son mayores que para el promedio de la mujer nicaragüense, factores que se agregan a las condiciones de pobreza también presentes en ellas. En todo caso las tasas de fecundidad y fertilidad no se pueden analizar sin considerar el uso de métodos anticonceptivos.

C. Control de la Natalidad.

De acuerdo con la Encuesta Nicaragüense Demografía y Salud realizada en Nicaragua (ENDESA 98) la proporción de usuario de métodos anticonceptivos fue de un 60 % habiendo un importante incremento en las zonas rurales(30).

En este trabajo se pudo constatar que el 70% de las mujeres que fallecieron no usaban ningún método anticonceptivo, dichos datos concuerdan con estudios realizados en Paiwas y Matagalpa en 1999 donde el 91.5% de las fallecidas no utilizaron métodos anticonceptivos (25).

Se razona que si aumentara la cobertura de los servicios de planificación familiar, y el acceso a estos se disminuirían las muertes maternas, aunque no se puede dejar a un lado el factor cultural, la falta de poder de decisión en las mujeres donde en su mayoría no se les permite por parte de sus compañeros el uso de anticonceptivos, ya que por cultura y religión se deben de “tener los hijos que Dios mande” de tal manera que para lograr estas acciones las instituciones deben de ir encaminadas a mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer brindando una atención de calidad y calidez para dar una mayor y mejor información a la usuaria de estos métodos. Esto nos hace referencia nuevamente a un bajo acceso a servicios.

D. Factores Sociales

Varios trabajos realizados en la década de los 90 advierten el empobrecimiento que vive la población nicaragüense. Se señala que 75 de cada 100 hogares son pobres o extremadamente pobres, considerando las condiciones de hacinamiento, educación y saneamiento básico a los hogares de las áreas rurales, encontrando en este estudio un predominio correspondiente al área rural (30) coincidiendo estos resultados con muchos estudios realizados no solo en el norte del país sino en el ámbito latinoamericano, por tener menos posibilidades de acceso a las unidades de salud que la población gestante del área urbana además por efecto de distribución, la mayoría de la población en el municipio de Matiguás se encuentra en el área rural.

El alto porcentaje (90%) de mujeres con ocupación ama de casa se corresponde con otros estudios realizados, refleja un factor importante. Pues el hecho de que la mujer no reciba un salario, implica el tener que

asumir tareas propias del hogar con mucho esfuerzo físico: acarrear agua de pozo y / o ríos, cortar leña, caminar largas distancias, entre otros, lo que perjudica o agrava el estado normal de la gravidez. Más del 90% de las mujeres en estudio pueden ser clasificadas como alto riesgo obstétrico, en íntima relación con la ocupación. Para evaluar el riesgo obstétrico se considera la presencia de cualquier factor social, biológico o genético que sólo o asociado pudiera ser significativo en la aparición de un daño.

Al determinar el tipo de demora se encontró que la mayoría de signos iniciaron durante la noche y tardaron en identificarlos por lo que no hubo búsqueda de atención o bien porque al reconocer los signos de peligro los compañeros de vida impedían que estas fuesen trasladadas (Demora 1) debido a la ausencia de personal femenino (médicas y enfermeras) en muchas ocasiones , ya sea en las unidades de salud o en las visitas integrales en la comunidad, por lo que las pacientes se niegan muchas veces ha ser atendidas por alguien del sexo opuesto, si le sumamos a esto la falta de acceso, la escasez de transporte, caminos en mal estado, largas distancias a recorrer por la embarazada van a aumentar la baja en la cobertura y de un adecuado CPN, se encontraron estudios realizados en Paiwas y Río Blanco donde los datos difieren con respecto al inicio de los signos de peligro que fueron de día no así en el resto. Se notó también que el mayor problema tanto de quien atiende el parto como de los familiares fue la detección no oportuna de los signos de peligro y aunque en la zona existen parteras “capacitadas “ en su mayoría estas no se encontraba en el lugar (según análisis de cada caso) obligando a la paciente a ser atendidas por cualquier otra persona. Las pacientes que lograron ser trasladadas lo hicieron de forma tardía, falleciendo una de ellas antes de llegar a la unidad de salud y otra llegando a tener un tiempo de atención de tan sólo 5 horas (Demora 3) y si a esto le agregamos que dichas mujeres son del área rural de difícil acceso, analfabetas y con falta de decisión propia, asociada también a factores económicos y culturales se agravan aun más esta situación.

La causa de muerte en el estudio fue principalmente la hemorragia por retención placentaria (Muerte Materna Obstétrica) convirtiéndose también la principal causa básica de mortalidad materna coincidiendo con estudios realizados en el norte del país no coincidiendo con estudios realizados en Cuba donde la principal causa de muerte son las complicaciones del aborto (29), la literatura del MINSA (2) reporta un comportamiento similar en los últimos años, donde la hemorragia por retención placentaria ocupa el primer lugar como la primera causa de muerte materna en los últimos años.

