



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Politécnico de la salud "Silvia Ferrufino."



Tema: Muerte Materna en el puerperio.

SUB-TEMA:

Factores que incidieron en las muertes maternas en el puerperio en las edades de 16-40 años. En el municipio de "Santa Teresa" Carazo, en el periodo de 7 años. (2006 - 2013)

Seminario de graduación para optar al título de Enfermería Profesional.

Elaborado por:

- ❖ *Br. Ramírez Gutiérrez Mireya de los Angeles.*
- ❖ *Br. Ruiz Martínez Rosibell del socorro.*
- ❖ *Br. Soza Aguirre Yaritza Carolina.*

Docente Especialista: Francisco Baltodano.

Jinotepe- Carazo 10 de diciembre 2013

CD028^R173^2013

DEDICATORIA:

Dedico este seminario a Dios por ser el inspirador para cada uno de mis pasos dados en mí convivir diario. A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos, y ¿el por qué dedicarle este trabajo solamente a estos dos grandes seres? Bueno, a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, y por supuesto a mamá y papá, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora.

Agradecimiento.

Deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a los profesores: Erick Cruz y Lic. Lorena Lopez Cordero, quienes además de transmitirnos su vocación investigadora, nos orientaron, ayudaron y estimularon constantemente y directamente en todos los aspectos del seminario de graduación durante este periodo.

Agradecerles la plena confianza que siempre nos han demostrado, así como la dedicación y la atención que en todo momento nos han ofrecido.

A LA Dra. Itzi Huete por la ayuda con el programa estadístico.

A los diferentes médicos especialistas en Ginecología, a si mismo a la Lic. Roiz quienes se desenvuelven en el gremio de la salud.

Valoración del docente especialista.

Resumen.

El presente estudio documental se realizo en el centro de salud de Santa Teresa Carazo, teniendo como tema: "Muerte Materna" la cual se define como la perdida de la vida de la mujer estando embarazada o dentro de los 42 dias completo una vez terminado el embarazo independiente de la duracion o localizacion de este.

En el municipio de Santa Teresa- Carazo lugar de estudio se reportan seis casos de muerte materna, identificandose los factores de riesgo tales como: la edad, multiparidad, primigesta, peso, infecciones de vias urinarias, Factor socioculturales, hernia de madre y padre con trastornos hipertensivos, diabetes, captacion tardia del embarazo, complicaciones trans-parto, ruptura temprana de membrana, episotomia, cesarea de urgencia, manejo inadecuado post parto.

Las principales causas encontradas en las muertes maternas en la poblacion de estudio las cuales clasificaremos como directas e indirectas son:

Directas: Shock septico, , shock hipovolemico sostenido, eclampsia, preclampsia, LUI, cuagulopatia, insuficiencia renal aguda, deshemorragia de episiorrafia, endometritis, sepsis grave, retencion placentaria.

Indirectas: litiasis renal, IVU, malformacion en la parenquima cerebral.

Pese a todo lo anterior, se estimo la realizacion de dicha investigacion para la identificacion precisa de determinantes que predisponen a la mujer a sufrir muerte materna por que se considera que mediante una intervencion un poco mas adecuada y aplicando las soluciones terapeuticas y profilacticas, se puede evitar un resultado desfavorable.

Índice:

Didicatoria.....	II
Agradecimiento.....	II
Valoración de docente especialista.....	IV
Resumen.....	V
Introduccion.....	Pag 1
Justificacion.....	Pag 2
Objetivos.....	Pag 3
Marco Teorico.....	Pag 4-20
Diseño Metodologico.....	Pag 21-23
Resultados.....	Pag 24-27
Análisis de Resultados.....	Pag 28
Conclusiones.....	Pag 29
Bibliografia.....	Pag 30
Anexos.....	Pag 31

Introducción.

Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado. Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas¹.

Medio millón de mujeres mueren al año por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. El 99% de estas muertes maternas ocurren en países pobres. En América Latina cerca de 22,000 mujeres fallecen anualmente por estas causas que representan el 4% de las muertes totales.²

En Nicaragua, la mortalidad materna e infantil continúa siendo el principal problema de salud. En los SILAIS del Centro, Norte y de la Costa Atlántica se concentran las mayores tasas de muerte materna.³

En el departamento de Carazo según datos estadísticos el municipio de Santa Teresa ocupa el segundo lugar de mayor caso de muertes maternas en el periodo 2006-2013. con un porcentaje del 31.5%.

En el municipio de Santa Teresa Carazo “lugar de estudio” se realizó un cohorte a partir del año 2006-2013. En donde se reportan 6 casos de muerte materna, investigándose los factores de riesgo de las mismas, teniendo esto como importancia reconocer, captar y abordar una adecuada intervención o seguimiento de las púerperas de bajo y alto riesgo, evitando así futuras muertes maternas.

¹ Cita 1-Datos estadísticos de Muerte Materna según la OMS

² Cita 2-“Muerte Materna en América Latina”.

³Cita 3-Estudio de Muerte Materna en Nicaragua 2008

Justificación.

El presente estudio documental se realizó en el centro de salud en el municipio de Santa Teresa Carazo, para identificar diferentes factores de riesgos que tuvieron mayor prevalencia en los seis casos de muerte materna reportados en el periodo establecido entre las edades 16 a 40, para que una vez aplicada la guía de revisión a expedientes clínicos, evaluar el seguimiento brindado a dichas ptes. Con el fin de abordar la intervención adecuada en el puerperio explicando las acciones pertinentes utilizadas en el primer nivel de atención, por que se considera que todos y cada uno de los factores detectados se pueden remediar a tiempo.

Objetivo General:

- ❖ Identificar los factores de riesgo que inciden en las muertes maternas en el puerperio entre las edades de 16-40 años en el centro de salud de santa teresa Carazo, en el periodo de 2006-2013.

Objetivos específicos:

- ❖ Explicar ¿a que se le llama muerte materna?
- ❖ Determinar los factores de riesgo que incidieron a que sucediera la muerte materna en la población de estudio.
- ❖ Describir las acciones del primer nivel de atención a ptes. Puérperas según las estrategias de ministerio de salud.

Marco Teórico.

Qué es la muerte materna?



“La muerte materna se define como toda defunción de una mujer ocurrida durante el embarazo, el parto o los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, por causas relacionadas o agravadas por ésta, pero no por causas accidentales o incidentales”.⁴(cita 4)

Durante el proceso reproductivo, los factores de riesgo se relacionan con aspectos biológicos, hereditarios, psicológicos y emocionales, situación socioeconómica y cultural.

