

**Universidad Nacional Autónoma
UNAN León Nicaragua**

TESIS
MORTALIDAD MATERNA EN OLANCHO
Año 2010

PREVIA OPCION AL TITULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA



PRESENTADA POR:

LICDA. LEXSA INESTROZA MARTÍNEZ

LICDA. DIGNA FLORINDA DUARTE

CATEDRÁTICO GUÍA: MÁSTER EN SALUD PÚBLICA:

DR. JUAN ALMENDAREZ PERALTA

ASESOR : MASTER EN SALUD PÚBLICA:

DR. LISANDRO MARTÍNEZ

SEPTIEMBRE 2013

Dedicatoria

A Dios Todopoderoso.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor

A mi Esposo e Hijos:

Por su paciencia y comprensión cuando he tenido largas jornadas de trabajo y su continua motivación a seguir adelante.

LICDA. LEXSA INESTROZA

Dedicatoria

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi hijo.

Por ser comprensivo y tolerante, por apoyarme y darme fuerza en momentos difíciles y ser la inspiración de mi vida.

LICDA. DIGNA DUARTE

Agradecimientos

- *Al Dr. Néstor Castro por su apoyo durante todo nuestro proceso educativo, por sus gestiones con la UNAH y por su apoyo en la elaboración de este trabajo.*
- *Al Dr. Juan Almendarez, por su visión crítica, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que nos ayudan a formarnos como personas e investigadores.*
- *A los Docentes de la UNAN por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación han logrado que podamos terminar nuestros estudios con éxito.*
- *Al personal del departamento de Vigilancia de la Secretaria de Salud de Honduras, por aporte de información para la elaboración de este trabajo.*
- *A la unidad de vigilancia de la Región de Salud #15 y al Hospital San Francisco de Olancho, por su apertura y valioso apoyo en la elaboración de este estudio.*
- *Al Dr. Lisandro Martínez, nuestro Asesor, por aceptarnos para realizar esta tesis de grado bajo su dirección. Su apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en nuestra formación como investigadores.*

Resumen

Para describir la mortalidad materna en el departamento de Olancho ocurrida en el período de Enero a Diciembre de 2010, se llevó a cabo un estudio de casos siendo la población de estudio 14 muertes maternas a consecuencia del embarazo, parto y puerperio; ocurridos durante el mismo.

Se encontró que la razón de mortalidad materna (RMM) en Olancho para el 2010 es de 90 por 100,000 nacidos vivos, observándose una leve disminución en relación a los estudios anteriores (1990 y 1997), Las variables relacionadas con la mortalidad materna fueron: edad (36% de las muertes tenían 35 años y más, el 29% fueron adolescentes), gestas (43% eran multíparas, 50% primigestas) sitio del parto (6 muertes ocurrieron en la comunidad y 8 muertes en las unidades de salud), área geográfica y calidad de atención en los servicios de salud.

De acuerdo a nuestra investigación la mayoría de muertes ocurrieron en las unidades de salud donde se identificó que el diagnóstico tardío, la falta de aplicabilidad de normas, la no detección oportuna de la complicación obstétrica y el manejo tardío, son los principales factores que están siendo determinantes para la ocurrencia de la mortalidad materna en los diferentes niveles de atención, cabe mencionar que la hemorragia fue la primera causa de muerte y el momento obstétrico donde más muertes ocurrieron fue en el puerperio.

Se recomienda a la Secretaria de Salud, a la Región de Salud #15, a los Equipos Municipales de salud y a las comunidades; desarrollar medidas de prevención que van desde implementación de políticas públicas nacionales, regionales y locales, hasta generar una mayor conciencia colectiva sobre el problema de la mortalidad materna involucrando a la familia y comunidad.

Palabras Claves: descripción de la mortalidad materna, Razón de mortalidad materna.

Palabras del catedrático guía:

Realizar una investigación sobre mortalidad materna siempre es un desafío en vista de la prioridad que reviste para todo sistema de salud, que como el nuestro se ha comprometido con su población y la comunidad internacional en producir mejoras sustanciales en su funcionalidad y la mortalidad materna es un indicador clave.

Pero para las investigadoras también resulta un desafío de relevancia, ya que a muchos egresados les interesan las grandes poblaciones y las estadísticas sofisticadas y este tipo de estudio trabajan con datos que parecen escasos pero requiere de pasión y entrega para interpretar lo que ocultan los datos y generan el riesgo y la muerte.

Tiene, este trabajo su inmenso valor en la reflexión alrededor de los determinantes y las demandas de innovar las prácticas de la gerencia sanitaria y del ejercicio profesional para generar cambios en el quehacer para abordar esta problemática.

Algunas experiencias de Nicaragua como el plan parto, La comunicación con la familia y las casas maternas podrían estimular a las realidades que vive este departamento para abordar esta problemática.

Sea pues éste, un reconocimiento al esfuerzo desarrollado por las investigadoras.

Dr. Juan Almedárez Peralta
Tutor.

Índice

<hr/> <hr/>	
Contenido	Páginas
<hr/>	
I. Introducción	1
II. Justificación	3
III. Planteamiento del problema	4
IV. Objetivos	5
V. Marco Teórico	6
VI. Material y método	24
VII. Resultados	31
VIII. Discusión de resultados	43
IX. Conclusiones	48
X. Recomendaciones	50
XI. Bibliografía	51
XII. Anexos	57

I.- INTRODUCCIÓN

El panorama epidemiológico mundial de la mortalidad materna muestra contrastes importantes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una mujer embarazada en un país en vías de desarrollo tiene de 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado, y estima que más de medio millón de mujeres muere cada año por causas relacionadas con el embarazo, intento de aborto, parto y puerperio, y que alrededor del 90% de estas muertes suceden en países pobres. (1-3)

A pesar de la tendencia descendente, las diferencias entre regiones y países son importantes. En países en vías de desarrollo, la razón de mortalidad materna (RMM) es 480 muertes maternas (MM) por 100,000 nacidos vivos (NV). En el ámbito mundial, América presenta una de las mayores desigualdades de mortalidad materna, lo cual se refleja al comparar la RMM de Canadá, con doce muertes maternas por 100,000 NV, con la de Haití, con 300 muertes maternas por 100,000 NV en 2004. (27-28)

Diferentes estudios destacan la influencia que los factores socio demográficos y obstétricos ejercen sobre la ocurrencia de la muerte materna, como son la edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste, accesibilidad a servicios de salud y utilización de los mismos.(1,4,7)

Las causas más frecuentes de MM tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo son las relacionadas con los trastornos hipertensivos (pre eclampsia/eclampsia), hemorragia obstétrica, infección puerperal y las complicaciones del aborto. (4,7)

La MM es un indicador de la iniquidad entre géneros y la desigualdad socioeconómica entre sus pobladores; de ahí que se correlacione directamente con el nivel de desarrollo de las naciones.

En Honduras, de acuerdo con estudios nacionales, las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio ocupa el primer lugar como causa de los fallecimientos maternos, seguida por los trastornos hipertensivos (la pre eclampsia-eclampsia); ambas suman más de la mitad de los decesos que pueden ser evitados por medio de la identificación temprana de factores de riesgo en las pacientes embarazadas, lo que permite establecer medidas de prevención primaria en la población con mayor riesgo, mediante el reconocimiento clínico de las manifestaciones iniciales y, por tanto, el tratamiento oportuno, ya que casi la mitad de las muertes maternas ocurren en embarazos de término.(9)

La secretaria de Salud de Honduras ha realizado estudios sobre la mortalidad materna en el país donde muestran una reducción de 185/100,000 NV en 1990, a 108/100,000 NV en 1997.

En Olancho, no se han realizado estudios anteriores sobre factores de riesgo asociados a la mortalidad materna, si se cuenta con datos estadísticos obtenidos de las investigaciones realizadas a nivel nacional; La RMM en Olancho tiene una tendencia descendente, para 1990 la RMM fue de 172/100.000 NV, y en 1997 fue de 106/100,000 NV.

II.- JUSTIFICACIÓN

Reconocemos que las muertes maternas son un problema de salud pública relevante para el desarrollo del país, ya que detrás de cada muerte materna se ocultan graves repercusiones sociales y económicas, entre ellas la elevada mortalidad y morbilidad infantil, deserción escolar, desnutrición, y orfandad entre otros. .

La presente investigación beneficiará aproximadamente a 150,000 mujeres en edad fértil y a mas de 60,000 niños menores de 5 años, que son las edades donde causa mayor impacto al quedar en estado de orfandad por muerte de su madre, así mismo a las familias y comunidades donde pudiesen ocurrir muertes maternas.

Los resultados de esta investigación serán de utilidad a la Región de Salud #15 por que proporcionara información básica sobre las causas y los factores de riesgo que intervinieron en la ocurrencia específicamente de estas 14 muertes, lo que servirá para la implementación de intervenciones, encaminadas a mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.

III- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación de la Mortalidad Materna en el departamento de Olancho, Honduras en el período de Enero a Diciembre 2010?

Específicamente:

¿Qué tan grave es la situación en relación a otros departamentos del país?

¿Cómo se explican la ocurrencia de estas muertes?

IV- OBJETIVOS

General:

Describir la situación de la mortalidad materna en el departamento de Olancho, Honduras, en el período de Enero a Diciembre de 2010.

Específicos:

1. Determinar la magnitud, estructura y tendencia de las muertes maternas a nivel departamental y su situación con relación a otras realidades de Honduras y otros países.
2. Caracterizar la mortalidad materna de acuerdo a causa diagnosticada de la muerte incluyendo la prestación de servicios.
3. Identificar las barreras de tipo demográfico, social, cultural, geográfico y obstétrico que influyeron en la ocurrencia de las muertes maternas del departamento de Olancho, Honduras.

V- MARCO TEÓRICO

A. Definición

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo.

Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto, puerperio 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.

B. Causas Principales

A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. La hemorragia, especialmente la hemorragia puerperal, es imprevisible, de aparición repentina y más peligrosa cuando una mujer es anémica. En el plano mundial, alrededor de 25% de todas las defunciones maternas se deben a hemorragias. La pérdida de sangre puede causar rápidamente la muerte a falta de acceso a servicios de salud, de cuidados rápidos y adecuados para salvar la vida, que incluyen la administración de fármacos para combatir la hemorragia, masajes del útero para estimular las contracciones y una transfusión de sangre de ser necesario. Las tres causas principales son las hemorragias (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos Hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia).

Causas obstétricas directas:

1. HEMORRAGIAS

- *Hemorragia en la segunda mitad del embarazo*
- Hemorragia en el post parto.

2. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

- Hipertensión Gestacional (HG)
- Pre eclampsia, Eclampsia.
- Hipertensión Crónica Y Pre eclampsia Sobre agregada
- Hipertensión Crónica
- Síndrome HELLP
- Pre eclampsia Atípica.

