

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNAN – LEON



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

TEMA:

**COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE
WIWILI DEPARTAMENTO DE JINOTEGA EN EL PERIODO 1999 - 2007**

AUTOR: Yader José Amador Espinoza

Jairo Mercedes Castellón León

TUTOR: Dra. Nora Cárdenas

Especialista en ginecoobstetricia

ASESOR: Dr. Arnoldo Toruño

Profesor titular en salud pública

León – Nicaragua Noviembre 2008

RESUMEN

Mortalidad materna actualmente representa para el MINSA una problemática esencial, Nuestro objetivo fue valorar la situación de esta en wiwili, factores que la determinan y las acciones desarrolladas. El estudio fue de tipo cuali-cuantitativo. Se realizo en el municipio de Wiwili, departamento de Jinotega, con periodo de estudio entre los años 1999 y 2007. Se baso en el uso de Revisión de registros del centro de salud y Entrevistas a profundidad a informantes claves para obtener información.

La población 37 casos registradas por el departamento de estadísticas y epidemiología del centro de salud. El mayor número de muertes fue en el año 2004, las más bajas en el 2006 y 2007. Con predominio marcado en las adultas jóvenes, analfabetas, acompañadas. La mayoría fueron multigestas, que el 51.3% no se realizó ningún CPN y el 13.5% se realizaron de 4 – 6 CPN.

Las principales causas de muerte fueron eclampsia y retención placentaria, los principales factores de riesgos: lejanía y dificultad de acceso a unidades de salud, poco o ningún CPN, deficiencias en calidad de realización de CPN, extrema pobreza y periodo intergenesicos cortos. Las principales acciones desarrolladas para la reducción de la mortalidad materna: El plan de contención de muerte materna: promoción del parto institucional, uso de métodos anticonceptivos, brigadas de esterilización quirúrgica periódica, salidas integrales, actualización del censo gerencial, monitoreo de calidad, la aplicación del COE básico, capacitación del personal.

Entre las dificultades encontramos el machismo y arraigo en la creencia del parto domiciliario, poco financiamiento monetario para las casas maternas.

Palabras claves: mortalidad materna, factores de riesgo, acciones desarrolladas, dificultades encontradas, tres demoras, características sociodemográficas, principales causas, wiwili.

DEDICATORIA

Nos honra dedicar el gran esfuerzo de nuestro trabajo a:

Dios por darnos el mayor regalo que es la vida quien nos ha guiado siempre, e iluminarnos para llegar al fin de una nueva etapa de nuestra vida a quien le pedimos siempre nos de lucidez de pensamiento

Nuestros padres por habernos dado apoyo incondicional que tanto necesitamos en todo momento y por que todo lo que somos se lo debemos en gran parte a el esfuerzo de ellos.

A maestros que nos dedicaron parte de su valioso tiempo y que con su conocimiento científico nos ayudaron a realizar nuestro trabajo reconociendo en ellos a unos amigos ,maestros y también los padres fuera de casa.

AGRADECIMIENTO

Nuestro mas sincero agradecimiento a Dra. Nora Cárdenas por ser nuestra tutora y amiga quien dedico su tiempo y conocimiento científico que fue de gran apoyo para culminar nuestro trabajo investigativo.

A nuestro asesor Dr. Arnoldo Toruño quien demostró ser un apoyo incondicional para la elaboración del presente trabajo dedicando para nosotros con toda su voluntad parte importante de su valioso tiempo.

Al personal del departamento de epidemiología y de estadística del centro de salud Jorge Navarro por permitirnos recolectar la valiosa información en este trabajo investigativo

Asimismo a todas las personas que de alguna u otra manera nos ayudaron a culminar con éxito nuestra labor investigativa

INDICE

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	7
Marco teórico.....	8
Diseño metodológico.....	26
Resultados.....	30
Discusión de los resultados.....	40
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46
Bibliografía.....	47
Anexos,.....	49

INTRODUCCION

Para la mayoría de las mujeres, la maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria, que en ocasiones se convierte en experiencia de muerte. La mortalidad materna como problema de salud pública no resuelto, se ha convertido en una prioridad para los servicios de salud. Por todas aquellas circunstancias familiares, sociales y de tipo institucional que conlleva la defunción de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio, es necesario promover y favorecer la salud materna a través de una maternidad sin riesgos. En este sentido, el estatus de la mujer debe ser elevado y reconocido en todo su valor y por eso es necesario que a la mujer se le sitúe en primer plano como persona, más que como un objeto de intervenciones.

Cada madre tiene el derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones, mediante la accesibilidad de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención, sin pasar por alto que un aspecto fundamental de la mujer es la inversión de tiempo y energía que emplea para que sus hijos gocen en condiciones de equidad y de pleno derecho, de los beneficios de lograr un desarrollo pleno.¹

Realmente no se conoce exactamente cuantas mujeres mueren en el mundo cada año debido al subregistro y a las imprecisiones en su información, pero se puede estimar con buen grado de certeza, que por lo menos medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Es de conocimiento público que a pesar del problema de subregistro de defunciones maternas en muchos países de la región, las cifras son proporcionalmente más altas que en los países industrializados.² En los países en vías de desarrollo es uno de los problemas más severos a enfrentar a pesar de los esfuerzos que realizan los gobiernos por cumplir los compromisos adquiridos en cumbres internacionales en las cuales se discutió esta situación .

Las condiciones adversas en que vive un alto porcentaje de mujeres, las expone a riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio, esta situación es muestra clara de

inequidad que debe ser analizada e interpretada desde los prestadores de salud hasta el más alto nivel de decisión. La situación de Nicaragua no difiere de lo antes expuesto, carece de datos confiables sobre mortalidad materna y principalmente en zonas rurales y se cree que las tasas son muchas más altas que las reportadas, pues la mayoría de las mujeres paren en su casa y las muertes no son reportadas. Los elevados índices de mortalidad materna se observan con características de tragedia, en el panorama de salud de las embarazadas en las regiones de las Américas, esta situación es realmente dramática cuando se tiene en cuenta que la mayoría de los casos de muerte maternas son prevenibles.³

La realidad muestra que las acciones para prevenir y disminuir las muertes maternas no están dando los resultados deseados; los recursos económicos destinados para ello son insuficientes además de la limitada comprensión de los aspectos socioculturales para atender desde una perspectiva de género y de justicia social.⁴

ANTECEDENTES

Cada año mueren cerca de 529 mil mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El 99% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo.⁴

Una de cada 17 mujeres muere por complicaciones relacionadas con el embarazo en los países en desarrollo mientras que en los países desarrollados es una mujer por cada 4 mil. La mortalidad materna representa la 4ª causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva; esta cifra parece no haberse modificado de manera considerable en más de una década.⁴

La magnitud del problema es mayor si tomamos en cuenta que, según la organización mundial de la salud, por cada muerte materna, alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después del parto. Se ha logrado que el 91% de los partos sean atendidos por personal médico especializado. Sin embargo, admiten que solamente el 70 % asiste al control prenatal durante el primer trimestre del embarazo.⁴

En Nicaragua según datos del MINSA(3) realizado hasta el año 1998 solo 4 departamentos no superan el valor de 90 muertes siendo Masaya el menor seguido por Managua y León, siete departamentos más tienen valores entre 90 y 200 los demás superan este último valor e incluso tres de estos superan el valor de 300. La mayor incidencia de las muertes se da en las zonas rurales pertenecientes al Atlántico Norte, Atlántico sur, Río San Juan y Jinotega, donde en el 2003 se registraron más de 200 muertes por 100 mil niños vivos.⁵⁻⁶

Según un estudio realizado en Bocana de Paiwas del 2000 al 2004 las mujeres entre 20 y 39 años ocupan el 36 % de las 25 muertes reportadas y el 68% de estas ocurrieron en regiones rurales, el 64 % de estas mujeres no realizaron ningún CPN durante la gestación. Se encontró en esta investigación que en su gran mayoría estas mujeres no buscaron ningún tipo de ayuda y la restante minoría lo hizo tardíamente. Como causa principal de este estudio se encontró la retención placentaria seguida de eclampsia.

Otro estudio realizado en Matiwás se observa similitud en datos estadísticos a la región de Bocana de Paiwa.⁵⁻⁶

En el año 2006 se realizó una investigación con información de los años 2000 al 2005 en el SILAIS Jinotega encontrando 88 muertes registradas, se observó que en lo que se refiere a las tres demoras dentro de la investigación, tiene más incidencia la demora número 1 con un 60.2%, mientras la segunda solo 6.8% y la tercera un 20.5%.⁷

Se encontró que en todo el departamento de Jinotega existe un problema que influye mucho en las muertes maternas como es el difícil acceso a sus diferentes comunidades. En lo que respecta a Wiwili se tiene como última referencia datos donde se demuestra que es el municipio de Jinotega con más alto índice de mortalidad materna con un 29.5% de las muertes ocurridas y, se puede afirmar que influye mucho la calidad al realizar un CPN.⁷

JUSTIFICACIÓN

Nicaragua como país del tercer mundo esta inmersa en una cruda realidad en donde para la mujer el periodo del embarazo, parto y puerperio representa un riesgo para la vida, por lo que el MINSA en el marco de la modernización del sector salud esta en el deber de implementar el abordaje integral del problema en mención donde los usuarios y la sociedad civil participen activamente en la planificación gestión y control de las acciones correspondientes a la detección de los problemas, sus causas y posibles soluciones.

Este trabajo se realizará para determinar cual o cuales son las causas más frecuentes relacionadas con muerte materna en el municipio de Wiwili departamento de Jinotega, para así de esta forma disponer de información útil e invitar a todos a utilizarla como instrumento de trabajo de reflexión y acción. De esta manera facilitar la conjugación de esfuerzos considerando que la participación social es el aspecto fundamental en la gestión de salud, para la prevención de este tipo de acontecimiento y de esta forma reducir los factores y causas que conlleva a una muerte materna y por ende la tasa de mortalidad en dicha región y por consiguiente en Nicaragua y que garantice el derecho a la mujer a realizar su proyecto de vida como madre en condiciones seguras.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Como ha evolucionado la mortalidad materna en el municipio de Wiwili Jinotega?