Además, se incluyen condiciones desfavorables orgánicas, ambientales y de comportamiento, así como el acceso a los servicios de atención a la salud.

Los riesgos asociados con la gestación se relacionan con los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres: la alta paridad, intervalo entre cada embarazo, resultados de embarazos previos, enfermedades y operaciones anteriores, que propician el deterioro y desnutrición del organismo; entre otros riesgos asociados con las condiciones actuales del embarazo, están: la edad de las mujeres, sangrado, dolores de cabeza, hinchazón de manos y piernas, disminución de movimientos fetales, contracciones, ruptura de membranas, posición fetal, infecciones y deseo de embarazo, entre otros.

⁴ (cita 4- <http://referece.com/definicion/puerperiowikipedia.org/wik/puerperio>)

Estos factores desembocan en complicaciones obstétricas directas de la mortalidad materna:



infecciones, preeclampsia, hemorragias, toxemia, sepsis y aborto; y entre las causas indirectas, aquellas enfermedades preexistentes o crónicas que se agravan durante el embarazo parto o puerperio como la diabetes y la hipertensión. ⁵

⁵ Borbio Virginia (marzo 2012) "Curso intensivo en medicina Materno-Infantil" 1ra Edición.

Factores predisponentes que inciden en una muerte materna.

Los factores predisponentes pueden estar relacionados con: el riesgo general de infección, con el parto y con la intervención obstétrica.

Factores relacionados con el riesgo general de infección

- Anemia.
- Control prenatal deficiente.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Obesidad.
- Infección cervicovaginal.
- Relaciones sexuales en las últimas 4 semanas del embarazo.

Factores relacionados con el parto

- Trabajo de parto prolongado.
- Corioamnionitis.
- Exploraciones vaginales múltiples.
- Rotura prematura de membrana.

Factores relacionados con la intervención obstétrica

- Episiotomía.
- Instrumentaciones obstétricas.
- Desgarros cervicales, vaginoperineales o ambos.
- Cesárea de urgencia.
- Extracción manual de la placenta.

Clasificación de muerte materna.

Tipo de Caso	Características de la clasificación
Defunción relacionada con el embarazo	Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.
Defunción materna tardía	Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.
Defunción materna	La defunción materna se define como la 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 con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
Defunciones obstétricas directas	Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de

	una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
Defunciones obstétricas indirectas	Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Causas principales de las muertes maternas



Segun la OMS, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. ⁶

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

⁶ <http://www.OMS/nicaragua.es/mortalidad.materna/2008>



El Shock hipovolémico:

a menudo llamado shock hemorrágico, es un síndrome complejo que se desarrolla cuando el volumen sanguíneo circulante baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Es un estado clínico en el cual la cantidad de sangre que llega a las células es insuficiente para que estas puedan realizar sus funciones. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.⁷

❖ Hemorragia Parenquimatosa.

es una colección de sangre dentro del parénquima cerebral secundaria a una rotura vascular no traumática, su gravedad es variable dependiendo del tamaño, tiempo de evolución y localización del hematoma, presentando, en general, una alta morbimortalidad relacionada tanto con la gravedad del cuadro como con las complicaciones secundarias al mismo.

❖ Retención placentaria.

Este hecho se da, después del nacimiento del niño, la placenta tarda en desprenderse o queda algún trozo de ella en el interior del útero; es, por lo tanto, una complicación del alumbramiento. En ese momento la mujer siente intensos dolores de cintura y de vientre, y su semblante se torna amarillento. La terapeuta evalúa la gravedad del problema según la cantidad y el color del sangrado, y el tiempo transcurrido desde el nacimiento; de la misma manera, presta particular atención al olor del sangrado mismo, ya que cuando les queda algo en su vientre el olor es muy feo.

⁷ (Cita 7-Dx y Tx de la hemorragia obstétrica en el embarazo y puerperio. "centro nacional d excelencia tecnológica en salud")

❖ **Coagulopatías.**

Los trastornos hemorrágicos o Coagulopatías, que se caracterizan por una tendencia a sangrar con facilidad, pueden ser causados por alteraciones en los vasos sanguíneos o por anomalías presentes en la sangre misma. Estas anomalías pueden encontrarse en los factores de la coagulación de la sangre o en las plaquetas.

❖ **Insuficiencia renal.**



La **insuficiencia renal** o **fallo renal** se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente. Fisiológicamente, la insuficiencia renal se describe como una disminución en el índice de filtrado glomerular, lo que se manifiesta en una presencia elevada de creatinina en el suero.

Todavía no se entienden bien muchos de los factores que influyen en la velocidad con que se produce la insuficiencia renal o falla en los riñones. Los investigadores todavía se encuentran estudiando el efecto de las proteínas en la alimentación y las concentraciones de colesterol en la sangre para la función renal.

Algunos problemas de los riñones ocurren rápidamente, como el caso un accidente en el que la pérdida importante de sangre puede causar insuficiencia renal repentina, o algunos medicamentos o sustancias venenosas que pueden hacer que los riñones dejen de funcionar correctamente. Esta bajada repentina de la función renal se llama insuficiencia renal aguda.

❖ Endometritis.



Endometritis es la inflamación sistemática del endometrio, que es la capa de mucosa que cubre la cavidad uterina. Es la localización más frecuente de la infección puerperal y suele manifestarse hacia el 30 - 50 día del puerperio.¹

La endometritis es habitualmente causada por una infección, destacando la clamidia, el gonococo, la salpingitis además de los casos de endometritis tuberculosa (relacionada con la tuberculosis) y la endometritis purulenta.

Otros casos de endometritis se dan tras el parto o aborto, por la inserción de un DIU (dispositivo intrauterino) con funciones de prevención de embarazos o tras una operación u otra manipulación ginecológica.

❖ LUI

¿Qué es un legrado?

El legrado del útero o raspado de la matriz consiste en extraer la capa más interna del útero, llamada endometrio, mediante un instrumento denominado legra.

¿Cuándo se realiza un legrado de la matriz?

Existen dos tipos de legrado:

Ginecológico: el legrado se realiza como parte del estudio de una mujer que tiene **reglas abundantes o irregulares**, o que ha sangrado tras la **menopausia**.

Obstétrico: el legrado se realiza para evacuar los tejidos residuales de la matriz en caso de **aborto** o tras un **parto**, cuando quedan restos de placenta.

❖ Síndrome de distres respiratorio de adulto.

