

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PINA,
ENERO 2013 – JUNIO 2018.

Tesis de postgrado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante

Dra. Ana Iris Marte Casilla

Asesores

Dra. Claridania Rodríguez

Dra. Concepción Aurora Sierra

Dra. Iris Margarita Paula

Los conceptos emitidos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante

Distrito Nacional: 2018

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	3
I.2. Justificación	4
II. Planteamiento del problema	6
III. Objetivos	7
III.1. General	7
III.2. Específicos	7
IV. Marco teórico	7
IV.1.1. Factor de riesgo	8
IV.1.1.1. Riesgo de mortalidad materna	9
IV.1.1.2. Riesgo obstétrico	9
IV.1.1.3. El problema de la mortalidad materna en el mundo	11
IV.1.1.4. El problema de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe	12
IV.1.1.5. Definición de mortalidad materna	13
IV.1.1.6. La mortalidad materna desde los factores socioculturales	26
IV.1.1.7. Maternidad y mortalidad materna	33
IV.1.1.8. Principales causas de mortalidad materna	36
V. Hipótesis	37
VI. Operacionalización de las variables	38
VII. Material y métodos	40
VII.1. Tipo de estudio	40
VII.2. Demarcación geográfica	40
VII.3. Universo	40
VII.4. Muestra	40

VII.5. Criterios	40
VII.5.1. De inclusión	40
VII.5.2. De exclusión	40
VII.6. Instrumento de recolección de datos	41
VII.7. Procedimiento	41
VII.8. Plan de análisis	41
VII.9. Principios éticos	41
VIII. Resultados	43
IX. Discusión	55
X. Conclusiones	59
XI. Recomendaciones	60
VII. Referencias	61
XIII. Anexos	
XIII.1. Cronograma	
XIII.2. Instrumento de recolección de los datos	
XIII.3. Costos y recursos	
XIII.4. Evaluación	

Agradecimientos

A Dios

Te agradezco Dios amado y eterno por haberme acompañado y guiarme a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y brindarme una vida llena, experiencia y sobre hacer felicidad.

Al Hospital Regional Juan Pablo Pina

Por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de aprender y desarrollar mis conocimientos.

A Mis Profesores Docentes

Dr. Elvin D. Jiménez, Dra. Piñeiro, Dr. Céspedes, Dr. García Márquez, Dra. Ortiz, por ser mis maestros y guía en el camino recorrido y ejemplos a seguir.

A Mis Asesores

Dra. Claridania Rodríguez, Dra. Concepción Aurora Sierra, Dra. Altagracia Graciano, Dra. Soriano, Gracias por su gran ayuda para hacer posible esta investigación.

La Sustentante

Dedicatorias

A Dios:

Eres Creador de todas las cosas y dadas dador de sabirudía, gracias por estar conmigo en cada momento de mi vida. Siempre has estado en los momentos más difíciles y para levantarme en mis caídas incondicionalmente. Gracias por Ayudarme Aleluya, los useños que el tenía planeados para mí.

A mis padres:

Por hacer de mi la mujer que soy, molderar en mi con el trabajo la honestidad, el amor, el estudio y el respeto al prójimo, por soportarme y estar conmigo en los buenos momentos, pero también el los difíciles que nos ha tocado vivir.

A mis esposos:

Gracias por ser una parte imporante en mi vida, por brindarme tú apoyo incondicional, por ayudarme a continuar luchando para vencer los obstáculos si perder la esperanza de conseguir la meta, a pesar de los tropiezos, le agradezco a Dios por haberme conocido y ser mi ayuda idóndea.

A mis hijos:

Rúben Dario, Laura y Laury

Por ser mi impulso para yo alcanzar esta meta, las cuales ustedes son la razón de una vida, el tesoro más grande que Dios me regaló y poder llegar a ser un ejemplo para ustedes.

Mi Hermana y Esposo: Dary y Raymer

Gracias por su ayuda incondicional para que este logro se hiciera realidad, siempre presente cuando lo necesite.