De tal forma al observar estos resultados llegaríamos a la conclusión que la mayoría de las muertes maternas de este país se están muriendo por causas que podrían ser prevenibles con una eficiente y mayor cobertura del programa de control prenatal y atención integral a la mujer, la detección oportuna de las señales de peligro por parte de la misma paciente, la persona que atiende el parto para el traslado oportuno el tener recursos entrenados para dar respuestas al momento de una complicación o de tener por parte de la paciente el poder de decisión para ser trasladada a la unidad de salud mas cercana se evitaría casi del 80% de las muertes materna en el municipio.

De las dos mujeres que murieron por causa no obstétrica el 50% fue por intoxicación medicamentosa en intento suicida, sin embargo con un análisis un poco profundo se sigue demostrando que la violencia intrafamiliar está ocupando un sitio importante en las muertes maternas por causa no obstétrica que son en muchas ocasiones los embarazos no deseados los que agravan esta situación dichos datos coinciden con el SILAIS de Matagalpa quien es el que mayor reporta casos de violencia intrafamiliar. (16)

Con relación al momento de la muerte encontramos que el 60% fue durante el parto, el 30% durante el embarazo y el 10% durante el puerperio coincidiendo con estudios realizados en Bocana de Paiwas y Río Blanco no así con estudios realizados en Matagalpa donde se ubica el puerperio en el primer lugar de muerte materna. (6)

Las condiciones asociadas a las muertes maternas tanto biológicas, sociales e institucionales se encontraron que la edad no óptima para el parto, el embarazo no deseado, la pobreza y si le asociamos la inadecuada organización de los servicios de salud están incidiendo de forma directa con las muertes maternas en el Municipio de Matiguás, lo que tiene que ver mucho con el analfabetismo, ocupación no remunerada, la falta de uso de anticonceptivos. Estos datos coinciden con estudios realizados en la RAAS, Bocana de Paiwas y Río Blanco.

De tal forma que si se analiza la cadena de eventos que la mujer en estudio se enfrenta a un entorno que no le es favorable, se trata de una mujer sin escolaridad, con antecedentes de anemia, que no se realizó ningún control prenatal, con embarazo que se enfrenta al parto domiciliario, atendida por personal no calificado en donde eventualmente se presentan signos de peligro y complicaciones que no puede resolver y que la paciente afectada físicamente no puede enfrentarse a la hemorragia (primera causa de muerte), o en el caso de parto institucional (Puesto de Salud) en donde no se dispone del equipo adecuado para el tratamiento en caso de retención placentaria o en su efecto restos postaborto o placentarios y que al final tiene que ser trasladada a una unidad de salud y que fallece producto de una cadena de eventos que en la mayoría de los casos eran evitables.

Conclusiones

- 1) La Mortalidad Materna en el municipio de Matiguás puede ser evitable con asistencia adecuada, sin demandar gran dificultad tecnológica o profesional. Todas las mujeres comparten los riesgos de morir, pero se mantienen grupos altamente vulnerables.

- 2) Los determinantes se enfocan a dos aspectos básicos de la atención:
 - a. Pobre eficacia del auto cuidado desde el nivel familiar y el comunitario que tiene que ver con los enfoques de género y las líneas de autoridad dentro del ámbito conyugal.

 - b. Accesibilidad de la población a los Servicios de Salud determinados por altos niveles de pobreza en la población afectada y el desconocimiento completo de los riesgos que entraña el embarazo, parto y puerperio.

 - c. Por otro lado en la incapacidad institucional por ampliar coberturas debido al bajo presupuesto y falta de iniciativas para coordinarse con los recursos locales en Salud.

Recomendaciones

Para abordar la Mortalidad Materna como problema de Salud considero que es muy importante tomar en consideración los siguientes aspectos:

- 1) Abordar las limitaciones de accesibilidad de la población a los Servicios de Salud, lo que implica:
 - a. Conocer la percepción que tiene la mujer y sus familiares incluyendo al marido en sus necesidades de salud.
 - b. Mejorar la información sobre los servicios de salud que ofrecen las unidades, en un lenguaje adecuado a la comprensión de las necesidades de la población
- 2) Mejorar la calidad de la oferta de servicios, especialmente en lo que se refiere a:
 - a. Permitirle a la mujer y su familia acercarse más a las unidades de salud mediante el desarrollo de Casas Maternas donde le permita a la madre y acompañantes esperar en aceptables condiciones de vida al momento de parto y puerperio.
 - b. Generar mecanismos creativos de cobertura mediante salidas sistemáticas al terreno ofreciendo un paquete básico de salud para la mujer embarazada donde incluya: Información, Comunicación y Educación sobre el embarazo normal y signos tempranos de riesgos, detección de embarazos de alto riesgo, Entrenamiento de familiares y personal comunitario en la atención del parto y el transporte de urgencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. MINSA, UNICEF. Col. Aburto, Karla. Mortalidad materna: análisis de las muertes ocurridas en Nicaragua en 1998, Managua, Nic. Sept. 1999.
2. MINSA, UNICEF, Muertes Maternas en Nicaragua, 1998, Managua, Nic. Sept. 1999.
3. Ortega L. Said. Determinantes en las muertes maternas en el municipio de Bocana de Paiwas – Matagalpa período 2000 – 2004, León, Junio 2005.
4. Galea, Figia y Espinoza, Luis. Análisis de la muerte materna en el territorio servido por el SILAIS Chontales. Período 1994 – 1998, Juigalpa, feb. 2000.
5. Espinoza, Marcia y Sánchez, Emma, indicaciones de cesárea: frecuencia, mortalidad materna y perinatal en el hospital “Modesto Agunia Moncada”, Ocotol, Nueva Segovia, Enero – Junio 1994, mayo 1996.
6. Shwartz, Ricardo. Gineco-obstetricia. 5ta Edición. Librería Editorial El Ateneo, 1996. Buenos Aires Argentina.
7. Zeledón, Bismark y Zeledón, Osdalia mortalidad materna en el departamento de Jinotega, Enero 1992 – Jul, 1999. León, Septiembre 1999.
8. Quiroz, Aura y García, Jeanet. Mortalidad materna en SILAIS de Matagalpa. 1992 – 1993, León, oct. 1994.
9. Juárez, Manuela A. mortalidad materna en el SILAIS de León entre 1992 – 1996, León, abril 1998.
10. Nuevas perspectivas sobre población, lecciones aprendidas en el Cairo, boletín de población. Population referent burean, vol 50, Washington. D.C marzo de 1995.
11. OPS/OMS. Reducción de la mortalidad materna en las Américas, guía para la vigilancia de Epidemiología de la mortalidad materna. Atlanta Georgia.
12. Análisis de la mortalidad materna en el SILAIS de Matagalpa, enero 1994 – Dic. 1997, León Marzo 1999.
13. Plan regional de reducción de la mortalidad materna OPS. 1994.
14. OPS y Días, Ángel. Mortalidad materna infantil en las Américas, enfoque de riesgo. 1998.
15. MINSA. Nicaragua. Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna y Perinatal. Dirección General de Atención Integral de la mujer. Managua, Julio 1998.
16. OPS/OMS Evaluación del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, 1990-1994. Washington .DC 1996.

17. Sotelo, JM. El Enfoque de riesgo y la Mortalidad Materna. Una perspectiva Latinoamericana. Bol. of sanit Oanam 114. 289-301, 1993.
18. Ministerio de Acción Social de Nicaragua, Managua, Junio 1994.
19. UNICEF-Nicaragua. Análisis de la situación de la niñez y la mujer . Managua .1996.
20. UNICEF-Tacro. Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe, La Paz. Abril de 1999.
21. Internacional Statiscal Clasificacion of diseases related health problems. Tenth Revision. Geneva World Health Organization, 1992.
22. Dollar, Jhon. Criterios para una historia de vida en G. Macgrassi et. Al.: La Historia de vida. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.1980.
23. Estrada M, Rodríguez: Los valores, Clave de la Excelencia. Editorial Mc Graw-Hill, México, 1993.
24. Ferrarotti, Franco: Historia de vida. Paris, 1983
25. Salazar, Maritza: Rasgos de Personalidad en el Farmacodependiente. Raul Clemente Editores. Codecih, Universidad de Carabobo.1990
26. Ministerio de Salud: Manual de Vigilancia de la Mortalidad Materna en Nicaragua. Pág. 7-27.
27. Pizarro, Ana María. Las verdaderas razones de la Mortalidad Materna. Sí Mujer Nicaragua. Mayo, 2002.
28. Quiroz Barrera, Aura y Col. Mortalidad Materna en el SILAIS Matagalpa.1992-1993.León, Octubre 1994.
29. López, Norma. Mortalidad Materna en el HEODRA 1983-1992. León 1992.
30. Instituto Nicaragüense de la Mujer. VI informe Periódico (1999-2002) Nicaragua. Convención sobre la eliminación de todas las formas de Violencia contra la Mujer. 1ra edición. Managua, 2005.