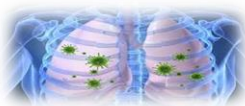
Si bien esta denominación podría ser aplicable a cualquiera de las insuficiencias respiratorias agudas tratadas en otros capítulos (asma, neumonía, embolia pulmonar, traumatismo de tórax, edema pulmonar carcinogénico), este nombre se reserva para una forma muy grave de insuficiencia respiratoria aguda debida a un edema pulmonar no cardiogénico. Este síndrome complica a múltiples enfermedades y constituye uno de los problemas más frecuentes en las unidades de cuidados intensivos.

❖ Dehiscencia de episiorrafia.

Se define como la abertura espontánea de una herida quirúrgica. Ante la apertura de la herida de la episiotomía se debe sospechar de una Dehiscencia de episiorrafia.

La incidencia de la Dehiscencia de episiorrafia, existen factores predisponentes tales como infecciones bacterianas de la piel, virus de papiloma humano, hábitos tabáquicos, hemorragia excesiva o formación de hematomas secundarios a trastornos de la coagulación heredados o adquiridos.

Neumonía bilateral por gérmenes



Se refiere a la neumonía causada por ciertas bacterias, a saber: *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*. Se denomina "atípica" porque los síntomas difieren de los de la neumonía debida a otras bacterias comunes. La neumonía bilateral, es una neumonía complicada, ya que toma los dos pulmones puede dar dificultad respiratoria marcada, normalmente se da en pacientes ancianos o con defensas bajas, asmáticos o niños, son gérmenes agresivos los que producen este tipo de infección. La neumonía es una infección del pulmón.⁸

⁸ (Cita 9-Dra. Constanza Ralple, Dr. Jorge A Carvajal. "Manual de obstetricia y Ginecologi

Factores de riesgo que incidieron en la muerte materna.

Pese a lo anterior, se detectó los siguientes factores de riesgos que incidieron en las muertes maternas:

Antecedentes personales.

1) Trastornos hipertensivos del embarazo tales como:

Preeclampsia.

El diagnóstico clásicamente **se basa** en el desarrollo de la hipertensión con proteinuria edema o ambos después de la vigésima semana de la gestación es raro que estos síntomas aparezcan más temprano como el caso de una mola hidatiforme (término que se utiliza para referirse concretamente a un trastorno del embarazo caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el útero)

Los criterios de diagnóstico de la preeclampsia son sencillos la presión arterial es de 140/90 o mayor o bien excede de los valores basales en 30 Mm. Hg. para la sistólica o 15 Mm. Hg. para la diastólica la presencia de estos criterios el menos con 2 registros con 6 HR de intervalos con la paciente en reposo hacen el diagnóstico de preeclampsia. La cifra diastólica es la guía más fidedigna en lo que respecta a la preeclampsia y puede excederse a 90 Mm. Hg. cuando la cifra sistólica no es alarmantemente alta.

Eclampsia.

La eclampsia es una extensión de la preeclampsia pero en muchos casos la preeclampsia puede no progresar a eclampsia sea porque la enfermedad fue ligera o porque el tratamiento detuvo el desarrollo de ésta la eclampsia. La eclampsia constituye un proceso agudo propio de la mujer gestante en fase puerperal que se caracteriza por la aparición de convulsiones clónicas y tónicas durante las cuales hay pérdida de la conciencia seguida por el estado de coma más o menos prolongado. Aproximadamente en la mitad de los casos las convulsiones aparecen durante el trabajo de parto y en el resto de los casos aparecen después del parto. Cualquier convulsión que ocurra más de 48 horas después del parto es más probable que sea causada por una lesión subyacente del sistema nervioso central que por la eclampsia.

2) Embarazo gemelar.

Es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos. Un embarazo múltiple puede resultar de la fertilización de un óvulo por un espermatozoide que se divide, el cual es denominado embarazo monocigótico. Los embarazos múltiples también pueden resultar de la fertilización de dos o más óvulos, denominándose entonces embarazo múltiples. Las complicaciones maternas son 3-7 veces más frecuentes en los embarazos múltiples. Por lo general, el embarazo múltiple tiene mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, de tal forma que puede decirse que prácticamente todos los riesgos del embarazo único aumentan en el múltiple.

3) Diabetes gestacional.

La diabetes gestacional les da cuando tienes un nivel elevado de azúcar en la sangre (glucosa). Se le llama gestacional porque se desarrolla durante el embarazo, por lo general a partir de las 20 semanas. La madre corre el riesgo de tener complicaciones en el parto o requerir cesárea, desarrollar diabetes de otro tipo en algún momento de su vida, sufrir hipertensión arterial o preeclampsia, y padecer diabetes gestacional en subsiguientes embarazo.

4) Infección puerperal

Es una infección por bacterias normalmente encontradas en una vagina saludable. Estas bacterias pueden infectar el útero, la vagina, los tejidos contiguos y los riñones.

La infección suele ocurrir en el útero y causa inflamación. La causa más frecuente de infección postparto es la endometritis o inflamación del revestimiento interior del útero. También puede haber flebotrombosis, esto es, inflamación de las venas del útero).

También puede afectar la vagina, la vulva, el perineo (área entre la vagina y el recto, en las episiotomías), el cuello del útero o el peritoneo (membrana que cubre los órganos abdominales, peritonitis).

5) Edad menor o igual a 16 años o mayor de 35.

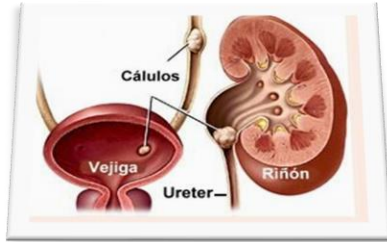
Es recomendable según los estudios realizados que una mujer debe salir embarazada entre los 20 a los 35 años debido a que entre más edad disminuye mínimamente la fertilidad, y a partir de los 30 empieza a disminuir cada vez más. A partir de los 35 años consideran que es un embarazo de riesgo.

6) Riesgos maternos por la malnutrición.

Sobrepeso: La mujer obesa tiene más riesgo de tener complicaciones; en su gestación, principalmente hipertensión y diabetes. En ellas, no se debe indicar dietas reductoras, pues requieren un mínimo de 30 kcal/kg/día y el catabolismo de grasas puede ocasionar cetonemia. La gestante obesa no debe ganar más de 6 a 9 kg de peso en todo el embarazo.



❖ Litiasis Renal en la embarazada.



La litiasis urinaria obedece, en la mujer embarazada, a una fisiopatología diferente de la de la mujer no embarazada: hay modificaciones anatómicas del árbol urinario, biológicas sanguíneas y urinarias (aumento de factores litógenos, pero también lito protectores) que conducen a un nuevo equilibrio, diferente del que existe sin embarazo. Por eso, la litiasis urinaria no es más frecuente en la mujer embarazada, aunque la composición de los cálculos suele ser diferente de la que se observa fuera del embarazo. El modo de aparición suele ser un cólico nefrítico.