3. SEPSIS

- Sepsis
- Sepsis puerperal
- Shock séptico
- Fiebre o infección puerperal
- Bacteriemia
- Endometritis Pós-parto
- Infecciones del sitio quirúrgico

Causas indirectas

El 20% se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el dengue, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares y respiratorias.(16)

Con el propósito de identificar los factores determinantes vinculados a los casos de muerte materna, se utilizó el modelo de análisis conocido como:

“Camino para la supervivencia de la mortalidad materna”

Basado en las tres demoras.

La ocurrencia de muertes maternas está vinculada a la oportunidad que tienen las mujeres para recibir la atención adecuada y oportuna al momento de presentar una complicación.

La primera demora se relaciona con la capacidad de la mujer para identificar su problema y toma la decisión para buscar ayuda, esta demora refleja directamente las relaciones de poder de decisional interior de la familia, la dependencia económica, la baja condición social y cultural de la mujer.

La segunda demora se relaciona con el acceso de la mujer a la unidad de salud para recibir su atención, esta demora está condicionada por las diferentes barreras (económica, cultural, geográfica) y la disponibilidad de recursos.

La tercera demora se relaciona con la oportunidad con la que la mujer es atendida una vez que llega a la unidad de salud y recibe tratamiento adecuado, esto condicionada por la eficiencia y calidad de los servicios de las unidades de salud.

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

- Reconocimiento del problema.
- Oportunidad de decisión y acción.

Demora 2: Demora en llegar a la institución de atención

- Acceso a la atención

Demora 3: Demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución

- Calidad en la atención

A. Factores de Riesgo

En un estudio de casos y controles realizado en 21 departamentos de Guatemala, el cual se realizó para identificar factores de riesgo socio-culturales, psicobiológicos y relacionados con el sistema de salud. Los factores con OR superiores a 2, fueron: complicaciones prenatales, ausencia de control prenatal, padecimientos crónicos, resolución de parto, personal que atendió embarazo, parto y puerperio, lugar de atención del parto, embarazo deseado, escolaridad, paridad y edad de riesgo.

a. Factores Demográficos

La fuerte asociación que existe entre malos resultados perinatales y bajo nivel socioeconómico y educativo obliga a considerar estas variables toda vez que se evalúa una gestante. El deterioro socio-educacional se asocia a un menor número de consultas prenatales, familias más numerosas, hacinamiento, mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo físico, al mantenimiento de la actividad laboral hasta etapas más avanzadas del embarazo, menor nivel de instrucción y una mayor frecuencia de gestaciones en uniones inestables. Los aspectos enunciados

previamente, se vinculan según se pertenezca o no a determinados grupos étnicos. Hay etnias que presentan riesgos perinatales específicos, independientemente de su condición socio-económico-cultural; se puede citar a manera de ejemplo la anemia falciforme en las poblaciones afrodescendientes. Además de su importancia demográfica y por condiciones clínicas particulares, estos grupos poblacionales viven en condiciones más desfavorables que otros grupos poblacionales.

El diagnóstico temprano de los factores de riesgo reproductivo permite el tratamiento adecuado y oportuno, la prevención, complicaciones y limitación del daño. Si no se cuenta con los recursos humanos, materiales e instalaciones necesarios, debe referirse al siguiente nivel de atención en cuanto se detecten complicaciones, pues los hospitales de apoyo pueden ser distantes, principalmente en el caso de las unidades de salud rurales. Por ello es indispensable determinar el factor de riesgo en primer nivel para toda mujer en edad reproductiva y así realizar enfoques de salud de mejora a localidad obstétrica. Es necesario y prioritario conservar modelos de atención para mejorar la calidad de atención médica en la cuestión de salud materno-infantil. Considerando así factores de riesgo como causa prioritaria de nuestra consulta y practicándose una adecuada historia clínica para una mayor evaluación de factores de riesgo. (11)

b. Socioculturales

Como resultado de las investigaciones sobre mortalidad materna, se han identificado una serie de características relacionadas con el perfil de las mujeres que son vulnerables ante esta problemática. Algunas de éstas son la edad en ambos extremos, la nuliparidad o multiparidad, el estado nutricional deficiente, la baja escolaridad, la ocupación, el estrato social bajo, el lugar de residencia, predominantemente en zonas marginales, el estado civil y la carencia de seguridad social. (5)

Estas características también están relacionadas con el acceso a los servicios de salud, que puede o no ser un factor predisponente para acudir a ellos en una situación

de emergencia. Cabe aclarar que ésta no es una regla; también se ven afectadas las mujeres que tienen un nivel escolar elevado; esto nos remite a pensar que cada mujer, en mayor o menor medida, está expuesta a perder la vida durante el embarazo o en la etapa del postparto. (12)

Otros aspectos abordados en las investigaciones se relacionan con la economía y los factores socio demográficos. En las comunidades indígenas y marginadas, las condiciones económicas no cubren las necesidades básicas, mucho menos aquellas enfocadas en la atención de las mujeres embarazadas; éstas pasan a segundo término o en ocasiones no se contemplan ni se les da importancia; por ello, “tienen un alto costo en la salud y en la vida de las mujeres”.

Además, las mujeres en algunas comunidades no pueden poseer bienes, por lo que se encuentran en una posición de desventaja al intentar atender su salud. Incluso, a pesar de que se dedican a las actividades domésticas, no se les reconocen sus aportaciones a la economía familiar; y cuando ingresan al mercado laboral, sus alternativas se ven reducidas por la falta de instrucción educativa. Por otro lado, las condiciones de vivienda y de hacinamiento se identificaron como factores asociados a la muerte materna.

c. Obstétricos

Los datos relativos a los embarazos anteriores tienen valor para el pronóstico del actual embarazo. Hay una tendencia a que el riesgo se repita. Se deben jerarquizar aquellos datos que por su relevancia puedan influir sobre los resultados del embarazo actual, por ejemplo; 3 abortos espontáneos consecutivos (que se marcan en un círculo amarillo) obligan al prestador a valorar la condición de abortadora habitual de esa mujer y desarrollar las actividades que se consideren apropiadas para evitar un nuevo aborto. Las nulíparas requerirán una atención especial ya que además de no tener un canal de parto probado, presentan patologías que suelen ser más comunes en ellas (por ejemplo, pre-eclampsia). Las grandes multíparas requerirán cuidados especiales en el

momento del parto, durante el alumbramiento y en el puerperio, ya que la sobre distensión de la fibra uterina se vincula con mayor riesgo de atonía uterina y hemorragia. La finalización del embarazo anterior es un dato de jerarquía cuando indique un corto intervalo intergenésico. La historia clínica perinatal (HCP) advierte al profesional de salud para que consulte el intervalo intergenésico. Cuando el intervalo sea menor a 1 año quedará registrado en amarillo como signo de alerta. Un grupo técnico reunido por la organización mundial de la salud (OMS), ha recomendado un espaciamiento de por lo menos 24 meses luego del nacimiento de un hijo vivo o de 6 meses en caso de aborto y un futuro embarazo, con la intención de reducir resultados adversos maternos, perinatales y neonatales. Es importante tener en cuenta estos conceptos para asesorar a las mujeres acerca de cuál es el momento biológico más apropiado para un nuevo embarazo.

En un estudio realizado en Chile se encontró que las mujeres de edad materna avanzada presentaron tasas mayores de mortalidad materna, que las mujeres de 20 a 34 años. La edad materna avanzada se asoció a un mayor riesgo (OR; IC 95%) de muerte materna, muerte fetal tardía, neonatal e infantil y mayor riesgo de bajo peso al nacer comparadas con mujeres de 20 a 34 años (38)

Existe una relación cercana entre la pobreza, pobre salud y ciertas enfermedades con el riesgo de muerte materna. Los mayores índices de mortalidad materna tienden a ocurrir en países que también tienen altos índices de mortalidad infantil, un reflejo de pobre cuidado médico y de baja nutrición.

El riesgo reproductivo es la probabilidad de enfermedad o muerte que tiene la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales; es decir, todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

El riesgo reproductivo se clasifica en:

a) **Riesgo Preconcepcional**

Se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales. Su objetivo es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o recién nacido.

b) **Riesgo Obstétrico:**

Se aplica a las mujeres durante la gestación, el trabajo de parto, parto, alumbramiento y en el puerperio.

c) **Riesgo perinatal**

El período perinatal abarca desde la vigésimo cuarta semana de gestación hasta la primer semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz. En esta etapa de proceso reproductivo se usa el concepto de riesgo perinatal, que es un concepto más evolucionado que el de riesgo obstétrico pues es un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos, incluyen los riesgos para el feto o recién nacido. En forma específica, en función de cierto número de variables. Será BAJO, cuando no se identifica ningún factor de riesgo conocido, MEDIO y ALTO, MUY ALTO, cuando están presentes una o varias condiciones que pueden en un momento dado afectar el embarazo.

1. **Bajo Riesgo:** Se incluyen todas las gestantes en las cuales no ha sido posible identificar ningún factor de riesgo conocido. Se considera entonces, que en estos casos la posibilidad que el embarazo llegue al término, y las posibilidades de que la madre y el recién nacido sean sanos son máximas. Sin embargo, no debe haber lugar a confundir el bajo riesgo con la ausencia de riesgo.
2. **Riesgo Medio:** Gestantes con presencia de factores de riesgo.

3. Riesgo Alto: Gestantes con factores de riesgo con moderada especificidad y sensibilidad.
4. Muy Alto Riesgo: Gestantes con factores de riesgo con alta sensibilidad y especificidad.

Hay acuerdo en considerar a las gestantes de 20 a 35 años, como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal, neonatal y los defectos congénitos suelen ser más frecuentes en la adolescencia temprana (menores de 15 años) como a partir de los 35 años de edad.

d. Calidad de atención

Con las carencias económicas viene otro aspecto asociado: el acceso a los servicios de salud y la calidad de éstos. Muchas de las investigaciones que se han realizado sobre muerte materna se han enfocado en esta temática, de modo que ha sido abordada desde distintos aspectos, como a continuación se expone. Se han estudiado las dificultades de algunas comunidades indígenas para acceder a los servicios de salud, identificando una serie de aspectos que obstaculizan la atención, por ejemplo: escasez de los servicios de salud, carencia de recursos económicos, de infraestructura y recursos humanos que imposibiliten prestar un servicio de calidad; las condiciones de la consulta, el prolongado tiempo de espera, los altos costos de las consultas, medicamentos, así como del transporte; la percepción de malos tratos recibidos por el personal de salud, derivados en algunos casos de su mala actitud y su capacidad limitada para atender a la población. Por otro lado, es importante mencionar el papel que juega la cultura en el acceso a los servicios, pues los indígenas tienen otra concepción de los tratamientos y la salud; además, el lenguaje es otro obstáculo por los problemas de comunicación entre el médico y las pacientes. Estos aspectos se agrupan según las barreras que se identificaron en el acceso a los servicios de salud, que son múltiples y se interrelacionan: barreras geográficas, económicas y culturales. (12-13)

Otra área de investigación se relaciona con la calidad de los servicios, pues la problemática de muerte materna está asociada con la cobertura y calidad de atención prenatal, ya que a través de ella se pueden detectar enfermedades de la madre, problemas del embarazo, parto y puerperio. La evaluación de la calidad se basa en tres aspectos: recursos y organización, relaciones establecidas entre proveedores y usuarias, y cambios en el estado de salud. La satisfacción de las usuarias se relaciona más con el trato recibido durante la consulta, el tiempo de espera, la comodidad, confidencialidad y privacidad, que con la capacidad de resolución del proveedor, o con su edad y género. Con ello, se expone que la calidad de atención en términos cualitativos es un factor clave en el cuidado prenatal, es decir, es un posible factor de prevención de la mortalidad materna. (13-15)

La cobertura de los servicios de salud ha sido otro aspecto investigado. Sin embargo, contar con un servicio de salud no resuelve la mortalidad materna; si éstos deben brindar una atención oportuna y de calidad.