A Mis Amigas: Bautista, Vizcaíno, Sánchez, Castillo

Por brindarme su apoyo incondicional y por compartir los buenos y malos momentos de mi vida.

A Mis Compañeras de Residencia

Gracias por ser las mejores compañeras en estos cuatros largos años, han sido mi segunda familia, gracias por ser como son.

Dra. Ana Iris Marte Casilla

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar los factores asociados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Juan Pablo Pina, enero 2013 – junio 2018. El universo estuvo constituido por todas las pacientes asistidas y la muestra fue de 49 pacientes fallecidas por causa materna, Se reporta que en el 2015 falleció el 24.5 por ciento, el 36.7 por ciento estaba comprendida entre 25-29 años, un 73.4 por ciento vivía en unión libre, el 89.8 por ciento procedía de la zona rural, el 71.5 por ciento tenía un nivel básico de escolaridad, un 40.8 por ciento consumía alcohol, un 44.9 por era estudiante, el 40.8 por ciento era hipertensa, el 18 pacientes habían tenidos 2 gestaciones. 15 tenía una para, 31 no presentaron aborto y 36 no habían sido sometida a cesáreas, un 89.8 por ciento recibió menos de 4 chequeos prenatales y un 55.1 por ciento tenía una edad gestacional entre 37-41 semanas.de gestación y el 16.3 por ciento de las madres fallecieron por presentar shock hipovolémicos y un 14.3 por ciento por edema agudo del pulmón.

Palabras clave: Mortalidad materna, factores asociados, Obstetricia.

ABSTRACT

It was a descriptive, retrospective and cross-sectional study was conducted with the objective of determining the factors associated with maternal mortality at the Juan Pablo Pina Regional Hospital in the January 2013 – June 2018. The universe consisted of all the patients assisted and the sample was 49 patients who died due to maternal causes. It is reported that in 2015 24.5 percent died, 36.7 percent were between 25-29 years old, 73.4 percent lived in free union, 89.8 percent came from the rural area, 71.5 percent had a basic level of education, 40.8 percent used alcohol, 44.9 percent were students, 40.8 percent were hypertensive, 18 patients had had 2 gestations 15 had one for, 31 did not have an abortion and 36 had not undergone caesarean sections, 89.8 percent received less than 4 prenatal check-ups and 55.1 percent had a gestational age between 37-41 weeks. Gestation and 16.3 percent of mothers died due to hypovolemic shock and 14.3 percent due to acute pulmonary edema.

Key words: Maternal mortality, associated factors, Obstetrics.

I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema de Salud pública originado por diversas causas, sobre todo falta de infraestructura en instalaciones de salud o deficiencias en el adiestramiento obstétrico de quienes atienden a las embarazadas.⁵ La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo aproximadamente 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto.¹

En 2005 fallecieron 536 000 mujeres en todo el mundo, por causas relacionada con la maternidad, en comparación con las 576 000 fallecidas en 1990. El 99% de estas muertes se registró en países en desarrollo. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. En América continente aproximadamente 22,000 mujeres mueren cada año en Latinoamérica y el Caribe, como resultado de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

La mortalidad materna es un problema de salud pública mundial que continua sucediendo en el tercer milenio, pese a los esfuerzos cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; que alrededor del 99 por ciento de estas muertes corresponde a los países en desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la muerte de una mujer con motivo de la maternidad debe ser objeto de la máxima preocupación social, ya que dada su evitabilidad constituye una expresión de desventaja de los sectores sociales que las presentan.²

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

No obstante las repercusiones sociales, económicas y políticas de este hecho, el enfoque para tratar de resolverlo continúa siendo básicamente médico, considerando las causas clínicas y sin tener en cuenta otras determinantes asociadas de tipo social, económico y cultural.