Es más difícil confirmar la causa en estas pacientes, por un lado a causa de la frecuencia de este tipo de dolor fuera de todo cálculo en la mujer embarazada por la dilatación «fisiológica» de las vías urinarias superiores y, por otro lado, a causa de los límites para realizar exploraciones radiológicas emisoras de irradiación y por lo tanto potencialmente peligrosas para el feto. También hay que tener en cuenta las complicaciones: urológicas, idénticas a las observadas fuera del embarazo (infección, cólico nefrítico hiperálgico, insuficiencia renal).

Pero también obstétricas (parto prematuro, posible toxicidad fetal de las distintas pruebas complementarias o tratamientos). El tratamiento de uno o varios cálculos urinarios en una paciente embarazada presenta especificidades propias y requiere una colaboración multidisciplinaria obstétrica, urológica, radiológica y anestésica. Suele ser un tratamiento sintomático que permite la expulsión espontánea del cálculo o calmar el dolor. El tratamiento urológico del cálculo no suele ser necesario durante el embarazo y se reserva para las situaciones de fracaso del tratamiento conservador o ante la imposibilidad de realizarlo (en caso de sepsis, por ejemplo). En estos casos, debe ser lo menos invasivo posible y limitarse al tratamiento del cálculo o cálculos sintomáticos. En cualquier caso, el tratamiento completo del cálculo y de la enfermedad litiásica se efectuará en el posparto.

7) Infección de Vías Urinarias.

La IVU desde el punto de vista clínico, puede presentarse como una infección asintomática: Bacteriuria asintomática del embarazo, o como una infección sintomática: cistitis y pielonefritis gravídicas Bacteriuria asintomática (BA): es la presencia de bacterias en la orina, generalmente mayor de 100.000 UFC/ml de orina en ausencia de síntomas en el momento de tomar la muestra para el cultivo.

En general se admite que las tasas de BA durante el embarazo son similares a las de la población no gestante y se considera que la mayor parte de ellas son previas al embarazo. Es detectable ya en las primeras semanas de embarazo por lo que se recomienda el cribado de las gestantes para la detección durante el primer trimestre.

- 8) Herencia: madre y/o padres con antecedentes de hipertensión, diabetes.
- 9) Captación de Embarazo en el segundo semestre.
- 10) Servicios prestados al ingreso no acatando la norma. (todo ingreso de embarazo lo debe de realizar el médico.)
- 11) Ineficacia en las acciones de enfermería de acuerdo a los conocimientos correctos adquiridos.⁹

⁹ (cita 9- “trastornos hipertensivos y otras complicaciones en el embarazo” Dra Elba Gomez)

Acciones del primer nivel de atención a ptes. Puérperas segun las estrategias de ministerio de salud.

El personal de salud correspondiente al primer nivel de atención se debe regir a las diferentes acciones proporcionadas por el ministerio de salud, teniendo este como finalidad detectar, corregir y evitar muerte maternas, las cuales a continuación se mencionan:



- Búsqueda intencionada de mujeres con factores de Riesgo reproductivo para brindarles promoción y consejería en métodos anticonceptivos.
- Promoción de métodos de planificación familiar a puérperas con alto riesgo o bien a las de bajo riesgo con el objetivo de espaciar sus embarazos y disminuir la incidencia de periodos intergenésicos cortos.
- Garantizando un stock básico para el manejo de urgencias obstétricas en las Unidades de Centro de Salud.

- Envío anticipado y oportuno de embarazadas de alto riesgo para la atención del parto en unidades de Segundo Nivel de Atención.
- Observancia y apego a la Norma Oficial de Nicaragua, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Se realiza vigilancia activa de las embarazadas dentro y fuera de las unidades médicas hasta la resolución del embarazo y durante el puerperio, con apoyo de población de las comunidades organizados en grupos voluntarios.
- Seguimiento al 100% de las embarazadas derivada del primer al segundo nivel de atención y viceversa.
- Monitoreo y vigilancia semanal de las embarazadas de alto riesgo, preferentemente en la unidad médica o bien a través de los grupos voluntarios previamente capacitados.
- Se promueve la formación de redes sociales de apoyo, que trabajan con las embarazadas de alto y bajo riesgo.
- Los grupos voluntarios buscan de manera intencionada y envían a la unidad médica a toda mujer con factores de riesgo reproductivo alto, para promocionar métodos de planificación familiar y búsqueda de embarazadas, no importando si son de alto o bajo riesgo, todas se derivan en cuanto son detectadas.
- Se aplica la estrategia de comunicación educativa en salud materna y consejería a mujeres en edad fértil para el uso de métodos anticonceptivos y seguimiento a usuarias activas de métodos de planificación familiar.¹⁰

¹⁰ “estrategia de seguimiento a ptes clasificadas como bajo y alto riesgo reproductivo” Dra. Itzi Huete responsable de epidemiología Silais Carazo.)

Diseño Metodológico.

Área de estudio:

Centro de salud de Santa teresa- Carazo. Situado sur- este de Jinotepe
Carazo.

Tipo de estudio:

La presente investigación metodológica es una investigación documental por que se constituye una estrategia donde se observa y reflexiona sistemáticamente sus realidades, usando para ello diferentes tipos de documentos que Indaga, interpreta y presenta datos e informaciones sobre el tema determinado. Con un cohorte transversal, debido a que se estableció un periodo determinado (2006-2013) y descriptiva, valga la redundancia se describen los diferentes factores de riesgos y el papel funcional de determinado grupo.

Universo

Las muertes maternas ocurridas en el periodo 2006-2013, correspondiente a un total de 6 fallecidas

Muestra

Estuvo constituidos por las muertes maternas ocurridas en en el centro de salud de santa teresa carazo en el periodo 2006-2013, el cual se hizo con una muestra de 2 expedientes clínicos de seis casos encontrados representando un 33.3% de los casos encontrados. Esto se debe a que solo a dos expedientes se tuvo acceso.

Criterios de inclusión.

Expedientes clinicos correspondientes a las muertes maternas.

La accesibilidad a dos expedientes clinicos.

Criterios de exclusión.

Cuatro expedientes clínicos que no se permitieron revisar.

Estrategia muestra.

Es una estrategia no probabilística, ya que solo entraron en el muestreo cierto grupo de edad para análisis (16-46 años)

VARIABLES DEL ESTUDIO.