Se identificó los motivos por los cuales las mujeres deciden no atenderse en las unidades de salud: consideran que son mal atendidas, no creen que sus malestares requieren la atención, existen barreras de acceso por la distancia o carencias económicas, no les tienen confianza a los médicos o son sus maridos quienes los observan con recelo, y no comparten su concepción de salud enfermedad. En diversas ocasiones las mujeres no recurren al médico o las instituciones de salud porque desconocen los signos de urgencia obstétricos. Incluso, cuando deciden atenderse, lo hacen con especialistas tradicionales (curanderos, parteras no capacitadas, sobadores etc.) que no cuentan con el entrenamiento necesario para la resolución de casos graves. Lo anterior impide que reciban la atención oportuna en los servicios de salud de segundo nivel. La distancia tan marcada que existe entre los servicios de salud y la población no es física, sino cultural, por todas las creencias que están endosadas a la medicina tradicional y a la maternidad. (15-16)

VI- MATERIAL Y MÉTODOS

- a) **Diseño del estudio:** Para alcanzar los objetivos del estudio nos planteamos un diseño descriptivo de serie de casos, complementando información con revisión documental de tendencias de la mortalidad materna en los últimos años y los compromisos establecidos y la estimación de los Nacidos Vivos de Olancho y sus comunidades.

- b) **Área de estudio:** Departamento de Olancho.



Cabecera Departamental Juticalpa

Entidad	Departamento
País	 Honduras
• Subdivisiones	23 Municipios
• Fundación	año 1825
Superficie	Puesto 1.º
• Total	23,905 km ²
Población	Puesto 4.º
• Total	530,644 hab.
• Densidad	22,2 hab/km ²
Gentilicio	Olanchano, Olanchana
Huso horario	UTC-6
Código postal	16101, 16201
ISO 3166-2	HN-OL.

Ubicación de Olancho en Honduras



Ubicación

Olancho es el departamento más extenso de los 18 departamentos que componen la República de Honduras. Tiene mayor extensión territorial que las vecinas Repúblicas de El Salvador y Belice; siendo la segunda entidad sub-nacional centroamericana por territorio después de Petén en Guatemala.

Este departamento fue creado el 28 de junio de 1825, está ubicado en la parte nor-oriental del país. Limita al norte con los departamentos de Yoro y Colón; al Sur con El Paraíso y con la República de Nicaragua; al Este con el Departamento de Gracias a Dios y al Oeste con los departamentos de Francisco Morazán y Yoro.

La geografía de Olancho está compuesta por una serie de sierras montañosas que forman parte de la Cordillera Centroamericana.

Comunicación

Olancho se comunica vía terrestre con el resto del país a través de la carretera principal que comienza desde la ciudad de Catacamas Juticalpa con dirección a Tegucigalpa. Este trayecto es de aproximadamente unos 200km.

Además, de ésta carretera, Olancho está unida a la costa norte de Honduras por medio de la carretera que conduce al municipio de San Esteban. Esta continúa a través de Bonito Oriental hasta llegar a la carretera que une a la ciudad de Trujillo con el puerto de La Ceiba.

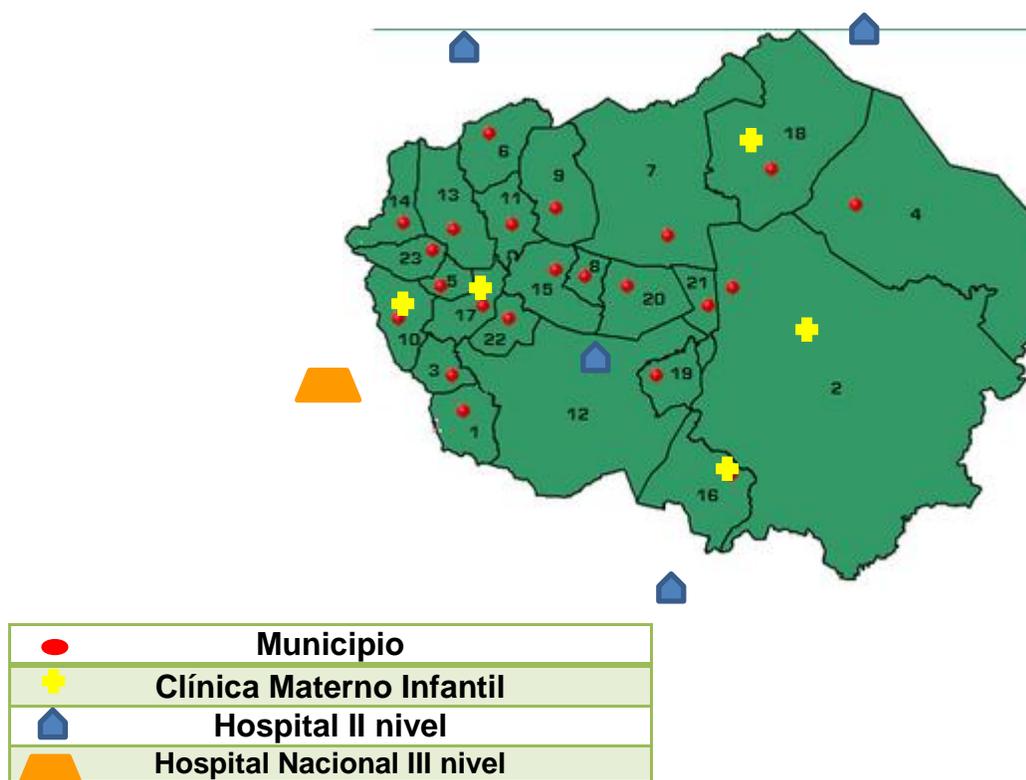
También existe comunicación terrestre, entre el municipio de La Unión y Olanchito, departamento de Yoro.

Existen muchas comunidades ubicadas en zonas montañosas inaccesibles y alejadas de las unidades de salud además en algunas zona su acceso es solamente acuático (cayucos o pipantes) por medio ríos.

Actividades

La economía de Olancho está basada en la agricultura y la ganadería. Entre los productos agrícolas sobresalen: El maíz, caña de azúcar, café, maicillo, frijol, arroz, coyol, entre otros. También son parte de la economía olanchana: La madera y el tabaco.

#	Municipio	Población	Superficie (km ²)
1	Campamento	20,900	391.49
2	Catacamas	119,344	7173.89
3	Concordia	6,919	267.80
4	Dulce Nombre de Culmi	33,085	2925.09
5	El Rosario	4,736	143.11
6	Esquipulas del Norte	10,246	523.33
7	Gualaco	22,119	2363.45
8	Guarizama	8,041	16.91
9	Guata	12,239	680.03
10	Guayape	11,618	422.49
11	Jano	4,054	362.71
12	Juticalpa	126,030	2606.20
13	La Unión	7,830	556.34
14	Mangulile	9,125	432.65
15	Manto	11,714	517.19
16	Patuca	30,991	635.10
17	Salamá	7,012	337.85
18	San Esteban	25,328	1962.34
19	San Francisco de Becerra	8,644	332.92
20	San Francisco de la Paz	18,644	533.07
21	Santa María del Real	13,035	230.80
22	Silca	7,901	255.55
23	Yocon	10,914	243.15



La red de servicios de salud pública del Olancho, cuenta con un total de 172 unidades de salud pública, a continuación se detallan:

- **Un Hospital Regional**, donde hay disponibilidad de ginecobstetras, pediatras, quirófanos, internamiento, unidad de neonatología, banco de sangre; las 24 horas;
- **5 Clínicas Materno Infantil**, con los insumos básicos para la atención de partos de bajo riesgo, generalmente atendidos por auxiliares de enfermería,

Para atención prenatal a las embarazadas;

- **33 CESAMOS** centro de salud con médico y odontólogo
- **139 CESAR** (centro de salud rural) unidad de salud atendida por auxiliares de enfermería

- c) **Población de estudio:** La población de estudio estuvo conformada, por las muertes maternas, (ver concepto de muerte materna en definiciones) directas e indirectas que ocurrieron durante el periodo del 1° de Enero al 31 de Diciembre del 2010. Además de las ocurridas en los últimos años para conocer la tendencia temporal. Se revisaron las estadísticas para conocer las estimaciones de nacidos vivos y calcular la razón de mortalidad materna.
- d) **Procedimientos de recolección de datos:**
- Una vez concebida la idea de investigación se consultó con las autoridades de Olancho la pertinencia y utilidad de la información y se solicitó autorización para acceder a las estadísticas de mortalidad materna.
 - Se accedió y revisó las fichas de investigación de las 14 muertes maternas ocurridas en el 2010, en la región de salud #15, los informes estadísticos nacionales publicados por la dirección general de vigilancia de la salud de la secretaria de salud pública los años 1990, 1997 y 2010.
- e) **Fuente de información:** Secundaria mediante revisión documental y registros de muertes maternas. Las bases de datos fueron obtenidas de la unidad de vigilancia de la mortalidad de la secretaria de salud y las fichas de mortalidad materna de la región de salud #15 del año 2010.
- f) **Instrumento de recolección de datos:** Para el estudio de casos se elaboró cuestionario elaborado para dar salida a los objetivos establecidos, el cual fue validado con autoridades y con las primeras mujeres que murieron.

g) **Operacionalización de variables:** Para el presente trabajo de investigación se seleccionaron como variables principales las siguientes:

Variables	Definición de las Sub dimensiones	Indicador
Características socio demográficas de la fallecida	EDAD: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento al momento de la muerte	<ul style="list-style-type: none"> ● 10 A 18 años ● 19 a 35 años ● 36 y más
	ESTADO CIVIL: Situación de la fallecida en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país.	<ul style="list-style-type: none"> ● Soltera (no tiene pareja estable) ● Casada (que tiene pareja legalmente constituida) ● En unión estable (tiene pareja pero no está legalmente casada)
	NIVEL EDUCATIVO: Proceso de socialización y aprendizaje encaminado al desarrollo intelectual y ético de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> ● Analfabeta- Si no tiene ningún grado de escolaridad. (No sabe leer, ni escribir). ● Primaria Si tiene algún grado de escolaridad o ha concluido el nivel primario ● Secundaria- Si tiene algún grado o ha concluido el nivel secundario. ● Superior- Si tiene algún estudio superior, ya sea Universitario, Pedagógico, Tecnológico
	OCUPACION: Empleo, oficio al que se dedicaba la fallecida.	<ul style="list-style-type: none"> ● Estudiante: (dentro del ámbito académico, que estudia como su ocupación principal) ● Oficios Domésticos (ejerce oficios domésticos remunerados) ● Ama de casa (desarrolla oficios domésticos dentro de su hogar y no recibe remuneración alguna)
	RESIDENCIA: Lugar en el que la fallecida vivía	<ul style="list-style-type: none"> ● Zona Urbana: territorio con alta densidad poblacional ● Zona Rural: territorio que se caracteriza por tener baja densidad poblacional, las viviendas se encuentran dispersas <p>Fuente: INE. (Instituto nacional de Estadística)</p>

Característica de la muerte materna según riesgo reproductivo	Momento Obstétrico en que ocurrió la muerte	<ul style="list-style-type: none"> ● Embarazo (es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto) ● Parto(es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno) ● Puerperio(período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende hasta los 42 días subsiguientes)
	AGRUPACIÓN CAUSA DE MUERTE DE LA MADRE: Es la causa básica por la cual falleció la gestante.	<ul style="list-style-type: none"> ● Trastornos Hipertensivos(grupo de padecimientos que tienen como denominador común la elevación de las cifras de la tensión arterial) ● Hemorragia (es la fuga de sangre fuera de su camino normal dentro del sistema cardiovascular) ● Sepsis <p>Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica provocada por una infección.</p>
	CLASIFICACION DE LA MUERTE: la relación de la muerte con el proceso obstétrico de embarazo, parto y puerperio	<ul style="list-style-type: none"> ● Muerte Materna Directa: es la muerte materna que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos que se origina en cualquiera de las circunstancias mencionadas. ● Muerte Materna Indirecta: es la muerte materna que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológico del embarazo.

	<p>LUGAR DE FALLECIMIENTO: Es el lugar en la que la gestante dejó de existir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Clínica Materna Infantil: unidad de salud que atiende partos de bajo riesgo, atención inmediata del Recién Nacido, atención del puerperio inmediato, identificación de complicaciones, manejo inicial y referencia. ● Hospital de Área: igual que el regional pero con menor área de influencia. ● Hospital Regional: atención materna y neonatal con cobertura por médicos especialistas en ginecología y obstetricia y pediatría, técnicos de anestesia, laboratorio y banco de sangre por 24 horas diarias, 365 días al año. ● Hospital Nacional: atención materna y neonatal con cobertura por médicos especialistas en ginecología y obstetricia y pediatría, técnicos de anestesia, laboratorio y banco de sangre con sub especialistas en áreas como alto riesgo perinatal con sala de cuidados intensivos. ● Comunitario: en la comunidad por personal comunitario y otros.
--	-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

h) Plan de análisis:

Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico Epi-Info en su versión 3.5.4 para Windows.

Las bases de datos fueron depuradas y se procedió a obtener frecuencias simples de sus variables, calcular razones, gráficos.

En el cálculo de la RMM y con el fin de facilitar la comparación nacional de los resultados se excluyeron las muertes maternas tardías y las muertes no maternas (debidas a lesiones de causa externas).

Con el propósito de identificar los factores determinantes vinculados a los casos de muerte materna, se utilizó el modelo de análisis conocido como “*Camino para la supervivencia de la mortalidad materna*” basado en las tres demoras.

Los resultados se plasman en cuadros y gráficos.

VII- RESULTADOS

Magnitud, estructura y tendencia de las muertes maternas:

De 1990 a 1997 se observa una disminución de la mortalidad materna en Olancho, al igual que las estadísticas nacionales pero un poco más lento. A tal punto que en 1997 las diferencias que hacían ver mejor a Olancho desaparecen. Para el 2010 sigue reduciendo la Razón de Mortalidad materna pero es más lento a tal punto que se encuentra más alta que el promedio nacional que es de 74/100,000 NV. (Ver gráfico 1). Esta tendencia les genera un desafío serio a las autoridades de Olancho para alcanzar los Objetivos de desarrollo del Milenio ya que deberá hacer mayores esfuerzos para hacer que la tendencia a la reducción sea más acelerada (Ver gráfico 2).

En relación a los 18 departamentos del país, Olancho se ubica en el décimo departamento con la RMM más alta, de 90/100,000 NV comparado con el primer lugar, (el DPTO de Valle) que tiene una RRM de 21/100,000 y el último lugar, el DPTO de Gracias a Dios de 205/100,000. (Ver tabla 1). En cuanto a la razón de mortalidad materna por municipio la más alta se presentó en el municipio de Guayape, seguido de Guarizama, Esquipulas norte, Mangulile, San Esteban, Guata, Culmi y Campamento. (Ver tabla 2). Estas mujeres procedían en su mayoría de comunidades alejadas de la unidad de atención de mayor complejidad. (Ver mapa 1)

Características de las muertes maternas:

El promedio de edad de las fallecidas fue de 31 años; el 65% (9/14) estaban en edades de riesgo, el 35% eran mayores de 35 años y el 30% adolescentes, el porcentaje de muertes en adolescentes en Olancho se encuentra por encima del porcentaje a nivel nacional que es de 20%. La mayoría de las mujeres no tenían consignada su nivel de escolaridad, pero de los datos rescatados la mayoría son analfabetas y de escolaridad primaria. El 79% de las mujeres se dedicaban a los oficios domésticos o eran amas de casa, en cuanto al estado civil la mayoría estaban en unión estable o soltera. La mayoría procedía del área rural (Ver tabla 3).

De las muertes maternas el 50% eran primigestas y el 43% tenían 4 y más embarazos. En el 65% la muerte ocurrió en el puerperio, el 21% durante el embarazo (3/14 donde 2/3 mujeres murieron por causas directas y 1/3 por causa indirecta) y solamente el 14% durante el parto. El 45% fue atendida por médico, el 37% por partera, el 9% por auxiliar de enfermería y un 9% ella misma. El 86% de las mujeres asistieron al control prenatal (Ver tabla 4).

El 57% de las muertes se dieron en unidades de salud y el 43% en la comunidad. El 86% muertes maternas obstétricas directas y el 14% como muertes maternas obstétricas indirectas. Las causas más frecuentes de muertes fueron la hemorragia durante el embarazo, parto o puerperio (37%), seguido de sepsis puerperal y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto o puerperio (21% C/U) (Ver tabla 5 y gráfico 3).

Potenciales barreras que influyen en las muertes maternas:

El 43% de las muertes fueron ocurridas en la comunidad, donde la primera causa fue la hemorragia postparto aunada a residencia en sitios alejados lo que no les permitió llegar a tiempo a la Unidad de Salud. El 57% ocurridas en unidades de salud, donde quedó evidenciado, (en las fichas de investigación) que en algunos de los casos existieron problemas por manejo inadecuado y falta de aplicación de normas. El 85% de las muertes maternas tuvieron acceso a la atención prenatal, con un promedio de 3.2 controles, lo que está por debajo de lo descrito en las normas materno-neonatal que es de 5 controles para embarazos de bajo riesgo y los necesarios para embarazos con alto riesgo, sin embargo, según las investigaciones en los controles prenatales realizados, en algunos casos no se le detectaron, o no se le dio importancia a los factores de riesgo encontrados y en otros se identificaron pero no se le dio el seguimiento y orientación adecuado así como también el bajo nivel de instrucción, más escasos recursos económicos de la mujer, contribuyeron a que esta no tomara las decisiones adecuadas y oportunas.

La clasificación de las muertes maternas del año 2010 muestra que la hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio continúa siendo la principal causa de muerte materna en Olancho con un 36% del total de las muertes, seguido de los trastornos hipertensivos con el 21% y sepsis puerperal con un 14%, (ver tabla 5) estas tres causas la mayoría de veces son prevenibles se han mantenido invariables en países en desarrollo a diferencia de los países desarrollados que las causas están relacionadas con enfermedades crónicas y otros. En relación al momento obstétrico de la muerte el 65% ocurrieron en el puerperio, seguido del embarazo 21% y el parto 14%. En relación a las gestas el 93% (13/14) tenían paridad de riesgo, (7 primigestas y 6 multíparas). La mayoría de las fallecidas tenían antecedentes de riesgo obstétrico, en el 64% se presentaron ambos factores de riesgo en la misma paciente (edad y paridad) y un 28% con un solo factor de riesgo (edad o paridad) y solamente un 7% no presentó ninguno de los dos riesgos.

Gráfico 1. Tendencia de la razón de la Mortalidad Materna comparativo de y el país durante los años 1990, 1997, 2010 y lo esperado en el 2015.

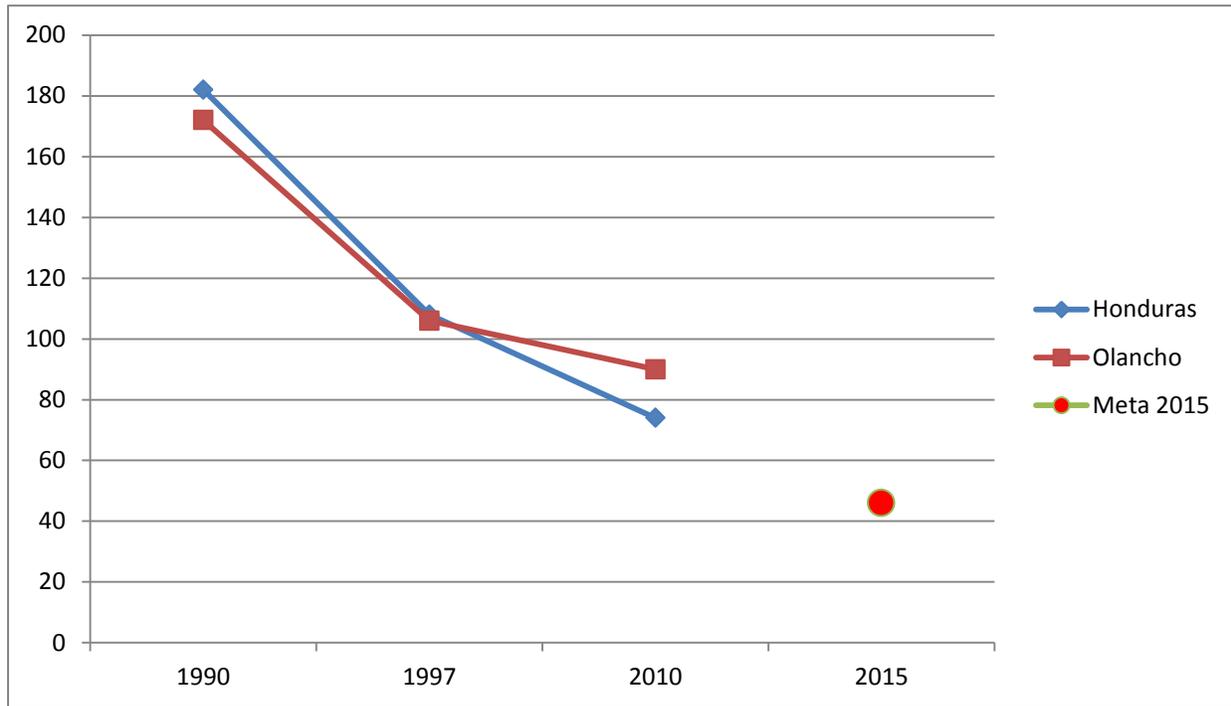


Gráfico 2. Tendencia de la razón de la Mortalidad Materna de Olancho durante los años 1990, 1997, 2010 y lo esperado en el 2015.