1.1.1. Antecedentes

Jiménez y Sánchez, realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo, con el objetivo de determinar el comportamiento de la mortalidad materna en el Hospital Dr. Luís E Aybar durante los años 2010-2011. El universo estuvo constituido por 17,450 embarazadas admitidas y la muestra por 53 fallecidas durante el período de estudio. Encontrándose una tasa de mortalidad de 0.3 por cada 100,000 nacidos vivos, el 69.8 por ciento se hallaban comprendidas entre los 20-29 años, el 52.8 por ciento procedían de la zona rural, un 60 por ciento tenía un nivel básico de escolaridad, el 67.9 por ciento se desempeñaba como ama de casa, el 17.5 por ciento padecía anemia como antecedentes patológicos, seguido por un 7.5 por ciento que era hipertensa, un 20.7 por ciento tenía 5 y más gestaciones, un 28.3 por ciento tenía menos de los 5 chequeos prenatales, el 51 por ciento tenía menos de 37 semanas de gestación, el 35.9 por ciento tuvo su producto por vía de la cesárea y el 69.8 por ciento había sido referida de otro centro asistencial.³

Cabrera, llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar los factores asociados a la mortalidad materna en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante los años 2006-2009. El universo estuvo constituido por 72,632 las pacientes embarazadas admitidas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante los años 2006-2009 y la muestra estuvo constituida por 58 embarazadas fallecidas durante los años en estudio. Se reporta que el 39.7% falleció en el 2008, el 56.9 por ciento estaba comprendida entre 20-29 años de edad, un 86.2% vivía en unión libre, el 69% procedía de la zona urbana, el 53.4% tenía un nivel básico de escolaridad, el 43.1% era empleada pública, un 72.4% consumí café y el 17.2% tomaba alcohol, el 20.7 por ciento era hipertensa y el 13.8% padecía trastornos hemáticos, al 3.4% se le había practicado más de 5 controles prenatales, el 29.3% tenía edad gestacional entre las 37-41 semanas, al 70.7% se le practicó cesárea, el 20.7% falleció por Shock hipovolémico y un 10.3% por trastornos hipertensivos del embarazo.⁴

Salinas llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de determinar los factores asociados a la muerte materna en Hospital de Alta Especialidad de Veracruz de enero 2009 a diciembre 2014, incluyendo pacientes registrados 01 enero 2009 al 31 diciembre 2014. Posterior a la aprobación del protocolo, se solicitó autorización al responsable de Institución Hospitalaria se informó al Jefe de ginecología y obstetricia para revisión expedientes clínicos. Resultados: Se incluyeron 52 pacientes, que cumplieron con los criterios de selección: edad promedio 25.3 +6.6 años, mediana 2 embarazos, promedio 10.4 muertes por año; edad más frecuente de muerte materna 22 años; 39 (76%) pacientes, menos de 5 consultas de control prenatal, 48 (91%) ocupación ama de casa, 32 (62%) partos fueron terminados vía cirugía cesárea.⁵

Orozco realizó un estudio descriptivo y retrospectivo y transversal con el objetivo de caracterizar la situación de la mortalidad materna en el año 2015 en el departamento de Chimaltenango, Guatemala. Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo transversal Lugar: Departamento de Chimaltenango, Guatemala Metodología. Resultados: La media de edad de las 12 fallecidas fue de 27 años, más del 30% eran primigestas, el 8.3% (1/12) sin evento obstétrico, 83.3% indígenas rurales, la resolución del parto fue 36.4% cesárea y 63.6% parto eutócico, más del 90% de las fallecidas reportaron nivel de escolaridad entre ninguno y nivel primario, más del 80% recibió atención del evento obstétrico en servicios públicos de salud, el 81.8% tuvo atención médica, las defunciones ocurrieron en más del 90% en servicios públicos de salud, 75% de las muertes fueron directas, las causas básicas agrupadas de defunción, infección, hipertensión y hemorragia, 16.7% sin control prenatal, 58% de los eslabones críticos identificados en el puerperio, 17% en la atención del evento obstétrico y 8% en la referencia y atención prenatal, 83% de las demoras corresponden a demora cuatro y el 17% a demora dos.⁶

I.1.2. Justificación

La eficacia de un servicio de salud debe ser medida por indicadores que reflejen en bienestar de la comunidad a la cual se preste, y así poder evaluar de manera objetivo, si existen condiciones que lo mantengan inalterable o lo sometan al deterioro. En el campo de la obstetricia, existen varios indicadores que sirven para este objetivo entre los que se pueden mencionar la tasa de mortalidad materna. Esta última se ha estado considerando objeto de estudio mundialmente ya que arroja cifras tan altas e importantes que prevalecen en países subdesarrollados como es República Dominicana.