Anexos

VI. Atención al momento de la muerte

1. Dónde ocurrió la muerte? 1. Hospital público <input type="checkbox"/> 5. Domicilio <input type="checkbox"/> 2. Hospital privado <input type="checkbox"/> 7. Cent. Alternativo <input type="checkbox"/> 3. Centro de salud <input type="checkbox"/> 8. Vía pública <input type="checkbox"/> 4. Puesto de salud <input type="checkbox"/> 9. Otro (Espec.) <input type="checkbox"/> 5. Clínica privada <input type="checkbox"/>		3. Tipo de demanda: 1. Espontáneo <input type="checkbox"/> 2. Referido <input type="checkbox"/>	6. Fecha de muerte: D: M: A:
2. Quién le dió asistencia obstétrica 1. Médico/a especialista <input type="checkbox"/> 5. Partera/a <input type="checkbox"/> 2. Médico/a general <input type="checkbox"/> 6. No consignado <input type="checkbox"/> 3. Enfermera/a <input type="checkbox"/> 7. Otro (Espec.): <input type="checkbox"/> 4. Aux. enfermería <input type="checkbox"/>		4. Quién la refirió? 1. Médico/a especialista <input type="checkbox"/> 5. Partera/a <input type="checkbox"/> 2. Médico/a general <input type="checkbox"/> 6. No consignado <input type="checkbox"/> 3. Enfermera/a <input type="checkbox"/> 7. Otro (Espec.): <input type="checkbox"/> 4. Aux. enfermería <input type="checkbox"/>	7. Semanas de gestación a la muerte:
12. Tiempo transcurrido desde el inicio de las señales de peligro hasta la muerte (TRES DEMORAS): Inicio señales de peligro: Horas: Minutos: > Búsqueda de atención: Horas: Minutos: > Atención Recibida: Horas: Minutos: > MUERTE		5. Fecha de terminación del embarazo: D: M: A:	
13. Tipo de muerte: 1. Obstétrica directa <input type="checkbox"/> 2. Obstétrica indirecta <input type="checkbox"/> 3. No obstétrica <input type="checkbox"/>		14. Expediente:	15. Nombre de la unidad de salud donde ocurrió la muerte: _____ SILAIS: _____ Municipio: _____

VII. Causa de muerte obstétrica

• Causa Básica (Según CIE - 10): _____

• Causa Intermedia (Según CIE - 10): _____

• Causa Directa (Según CIE - 10): _____

3. Factores asociados a la muerte:

Biológicos 1. Edad <input type="checkbox"/> 5. Cardiopatía <input type="checkbox"/> 2. Talla <input type="checkbox"/> 6. Hipertensión <input type="checkbox"/> 3. Estado Nutricional <input type="checkbox"/> 7. VIH/SIDA <input type="checkbox"/> 4. Diabetes <input type="checkbox"/> 8. Tumores malignos <input type="checkbox"/>	9. Ninguna <input type="checkbox"/> 10. No cons. <input type="checkbox"/> 11. Otra (Espec.): <input type="checkbox"/>	Sociales 1. Extrema pobreza <input type="checkbox"/> 2. Embarazo no planificado <input type="checkbox"/> 3. Violencia <input type="checkbox"/> 4. Ninguna <input type="checkbox"/> 5. No consignada <input type="checkbox"/>	Institucionales 1. letargia <input type="checkbox"/> 2. Infección intrahospitalaria <input type="checkbox"/> 3. Inadecuada organización de los servicios <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VIII. Causa de muerte no obstétrica

1. Causa básica 1. Herida arma de fuego <input type="checkbox"/> 7. Ahogamiento <input type="checkbox"/> 2. Accidente de tránsito/poltraumatismo <input type="checkbox"/> 8. Quemaduras <input type="checkbox"/> 3. Intoxicación <input type="checkbox"/> 9. Explosión artefacto bélico <input type="checkbox"/> 4. Herida arma blanca <input type="checkbox"/> 10. Violencia familiar <input type="checkbox"/> 5. Mordedura de serpiente <input type="checkbox"/> 11. No consignado <input type="checkbox"/> 6. Lesiones autoinfligidas (Suicidio) <input type="checkbox"/> 12. Otra (Espec.): <input type="checkbox"/>	2. Causa directa 1. Shock hipovolémico <input type="checkbox"/> 5. Coagulación intravascular diseminada <input type="checkbox"/> 2. Shock anafiláctico <input type="checkbox"/> 6. Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> 3. Shock séptico <input type="checkbox"/> 7. No consignado <input type="checkbox"/> 4. Distress respiratorio <input type="checkbox"/> 8. Otro (Espec.): <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IX. Nombre de la persona que llena la ficha

Nombre de la persona que llena la ficha	Cargo	Fecha de llenado D: M: A:
-----------------------------------------	-------	--------------------------------------

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

Resumen clínico

1. Diagnóstico de ingreso o motivo de atención 1. _____ 2. _____ 3. _____	2. Diagnóstico de egreso o causa de muerte 1. _____ 2. _____ 3. _____
3. Comentarios sobre el manejo de la fallecida en base a las TRES DEMORAS _____ _____ _____	
4. Recomendaciones en función de las demoras encontradas deficientes _____ _____ _____	

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

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

El análisis del CMM concluye que esta muerte es por causa obstétrica 1. Directa <input type="checkbox"/> 2. Indirecta <input type="checkbox"/> 3. No obstétrica <input type="checkbox"/>	Certificado de defunción emitido: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No cons. <input type="checkbox"/>	Evitable: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Determinantes de las muertes maternas ocurridas en el Municipio de Matiguás, Matagalpa. 2000-2004.