En este estudio se aplican variables cualitativas y cuantitativas:

Variables cualitativas: sexo femenino, estado socioeconómico, estado demográfico, causas, factores biológicos.

Variables Cuantitativas: edades de 16 a 40 años, misma que se subdivide en variables continuas que abarca el periodo de 2006-2013.

Operacionalización de variables o matriz de descriptores.

Se trabajó con gráficas y tablas. Ejemplo:

Tablas de variables según su objetivo.

Objetivo.	Variable.	Sub-variable	Indicador	Dimensión.
Mencionar los factores de riesgo que inciden en la muerte materna	1) Factores personales	❖ Edad	≤16. ≥35	Edades la cual según la OMS no se debe salir embarazada.
		❖ IMC.	Talla. Peso.	Eso irá según la ganancia de peso materno por trimestre.
		❖ Patologías.	Eclampsia. Preclampsia. Etc.	Factores en donde estudios demuestran principales causas de muerte materna.
				Suele ser parte fundamental para sospecharse de

	2) Factores hereditarios.	❖ Enfermedades de principalmente de padre y madre de la gestante.	Diabetes. Hipertensión. Cardiopatías. Etc.	probabilidad de que llegase a ser parte de complicación.
--	---------------------------	---	---	--

Objetivo.	Variable.	Sub-variable	Dimensión	Indicador.
Evaluar el seguimiento brindados a ptes con riesgos reales en sus controles pre-natales y una vez después del parto.	Asistencia a controles programados. Visitas domiciliarias.	Programaciones de CPN según normas. Una vez ausente la pte. A cuánto tiempo se le visito.	Expediente clínico.	Mediante expediente clínico aplicando guía de supervisión se lograra identificar la calidad de atención brindadas a dichas pte.

Plan de análisis de los datos.

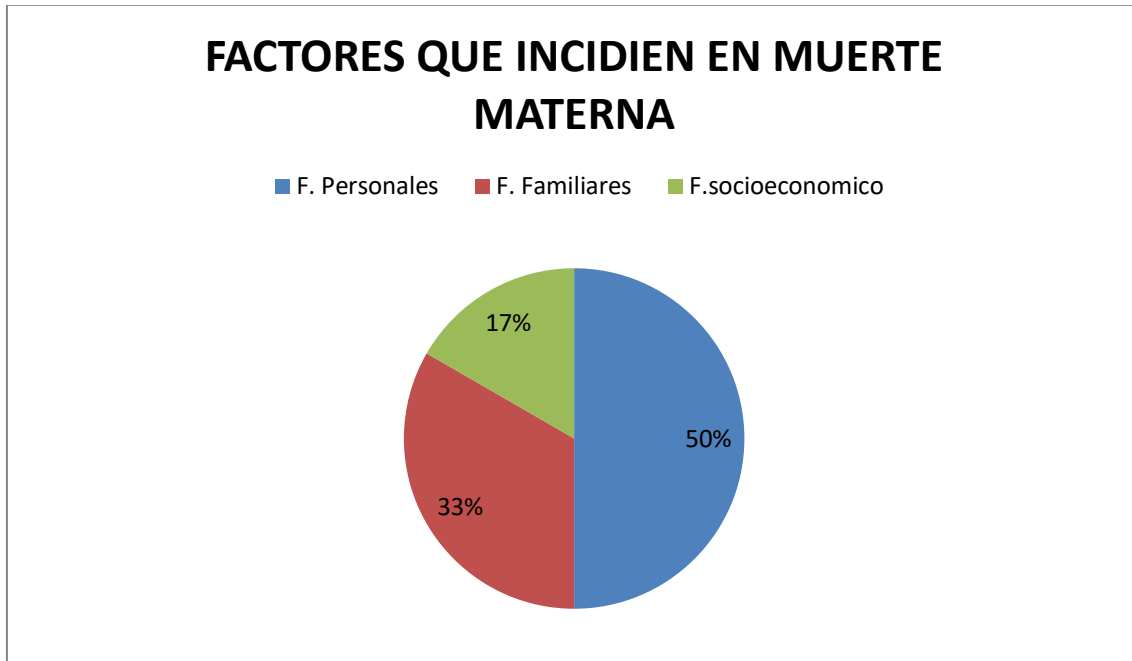
se analizaron los datos atreves de guía de revisión de expedientes clínicos, graficándose mediante barras, tablas etc.

Consideraciones éticas.

Se realizó una guía de revisión guardando el aspecto legal del expediente clínico según datos encontrados o alteraciones de los mismos.

Resultados.

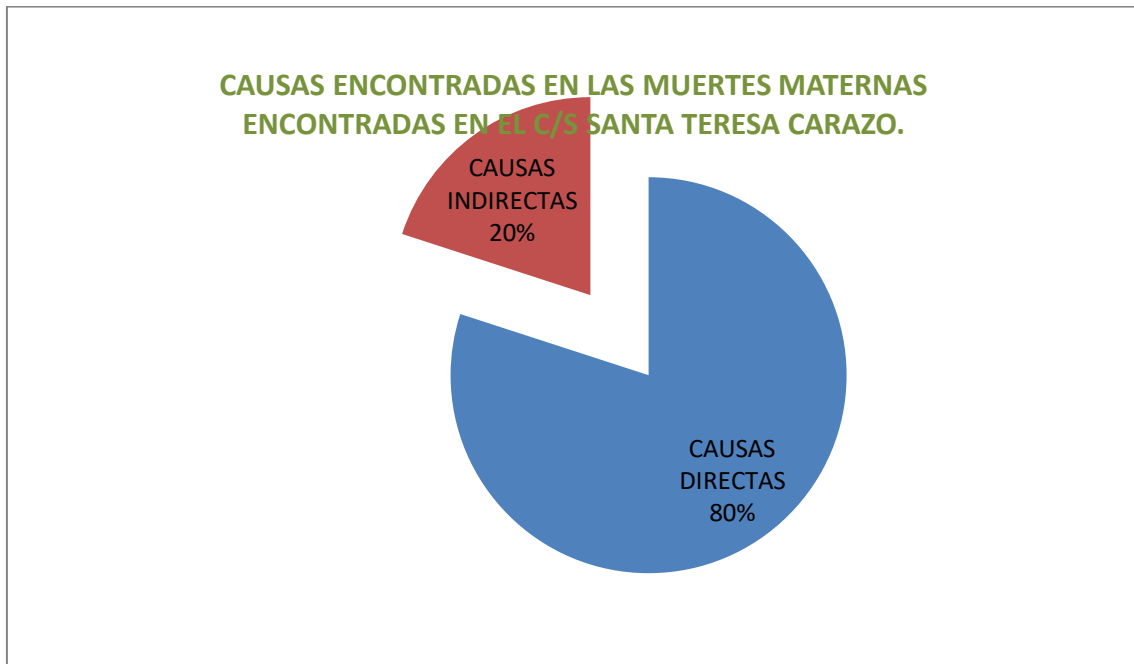
Principales factores que incidieron en la muerte materna.