En el Hospital Regional Juan Pablo Pina existe una Oficina de Estadística donde existen memorias y datos sobre distintos aspectos de la salud, incluido el tema de la mortalidad materna, pero no hay un análisis de dicha información que nos dé luz acerca de qué factores influyen sobre dicha mortalidad que se posible modificar.

Basado en esto, se quiso realizar el presente estudio, pues la mortalidad materna es un problema una gran trascendencia individual, familiar y social y no solo nos interesó conocer su magnitud y sus cifras, sino investigar sus causas, factores de riesgo asociados que sean factibles de prevenir y modificar y provocar realmente una transformación del problema para el bien de la paciente para buscar salud y no muerte a este centro asistencial.

A causa de lo anterior es necesario conocer qué factores contribuyen a la muerte materna para poder prevenirla. Es de interés social ya que delineará, los conocimientos básicos que tiene que conocer el sistema en salud, para fortalecer los programas proyectados a la población materna.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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. Durante el proceso reproductivo, los factores de riesgo se relacionan con aspectos biológicos, hereditarios, psicológicos y emocionales, situación socioeconómica y cultural.⁶

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, edema de manos y piernas, disminución de movimientos fetales, contracciones, ruptura de membranas, posición fetal, infecciones y deseo de embarazo, entre otros.

Estos factores desembocan en complicaciones obstétricas directas de la mortalidad materna: trastornos hipertensivos infecciones, hemorragias, sepsis y aborto; y entre las causas indirectas, aquellas preexistentes o crónicas que se agravan durante el embarazo parto o puerperio como la diabetes y la hipertensión. En el mundo, la primera causa de muerte materna es la pre eclampsia-eclampsia, seguida de hemorragia y sepsis; esto ocurre en mayor medida en lugares donde el acceso a los servicios de salud no está garantizado.

Es así como la maternidad representa un riesgo para las mujeres, a pesar de que el embarazo y el parto son considerados como funciones biológicas normales; sin embargo, es innegable que existe un desgaste en el organismo y la salud femenina, que pueden traerles graves consecuencias a nivel físico, mental y social. Tras lo anterior, es necesario mencionar que las condiciones físicas y

médicas que afectan a las mujeres durante la maternidad también pueden ser resultado de una serie de creencias y prácticas culturales.⁷

Pues “la muerte materna es mucho más que un problema de salud pública y que una variable demográfica. Es quizá el reflejo más sensible de las circunstancias globales de vida de las mujeres, y del lugar que ocupa, en ellas, la búsqueda de la maternidad, así como las contradicciones sociales relacionadas con el ejercicio de sus capacidades reproductivas”. Por ello, es importante conocer el contexto en el que se presenta este problema y las condiciones socioculturales que lo propician.

Partiendo de estos informes se hace la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2012-2016?

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo general

1. Determinar los factores asociados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

III.2. Objetivos específicos

Determinar el comportamiento de las variables socio-demográficas

Describir la mortalidad materna por años de estudio.

Identificar los hábitos tóxicos.

Identificar los antecedentes mórbidos

Determinar los antecedentes obstétricos asociados a la mortalidad materna.

Analizar los controles prenatales relacionados con la mortalidad materna.

Describir la edad gestacional.

Verificar la vía de desembarazo

Determinar las causas de muerte materna.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1.1. Factor de riesgo

En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros, de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables.⁸

A medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, la evidencia científica demuestra en cada uno de ellos que: en primer lugar las enfermedades no se presentan aleatoriamente y en segundo que muy a menudo esa vulnerabilidad tiene sus razones.