¿Que características tienen las mujeres fallecidas y cuales fueron las causas de su muerte?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Valorar la situación de la mortalidad materna en Wiwili, los factores que la determinan y las acciones desarrolladas.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de la mortalidad materna y su evolución en el tiempo.
- Describir a las fallecidas según sus características socio demográficas, ginecoobstetricas y de atención recibida.
- Identificar las causas de las muertes, y los factores que explican estas muertes.
- Conocer las acciones desarrolladas para reducir la mortalidad materna. Y las dificultades encontradas

MARCO TEORICO

La **organización mundial de la salud**⁸ 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”. 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 mujer. Se ha reportado además que cerca del 10% de las muertes maternas ocurren más allá de 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.⁸

Evitar la mortalidad materna, no necesariamente requiere la utilización de alta tecnología, sino del compromiso social a una cultura de la salud, orientada a la promoción y educación para la salud con apoyo de los medios masivos de comunicación, es decir: “La mujer debe ser la mejor reconocedora de sus propios riesgos reproductivos obstétricos.”¹

La defunción materna tiene múltiples factores, influyen entre otros aspectos: culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica que al sumarse las condiciones de la madre, el médico y la institución, hacen sinergia e influyen al evento de la muerte,

siendo las principales causas: Preeclampsia-Eclampsia, Hemorragia Obstétrica y los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos.¹

Si bien el embarazo es un proceso fisiológico natural ante el cual las mujeres pueden reaccionar de diferente manera, no son precisamente los factores biológicos los que las ponen en riesgo ante este evento. En el caso del embarazo, factores de tipo económico, social, cultural y la calidad con que se proveen los servicios de salud juegan un papel sustancial en la evolución y resolución satisfactoria de la gestación. Por ello, la mortalidad materna es fiel reflejo del desarrollo de un país, de la calidad y el acceso a servicios sociales y a servicios de salud, y es una señal inequívoca de la situación que guarda la equidad de género en una sociedad.⁴

Las muertes asociadas con el embarazo están prácticamente erradicadas como un problema de salud pública entre grupos de población con acceso a condiciones de vida adecuadas y a servicios de salud con calidad. La magnitud del problema es mayor si tomamos en cuenta que, según la Organización mundial de la salud,⁴ por cada muerte materna, alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después del parto.⁴

Se ha logrado que un buen porcentaje de los partos sean atendidos por personal médico especializado. Sin embargo, admiten que solamente el 70 % asiste al control prenatal durante el primer trimestre del embarazo. Esto muestra que si bien, hay avances en la cobertura de la atención prenatal, profesional, por lo menos el 30 % de las embarazadas no reciben ningún cuidado prenatal desde los servicios del Sector Salud.

Por otro lado, autoridades sanitarias reconocen que la mayor parte de las muertes maternas se deben a que en las unidades médicas no se siguen estrategias efectivas basadas en evidencias. Sólo un poco porcentaje del personal de salud de primer nivel conoce las medidas para atender urgencias obstétricas. Otro dato estrechamente relacionado con la calidad de los servicios, es el porcentaje de partos resueltos por cesárea. La organización mundial de la salud estableció en 15% la tasa más alta aceptable de cesáreas, basándose en las tasas prevalecientes en los países con las tasas de mortalidad perinatal más bajas del mundo.

El acceso a métodos anticonceptivos, tema intrínsecamente ligado a la mortalidad materna, es fundamentalmente uno de los derechos sexuales y reproductivos, en tanto permite a las mujeres ejercer el derecho a decidir si tener o no hijos, cuántos y cuándo.⁴

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA.

- Las infecciones bacterianas.
- Hipertensión arterial (preeclampsia y/o eclampsia).
- Toxemia del embarazo.
- Hemorragias.
- Embarazo ectópico.
- Sepsis 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.⁸

HEMORRAGIA DURANTE EL EMBARAZO

Ante cualquier pérdida de sangre por los genitales por menor que sea es menester proceder a un minucioso estudio semiológico para confirmar:

- 1 Que sea verdaderamente de sangre descartando pérdida de los limos cercanos al parto, pérdida de hidrorrea amniótica del feto muerto o macerado al romperse la bolsa, flujos inflamatorios de origen vaginal y áreas vecinas.
- 2 El origen genital o extragenital.

3 Realización de espéculoscopia para identificar si proviene de región inferior vulvovagino-cervical o del útero.

4 Época del embarazo en que se produce.

5 El color de la sangre es oscura en el embarazo ectópico y el desprendimiento de placenta normalmente inserta y es roja en el aborto, la mola y en la rotura del útero.

6 Dolor: la asociación con dolor se presenta en el aborto (dolor de la contracción) en el embarazo ectópico (dolor de la distensión o rotura de la trompa), la endometritis decidua y desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.⁹

Hemorragia de la primera mitad del embarazo

Aborto: toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea con un peso de producto menor o igual a 500 gr. Se divide en abortos espontáneos y abortos provocados y según su época de gestación el aborto puede clasificarse como precoz antes de las 12 semanas y tardío después de las 12 semanas.

Según etiología las causas generadoras de abortos pueden resumirse en:

- Ováricas propiamente dichas.
- Maternas orgánicas.
- Funcionales.
- Inmunológicas.
- Psicológicas.
- Origen tóxico.
- Traumatismos físicos de todo orden.
- Abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Entre las formas clínicas del aborto encontramos **amenaza de aborto** es el más precoz de los cuadros, **el aborto espontáneo:** dolores hipogástricos y lumbares y ausencia de dilatación cervical

Aborto inminente (exageración de síntomas y signos de amenaza de aborto).

Aborto inevitable se agrega la dilatación cervical especialmente del orificio interno

Aborto en curso: al cuadro anterior se agrega hidrorrea hemorragia y eliminación de trozos o la totalidad del huevo expulsado.

Aborto incompleto: cavidad uterina aun parcialmente ocupada.

Aborto completo: en este caso el huevo es expulsado espontánea y completamente del útero todo entra en regresión desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por entero o casi por entero la hemorragia, y el útero recupera el tamaño y consistencia previa al embarazo cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino.

Aborto diferido: retención del huevo como cuerpo extraño

Aborto habitual se define así al cuadro caracterizado por tres o más abortos espontáneos sucesivos.

Aborto infectado: cuando el cuadro de aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital (exocervix, vagina y vulva). También puede arrastrarse gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a completar la evacuación del huevo.⁹

EMBARAZO ECTÓPICO

Se entiende por la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero. La ubicación puede ser tubarica, tuboovarica, ovárica, abdominal, intraligamentaria y cervical.

La tubarica es la implantación más común y se subdivide según localización de la trompa intersticial o intramural, ístmica, ampollar, infundibular.

Las causa más frecuentes de embarazo tubarico son salpingitis crónicas y alteraciones congénitas de la trompa, endometriosis, disminución de la luz tubaria por compresiones externas alteraciones funcionales entre otras, la evolución conduce por lo general al aborto tubario o la rotura de la trompa grávida, en el primer caso el huevo se reabsorbe o se reimplanta constituyendo un embarazo abdominal secundario. En el segundo caso se produce hemorragia interna con un cuadro cataclismico o bien de anemia crónica.⁹

Diagnóstico

En la primera semana en ausencias de complicaciones lo único que se puede llegar a apreciar es la existencia de un tumor parauterino generalmente doloroso al tacto, la amenorrea es con frecuencia de corta duración, breves atrasos menstruales que no superan las 4 u 8 semanas.

A veces aparecen pseudo menstruaciones en las fechas correspondientes pero la sangre tiene características distintas (siruposa, pegajosa, muy oscura y en pequeña cantidad) en ocasiones se producen metrorragia escasas.

El dolor es casi constante en su aparición lateralizada en una de las fosas iliacas y no central como en el aborto. El dolor y la metrorragia se acompañan de síntomas del embarazo así mismo es frecuente la aparición de lipotimias y vértigo como consecuencia de la hemorragia intermitente, con la consecutiva anemia de la paciente.

El examen genital permite apreciar el cuello del útero reblandecido y aumentado ligeramente de tamaño y el istmo de caracteres normales, la movilización de útero es francamente dolorosa el cuello se encuentra reblandecido y cerrado, a la vez que lateralizado sobre uno de los costados de la pelvis el fondo de saco posterior es muy doloroso.

El hallazgo más característico lo constituye la presencia de un tumor parauterino, de forma redondeada si se encuentra cerca del cuerno uterino o alargada si se ocupa la porción más externa de la trompa.

En la segunda mitad del embarazo la palpación abdominal permite apreciar la existencia de un tumor y en su interior, un feto cuyo tamaño corresponde con la amenorrea, pero no con forma ovoide. Además está lateralizado sobre uno de los costados del abdomen, el feto se palpa poco desplazable en la cavidad y las partes fetales se palpan con gran nitidez.

El estudio ecográfico es valioso y complementario para el diagnóstico, aunque rara vez permita certificar el cuadro si se realiza por vía abdominal. La ecografía por vía vaginal al usar transductores de mayor definición, ha mejorado sustancialmente la capacidad y la precocidad diagnóstica de esta práctica.⁹

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes del embarazo ectópico son el aborto tubarico y la rotura de la trompa gravidica.

El aborto tubario es la más común de las complicaciones y la de menor gravedad en el embarazo localizado en una zona alejada del cuerno del útero

Al tacto el dolor es muy intenso en el fondo de saco de douglas; el hematocele genera allí un tumor blando y pastoso.