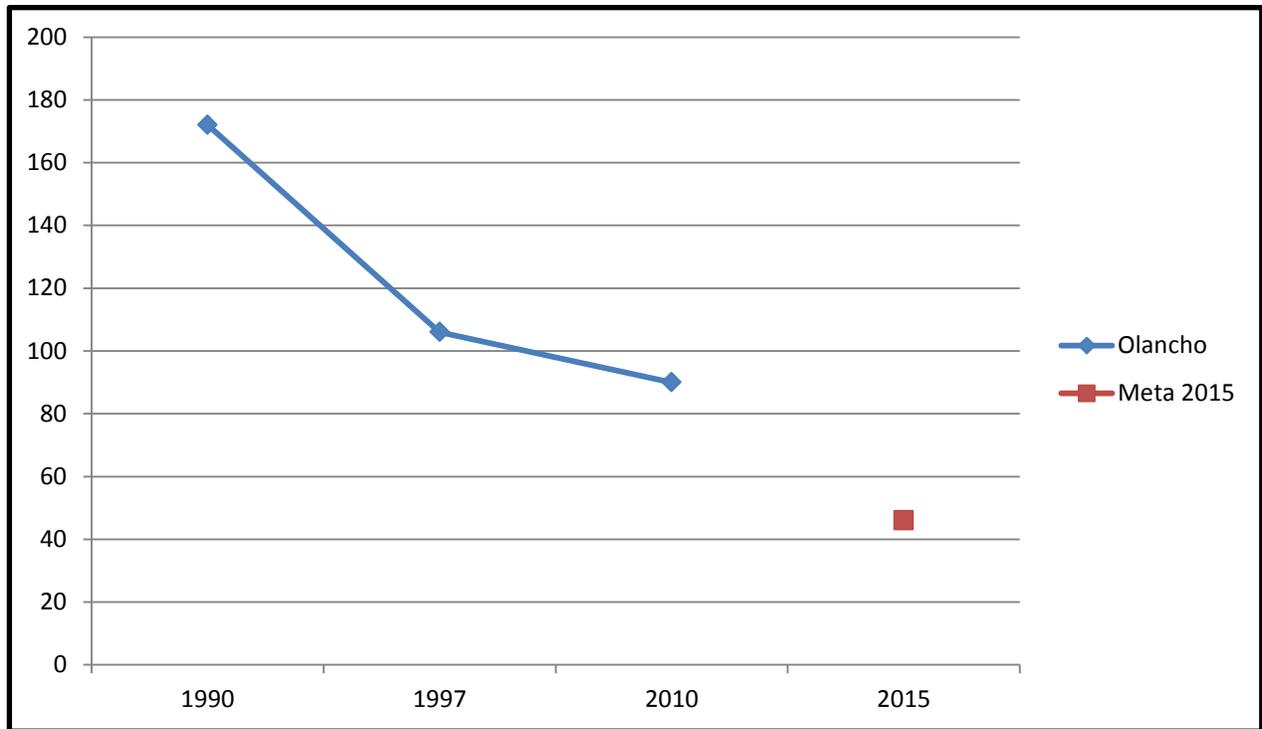


Tabla 1. Razón de Mortalidad Materna por departamentos, años 1997 y 2010 Honduras, C.A.

Departamentos	Calculo de Razón de Mortalidad Materna*			
	**RRM 1997	2010		**RMM 2010
		No. de Muertes	Recién nacidos estimados	
Valle	102	1	4,740	21
Lempira	140	4	10,564	38
Cortes	105	15	38423	39
Ocotepeque	120	2	3,741	53
Santa Barbará	65	6	11,346	53
Choluteca	90	7	12,577	56
Yoro	62	9	15,259	59
Copan	139	7	11,299	62
Francisco Morazán	104	24	32,767	73
Olancho	106	14	15,483	90
Colon	174	8	8,468	94
Comayagua	126	13	12,836	101
Atlántida	70	11	10,332	106
La Paz	146	7	6,224	112
Intibucá	182	9	7,996	113
El Paraíso	101	17	12,050	141
Islas de la Bahía	-	2	1,261	159
Gracias a Dios	326	6	2,982	201
Total	108	162	218,348	74

**Razón calculada Por 100,000 nacidos vivos

** Fuente: Investigación de mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras 1997, 2010

Tabla 2. Distribución de la razón de Mortalidad Materna por municipios, Olancho Año 2010

Municipios	Razón de Mortalidad Materna		
	Muertes maternas	Recién nacidos estimados	Razón de Mortalidad Materna
Guayape	2	287	697
Guarizama	1	160	625
Esquipulas del Norte	1	270	370
Mangulile	1	300	333
San Esteban	2	695	288
Guata	1	381	262
Culmi	2	864	231
Campamento	1	585	171
Juticalpa	2	2598	140
Catacamas	1	2688	37
Salamá	0	143	0
Silca	0	155	0
Manto	0	230	0
Jano	0	190	0
El Rosario	0	115	0
La Unión	0	230	0
Yocon	0	280	0
Concordia	0	138	0
Gualaco	0	610	0
San Francisco de la Paz	0	411	0
San Francisco de Becerra	0	181	0
Patuca	0	1016	0
Guata	0	381	0
Total	14	15,483	90

Mapa 1.
Distribución geográfica y definición de las Muertes Materna. Olancho, 2010.

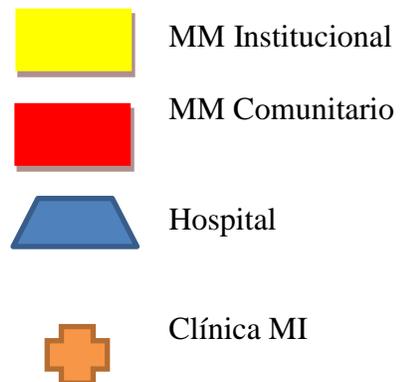
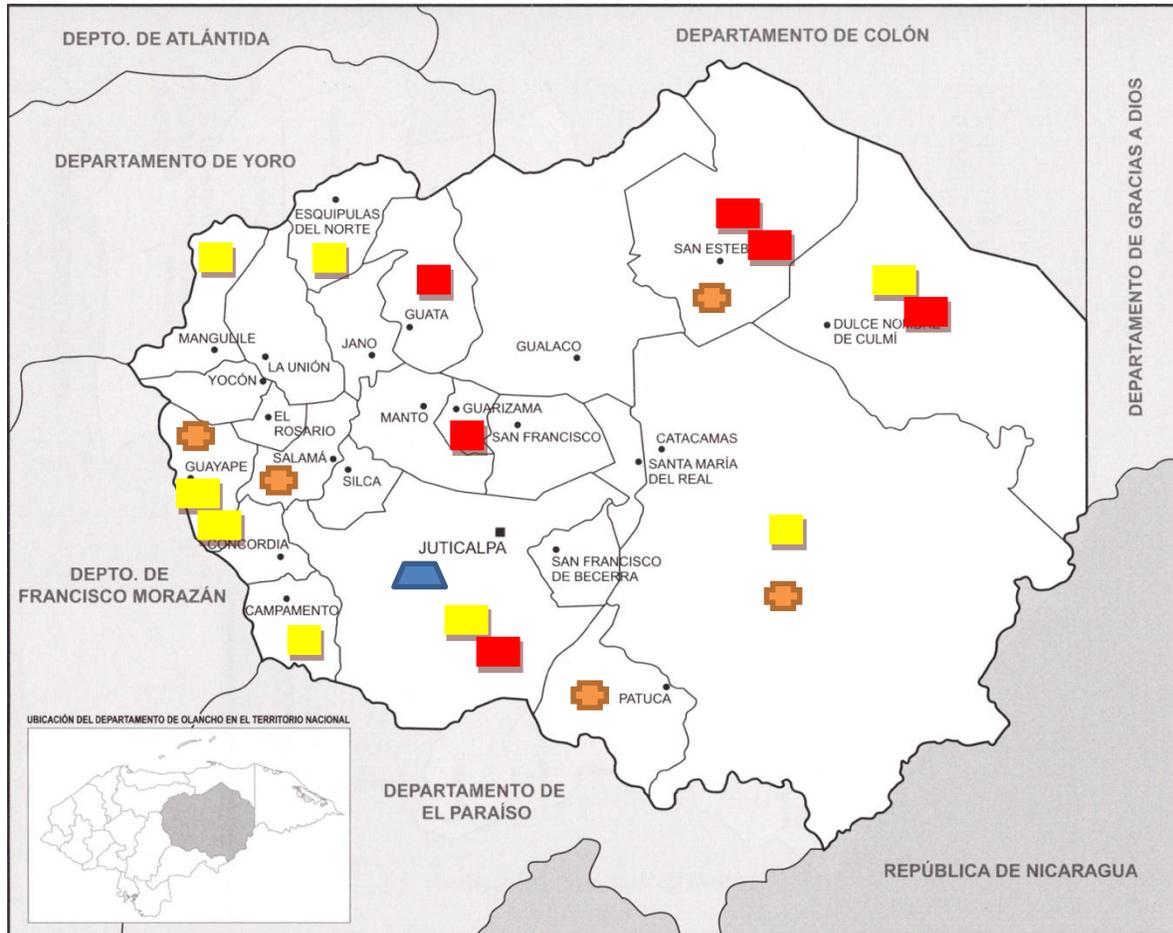


Tabla 3. Muertes Maternas según características demográficas; Edad, Escolaridad, Estado Civil- Ocupación. Olancho. 2010

Variable	No.	%
Edad		
• De 10 a 19 años (adolescentes)	4	30
• De 20 a 34 años	5	35
• De 35 años y mas	5	35
Escolaridad		
• Analfabeta	2	14
• Primaria	4	29
• Secundaria	1	7
• Universidad	1	7
• No Consignado	6	43
Ocupación**		
• Ama de casa	7	50
• *Oficios domésticos	4	29
• Otra	2	14
• No consignada	1	7
Estado civil		
• Unión estable	6	43
• Casada	1	7
* • Soltera	5	36
• No Consignada	2	14
Área de Residencia		
• Urbana	2	14
• Rural	12	86
Total	14	100.0

Oficios domésticos se refería cuando la mujer estaba trabajando en otra casa.