Fuente: Expediente Clínico

Entre los factores de riesgos con mayor relevancia encontramos los factores personales con un 50%, seguido de los F. familiares con un 33% y en un menor porcentaje el F. Socioeconomico con un 17%

Causas de muertes maternas C/S Santa Teresa.

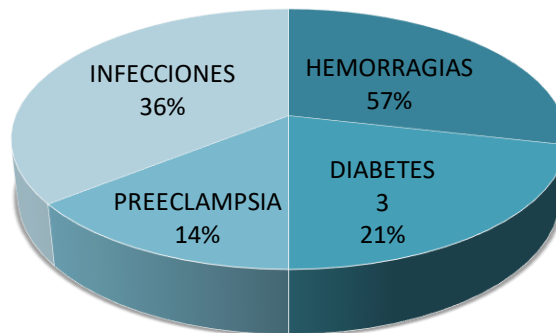


Fuente: expedientes clínicos

Al analizar las graficas sobre las causas de muertes maternas se encontraron con mayor prevalencia en un 80% las causas directas: hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos y en un 20% las indirectas que son las que se agravan con en embarazo: anemia, VIH/SIDA. Enfermedades cardiovasculares.

Principales causas de muerte materna C/S Santa Teresa Carazo.

causas principales encontradas en las muertes maternas en el centro de salud de Santa Teresa Carazo.



fuentes: expedientes clínicos.

Análisis de resultados.

- I. una vez el estudio se encontro que los factores de riesgo que incidieron fueron: factores personales entre ellos la edad, peso, multiparidad, antecedetes patologicos, de los dos expedientes que se tuvo acceso a la informacion una pte. Tenia 4 hijos, antecedentes de preeclampsia, obesidad y tenia 35 años de edad, la otra pte el factor que mas incidio fue la edad adolescente de 16 años, ganancia de peso materno insatisfactorio y se le realizo una captacion tardia a su CPN. Apesar de todos los factores de riesgos reproductivos no se cumplio con la norma la cual refiere “ busqueda intencionada de mujer factores de riesgos reproductivos para brindar atencion y consejeria, asi como la vigilancia activa de la embarazada dentro y fuera de las unidades de salud hasta la resolucio del embarazo y durante el puerperio.
- II. Al analizar las causas encontraras en la muertes maternas, la de mayor relevancia fueron las causas directas como: antecedentes patologicas, hemorragias, infecciones cervico.vaginales, infecciones de vias urinarias, endometritis. De la poblacion de estudio la que mas incidio fue la ivu. Antecedentes de prclampsia, litiasis renal, seguida de los factores indirectos como fue anemia aunque no hubo mayor complicacion.
- III. Dentro de las causas principales de muerte materna del centro de salud de Santa Teresa Carazo segun informacion brindada por el responsable de este mismo, las que mas incidieron fueron las hemorragias- CID, un embarazo gemelar, parto prolongado,

diabetes, lo que coincide con los datos según la OMS. La mayoría de las muertes maternas corresponden a un 80% de estas a causas directas y la que tuvo mayor relevancia en las causas indirectas fue la malformación en la parenquima cerebral como complicación de la hemorragia en el trans parto, y trans operatorio debido a que se dio cesarea de urgencia.

Conclusión.

En el presente trabajo se pudo constatar que a pesar de contar con programas asistenciales para el manejo de la mujer embarazada aun existen factores importantes que predisponen la aparición de complicaciones del embarazo haciendo de esto un incremento del índice de muertes maternas:

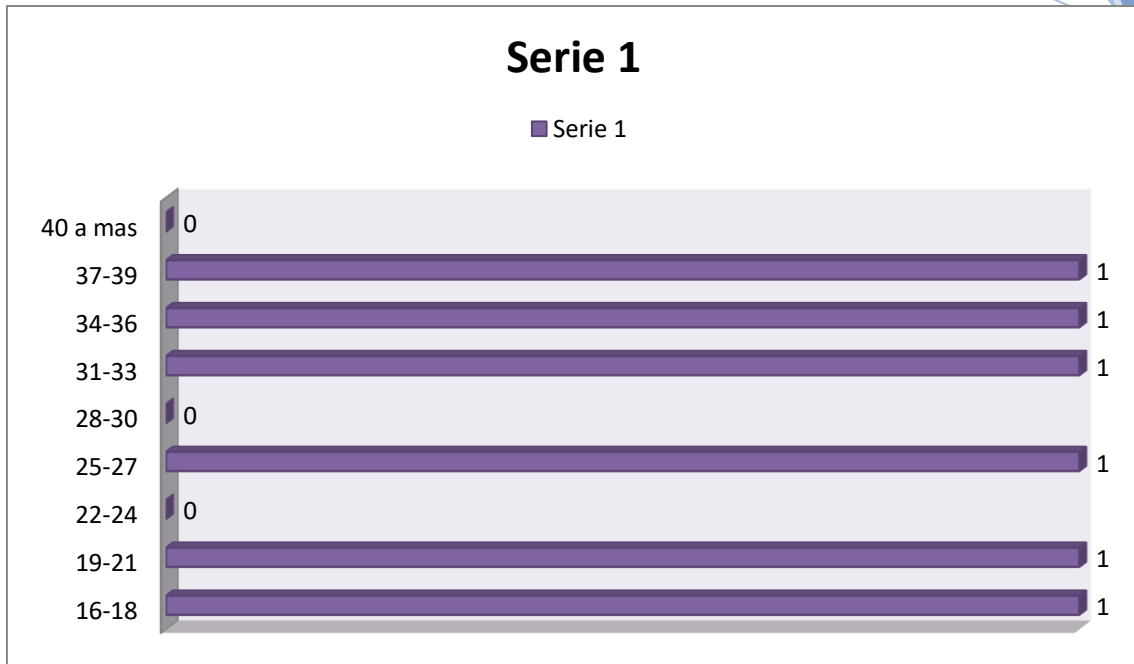
1. Muerte materna: se define que es la muerte de la mujer estando embarazada o después de los 42 días después de haber terminado.
2. En la revisión se encontraron factores entre los que destacan: edad, bajo nivel escolar, embarazo precoz y otro tardío, infecciones cervico-vaginales, control prenatal de inicio tardío, madres que no tuvieron control prenatal, desencadenando en: enfermedad hipertensiva, parto pre término, ruptura prematura de membranas, hemorragias, diabetes gestacional
3. El personal de salud correspondiente al primer nivel de atención se rige a acciones proporcionadas por el MINSA, teniendo como finalidad detectar, corregir y evitar Muerte Materna, Siendo el manejo de la mujer embarazada de índole trascendental para el personal de enfermería quien recibe de primera instancia a la paciente ya sea en consulta u hospitalización por lo que debe conocer estrategias de enseñanza y cuidados que favorezcan la salud materna y al éxito del embarazo a término. Sin embargo se encontró en dichas acciones: captación tardío de embarazo, cálculo erróneo de edad gestacional, no cumplimiento del protocolo de atención de complicaciones durante el embarazo, manejo inadecuado de las ptes. Puerperas tanto fisiológicas como patológicas, agravándose con el nivel cultural de las ptes, por lo que es preciso que el equipo de salud descarte toda esa información a través de estrategias educativas adecuadas que conlleven a la salud materna en pro del desarrollo del país.