Al producirse la rotura tubaria si es brusca y amplia da lugar al cuadro cataclismico de Barnés, esto ocurre en los embarazos tubario localizados en la proximidades del cuerno del útero donde el calibre de la trompa es menor y la vascularizacion es más rica.⁹

MOLA HIDATIDIFORME

La mola hidatidiforme (mola vesicular, mola en racimos o mixoma placentario) es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales, que abarca la placenta y el resto del complejo ovular. En su anatomía patológica se observa la placenta transformada en un racimos de vesículas (racimos de uvas), la degeneración abarca generalmente todo el complejo ovular (mola llena), a veces es regional mola parcial y en estos casos puede albergar un feto (mola embrionaria).

Cabe destacar que su etiología es aún desconocida, pero en su cuadro clínico tenemos un aumento en útero en relación con la amenorrea, incremento del diámetro longitudinal y transversal, consistencia pastosa y ausencia de signos fetales, imagen ecográfica en tormenta de nieve o en panal de abejas, metrorragias continuas o intermitente entre el segundo y quinto mes, con expulsión de vesículas y anemia progresiva.

Dentro de las formas clínicas encontramos: hemorrágicas, tóxicas, hipertróficas, atróficas y corioadenomas destruens.⁹

Se debe realizar diagnóstico diferencial con el aborto, embarazo extrauterino, polihidramnios, exceso de volumen fetal y embarazo múltiple, así como toda enfermedad ginecológica.

La evolución clínica: **inmediata**: lo habitual de la mola vesicular es la expulsión espontánea alrededor del cuarto o quinto mes, hacia esa época se inicia el aborto, el proceso termina con la eliminación parcial o total de la mola al exterior.

Mediata: a partir de la expulsión molar si fue completa una remisión del cuadro a la normalidad; se da paulatinamente entre 8 y 12 semanas.

Su pronóstico es fatal para el feto y grave para la madre, su tratamiento requiere de una evacuación inmediata, artificial aspiración al vacío complementada con curetaje muy cuidadoso o histerotomía abdominal.⁹

HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Placenta previa

Se le conoce así al proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, y clínicamente por la intensidad de hemorragia variable.

En su anatomía patológica se observa que las membranas después del parto presentan entre el desgarro de la abertura y la inserción en el reborde placentario una distancia menor de 10 cm. La ubicación de la placenta es lateral, marginal, oclusiva, central o total. La oclusiva o total durante el embarazo puede adoptar, durante el trabajo de parto, el carácter de placenta oclusiva parcial o central parcial.

El síntoma fundamental de la placenta previa es la hemorragia. Toda hemorragia de la segunda mitad del embarazo significa placenta previa mientras no se demuestre lo contrario, la hemorragia de este proceso presenta datos muy particulares: la sangre es líquida, roja y rutilante, es francamente indolora, se inicia durante el sueño y es intermitente reproduciéndose con espacios sucesivamente menores aunque en cantidades mayores hasta límites inusitados.⁹

El tacto vaginal en principio está proscrito si fuese necesario en el caso de una urgencia y si se le realizara se notará un almohadillamiento. Las membranas presentan un aspecto poco rugoso cuando ambas llegan al reborde cervical o lo cubre en su totalidad.

La ubicación anómala de la placenta produce presentaciones viciosas: expone, al romperse las membranas al parto prematuro y a la prociencia de cordón.

La exploración ecográfica posibilita el diagnóstico de certeza de la placenta previa. La ubicación placentaria por ecografía presenta cambios hasta las 34 semanas debido a la denominada migración placentaria.

Su diagnóstico diferencial se debe realizar con la exocervicitis hemorrágica, cáncer de cuello de útero, la rotura de varices vaginales, el desprendimiento de la placenta normalmente inserta y la rotura del Seno circular.

El tratamiento: si la hemorragia no es muy importante y la edad gestacional es inferior a 36 semanas se deberá diagnosticar la madurez pulmonar del feto, en caso negativo esta ha de inducirse farmacológicamente mientras tanto reposo absoluto, control de la hemorragia y administración de útero inhibidores si fuera necesario.⁹

Desprendimiento prematuro de membrana normalmente inserta (DPPNI)

Proceso caracterizado por el desprendimiento total o parcial antes del parto de una placenta que a diferencia de la placenta previa esta insertada en su sitio normal (abruptio placentae o accidente de baudelocque) que puede tener graves consecuencia tanto para el feto como para la madre, su etiología refleja la preeclampsia en un alto porcentaje de los casos, los traumatismos, y la evacuación brusca en el hidramnios.⁹

Anatomía patológica: Entre la placenta y la pared del útero se derrama la sangre extravasada que proviene de los vasos maternos de la región, cuando la superficie placentaria desprendida es pequeña es menor 1/6 de la superficie total y no produce perturbaciones, es imposible diagnosticar clínicamente el accidente, la sangre derramada se colecciona, forma coagulo dentro del útero y luego trata de ganar el exterior y se hace visible en forma de hemorragia externa que se presenta como sangre oscura y con coagulo. Si la perdida hemática no logra franquear al exterior queda retenida dentro del útero (hemorragia interna) a veces es mixta.

El diagnóstico se establece por el dolor abdominal, la hipertoniá uterina y metrorragia con shock o sin el. Según su evolución existen tres posibilidades: si el desprendimiento es poco extenso y asintomático el embarazo puede continuar su curso y llegar a término, **2** si abarca una zona mayor, con frecuencia el parto se inicia y se realiza con feto muerto, **3** en algunos casos un tratamiento inadecuado puede derivarse en un grave cuadro de hemorragia y shock que puede llevar a la muerte.⁹

Los factores predisponentes son los siguientes:

- 1 Deficiencia de la actividad antimicrobiana del líquido amniótico
- 2 Aumento del ph vaginal.
- 3 Ausencia del moco cervical
- 4 Coito.

Para su diagnóstico es necesario saber que el signo principal es la hipertermia de más de 38°C acompañado de leucocitosis, taquicardia materna y fetal sensibilidad aumentada del útero y aumento de la contractilidad. El diagnóstico posparto se puede hacer identificando polimorfinucleares en la placenta y cultivando un trozo de este órgano.

La conducta a seguir es preventiva, administrar suplementos de cinc, evitar el coito en embarazos de riesgo y tratar la infecciones cervicovaginales incluyendo la vaginosis bacteriana.⁹

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

La hipertensión arterial es una de las principales causas de restricción del crecimiento fetal prematuro y muerte perinatal y figura además entre las principales causas de muerte materna.

En los embarazos normales se observa una vasodilatación de las arterias espiraladas de hasta cuatro veces su calibre lo cual disminuye la resistencia periférica y favorece la perfusión del espacio íntervelloso. El responsable de este fenómeno es la invasión

trofoblástica que finaliza en la semana 20 o 21 de gestación y que digiere la capa muscoelastica vascular evitando la acción de los agentes vasopresores. Durante la preeclampsia la segunda onda de migración trofoblástica no se produce y por eso prevalece la capa musculoelástica disminuyendo el calibre de los vasos y dando lugar a la aparición de placas ateromatosas por enlentecimiento del flujo circulatorio.

Se define hipertensión gestacional a la aparición después de la semana 20 del embarazo de una cifra de TA diastólica de 90 mmHg o más o 140 mmHg de TA sistólica o más en dos tomas con una diferencia de 4 a 6 hrs. Un solo registro de TA diastólica de 110 mmHg si la disfunción renal apareciera se presentara en la orina grandes cantidades de proteínas y en especial de albúminas, sin embargo hay que señalar que la lesión glomerular se produce tarde en el curso de una hipertensión gestacional, por ende la proteinuria puede ser un signo tardío.⁹

Factores de riesgo

- nuliparidad
- adolescencia
- edad mayor de 35 años
- embarazo múltiple
- obesidad
- historia familiar de preeclampsia o eclampsia
- preeclampsia en embarazos anteriores
- arterias uterina anormales entre 18 y 24 semana por estudio doppler
- diabetes mellitas pregestacional
- presencias de trombofilias
- enfermedad renal crónica
- enfermedades auto inmunes.⁹

Clasificación

Hipertensión gestacional: es la hipertensión diagnosticada por primera vez después de las 20 semanas sin proteinuria, las cifras de tensión arterial retornan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto.

Preeclampsia : hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas de embarazo, se acompaña de proteinuria, ambas desaparecen en el posparto, la presencia de cefalea alteraciones visuales y ardor epigástrico son signos premonitores de eclampsia, la persistencia de proteinuria de 2 o más cruces o la excreción de 2 g o más en orina en 24 hrs. indica un cuadro de preeclampsia grave.

Eclampsia: es la presencia de convulsiones en pacientes preeclampticas que no pueden ser atribuidas a otra causa.

Preeclampsia sobre impuesta a hipertensión crónica es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinurico luego de las 20 semanas de embarazo y que desaparece después del parto.

El manejo y tratamiento de la hipertensión severa esta en:

Hospitalización, sulfato de magnesio IV o IM, si la tensión arterial no desciende con el reposo indicar algunas de las siguientes drogas: Atenolol 50 – 150 mg /día, alfa metildopa 500- 2000 mg /día, amlodipina 10 a 40 mg/día. Las pacientes con hipertensión gestacional permanecen en el hospital puesto que el riesgo de convulsión no ha desaparecido por el tratamiento con hipotensores.⁹

EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Es el aumento brusco de cifras tensionales acompañada de sintomatología clínica (cefalea intensa, escotomas, visión borrosa, fotopsia acúfenos, reflejos osteotendinoso aumentados y epigastralgias). Habitualmente sucede en una hipertensión previa a la gestación; son varias las drogas a utilizar como la clonidina o la hidralazina.

La emergencia hipertensiva y/o la eclampsia son los cuadros más graves del síndrome hipertensivo gestacional.