Guía para la historia de vida

Guía de reconstrucción de los eventos que ocurrieron previo a las muertes maternas orientadas a identificar los determinantes que influyeron en la demora para buscar ayuda y las condicionantes en las pacientes y sus familiares que hicieron demorar el traslado hasta el establecimiento medico.

1. Describir el momento en que la mujer inicio a manifestar situaciones de riesgo a su salud. (Explicando las características a esas situaciones).
2. ¿En qué momento pensaron que iban a necesitar ayuda? (Intenciones).
¿En qué momento tomaron la decisión de buscar ayuda? (Acciones).
3. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que pensaron que iban a necesitar ayuda a la toma de decisión de buscar esa ayuda? (Explicaciones de la tardanza ,como barreras).
4. ¿ Qué paso entre la decisión de buscar ayuda y la llegada a una Unidad de Salud? (Énfasis en las dificultades que tubo la familia para llevarla de forma rápida)
5. ¿En qué situación se encontraba la mujer al llegar a la Unidad de Salud?
6. Hacer un diagnóstico de la situación de la mujer en el momento de llegar a la Unidad de Salud
7. ¿Qué condiciones tiene la Unidad de Salud (experiencia del personal, recursos materiales, equipos, etc.) para resolver la urgencia de la situación?

Determinantes de las muertes maternas ocurridas en el Municipio de Matiguás, Matagalpa. 2000-2004.

Guía de discusión

Grupo focal con personal de Salud

1. ¿Cómo consideran las competencias de este Servicio de Salud para abordar las Emergencias Obstétricas?
2. ¿Qué dificultades se encuentran al abordar las Emergencias Obstétricas (Población, servicios, finanzas, profundizar en aspectos actitudinales)
3. ¿Qué opciones se podría implementar para reducir las demoras en la atención? (Llegada de la mujer a la Unidad de Salud)
4. ¿Qué se esta haciendo en la prevención de la muerte materna?
5. ¿Qué papel juegan las instituciones de salud, la población y las organizaciones en la prevención de la muerte materna?

Cuadro 1. Condiciones Sociodemográficas que tenían los casos de Mortalidad Materna Municipio de Matiguás. 2000 – 2004.

Variable	Número	Porcentaje
Edad		
< 20	6	60.0%
20 a 34	3	30.0%
> 35 años	1	10.0%
procedencia		
Urbana	1	10.0%
Rural	9	90.0%
Religión		
Católica	6	60.0%
Evangélica	2	20.0%
No definida	2	20.0%
Escolaridad		
Sin escolaridad	6	60.0%
Alfabetizada	2	20.0%
Primaria	2	20.0%
Estado civil		
Soltera	1	10.0%
Acompañada	6	60.0%
Casada	3	30.0%
Total	10	100.0%

Fuente: Ficha del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna.

Cuadro 2. Características obstétricas y patológicas que presentaron los casos de Mortalidad Materna del Municipio de Matiguás. 2000 – 2004.

VARIABLES	Número	Porcentaje
No de partos antes del último embarazo		
0	1	10.0%
1	5	50.0%
2	2	20.0%
3	1	10.0%
10	1	10.0%
Enfermedades que presentaron antes del último embarazo		
Anemia	3	30.0%
Infección vaginal	2	20.0%
Malaria	1	10.0%
SR+14	1	10.0%
Colecistitis	1	10.0%
Ninguna	2	20.0%
Enfermedades asociadas con el embarazo		
Anemia	3	30.0%
Cefalea	2	20.0%
Ninguna	5	50.0%
Terminación del embarazo anterior		
Parto	6	60.0%
Aborto	2	20.0%
Óbitos fetales	2	20.0%
Total	10	100.0%

Fuente: Ficha del Sistema de Vigilancia Mortalidad Materna.

Cuadro 3. Datos de control prenatal y anticonceptivos que tenían los casos de Mortalidad Materna Municipio de Matiguás. 2000 – 2004.

Variables	Número	Porcentaje
CPN		
Ninguno	6	60.0%
1	2	20.0%
2	1	10.0%
3	1	10.0%
Personal que realizó CPN		
Ninguno	6	60.0%
Médico	1	10.0%
Auxiliar de enfermería	3	30.0%
Lugar donde se realizó el CPN (n-4)		
Puesto de Salud	1	25.0%
Centro alternativo	1	25.0%
Visita Domiciliar	2	50.0%
Total	10	100.0%

Fuente: Fichas Sistema de Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Materna.

Cuadro 4. Señales de Peligro que presentaron los casos de Mortalidad Materna Municipio Matiguás. 2000 – 2004.