Bibliografía.

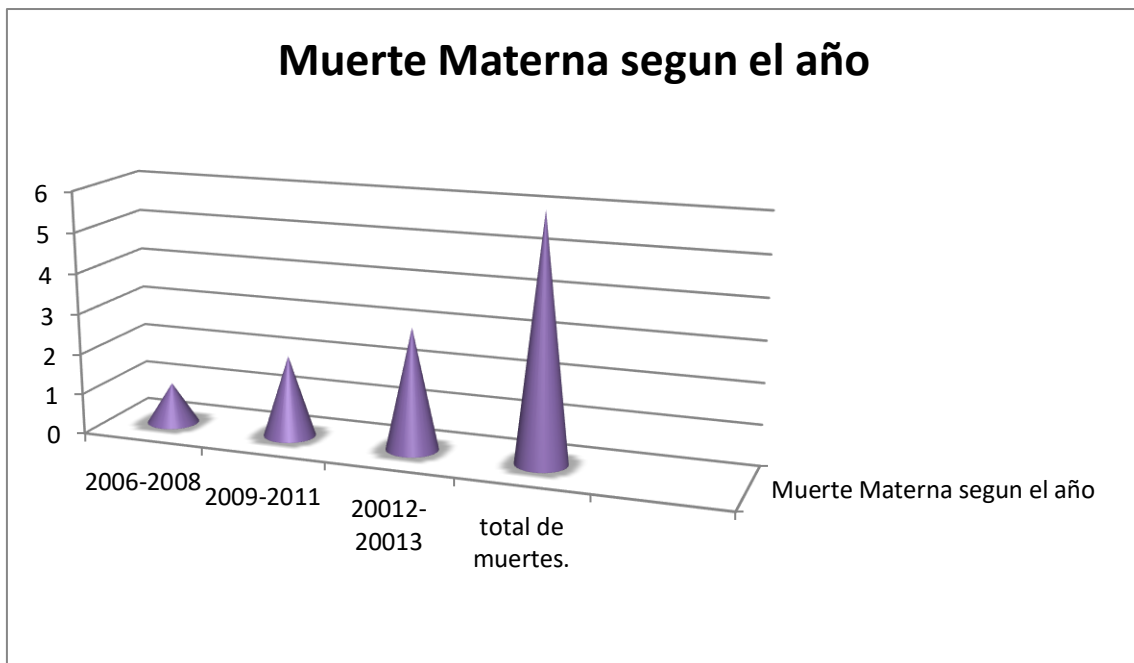
- Centro Nacional de Excelencia tecnológica de la salud. (abril 2008) “Diagnóstico y tratamiento de hemorragia obstétrica en el embarazo y puerperio” 1ra edición.
 - Dra. Ralple Constanza (agosto 2012) “Manual de obstetricia y ginecología” 3ra edición.
 - Dra. Gómez Elba. (mayo 2000) “Trastornos hipertensivos durante el embarazo” 1ra Edición.
 - Gori Jorge. (20001) “Ginecología de Gori” 2da Edición.
 - Schwarz Votta (1992) “Ginecología y Obstetricia” 5ta Edición.
 - Borbio Virginia (marzo 2012) “Curso intensivo en medicina Materno-Infantil” 1ra Edición.
 - http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinat
 - <http://cdigital.uv.mx/bistreamns/12345678/960/7/tesis-o260.pdf>
 - <http://referece.com/definicion/puerperiowikipedia.org/wik/puerperio>.
 - <http://www.OMS/nicaragua.es/mortalidad.materna/2008>
 - http://codic.283/causas.muerte2011/puerperiopatologico_princ.org
 - http://wik.273hemorragias/trans_parto.tes/muerte.com
 - http://grafic_op845/muerte,adolen.orted10-puerperio
 - http://protocolo.atencion_integralsmujer/2007.org
 - http://www.terminologia234medical.hospital-eu_muerte.es
 - http://ginecologia.definicion_48?puerperial/morbi-mortalidad/materna

Anexos.

Números de casos acorde a la edad.

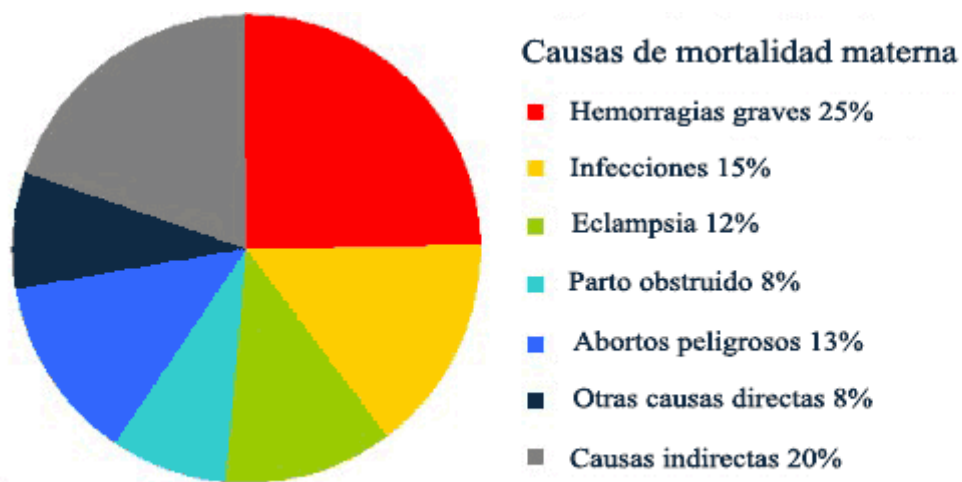


Numeros de casos de muerte maternas en en periodo establecido.