**Clasificación de la ocupación se tomaron la Organización de Trabajo Internacional

Tabla 4. Muertes Maternas, según características Obstétricas. Olancho. 2010.

Variable	No.	%
Historia de embarazos		
• Primigesta	7	50
• Entre 2 y3 embarazos	1	7
• 4 y más embarazos	6	43
Momento Obstétrico de la muerte		
• Embarazo	3	21
• Parto	2	14
• Puerperio	9	65
Asistió a Control prenatal		
• Si	12	86
• No	2	14
Total	14	100.0

Tabla 5. Sitio de muerte, Clasificación y causas de la muertes maternas ocurridas en Olancho, Honduras, en el 2,010.

Variable	No.	%
Sitio de la muerte		
• Muerte ocurrida en la comunidad	6	43
• Muerte ocurrida en unidad de Salud	8	57
Clasificación de la muerte		
• Muerte obstétrica Directa	12	86
• Muerte obstétrica Indirecta	2	14
Causas de la muerte		
• Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	3	21
• Hemorragia durante el embarazo, Parto y Puerperio	5	37
• Sepsis Puerperal	3	21
• Embolia del líquido amniótico	1	7
• Causas Indirectas	2	14
Total	14	100

Gráfico 3. Muertes Maternas según Residencia y sitio de ocurrencia de la muerte. Año 2010, Honduras C.A

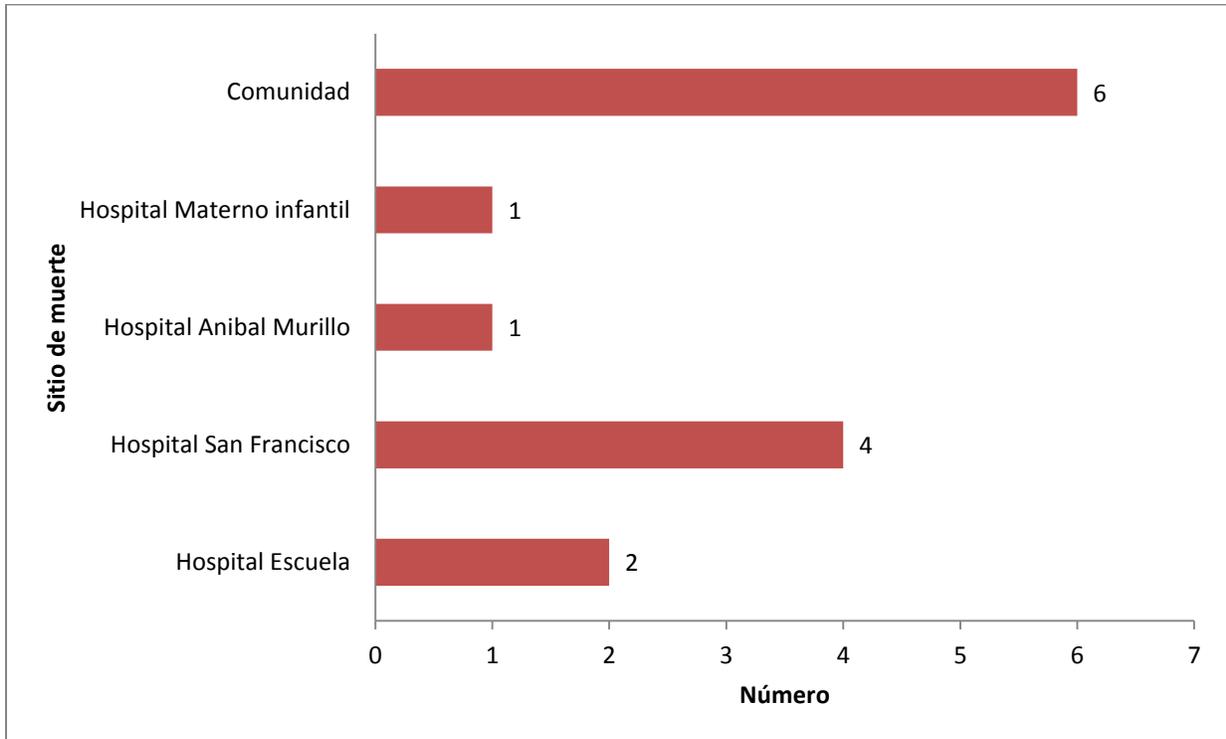


Tabla 6. Muertes Maternas de acuerdo según demoras. Año 2010, Honduras, C.A

Demoras Identificadas en las Muertes Maternas	No.	%
Demora 1 (<i>Demora en tomar la decisión en buscar ayuda</i>)	3	21
Demora 2 (<i>Demora en llegar a la institución de atención</i>)	0	0
Demora 3 (<i>Demora en recibir el tratamiento adecuado en la Institución</i>)	4	29
Demora 1 y 2	4	29
Demora 1 y 3	0	0
Demora 2 y 3	1	7
Demora 1,2 y 3	2	14
Total	14	100.0

VIII- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Olancho ha reducido la razón de mortalidad materna de forma más lenta que el resto del país y corre el riesgo de no alcanzar sus metas para el 2015 ya que su reducción no ha sido suficientemente alta para poder lograrlo. Es posible que el tamaño poblacional estime cifras más altas, pero la muerte materna se considera un indicador del desarrollo socio económico de un país y su existencia indica que el departamento está teniendo dificultades serias, tanto en el desarrollo social y económico como de su sistema de salud.

Al igual que en el resto de países de Latinoamérica, en este estudio se encontró que la principal causa de muerte materna fue la hemorragia, esto evidencia la pobre respuesta, la falta de organización de las unidades de salud en dar una atención inmediata y oportuna, tomando en cuenta que la mayor cantidad de muertes se dieron en las unidades de salud, quizás porque llegaron en estadíos muy graves y no se cuentan con las condiciones para la recuperación y salvación.

Los casos de mortalidad fueron posibles evitar ya que una gran parte asistió a las consultas prenatales, sin embargo la información brindada en estas consultas fueron insuficientes (sobre todo por el bajo nivel de instrucción y residencia rurales) para generar conciencia de los riesgos al momento del parto y del puerperio que se reflejan en que la principal demora fue la toma de decisión de buscar ayuda y llegar a la unidad de salud, aspectos que tienen que ver con el bajo nivel de instrucción y por lo tanto de ingresos de la mujer y mayor dependencia de la familia que hace que priorice otras actividades antes que su salud.

En la Secretaria de Salud se han implementado estrategias para disminuir la mortalidad materna comunitaria (Hogares maternos, estrategia de Individuo, familia y comunidad IFC, CMI en los municipios postergados, etc.) pero la falta de seguimiento y constancia en el sostenimiento de las estrategias hacen que la población no tenga conocimiento o confianza en las mismas, se necesita la definición clara y precisa de la líneas

estratégicas de trabajo, que viabilicen la operativización del concepto ampliado de salud reproductiva y que conlleven a una mejoría en la calidad de vida de la población hondureña en general y en especial de la mujer.

También hubieron problemas de atención en las unidades de salud, por lo que se debe discutir estos casos, revisar el funcionamiento y la aplicación de las normas para la atención prioritizada de estas mujeres.

El perfil de la muerte materna en casos estudiados no difiere de otros estudios realizados en países con situaciones económicas similares, donde se puede observar que la mayoría de las mujeres tenían factores predisponentes como la edad, la paridad, nivel socioeconómico etc. Y que con una detección y manejo adecuado estas muertes pudieron perfectamente evitarse.

De acuerdo a nuestra investigación las muertes en las unidades de salud (hospitales y clínicas materno infantil) fueron 8, en siete de estas, se presentó la demora 3, donde se identificó que el diagnóstico tardío, la falta de aplicabilidad de normas, la no detección oportuna de la complicación obstétrica y el manejo tardío, son los principales factores que están siendo determinantes para la ocurrencia de la mortalidad materna en los diferentes niveles de atención (Fuente: ficha de vigilancia de la mortalidad materna región de salud #15)

Es importante que los análisis de mortalidad materna que se realicen sean cautelosos para establecer los procesos que conlleven a la autocrítica constructiva en el personal de salud y obtener resultados objetivos de acuerdo a la norma existente y evitar adoptar una posición defensiva.

En ningún momento se trata de buscar culpables. Hay que partir del hecho de que los sistemas de salud, por involucrar personas, nunca podrán reducir la probabilidad de error a cero y que por lo tanto se deben buscar mecanismos que identifiquen rápidamente estos errores y neutralicen su efecto en el paciente, es decir implementar,

mejorar o adoptar los lineamientos de solución que la norma exige apoyándose en protocolos de atención adecuados a la realidad de cada unidad de salud.

Simultáneamente se necesita que la sociedad exija a los servidores públicos mejorar la calidad de atención, que sea proactiva, que reconozca que la muerte materna en la mayoría de los casos es prevenible; que se fortalezca la cultura de la denuncia con el acompañamiento de las autoridades del estado.

Es necesario realizar una investigación cualitativa donde se estudien las razones del porque el personal de salud no implementa las normas establecidas al momento de brindar la atención.

IX- CONCLUSIONES

- 1) La secretaría de salud del departamento de Olancho evidencia serias dificultades en los objetivos de reducción de la muerte materna para el 2015 ya que ha mostrado una respuesta más lenta que el resto del país.
- 2) La mayoría de los casos de muertes maternas fueron evitables y se visualizan dos barreras: La toma de decisión desde el seno de la familia y la respuesta de las unidades de salud ante esta situación.
- 3) La demora en la toma de decisión en el seno de las familias está mediada por el bajo nivel de instrucción, la pobreza y la ruralidad.
- 4) La respuesta inadecuada de las unidades de salud tienen que ver en parte que la llegada en malas condiciones de las mujeres por las dos primeras demoras (Toma de decisión y búsqueda de ayuda) y juega un rol fundamental la acción promotora de las unidades periféricas de salud durante la atención prenatal.

X. RECOMENDACIONES

- 1) Las unidades de atención primaria deben mejorar su capacidad promotora para informar los riesgos de muerte no solo a la mujer sino a su familia mediante estrategias de comunicación e información que aseguren que las decisiones de buscar ayuda sean más tempranas y se les puedan dar opciones en las unidades de salud que salven la vida de la mujer y del bebé.
- 2) Discutir cada caso de mortalidad materna con personal y autoridades hospitalarias y clínicas maternas infantiles, para asumir temas de desarrollo necesarios para una mejor atención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
- 3) Mejorar la comunicación entre hospitales, clínicas y las unidades de atención primaria para el desarrollo de estrategias a corto, mediano y largo plazo.
- 4) Reforzar las estrategias ya establecidas en el sistema de salud, que están encaminadas a mejorar el acceso a la salud reproductiva tales como: hogares maternos, individuo familia y comunidad (IFC), Cuidados Obstetricos y neonatales esenciales (CONE básico y ambulatorio) y la estrategia metodológica de planificación familiar.