Los cuidados preconcepcionales y los controles prenatales precoz y periódico ayudan a remover algunos factores de riesgo que se asocian con el desarrollo de la hipertensión gestacional, las mujeres obesas con alto nivel de colesterol plasmático y más aun con antecedentes de hipertensión arterial merecen un control más estricto.

La administración de dosis bajas de aspirinas (50^a 150mg al día) durante el tercer trimestre del embarazo reduce la incidencia de preeclampsia en pacientes con altos riesgos.

La hipertensión arterial en el embarazo indica una elevación de la presión arterial superior a 140/90 mmhg, se diferencia de la preeclampsia por que se instala antes de la 20 semanas de gestación o en los intervalos intergenésicos y persiste después del parto; se observan:

Hipertensión crónica: que puede ser causada por hipertensión esencial, coartación de la aorta, síndrome de cushing, síndrome de conn, feocromocitoma.⁹

Actualmente las principales causas de muerte materna son las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y las enfermedades maternas pregestacionales, por lo tanto, la reducción del indicador radica en mejorar la calidad del control prenatal, de la atención del parto y del puerperio, y la planificación familiar en las mujeres con enfermedades crónicas.¹⁰

La mayor parte de las muertes maternas son prevenibles y curables, si son atendidas de manera oportuna y adecuada. Estas causas son problemas médicos que podrían ser prevenidos y tratados si fueran detectados oportunamente en consultas prenatales adecuadas así como a través de servicios obstétricos de emergencia. El estado de salud de la mujer esta condicionado por el ambiente en el que vive, su nivel de educación, enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes, cardiopatías y en especial por su historia obstétrica anterior.⁴

TRES DEMORAS

El modelo de maternidad segura especifica tres tiempos de demoras que contribuyen a la muerte materna y estas consisten en lo siguiente:

Demora 1: tomar la decisión y buscar ayuda

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

Distancia: muchas personas no toman la decisión de buscar atención médica, ya que las 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 relacionan 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:

- 1) Reconocimiento: saber que la mujer esta enferma
- 2) Gravedad: comprender que además de estar enferma esta grave.
- 3) 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.

Estos 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 buscar ayuda no depende de la mujer, si no 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 medico

Determina el tiempo en 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 consecuencias de esta distribución.
- 3 Medios de transporte necesario para recorrerlas.

Demora 3:

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

- 1 El numero de personal capacitado.
- 2 Actitud y aptitud del personal de salud.
- 3 La disponibilidad de medicamento y suministros.
- 4 La condición general del la instalación.
- 5 Sistema de referencia y contrarreferencia funcionando.
- 6 Organización de los servicios de salud.

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

La satisfacción de los servicios no depende únicamente de la capacidad de la personas que atienden, de los equipos, de los suministros y demás asuntos materiales, si no también de la eficiencia de los servicios y de la calidez del mismo, entendiendo esto ultimo como la calidad humana que esta inmersa en la atención y garantiza que la usuaria se sienta atendida satisfactoriamente⁶

MIDIENDO LA MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

El MINSA y el gobierno de Nicaragua consideran muy acertadamente que la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud del país. Lo anterior es un motivo válido para revisar la forma de medir dicho problema. Otro es que la forma misma de medirlo puede influir sobre el grado de importancia que se le otorgue, e incluso, sobre las estrategias que se consideren para reducirlo.

En Nicaragua, hemos venido haciendo esta medición fundamentalmente mediante la razón entre el número de defunciones maternas y el número de nacidos vivos. Se le llama a este indicador “**Tasa de Mortalidad Materna**” (TMM), aunque en este artículo usaremos la denominación que aparece en documentos del Banco Mundial: “**Coficiente de Mortalidad Materna**” (CMM).

La cifra representa una aproximación a la probabilidad que tienen las mujeres de morir durante un embarazo o en los eventos que le siguen: el parto y el puerperio.

Este indicador merece algunas observaciones:

- a) La única forma de que la cifra resultante de este indicador se reduzca es a través de mejorar la cobertura y calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio.
- b) Se debe de ser cuidadoso en su interpretación cuando se refiere a poblaciones con un número de nacimientos relativamente bajo, digamos menos de 10,000. En estos casos, el azar juega un papel grande. Por ejemplo, en un territorio donde nacen 500 niños en un año, el hecho de que en doce meses no ocurra ninguna muerte materna no debiera tomarse nunca como que el problema es inexistente o ínfimo.
- c) siendo el indicador más usado, es fácil conseguir tanto datos internacionales como los correspondientes a cada SILAIS del país.

Otro indicador lo constituye el **Riesgo de Muerte Materna durante la Vida Reproductiva (RMMVR)**. Se basa en el hecho de que la probabilidad que tienen las mujeres de morir por embarazo, parto o puerperio es proporcional al número de sus embarazos, de igual manera que una persona aumenta sus probabilidades de sacarse la lotería en la medida en que compre más números diferentes. En consecuencia, lo calculamos multiplicando el riesgo que tienen las mujeres de morir en un embarazo por el número de embarazos que tienen las mujeres en la población examinada. Este último dato lo podemos estimar multiplicando la Tasa Global de Fecundidad, que representa el promedio de hijos que tendrían las mujeres en una determinada población, por 1.2, que es la razón entre número de embarazos y número de nacidos vivos (o sea, 120 embarazos por cada 100 nacidos vivos). En resumen: **RMMVR = CMM * TGF * 1.2** (Nota: La fórmula antes señalada da el mismo resultado que la usada en documentos del Banco

Mundial: $RMMVR = 1 - (1 - CMM)^{TGF \cdot 1.2}$. En el caso del riesgo de muerte materna durante la vida reproductiva, existen dos formas de reducirlo:

- a) Disminuyendo el CMM, a través de mejorar la cobertura y calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio, y
- b) Reduciendo la TGF, mediante una disminución en el número de embarazos.

Aunque los datos de RMMVR aparecen publicados con menor frecuencia que los correspondientes al CMM (o "TMM"), generalmente se consiguen con facilidad los datos que se necesitan para su cálculo: CMM y TGF (Este último dato, referido a cada SILAIS del país).

Un tercer indicador es el cociente entre las muertes maternas en un año y las mujeres en edad fértil (MEF). En documentos del Banco Mundial se le llama **Tasa de mortalidad materna (TMM)**. Expresa la probabilidad que tienen las mujeres en edad fértil de morir por causa materna en un año. Depende de la probabilidad de embarazarse en ese año, y de la probabilidad de morir si salen embarazadas (CMM). Es fácil de calcular y puede utilizarse para la comparación entre SILAIS.¹²

DISEÑO METODOLOGICO

Este estudio fue de tipo cuali-cuantitativo. Se realizó en el municipio de Wiwili, que como se dijo anteriormente, tiene la tasa de mortalidad materna más alta del departamento de Jinotega, municipio que se encuentra al noreste a 100 km. de la cabecera departamental con una población de 71 000 habitantes; región caracterizada por condiciones geográficas que dificultan el acceso de la población a las unidades de salud, tanto por la lejanía como por tener caminos en muy mal estado, principalmente en la temporada de lluvias.

Este trabajo tiene como periodo de estudio el tiempo comprendido entre los años 1999 y 2007.

Se basó en el uso de las siguientes técnicas para obtener información:

- Revisión de los registros del centro de salud. Se revisaron las fichas de todas las mujeres que murieron durante el embarazo, parto y puerperio, independientemente de su lugar de ocurrencia (unidad de salud, domicilio o durante el traslado). A partir de esta revisión, y con los demás datos necesarios, se calcularon indicadores de mortalidad materna, y se realizó una descripción de las fallecidas, en cuanto a características sociodemográficas, obstetricias y de utilización de servicios de salud. Se identificaron también las causas de las muertes maternas, y se obtuvo información sobre las condiciones que condujeron a la muerte de estas mujeres, bien sea las que estaban presentes antes del embarazo, como las que ocurrieron a partir del mismo. Se hizo notar que funciona un sistema de información comunitaria que asegura un razonable registro de las muertes maternas que ocurren en el Municipio.

◆ Entrevistas a profundidad a informantes claves. Tuvo como finalidad obtener su valoración sobre la situación de la mortalidad materna actual, y su explicación a la misma, así como un análisis de las acciones desarrolladas para mejorar reducir la mortalidad materna. Se realizó por los dos autores de este estudio y se tomaron como informantes claves al director y a la jefa de enfermería del centro de salud de Wiwili, y al responsable de epidemiología del SILAIS. El momento para la realización de esta entrevista se decidió en conjunto con los informantes para que al momento de las entrevistas estos se sintieran con la suficiente comodidad, tranquilidad, privacidad, reflexión y obtener de ellos respuestas razonables. Las guías de estas entrevistas se presentan en los anexos.

Con los datos cuantitativos se calcularon principalmente porcentajes de variables a mencionar posteriormente.

La información obtenida mediante entrevistas a profundidad se analizó mediante análisis del contenido, usando matrices de descriptores.

- **Aspectos éticos:** La información recolectada fue utilizada única y exclusivamente para fines del presente estudio.
- **Instrumento:** estas entrevistas se presentan en los anexos.

◆ **Plan de análisis:**

El nivel de mortalidad materna fue medido mediante el cálculo de los indicadores que se presentan en la operacionalización de variables. Mediante el cálculo para cada año en el período estudiado de al menos uno de estos indicadores, se pudo conocer la evolución de la mortalidad materna.

Para describir a las mujeres se calcularon distribuciones porcentuales de las fallecidas, según características sociodemográficas, ginecoobstétricas y de la atención recibida, según se presentan en la operacionalización de variables.

Para procesar la información de las entrevistas a profundidad se procedió a transcribir las grabaciones, y luego se realizó un análisis del contenido.