La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso.

Surge entonces el término de "riesgo" que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.

En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

IV.1.1.1. Riesgo de mortalidad materna

Se definió como riesgos de mortalidad materna aquellas ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio dentro de los 42 días de terminado el embarazo. Los factores de riesgo y complicaciones relacionadas con el embarazo son la causa número uno de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial.⁹

La mayor parte de las muertes maternas ocurren debido a cinco complicaciones obstétricas: hemorragia, sepsis, abortos inducidos inseguros, hipertensión durante el embarazo, partos obstruidos, procesos infecciosos obstétricos; mientras que la vasta mayoría de muertes maternas ocurren en países en desarrollo, esto no significa que solo las mujeres de estos países generan complicaciones médicas durante o después del embarazo.

Las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden presentar complicaciones, pero es menos probable que las mujeres de los países en desarrollo obtengan tratamiento rápido adecuado, por lo tanto es más probable que mueran. Las complicaciones que causan las muertes maternas durante el embarazo, parto o puerperio no puede prevenirse, las muertes maternas derivadas de estas complicaciones si son prevenibles.

El reto es aumentar las posibilidades de atención de estas complicaciones a través de intervenciones dirigidas a extender la cobertura de atención obstétrica esencial, ayudar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro, promover la búsqueda de atención oportuna y calificada, facilitar el acceso a servicios que brinden una atención humanizada y calificada. Existe poca información segura sobre la frecuencia de la morbilidad materna, pero la cantidad de mujeres afectadas seguramente es varias veces mayor que la cantidad que muere.

IV.1.1.2. Riesgo obstétrico

Se define como riesgo obstétrico la probabilidad de que se produzca una situación deletérea inesperada.¹⁰

En medicina materna fetal, este hecho, es decir el punto final no deseado: muerte fetal, muerte materna, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro.

En cualquier caso, tal y como afirma Pacheco, hay dos circunstancias que principalmente constituyen las situaciones de riesgo; la primera de ellas está relacionada con pacientes con antecedentes de mal historial obstétrico o con situaciones patológicas bien establecidas; la segunda y la más importante por su frecuencia, es aquella correspondiente a pacientes que controlan su embarazo y en un momento dado, desarrollan una complicación inesperada.

Estas últimas frecuentemente requieren decisiones difíciles y no es extraño que la evolución fetal o materna sea desfavorable. De ahí la importancia de poder identificar apriorísticamente este colectivo con el fin de adelantar el diagnóstico, y así minimizar los efectos negativos sobre el proceso gestacional.

IV.1. Mortalidad materna

A pesar de los programas e investigaciones que se han realizado para conocer y combatir la mortalidad materna, ésta continúa siendo un problema de salud pública que presenta y aqueja a las mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, este fenómeno adquiere mayores dimensiones en países en desarrollo como México o aquellos que pertenecen a América Latina, pues son lugares en los que existen diversas zonas urbanas y rurales con un alto nivel de marginación.¹¹

En gran medida, las investigaciones relacionadas con el tema, principalmente a nivel internacional, se han hecho desde el enfoque médico, dando importancia a las enfermedades o complicaciones que surgen en algunos embarazos, productos de la historia médica de la paciente, los cuidados que ella tiene durante la gestación, así como las complicaciones en el parto y/o después del mismo.⁵

Por otra parte, la antropología, la sociología y otras disciplinas se han interesado en abordar este tema, indagando las cuestiones relacionadas con el contexto en el que viven las mujeres, proporcionando nuevos datos sobre la influencia que tienen los factores socioculturales en las muertes maternas.