XI- BIBLIOGRAFÍA

- 1) Secretaría de Salud, Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez. RAMNI 2008-2015 .Secretaria de Salud, Honduras.
- 2) HERRRERA M, Mario. MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO. Revista chilena de obstetricia y ginecología versión On-line ISSN 0717-7526 Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología 2012. Santiago – Chile
- 3) Clasificación Estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión. Organización Panamericana de la Salud, 1997
- 4) Meléndez, J; Vásquez, JC.; Villanueva, Y. 1997 Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras 1997.
- 5) ENRIQUE DONOSO S, LUIS VILLARROEL Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. Revista médica de Chile, vol.76 no.3 Santiago
- 6) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión.
- 7) Guía para la vigilancia de la mortalidad materna. Dirección General de Vigilancia de la Salud.Secretaría de Salud. Honduras. Abril 2008.
- 8) Vigilancia de la mortalidad materna. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Republica de Honduras, 2004 – 2006, mayo 2007.
- 9) Conferencia Sanitaria Panamericana; Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna. 26.^a Washington (DC), Estados Unidos. OPS; 2002
- 10) GONZALEZ P, Rogelio. SALUD MATERNO-INFANTIL EN LAS AMÉRICAS. Revista Chilena. Obstetricia y Ginecología. 2010, vol.75, n.6, pp. 411-421.
- 11) Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS.Organización Panamericana de la Salud. Salud Sexual y Reproductiva. . 2da. Edición, Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva – CLAP/SRM. 2008.

- 12) CALDERÓN, LILIAN Consultora en Salud Materna. Una estrategia efectiva para la reducción de la mortalidad materna: la atención calificada del parto con enfoque intercultural,(documento) UNFPA – Bolivia
- 13) Boletín de la Organización Mundial de la Salud Volumen 85, Número 8. agosto de 2007.
- 14) Los factores culturales y socioeconómicos de los servicios de salud y prevención de la salud para los pueblos indígenas. Antrocom Online Journal of Anthropology, 2010, vol. 6. n. 2 - ISSN 1973-2880
- 15) ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNA DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS OEA/Ser. L/V/II. Doc. 69 7 junio 2010 Original: Español
- 16) INFORME EVALUACIÓN DE IMPACTO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD Proyecto *“Mejoramiento de la calidad de los SBS” Guatemala, diciembre 2009*
- 17) Mortalidad Materna. Nota descriptiva N°348. Organización Mundial de la Salud. Mayo de 2012
- 18) Guía para la vigilancia de la mortalidad. Secretaria de salud pública de Honduras Tegucigalpa, MDC Honduras, C.A Abril 2008.
- 19) PORTAL VÁSQUEZ, ROCIO ELIZABETH “CONSECUENCIAS SOCIALES Y FAMILIARES DE LA MUERTE MATERNA EN LA SUB REGION DE SALUD CAJAMARCA” TESIS Para optar el grado de Doctor en Salud Mención: Gestión en Salud, Septiembre, 2009. UNIVERSIDAD SAN PEDRO, ESCUELA DE POSTGRADO Cajamarca – Perú.
- 20) Representación de la OPS/OMS. <http://www.ops.org.sv> 73 Avenida Sur #135, Colonia Escalón, San Salvador. Copyright © 2009, OPS / OMS.
- 21) Boletín OPS/OMS Perú informa -- Boletín No. 4 - Febrero de 2011.
- 22) CALDERÓN, LILIAN Consultora en Salud Materna. Una estrategia efectiva para la reducción de la mortalidad materna: la atención calificada del parto con enfoque intercultural,(documento) UNFPA – Bolivia

- 23)Objetivos de desarrollo del milenio. Sistema de las Naciones Unidas. Tercer Informe de País. Honduras 2010
- 24)Normas Nacionales Para la Atención Materno-Neonatal. Dirección General de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Integral a la Familia. Subsecretaría de Riesgos Poblacionales. Secretaría de Salud. República de Honduras, TEGUCIGALPA, M.D.C. Agosto de 2010.
- 25)DEMORAS FATALES. Mortalidad Materna. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura. Perú 2007.
- 26)HERRRERA M, Mario. MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO. Rev. chile. Obstet. ginecol. 2003, vol.68, no.6 (citado 4 de marzo 2008)
- 27)HERRRERA M, Mario. MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO. Revista chilena de obstetricia y ginecología versión On-line ISSN 0717-7526 Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología 2012. Santiago – Chile
- 28)Irma Romero-Pérez,* Georgina Sánchez-Miranda,* Eva Romero-López,* Mayra Chávez- Muerte materna: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE FACTORES SOCIOCULTURALES. Perinatología y Reproducción Humana Artículo de revisión Enero-Marzo, 2010 Volumen 24, Número 1 pp 42-50
- 29)Elsa Rodríguez Angulo, Pedro Aguilar Pech. Universidad Autónoma de Yucatán, México. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México 2006-2008.,
- 30)Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL Casilla 179 D, Santiago Chile 2010
- 31)La mortalidad materna indígena y su prevención Proyecto CDI-PNUD. Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos Indígenas. Gobierno federal de México. Abril de 2010.
- 32)*J. Guadalupe Panduro, Jesús Pérez M. Elizabeth Guadalupe Panduro. Juan Francisco Castro H. María Dolores Vázquez G. Factores de riesgo prenatal en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México Revista chilena de obstetricia y ginecología. Versión ISSN 0717-7526.*
- 33)Mortalidad de Mujeres en Edad Reproductiva y Mortalidad Materna. Secretaria de Salud. Honduras 1990

- 34) Departamento de Estadística y Registros Médicos, Hospital San Francisco, Juticalpa, Olancho Honduras. 2011
- 35) Departamento de Estadística, Región Sanitaria #15 Juticalpa, Olancho, Honduras. 2011.
- 36) Programa de Atención a la Mujer, Región Sanitaria #15 Juticalpa, Olancho, Honduras. 2011.
- 37) Boletín estadístico, Proyecto RAMNI-AECID. Honduras 31 enero 2011

XII. ANEXOS

CUESTIONARIO

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Medicina
Investigación Mortalidad Materna
Olancho, Honduras 2010

De ficha _____

Determinar los factores asociados con la mortalidad materna que intervinieron en los casos ocurridos en el periodo de enero a diciembre de 2010, en el departamento de Olancho, Honduras. C.A

4. Edad _____

5. Nombre: _____

6. Estado Civil

- a. Casada
- b. Soltera
- c. Unión libre
- d. No consignado

7. Escolaridad

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Universitaria
- e. No consignado

8. Sabía leer

- a. Si
- b. No
- c. Se ignora

9. Años de escolaridad

- a. 0
- b. 5
- c. 6
- d. 9
- e. 15
- f. No consignado

10. Residencia de la fallecida

- a. Campamento
- b. Catacamas
- c. Culmi
- d. Esquipulas del Norte
- e. Guarizama
- f. Guata
- g. Guayape
- h. Juticalpa

11. Ocupación

- a. Ama de casa
- b. Estudiante
- c. No consignado
- d. Oficios domésticos
- e. Otras

12. Etnia

- a. Mestiza
- b. No consignada

13. Recibió atención SI _____ NO _____

14. Número de controles prenatales

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. 6
- h. 7

15. Momento reproductivo de la muerte

- a. Embarazo más de 20 semanas
- b. Parto
- c. Puerperio

16. Horas después del parto en que ocurrió la muerte

- a. Más de 72 horas
- b. Menos de 24 horas
- c. No aplica

17. Sitio del parto

- a. Hospital Aníbal Murillo
- b. Hospital Escuela
- c. Hospital San Francisco
- d. Clínica Materna de Guayape
- e. Hogar
- f. No aplica

18. Quien atendió el parto

- a. Auxiliar de enfermería
- b. Ella misma
- c. Medico
- d. Partera
- e. No aplica

19. Causa básica directa de muerte

- a. Hemorragia
- b. Sepsis
- c. Trastornos hipertensivos
- d. Otros

20. Causa especifica de muerte

- a. Asistolia
- b. Shock séptico
- c. Coagulación extravascular diseminada
- d. Falla multiorganica
- e. Shock hipovolémico
- f. Infarto al miocardio
- g. Síndrome distres respiratorio del adulto
- h. No consignado

21. Causa directa de la muerte 1

- a. Atonía uterina
- b. Eclampsia
- c. Endometritis
- d. Placenta previa
- e. Pre eclampsia
- f. Retención placentaria
- g. Ruptura uterina
- h. Otras

22. Causas de muerte directa 2

- a. Embolia de líquido amniótico
- b. Eclampsia
- c. Hipertensión

- d. Hipotonía uterina
- e. Neumonía
- f. Otras infecciones
- g. Placenta previa
- h. Preclampsia
- i. Retención placentaria
- j. Ruptura prematura de membranas
- k. Ruptura de útero
- l. Septicemia por estreptococos neumoniae

23. Muerte por causas Agrupadas

- a. Hemorragias
- b. Trastornos hipertensivos
- c. Sepsis
- d. Obstétricas indirectas
- e. Otras

24. Clasificación de la muerte

- a. Obstétrica directa
- b. Obstétrica indirecta

25. Mes de la muerte

- a. Febrero
- b. Marzo
- c. Abril
- d. Mayo
- e. Junio
- f. Julio
- g. Agosto
- h. Septiembre
- i. Octubre
- j. Noviembre

26. Sitio de la muerte

- a. Catacamas
- b. CMI Guayape
- c. Corral Viejo
- d. El Bijao
- e. El Naranjal
- f. Guarizama
- g. Hospital Aníbal Murillo
- h. Hospital Escuela
- i. Hospital San Francisco

27. Quien realizo el control prenatal

- a. Auxiliar de enfermería
- b. Ginecólogo
- c. Médico general
- d. No se controlo