VARIABLES

Variables	Operacionalización (Indicadores)
Muerte materna	“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” (OMS).
Nivel de la Mortalidad materna	<ul style="list-style-type: none">• Tasa de mortalidad materna: (Muertes maternas/nacidos vivos esperados) * 100,000• Riesgo de muerte materna en la vida reproductiva: $RMMVR= 1 / (TMM * TGF * 1.2)$
Características sociodemográficas	Distribución porcentual de las mujeres fallecidas, según: <ul style="list-style-type: none">• Área de residencia• Edad• Escolaridad• Situación conyugal

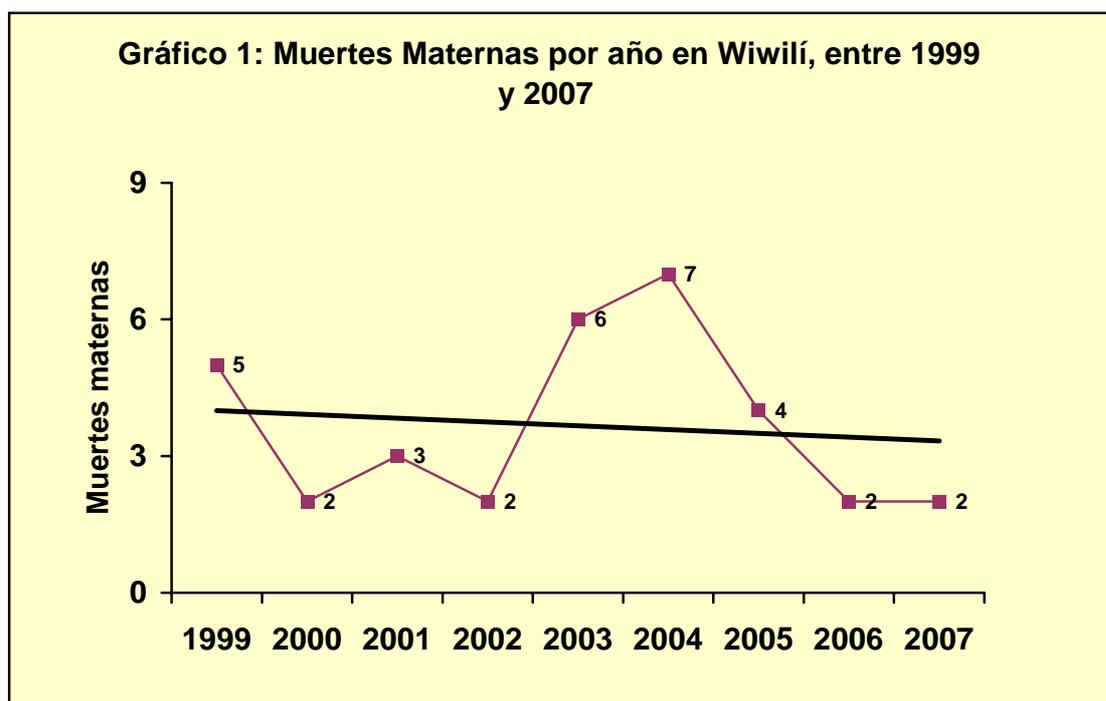
Características ginecoobstetricas	Distribución porcentual de las fallecidas, según: <ul style="list-style-type: none">• paridad• Intervalo intergenésico• Uso previo de métodos anticonceptivos
Atención del embarazo y del parto	<ul style="list-style-type: none">• Distribución porcentual de las fallecidas, según número de CPN• Distribución porcentual de las fallecidas, según calificación de la persona que atendió el parto.• Distribución porcentual de las fallecidas, según lugar de ocurrencia del parto
Causas de muerte materna	<ul style="list-style-type: none">• Eclampsia• Sepsis puerperal• Retención placentaria• Ruptura uterina• DPPNI

RESULTADOS

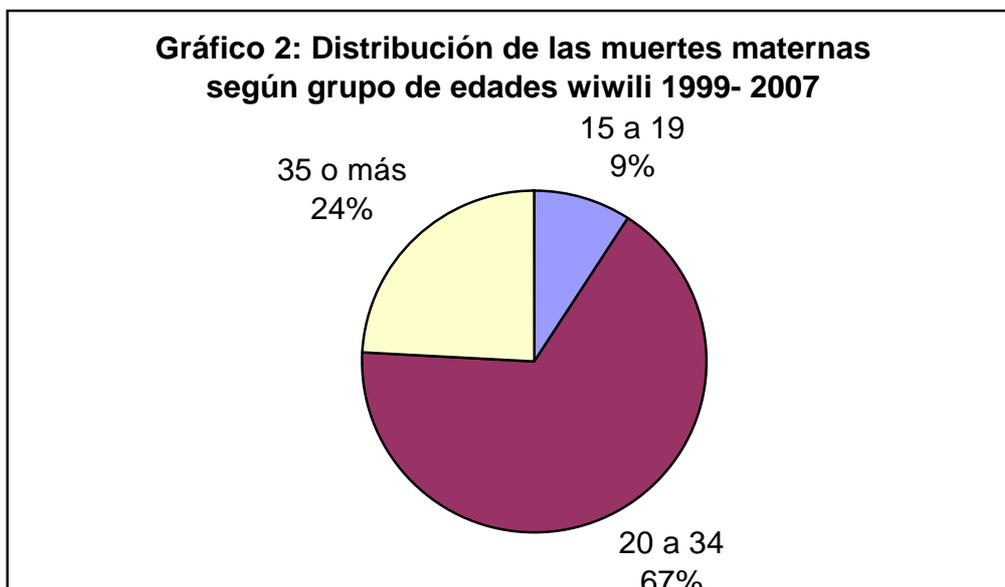
Nivel y evolución de la mortalidad materna

De acuerdo a los registros del centro de salud Jorge Navarro, en el Municipio de Wiwilí ocurrieron 37 muertes maternas entre 1999 y 2007 de las cuales excluimos 4 por ser estas de causas accidentales. Obteniendo entonces 33 lo que representa un promedio de 3.6 muertes por año. La tasa de mortalidad materna fue de 23.3 Por 100.000 nacidos vivos promedio por año y el riesgo de muerte en la vida reproductiva fue de 1 en 877 mujeres también promedio por año.

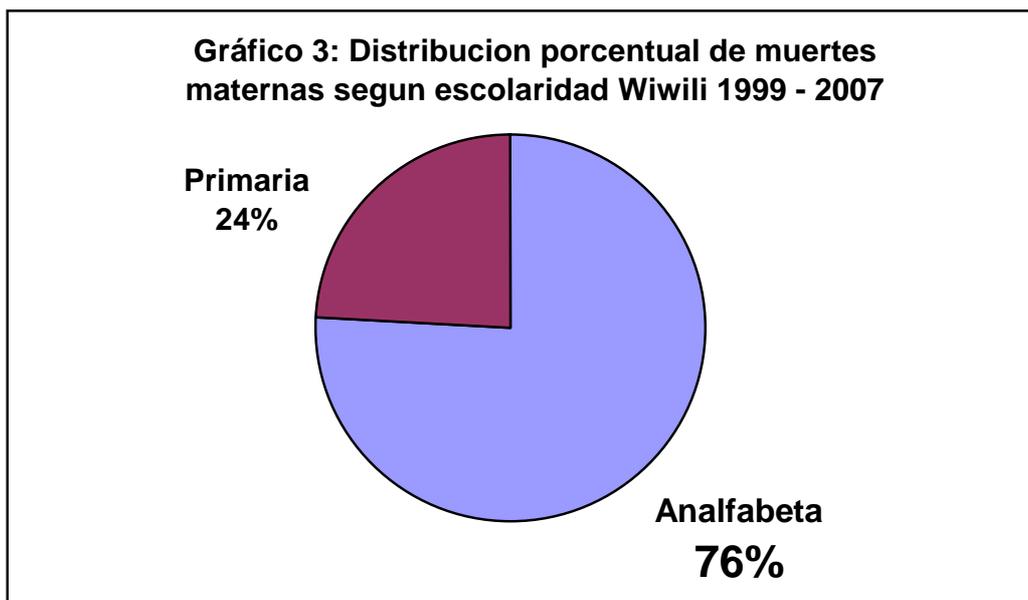
En el período estudiado se observó una ligera tendencia al descenso de la mortalidad materna, con notables fluctuaciones entre un año y otro. (Gráfico 1)



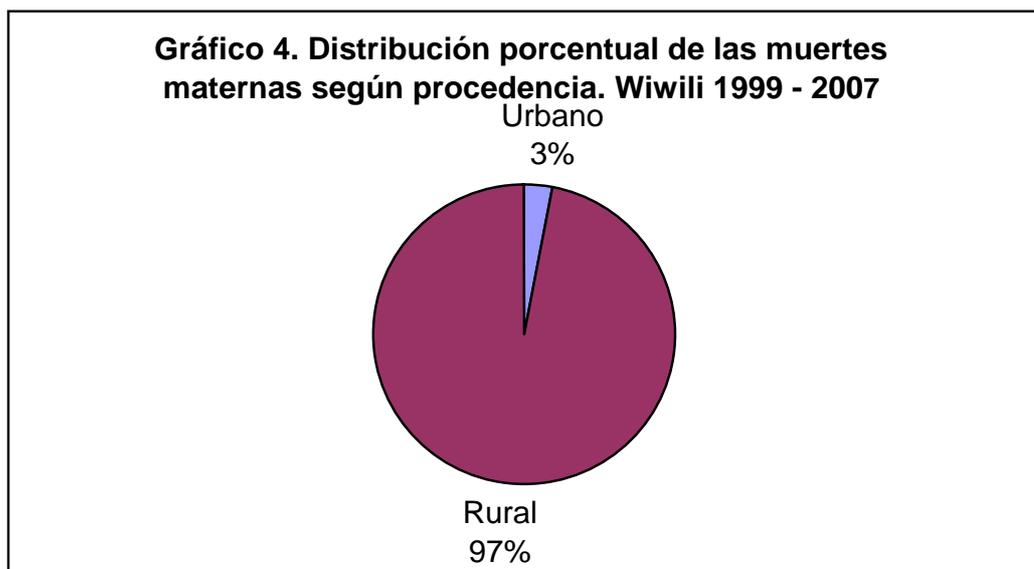
El 67% de las mujeres fallecidas tenían entre 20 y 34 años de edad, y 9% correspondieron a adolescentes. (Gráfico 2)