Variables	Número	Porcentaje
Durante el embarazo (5)		
Ninguna	5	50.0%
Convulsión +edema de cara y extremidades +cefalea +fiebre	3	30.0%
Sangrado Vaginal +cefalea +fiebre	1	10.0%
Sangrado vaginal	1	10.0%
Durante el parto (5)		
No parieron	4	40.0%
Sangrado +retención placentaria	4	40.0%
Fiebre +sangrado +dolor abdominal	1	10.0%
Ninguno	1	10.0%
Total	10	100.0%

Fuente: Ficha Sistema de Vigilancia Mortalidad Materna.

Cuadro 5. Lugar de ocurrencia del parto y la muerte en los casos de Mortalidad Materna municipio de Matiguás. 2000 – 2004.

VARIABLES	Número	Porcentaje
Lugar del parto		
Hospital	0	0.0%
Centro de Salud	0	0.0%
Domiciliar	6	100.0%
Total	6	100.0 %
Atendido por		
Parteras	3	50.0%
Familiares	3	50.0%
Total	6	100.0 %
Alumbramiento		
Espontáneo	2	16.6%
No hubo	4	83.3%
Total	6	100.0 %
Lugar de la Muerte		
Domiciliar	7	70.0%
Vía pública	2	20.0%
Hospital	1	10.0%
Total	10	100.0%

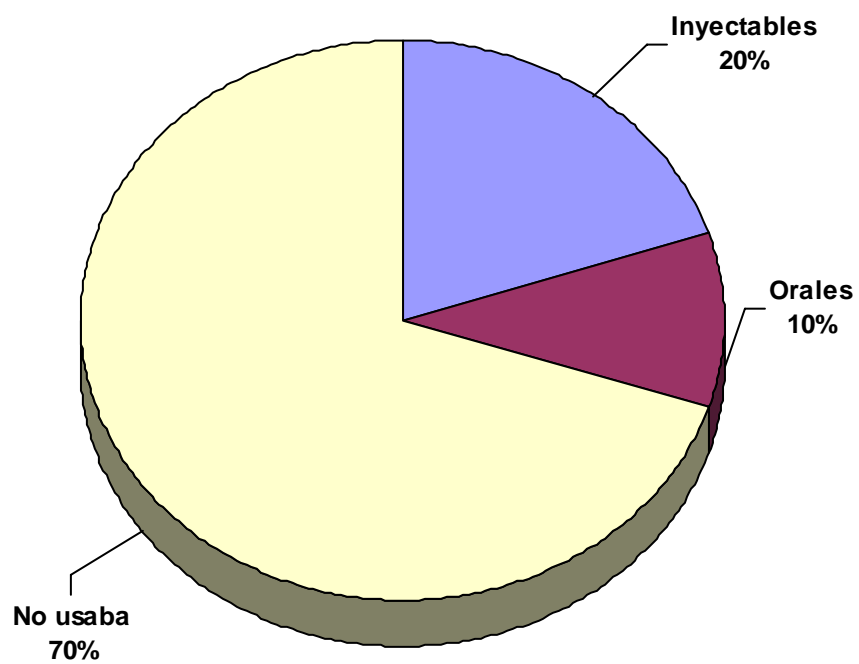
Fuente: Ficha Sistema Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Materna.

Cuadro 6. Tiempo transcurrido desde el inicio de las señales de peligro hasta el momento de la muerte que tuvieron los casos de Mortalidad Materna municipio de Matiguás. 2000 – 2004.

Variables	Número	Porcentaje
Inicio de las señales de peligro		
Madrugada	4	40.0%
Día	3	30.0%
Noche	3	30.0%
Tiempo transcurrido desde inicio de los síntomas a la búsqueda de atención		
No hubo búsqueda	3	30.0%
Menor de 1 hora	1	10.0%
1-6 horas	3	30.0%
7-12 horas	1	10.0%
13-19 horas	1	10.0%
Mayor de 14 horas	1	10.0%
Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al momento de la atención		
No recibieron atención	5	50.0%
Menor de 1 hora	2	20.0%
1-6 horas	1	10.0%
7-12 horas	0	0.0%
Mayor de 13 horas	2	20.0%
Tiempo transcurrido desde la atención al momento de la muerte		
No recibieron atención	6	60.0%
Menor de 1 hora	2	20.0%
1-3 horas	0	0.0%
3-7 horas	1	10.0%
Mayor de 8 horas	1	10.0%
Total	10	100.0%

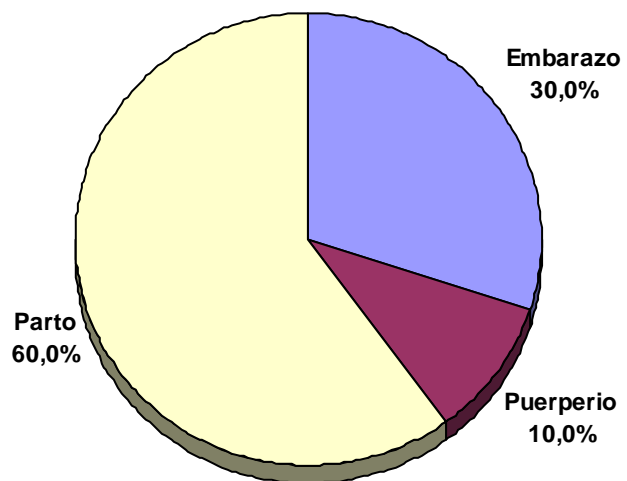
Fuente: Ficha Sistema Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Materna.