Fuente: datos estadísticos silais Carazo.

Segun la OMS.



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005 - OMS

Guia de revisión.

Objetivo: evaluar el seguimiento brindado a pte. Con riesgo real en sus controles prenatales y una vez después del parto.

“Monitoreo de expediente clínico”

- 1) ¿Edad cumplida de la pte.?
- 2) ¿Número de hijos?
- 3) ¿Antecedentes patológicos familiares?
- 4) ¿Antecedentes patológicos personales?
- 5) ¿En qué trimestre se captó el embarazo?
- 6) ¿Cuántos controles prenatales se realizaron en el embarazo?

- 7) ¿Qué factores de riesgo se detectaron durante el CPN?
- 8) ¿Qué seguimiento se le brindo a la pte. post parto?
- 9) ¿En qué periodo post parto se dio el acontecimiento de muerte?
- 10) ¿En qué unidad de salud se dio la muerte materna?

Cronograma de Trabajo.

Dia Acordado	Hora.	Accion.
Viernes 04 de octubre.	1:00 pm	Recopilacion de informacion.
Martes 08 de octubre.	2:00 pm	Monitoreo.
Miercoles 16 de octubre.	1:00 pm	Visita centro de salud Santa Teresa.
Lunes 28 de octubre.	1:00 pm	Solicitud de informacion.
Jueves 14 de noviembre.	1:30 pm	Monitoreo.
Jueves 21 de noviembre.	11:00 am	Recopilacion de informacion.
Lunes 25 de noviembre.	10:00 am-5:00 pm	Monitoreo.
Martes 26 de noviembre.	2:00 pm	Monitoreo.
Lunes 02 de diciembre	1:00 pm	Visita centro de Salud Santa Teresa.
Jueves 12 de diciembre.	1:00 pm	Visita centro de salud.
Lunes 16 de diciembre.	11:00 am	Supervicion de expediente clinico.
Jueves 09 de enero.	2:00 pm	Revicion final.

Glosario.

Mortalidad Materna: Es la muerte de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo, independientemente de la duración o localización de este, por cualquier caso relacionada o agravada por la gestación o por su manejo, pero no por causa accidentales e incidentales y pueden ser directas e indirectas.

Factores de riesgo: Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de padecer un daño.

Atención prenatal: Es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas o no, de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto.

Control prenatal: serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud; con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad.

Adolescencia: etapa del desarrollo del ciclo vital del desarrollo humano que se continua por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo y se clasifica en adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años, adolescencia final o tardía de 17 a 21 años.

Calidad de Atención: Secuencias de actividades que relacionan al prestador de servicios con el usuario/a y que garantiza la satisfacción de las necesidades de los mismos. (1)

Embarazo de alto Riesgo: Es la presencia de uno o más factores de riesgo, que si no son controlados, tratados o anulados pueden dar resultados desfavorables tanto a la madre , al feto o ambos.

Hipertensión Arteria: Es el aumento de la presión arterial en una mujer embarazada de más de 20 semanas de gestación, mayor o igual a 140/90 Mm. /Hg, edemas y puede durar hasta la finalización del puerperio. No hay proteinuria.

Preeclampsia: Síndrome multisistematico de severidad variable, especifico de embarazo, caracterizado por una reducción de perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de este. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial mayor 140-90 mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acufenos, fosfenos, edema, dolor abdominal.

Eclampsia: Presencia de convulsiones o estado de coma en pacientes con preeclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras 6 semanas de este, en ausencia de otras causas de convulsiones.

Infección puerperal: Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales internos o externos antes, durante o después de aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. La

infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre mayor a 38 C, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, postparto y postcesarea.

Hemorragia obstétrica: Es la pérdida sanguínea -hemorragia- en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos y externos. la hemorragia puede ser hacia el interior(cavidad peritoneal) o al exterior(a través de los genitales externos)

Bloqueo auriculoventricular: Interrupción de la conducción nerviosa intracardiaca, que se caracteriza por una desincronización entre la contracción auricular y la ventricular y que está provocada por una conducción anormal a través del nodo auriculoventricular.

Hemorragia intraparenquimatosa. Ruptura de vasos sanguíneos intracerebrales con extravasación de sangre hacia el parénquima cerebral que forma una masa circular u oval que irrumpe al tejido y crece en volumen, mientras el sangramiento continúa, comprimiendo y desplazando el tejido cerebral adyacente.

Endometritis es la inflamación sistemática del endometrio, que es la capa de mucosa que cubre la cavidad uterina. Es la localización más frecuente de la infección puerperal y suele manifestarse hacia el 30 - 50 día del puerperio.

Séptico: Que está o ha sido contaminado por gérmenes. Relativo o perteneciente a la sepsis.

Shock hipovolémico: Se produce por un inadecuado aporte en el volumen de líquidos en el espacio intravascular, esta es la forma más común del shock.

Shock séptico: El shock séptico es una manifestación fisiopatológica de la enfermedad inflamatoria multisistémica, y que habitualmente se acompaña de falla orgánica múltiple

- **Puerperio inmediato:** que abarca las primeras 24 horas.
- **Puerperio mediato:** que abarca los primeros 10 días
- **Puerperio alejado:** que se extiende hasta los 42 días y finaliza muchas veces con el retorno de las reglas.
- **Puerperio tardío:** desde los 42 hasta los 60 días, aunque la reciente aparición de la Versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE10- lo ha llevado hasta los 364 días cumplidos.

Evaluación del seguimiento brindados a ptes con riesgos reales y potenciales.

Se aplicó una guía de supervisión a expedientes clínicos de ptes. Las cuales se le brindó seguimiento en el centro de salud de Santa Teresa Carazo, obteniendo una muestra mínima de 2 expedientes de 7 casos presentes en el periodo estimulado, encontrando lo siguiente:

Factores personales: edades de 16 y 36 años, números de hijos 4 y 0, ptes con IVU, captación de embarazo en segundo trimestre de embarazo, IMC no apto a su condición, CPN a largados a un con factores reales, preclampsia, multiparidad.

Factores familiares: antecedentes patológicos de padre y madre tales como diabetes e hipertensión.

Con respecto al papel de profesionales de la salud encontramos tanto de médicos y de enfermería práctica de acciones inadecuadas que hicieron aun mas grande dicha lamentable situación.