Dos tercios de las muertes maternas ocurrieron entre mujeres que no habían ido a la escuela. El resto tenían escolaridad primaria. (Gráfico 3)



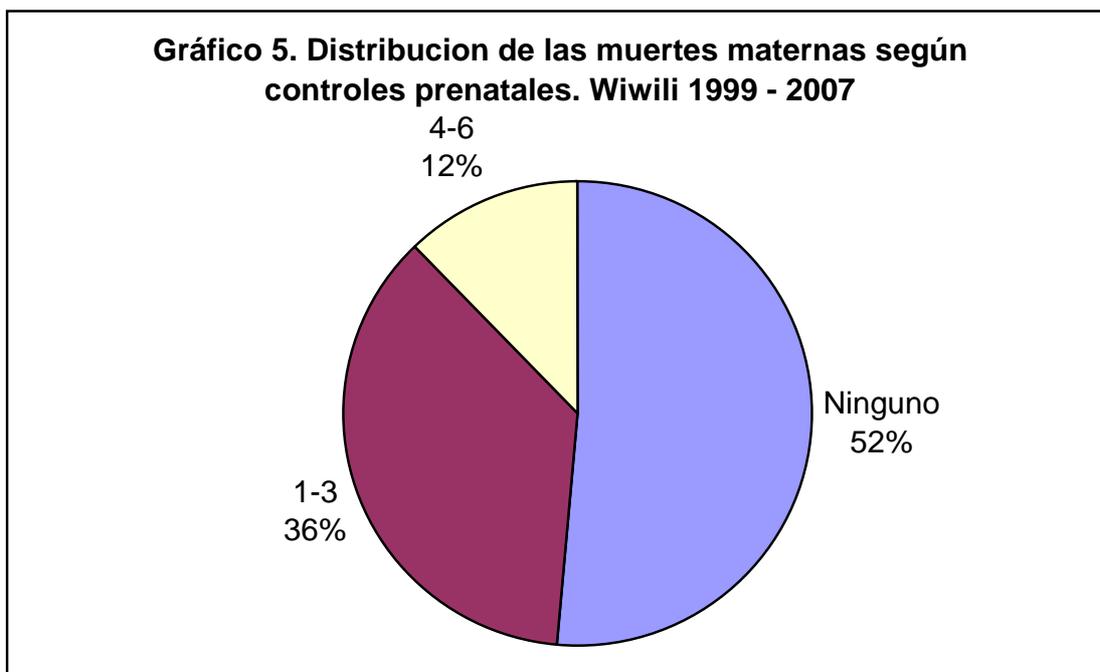
La gran mayoría de las muertes maternas, el 97%, ocurrieron entre mujeres que residían en el área rural. Gráfico 4



En cuanto a la situación conyugal de las fallecidas, 79% eran acompañadas, 9 % casadas y 12% eran solteras. De las fallecidas, el 86.4 % eran casadas o acompañadas.

De acuerdo a los antecedentes ginecoobstetricos la mayoría de las defunciones maternas fueron multigestas con un 67.5%, seguidas de las bigestas con un 18.9%, las primigestas con un 8.1% y las trigestas con un 5.4%.

Encontramos que de las mujeres fallecidas el 52 % no se realizó ningún CPN, el 36 % solo se realizó de 1 – 3 controles y el 12 % se realizaron de 4 – 6 CPN. Ninguna de estas mujeres se realizó más de 7 controles prenatales. Gráfico 5



Las principales causas de muerte que se presentaron en este estudio fueron eclampsia y retención placentaria con un 30.3% cada una respectivamente seguida de sepsis puerperal y ruptura uterina con un 6 % cada una respectivamente. Tabla 1

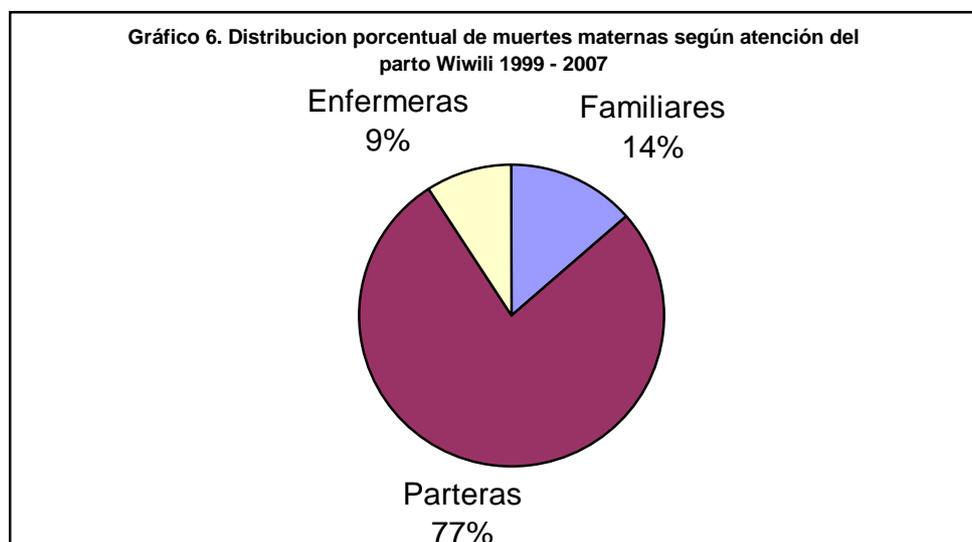
Tabla 1 : Distribución de las muertes maternas, según sus causas. Wiwilí, 1999-2007

Diagnóstico	Casos	Porcentaje
Eclampsia	10	30.3%
Retención Placentaria	10	30.3%
Sepsis Puerperal	2	6.%
Ruptura Uterina	2	6 %
DPPNI	1	3 %
Embolismo de líquido A.	1	3 %
Trombo embolismo P.	1	3 %
Hemorragia puerperal	1	3 %
Abdomen agudo	1	3 %
Discrasia sanguínea	1	3 %
Shock séptico	1	3 %
Cardiopatía	1	3 %
Neuroinfeccion	1	3 %

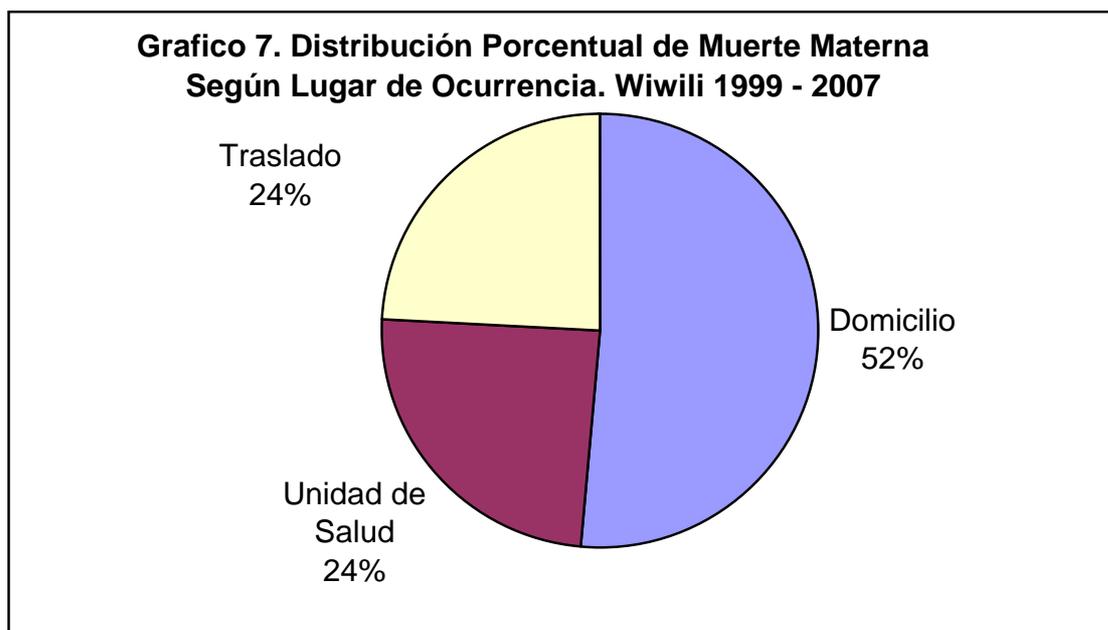
Por otro lado los principales factores de riesgos encontrados en este estudio fueron: lejanía y dificultad de acceso a las unidades de salud, poco o ningún CPN, extrema pobreza y periodo intergenesicos cortos.

Además las principales enfermedades encontradas en estas pacientes fueron desnutrición con 37.8% sangrado transvaginal 35.1% así como eclampsia con 27%, anemia e infecciones de vías urinarias a repetición con 11 casos para esta última con un 29.7% del total.