Gráfico 1. Uso de Métodos Anticonceptivos en las Muertes Maternas, Municipio de Matiguás 2000 – 2004.



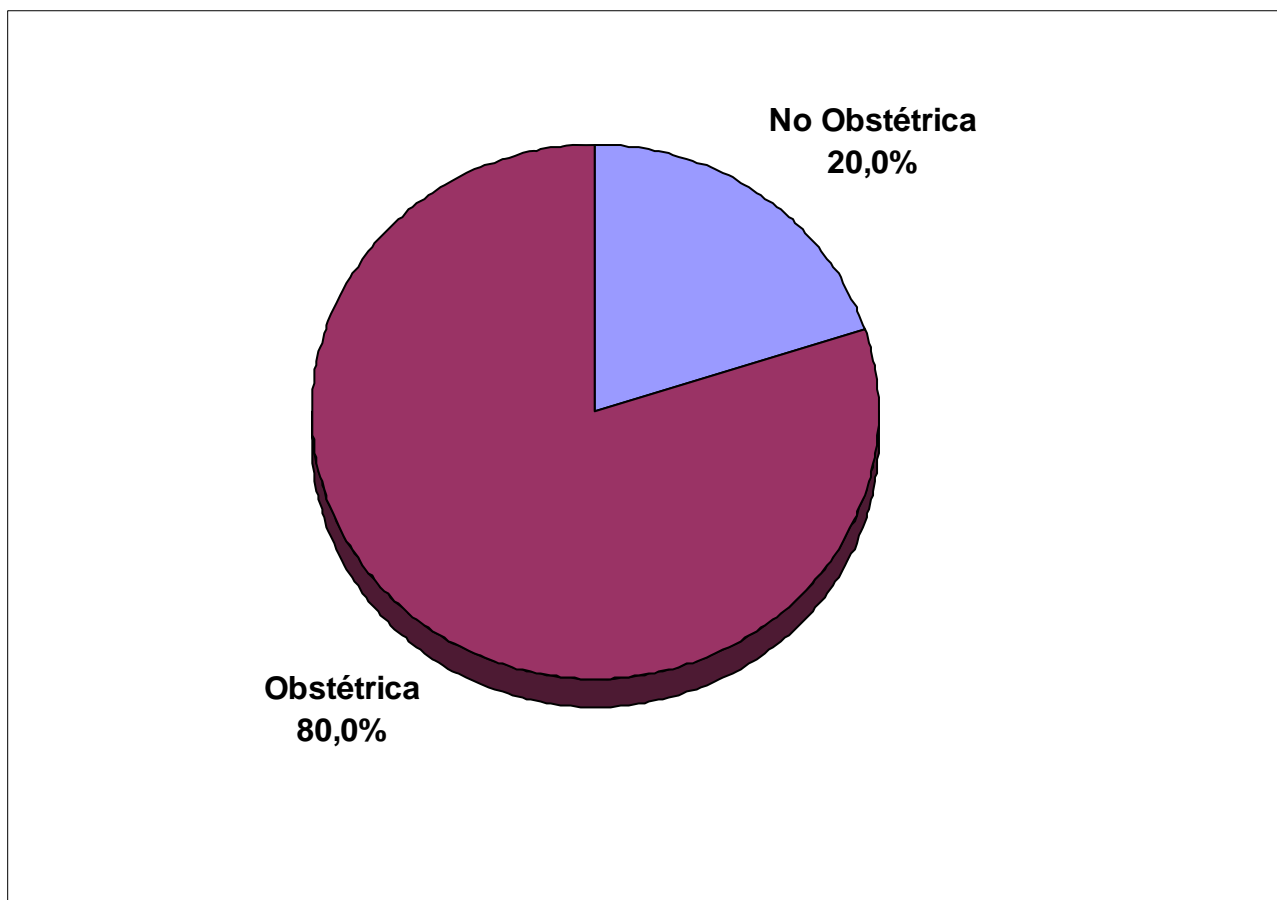
Fuente: Ficha Sistema Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna.