28. Embarazos anteriores

- a. 0
- b. 1
- c. 3
- d. 7
- e. 8
- f. 11

29. Tipo de parto

- a. Institucional
- b. Comunitario
- c. No aplica

30. Definición de la muerte

- a. Comunitaria
- b. Institucional

31. Tiempo de puerperio

- a. De 8 a 14 días
- b. Más de 14 días
- c. Menor de una semana

32. Demoras

- a. 1
- b. 1,2
- c. 1,2,3
- d. 2
- e. 2,3
- f. 3

33. Control puerperal

- a. Si
- b. No
- c. No aplica

34. Lugar de captación

- a. Comunidad
- b. Registros hospitalarios
- c. Registros médicos

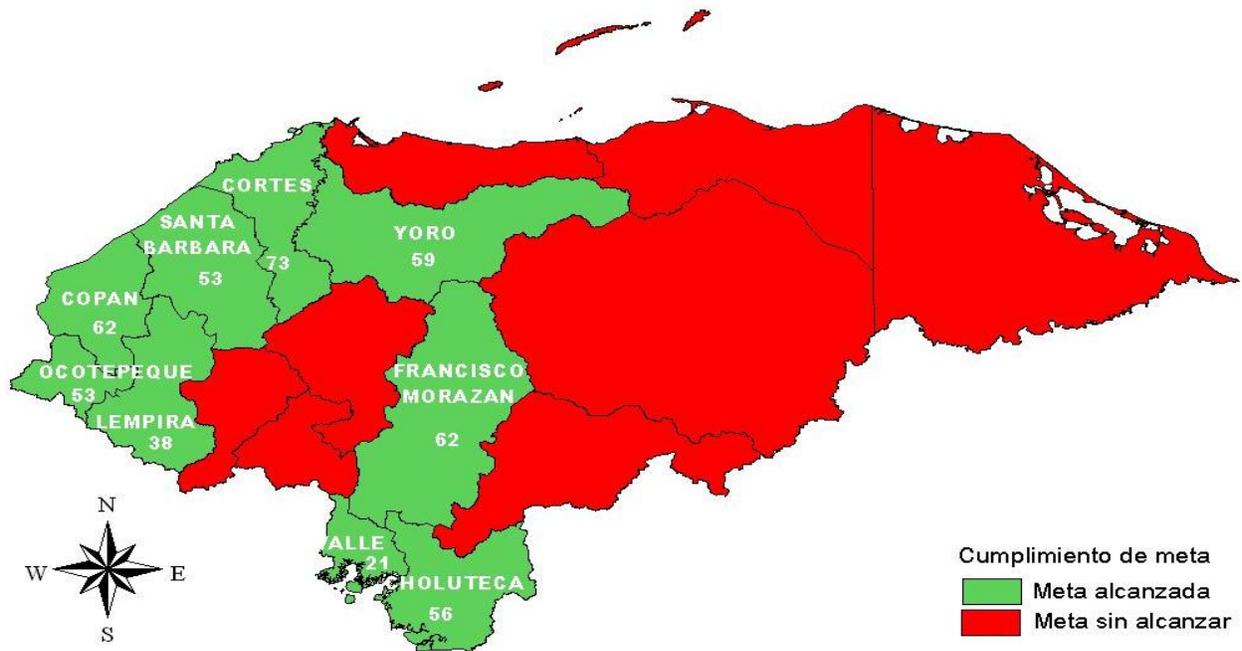
35. Trimestre en que ocurrió la muerte

- a. I
- b. II
- c. III
- d. IV

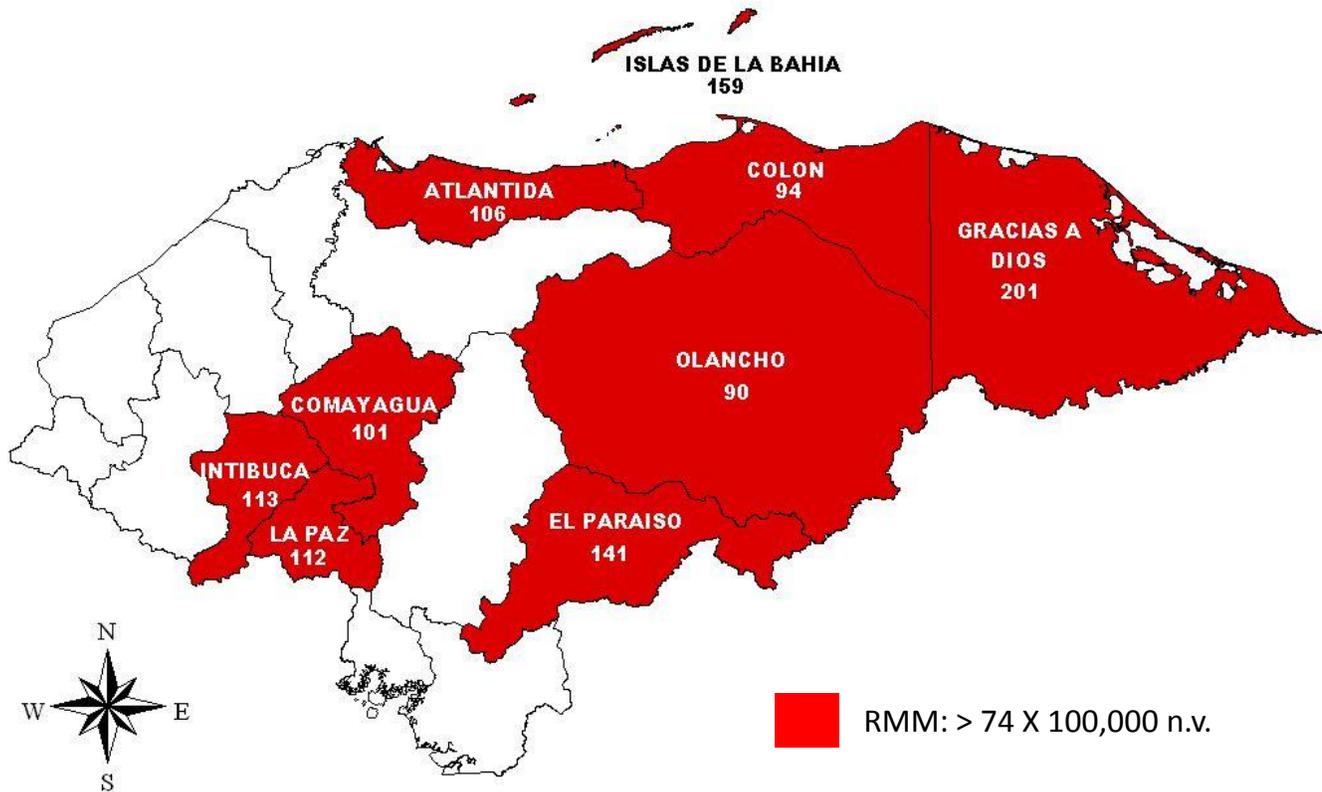
36. Utilizo método anticonceptivo

- a. Si
- b. No
- c. No sabe
- d. Sin dato

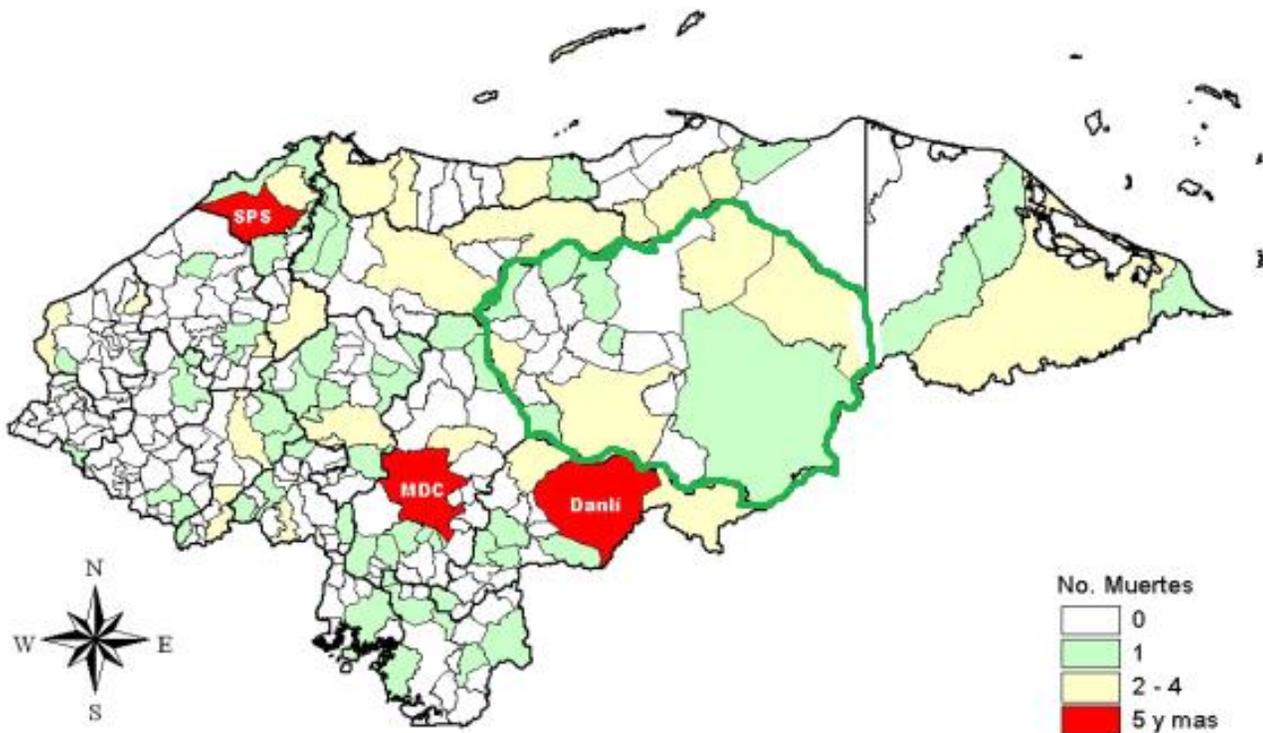
Mapa de Honduras según meta cumplida de reducción de mortalidad materna por departamento al 2010



Departamentos con Razón de mortalidad materna, con valores superiores a la nacional, Honduras, 2010



Muertes maternas por municipios, Honduras, 2010



Olancho



I. Glosario: SIGLAS

DGVS:	Dirección General de Vigilancia de la Salud
NV:	Nacidos vivos
DAIF:	Departamento de Atención Integral a la Familia
INE:	Instituto Nacional de Estadísticas
ODM:	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
RAMOS:	Metodología de la captación de las muertes de mujeres en edad reproductiva.
RAMNI:	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez
MM:	Muerte Materna
RMM:	Razón de mortalidad materna
UNICEF:	Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia.
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
CMI:	Clínica Materno Infantil

Glosario

Mujer en edad fértil: mujer en edad comprendida entre los 10 y 49 años.

Mujer Adolescente: mujer en edad comprendida de 10 a 19 años

Muerte de mujer en edad fértil: Muerte de una mujer en edades comprendidas entre los 10 y 49 años independientemente de la causa de defunción.

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

Muerte materna: Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte no materna: Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a causas accidentales o incidentales.

Muerte materna tardía; Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas que ocurre después de los 42 días hasta 365 días de la terminación del embarazo.

La causa básica de defunción la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

Nacidos vivos: Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo de un producto de la concepción que, después de dicha separación respire o dio cualquier otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones de cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se consideran como un nacido vivo.

Tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil: Es el número de defunciones de mujeres comprendidas entre los 10 y 49 años (MEF) independientemente de la causa de defunción sobre el total de MEF estimadas para un periodo determinado.

Razón de mortalidad materna: Es el número de defunciones maternas directas e indirectas en un periodo sobre el total de nacidos vivos en ese mismo periodo multiplicado por una constante.