De acuerdo a la atención del parto pudimos observar que el 77. % fue atendido por parteras, un 9. % atendidos por familiares y solo un 14% fue atendido en las unidades de salud. Gráfico 6



En relación con el lugar de ocurrencia de la muertes maternas la mayoría se dio a nivel domiciliar ocupando un 45.9%, seguida de un 27 % de muertes durante el traslado y en las unidades de salud respectivamente. Gráfico 7



RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Resultados cualitativos

Es de conocimiento por parte del SILAIS de jinotega que este municipio es el que más casos de muerte materna reporta en relación a todo el departamento y esto se puede explicar primero por las situación geográfica que este tiene y que dificulta en gran manera el acceso a las unidades de salud para un mejor y mayor número de controles o chequeos personales sobre su salud, hecho que no afecta únicamente a las embarazadas si no más bien, a toda la población en general, la extrema pobreza condición que esta población también presenta es un factor que se tiene en cuenta cuando hablamos de estos casos, puesto que su movilización se ve mas difícil aun sin los medios necesarios para un buen traslado en un momento de emergencia. No podemos olvidar que también gran parte de estas personas no poseen ningún tipo de escolaridad lo que provoca una poca captación del mensaje de los proveedores de la salud en el momento de la atención. Otro punto clave es la calidad de la atención brindada a la población por parte de los recursos del MINSA tanto en las unidades de salud como en los momento de salidas integrales refiriéndonos especialmente a los aspecto como calidad y calidez de la persona.

Se le preguntó como valoraban las acciones realizadas por el MINSA como tal para la reducción de estas muertes y que se ha logrado de ellas, respondiendo que con el paso del tiempo se ha venido mejorando las estrategias para la lucha de este problema calificando el trabajo de SILAIS como “buena” ; sin embargo, admiten que están conscientes de que falta mucho para que sea efectiva puesto que tiene muchas dificultades tanto en lejanía, en el acceso, como también en falta de personal capacitado y su ubicación en estas regiones permanentemente debido al riesgo que estas regiones presentan, que por sus condiciones no aceptan estar en estos lugares y principalmente el problema económico tanto para mantener a los recursos, como el mantenimiento de las estructuras de las unidades de salud y abastecimiento de medicamentos al menos los básicos brindados por el MINSA. Sin embargo, se puede decir que poco a poco se vienen reorganizando la región creando más acceso por medio de la apertura de nuevos

puestos de salud y mejoramientos de casas bases donde se tiene pensado transformar en un futuro nuevos puestos de salud y con esto ha notado que se ha descongestionado un poco al menos los puestos de salud donde la gente acudía y llevándoles unidades más cercas en su región mejorando así también la cobertura para este municipio.

Sobre la valoración del servicio de salud reproductiva se opinó que es uno de los programas con más asistencia por parte de sus usuarios pero que se tiene algunos problemas debido en gran parte a el machismo regional, se puede decir que la calidad de este servicio es bueno si tomamos en cuenta que se ofertan todas las opciones brindadas por el MINSA a las mujeres, que todo el personal esta capacitado para dar las instrucciones de cada uno de los métodos pero el problema radica en que a pesar de que haya mucha asistencia al programa muchas de las usuarias no cumplen con las orientaciones dadas por el personal de salud por ejemplo no asisten en tiempo y forma a la próxima cita llegando con un mes de retraso y sin la seguridad de estar embarazada o no, hecho que dificulta la labor del personal, puesto que este tiene que actuar de manera muy responsable con respecto al paciente. Muchas de esta mujeres planifican sin que su pareja se de cuenta y no asisten por miedo a que su compañero se entere. Este problema se da más en zonas rurales que en la urbana, por esto esta última acude más y cumple mejor las indicaciones dadas por el personal que le asiste.

Entre la principales dificultades encontramos el machismo de los hombres, lo cual influye mucho por que estos no permiten que las mujeres sean atendidas en un centro de salud, prefiriendo el parto domiciliario; agregando a esto que los varones no permiten en su mayoría que sus mujeres sean atendidas por personal masculino en el momento de una emergencia obstétrica o parto mismo alegando que prefieren sea atendida por una comadrona de su localidad y no por un varón médico o enfermero del puesto de salud, hecho que podemos corroborar en el momento de realizarse los paps tanto en la unidad como en las salidas integrales en donde permiten la realización de dicho examen solo a la enfermera. Este es un elemento importante ya que se nos dificulta enviar a personal femenino a estas zonas por el peligro que estas regiones implican y el poco financiamiento monetario para las casas maternas, mantenimiento de personal de salud y

el abastecimiento reglamentario de medicamentos esenciales o básicos en una unidad de salud , además de la extrema pobreza en que viven estas mujeres, el bajo nivel escolar que disminuye las capacidad de comprensión de las pacientes y la dificultad de mayor cobertura para estas pacientes.

En relación a las principales acciones desarrolladas para la reducción de la mortalidad materna en este municipio encontramos: El plan de contención de muerte materna el cual incluye la promoción del parto institucional, promoción de uso de métodos anticonceptivos, brigadas de esterilización quirúrgica periódica, salidas integrales al terreno, actualización del censo gerencial, monitoreo de calidad, la aplicación del COE básico(cobertura de emergencia obstetricias) con la respectiva capacitación del personal y viñetas educativas en medios de comunicación como la radio.

DISCUSION

Nivel y tendencia de la mortalidad materna

El nivel de la mortalidad materna en Wiwili es bajo en comparación a la cifra observada en Nicaragua y se justifica por el gran problema de subregistros que existen en nuestra región. La OMS la UNICEF y la UNFPA reportaron en el año 2003 que el índice de mortalidad materna promedio mundial es de 400 x 100.000 nacidos vivos y que en países desarrollados es de 20 x 100.000 nacidos vivos, hecho que nos refleja la degradante situación en la que se encuentran nuestras mujeres y el riesgo que estas corren en cada embarazo

Del total de las 33 muertes registradas en nuestro periodo de estudio encontramos que se dieron mayormente en la edades de 20 – 34 años coincidiendo con el estudio realizado por Orozco (mortalidad materna por causas obstétricas y no obstétricas) en el 2006 en todo el departamento de Jinotega en donde se encontró que la mayoría de las fallecidas pertenecían a este grupo etareo⁷, coincidiendo también con estudios realizados por el ministerio de salud en donde refleja que la edad media para las fallecidas es de 24 años³. Estos datos no difieren en nada de lo reportado por ENDESA¹³ en el 2001, datos que nos revela que se tiene más problemas con las mujeres en estas edades o también la posibilidad de que el índice poblacional es mayor en este grupo en relación con los demás y por ende el mayor numero de casos reportados.

En nuestro estudio el grupo etareo de las adolescente se encuentra en un 9 % de las muertes maternas coincidiendo con Orozco⁷ y otras publicaciones por la OMS y OPS en donde comentan que estas no ocupan el primer lugar de mortalidad materna, pero que si son de alto riesgo, de lo cual consideramos que este grupo no deberá ni ocupar los últimos lugares ni tampoco ser un riesgo, problemática que actualmente enfrentan las unidades de salud.

En el departamento de Jinotega según datos de la encuesta nicaragüense de demografía y salud (ENDESA)¹³ refleja que la mayoría de la población no posee grado de escolaridad, contrastando con el nivel de escolaridad de los países desarrollados en donde el nivel de analfabetismo es mínimo, hecho que favorece a tener condiciones apropiadas para un buen desarrollo del embarazo, contrario a lo encontrado en el municipio de Wiwili en donde la inmensa mayoría de las muertes maternas predominan en mujeres analfabetas, influyendo en este aspecto la falta de comprensión e identificación de los signos de peligro, la poca asistencia a los CPN y en la búsqueda oportuna del personal capacitado para la atención del parto en las unidades de salud equipados para ello. Estos datos coinciden con una publicación del MINSAs³, en donde se observa una similitud con nuestros datos, dejando bien definido que esta característica es un factor de riesgos preconcepcional.

Con respecto a la situación conyugal encontramos que un 79 % de las muertes maternas eran acompañadas, lo que coincide con estudios de Orozco⁷, sin embargo nuestras cifras son más altas que las obtenidas en su estudio, además Orozco refleja que las mujeres casadas ocupan el segundo lugar con un 40% diferenciándose del nuestro en donde el segundo lugar lo ocupan las mujeres solteras y las casadas apenas llegar a ocupar un 9 %.

Los resultados de nuestro estudio también coinciden con los análisis de muerte materna realizados por el MINSAs³, a la que refiere que la gran mayoría no estaban casadas legalmente aunque registran la existencia del compañero fijo.

Encontramos que en lo que respecta a la procedencia de las fallecidas se puede afirmar que la inmensa mayoría de estas eran de origen rural con un 97% de casos y solo el 3% eran procedentes de casco urbano lo que también coinciden con datos tanto de MINSAs³ y de Ortega⁵, esto se debe posiblemente a la dificultad de este grupo poblacional de acceder a los servicios de salud.

La mayoría de las defunciones maternas ocurrieron en multigestas con un alto porcentaje (67.5 %) lo que coincide con datos reflejados por Orozco⁷. Consideramos al igual que en su estudio que a mayor paridad mayor el riesgo de muerte materna; sin embargo, el refleja que el nacimiento del segundo y tercer hijo son menos peligroso que el primer nacimiento contrastando con los resultados encontrados en nuestro estudio en donde se presentaron más casos en mujeres de segundo nacimiento, aunque no descartamos que el primer nacimiento representa riesgo de morir durante el parto.

La poca asistencia a los controles prenatales represento un factor determinante en la mortalidad materna reflejada en nuestro estudio en donde un 52% nunca se realizo ningún CPN y el 36% solamente se realizo de 1 – 3 CPN y un 12% alcanzo a realizarse de 4 – 6 asistencia a sus controles, permitiendo así el desconocimiento de los factores de riesgos y asociado a la baja escolaridad el riesgo de muerte se incrementa, datos que coinciden con estudios realizados por Ortega Larios en Bocana de Paiwa en el 2005(5) y Orozco en el 2006.⁷

Dentro de las muertes maternas ocurridas en nuestro periodo de estudio encontramos que las causas principales fueron eclampsia coincidiendo con estudios publicados, ejemplo el de Orozco⁷ sumándose en nuestro estudio la retención placentaria con el mismo número de casos 30% seguido de sepsis puerperal y ruptura uterina con un 6% cada una respectivamente.