Gráfico 2. Momento de la Ocurrencia de las Muertes Maternas, Municipio de Matiguás 2000 – 2004



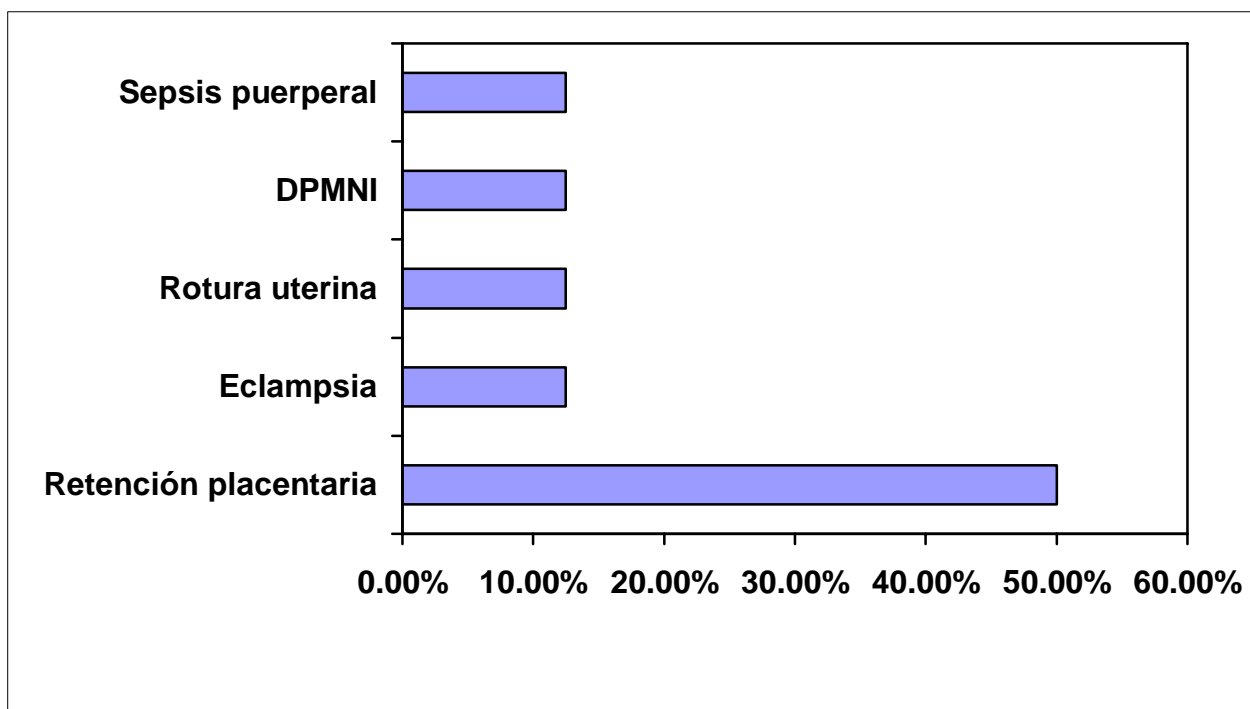
Fuente: Ficha Sistema Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna

Gráfico 3. Tipo de Muerte de los Casos de Mortalidad Materna Municipio de Matiguás 2000 – 2004



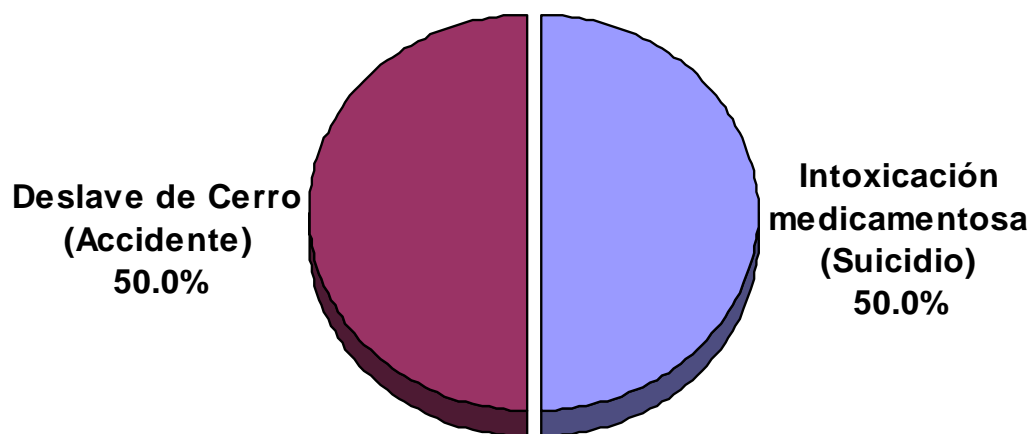
**Fuente: Ficha Sistema de Vigilancia Epidemiológica
Mortalidad Materna**

Gráfico 4. Causas Obstétricas Directa de Mortalidad Materna Municipio Matiguás 2000 – 2004. (n=8)



**Fuente: Ficha Sistema de Vigilancia Epidemiológica
Mortalidad Materna**

Gráfico 5. Causas no Obstétricas de Mortalidad Materna. Municipio de Matiguás 2000 – 2004. (n = 2)



Fuente: Ficha Sistema de Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Materna.

Diagrama 1. Síntesis de la información sobre las determinantes de las demoras, elaborada a partir de las historias de vida a familiares de las fallecidas y los grupos focales y las entrevistas a profundidad realizada al personal de salud.