En relación a los principales factores de riesgos encontrados podemos señalar que la lejanía y la dificultad de acceso a las unidades de salud siguen siendo elementos fundamentales que nos dificultan en la lucha en contra de la mortalidad materna, pues esto impide una mayor y mejor cobertura de los programas brindados por las unidades de salud, y atención integral a la mujer para la detección temprana de signos de peligro y por ende el tratamiento adecuado de dichas mujeres. Sumado a esto la extrema pobreza en la que viven la mayoría de estas mujeres así como el periodo intergenesico corto que un buen numero de estas mujeres presentaron. Esto coincide con los datos del MINSA.³

En nuestro estudio encontramos que el 67.5% de las muertes fueron atendidas a nivel domiciliario, datos que coinciden con publicaciones realizadas por el MINSA³, donde reporta que el 70% de mujeres se atendieron en su domicilio y también en estudios realizados en el departamento de Matagalpa en el año 2005⁵. Si sumamos los partos atendidos por parteras y familiares en nuestro estudio nos daría un total de 75.6%; dicho dato nos refleja que como anteriormente mencionamos que la mayoría de estas mujeres fueron atendidas por parteras y personas sin experiencia, coincidiendo también ambos datos que son factores determinantes para la mortalidad maternas similares a reportes del MINSA³.

La atención profesional del parto por personal capacitado en nuestro estudio contrasta grandemente al compararlo con otros países, por ejemplo Chile y Canadá en donde este indicador alcanza 99% y 100% respectivamente. Estas cifras señalan que Wiwili tiene un importante déficit de personal capacitado así como de estrategias para frenar o disminuir de manera significativa el parto domiciliario, lo que consideramos está incidiendo fuertemente en la detención de la reducción de la mortalidad materna.¹⁴

En relación al lugar de ocurrencia de las muertes maternas en nuestro estudio se puede determinar que el nivel domiciliario ocupó el primer lugar con un 49.5% coincidiendo con los datos publicados por el MINSA (análisis de mortalidad materna)³. Ese estudio refiere que la mayoría de las muertes, aproximadamente un 60% ocurren fuera de los servicios hospitalarios donde más de un tercio ocurren en los domicilios.

En cuanto a las acciones desarrolladas para la reducción de la mortalidad materna encontramos el plan de contención de muerte materna que promueve el parto institucional, planificación familiar, brigadas de salud, capacitación en emergencias obstétricas y conserjería en medios de comunicación, sin embargo se lucha contra las creencias populares de cada región lo que impide la interacción entre la comunidad especialmente la zona rural con el personal de las unidades de salud. Además del bajo financiamiento para el mantenimiento de las casas maternas tanto en infraestructura como alimentación del personal y paciente.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio se puede observar que según registros del centro de salud entre los años 2001, 2003 y 2004 un ascenso significativo de muertes maternas, sin embargo notamos un descenso de estos para los últimos dos años de este estudio lo que demuestra mejor cobertura para este problema.
2. Se encontró que las muertes predominaron entre las edades de 20=34 años, multigestas con ninguna escolaridad, de estado civil acompañada, de origen rural en su gran mayoría.
3. Las principales causas de muertes que encontramos fueron eclampsia y retención placentaria.
4. Los principales factores de riesgos fueron: lejanía y dificultad de acceso a las unidades de salud, poco o ningún CPN, extrema pobreza.
5. La mayoría de los partos ocurrieron en el domicilio y fueron atendidos por partera algunas de ellas no adiestradas y también por familiares sin ninguna experiencia lo que explica que la mayor cantidad de muertes se den a nivel domiciliario.
6. Encontramos que según atención recibida la primera demora fue la de mayor incidencia respecto a las otras dos.
7. En lo que respecta a las acciones desarrolladas se observa que se basa en el plan de contención de muerte materna que va dirigido a promover la planificación familiar, parto institucional, salidas integrales, monitoreo de calidad, aplicación d COE básico con la respectiva capacitación del personal.

RECOMENDACIONES

1. Crear conciencia a la población en general de la situación que están enfrentando las potenciales madres nicaragüenses sobre el riesgo de muerte materna, mediante campañas en medios de comunicación masivos como la radio y la televisión con spot publicitario llamativos y de forma mas directa en ferias de salud con participación ciudadana en la que den a conocer los signos de peligro y los riesgos de muerte que en esta zona un embarazo representa.
2. Concientizar al personal MINSA a través de la realización de más y mejores capacitaciones, tomando un compromiso con la lucha en contra de la mortalidad materna (mejoramiento de atención en los CPN) y al mismo tiempo asumir el reto de velar por que se cumplan los compromisos adquiridos en cada una de estas para alcanzar la calidad y calidez.
3. Fortalecer la red comunitaria o el comité en las comunidades rurales en donde se presentan la mayoría de las muertes maternas, con brigadistas y promotores de salud, parteras y voluntarios con previo entrenamiento, para que en estas áreas que son menos accesibles al personal MINSA, existan medios que permitan la atención oportuna a estas mujeres mientras llegan a una unidad de salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Mortalidad materna, evitar la mortalidad materna. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/?P=sec_salud_ca_mortalidad [visitada 20/08/2008].
- 2) Juárez Q. Gilma R. situación de mortalidad materna registrada en SILAIS Estelí enero.1990 – julio 1997. Tesis UNAN – LEON 1997.
- 3) MINSA. mortalidad materna. un análisis de muertes ocurridas en Nicaragua 1998. Managua Nicaragua, MINSA – UNICEF 1999.
- 4) Mortalidad materna en México. *Hacia el abatimiento de la Morbimortalidad Materna en México*, Disponible en: www.mortalidadmaterna.com.mx/index2.htm ultima visita 20/08/2008
- 5) Ortega SR determinantes de muertes maternas en el municipio de Bocana de Paiwas, Matagalpa periodo 2000 – 2004. Tesis UNAN – LEON 2005.
- 6) Meza Tinoco H. Determinantes de muertes maternas ocurridas en el municipio de matiwas 2000- 2004. Tesis UNAN- LEON. 2006.
- 7) Orozco R. mortalidad materna por causas obstétricas y no obstétricas en SILAIS Jinotega 2000 – 2005. Tesis UNANA – LEON. 2006.
- 8) Wikiedia, la enciclopedia libre, mortalidad materna. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_materna [visitada 20/08/2008].

- 9) Schwarcz R, Fescina R, Diverges C. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo. 2005.
- 10) DONOSO S., Enrique. Mortalidad materna en Chile: tras el cumplimiento de una meta rev.chil, obstet ginecol. [revista en internet]. [citado 28 Agosto 2008], 2002 vol 67 no 1 disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000100009&script=sci_arttext
- 11) Rivera-San Pedro M, Rivera JF. Mortalidad materna y anestesia. Revista Mexicana de Anestesiología [revista en Internet]. Abril-Junio 2008 [Visitada el 20/08/2008]; 31(Supl 1): S108-11. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2008/cmas081w.pdf
- 12) Toruño A. Midiendo la mortalidad materna, folleto del departamento de Salud Publica UNAN – LEON.2007.
- 13) ENDESA, Encuesta Nicaragüense de demografía y salud. MINSA 2001.
- 14) DONOSO S. Enrique. Mortalidad materna en Chile 2000 – 2004. rev., chil, obstet, ginecol. [revista en Internet] [citado 28 septiembre 2008] Vol. 71 no 4 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000400005&lng=es&nrm=iso.

ANEXOS

Situación de mortalidad materna

Wiwili jinotega

Periodo 1999--- 2007

Antecedentes preconceptionales

Edad _____ años

Estado civil: soltero____ unión libre____ casada _____ otros____

Procedencia: urbana_____ rural_____

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Gestas____partos____aborto____cesárea____intervalo íter genésico_____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

Anemia ___Tb___HTA___Diabetes___cardiopatía___psiquiatricas_____

ETS___varices___ninguna _____

DATOS DEL EMBARAZO

S/G _____No de CPN _____donde realizo CPN: P/S____C/S_____

Quien realiza CPN: especialista _____MG___MSS___ENF____Aux._____

ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO

Anemia___preeclampsia___eclampsia_____ETS___STV___IVU_____

Desnutrición___otros_____

CLASIFICACION

ARO: Alto _____bajo_____

PARTO

Lugar de ocurrencia: institucional _____domiciliar _____

Tipo: único_____múltiple _____

Quien atendió el parto:

Especialista ___MG___MSS_____ENF___parteras_____otros _____

Complicación: RPM___DPPN___PP___Retención placentaria_____

Atonia uterina _____hipertensión_____shock séptico_____

PUERPERIO

Fisiológico: si ___no_____

Patológico: si ___no_____

Recibió atención si ___no_____

LUGAR DE DEFUNCION

Domicilio_____U/S_____traslado_____

Año de defunción_____

Personal que brindo atención: esp.____mg___mss___enf___partera_____

TIPO DE MUERTE

Obstétrico: si_____no_____

Muerte materna evitable _____no evitable _____

Guía de entrevista a informantes claves

- 1) El municipio de Wiwili presenta la tasa de mortalidad materna más alta del departamento de Jinotega ¿Cómo se explica esta situación?

- 2) ¿Qué se ha hecho para reducir la mortalidad materna en Wiwili? ¿Cómo valora las acciones realizadas?. ¿Qué se ha logrado?

- 3) ¿Cómo valora la calidad del servicio de salud reproductiva en Wiwili? ¿Considera usted que existe buena cobertura del programa? ¿Que población (urbana o rural) participa mas en el programa y por que?

- 4) ¿Cuáles son las principales dificultades para continuar reduciendo la mortalidad materna en Wiwili?

- 5) ¿Qué recomendaciones daría usted para la reducción de mortalidad materna en este municipio?