IV.1.1.3. El problema de la mortalidad materna en el mundo

En un esfuerzo conjunto sin precedentes hasta ese momento, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial (2008), realizaron estimaciones sobre mortalidad materna con la intención de que éstas sean comparables a escala mundial.¹²

La principal conclusión a la que se arribó fue que, del total estimado de 536 mil defunciones maternas ocurridas en el mundo durante el año 2005, el 99 por ciento (533 mil) correspondía a países en desarrollo. La región del África subsahariana registró algo más de la mitad de las defunciones maternas (270 mil) y Asia meridional fue la siguiente en cifras (188 mil). Ambas regiones contabilizaron el 86 por ciento de la mortalidad materna mundial.

En cuanto al indicador razón de mortalidad materna (RMM), las razón de mortalidad materna más altas correspondían a regiones en desarrollo (con 450 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos), en fuerte contraste con las regiones desarrolladas (9 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos) y los países de la Comunidad de Estados Independientes (51 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos).

Entre las regiones en desarrollo, como era de esperarse, el África subsahariana presentó la razón de mortalidad materna más alta (900 por 100 mil nacidos vivos), seguida del Asia meridional (490 por 100 mil nacidos vivos), Oceanía (430 por 100 mil nacidos vivos), Sudeste asiático (300 por 100 mil nacidos vivos), Asia occidental (160 por 100 mil nacidos vivos), Norte de África (160 por 100 mil nacidos vivos), América Latina y el Caribe (130 por 100 mil nacidos vivos) y Asia oriental (50 por 100 mil nacidos vivos). Se observó que la razón de mortalidad materna de al menos 1000 por 100 mil nacidos vivos, se daba en un total de 14 países, de los cuales 13 (a excepción de Afganistán), pertenecen a la región del África subsahariana.

El mencionado estudio, realizado en el 2008 por los organismos internacionales, también presenta la estimación del riesgo de morir por causas maternas.

Se considera el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida adulta como la probabilidad de que una mujer mayor de 15 años fallezca por una causa relacionada con la maternidad.

El estudio mostró que el riesgo de morir por causas maternas es mayor en África (1 de cada 26), seguido de Oceanía y Asia; mientras que las regiones desarrolladas registraron los menores riesgos a lo largo de la vida de las mujeres.

A nivel de países, de los 171 países y territorios en los que se realizaron estimaciones, Níger presentó el mayor riesgo estimado a lo largo de la vida, en fuerte contraste con Irlanda, que presenta el menor riesgo a lo largo de la vida.

IV.1.1.4. El problema de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe

En la actualidad, y gracias a las diversas estimaciones que se realizan cada año, se sabe que los indicadores de mortalidad materna son bastante altos en la región América Latina y el Caribe.¹³

Esto constituye uno de los problemas de salud más graves que enfrentan las mujeres en la región, y uno de los retos más importantes a tener en cuenta por los gobiernos. Según la Organización Panamericana de la Salud se calcula que la razón global de mortalidad materna en América Latina y el Caribe en 1990 fue de 180 por 100 mil nacidos vivos, lo que representó un total de 21 mil defunciones maternas. En 1995 fue de 190 por 100 mil nacidos vivos, haciendo un total de 22 mil mujeres muertas por causas maternas.

En el estudio publicado el 2008 por la Organización Mundial de la Salud, para el año 2015 se estima en América Latina y el Caribe una razón de mortalidad materna de 130 por 100 mil nacidos vivos, lo que hace un total de aproximadamente 15 mil muertes maternas.

Este mismo informe indica que, en dicha región, el riesgo de defunción materna a lo largo de la vida es de 1 entre 290 mujeres en edad fértil. Si bien las cifras a nivel de la región parecen haber disminuido, cada país tiene un comportamiento distinto.

Además, a pesar de que las cifras son menores que en regiones como la parte del África que se ubica al sur del Sahara o la región del Asia meridional, las tasas registradas en América Latina todavía son mucho más altas que en otras latitudes. Considerando el número de muertes maternas estimadas por la Organización Mundial de la Salud para el año 2005, las cifras más altas de la región se presentan en Haití (1700), Perú (1500), México y Guatemala (1300). Mientras que las tasas más bajas se encuentran en Puerto Rico (10), Uruguay (11), Costa Rica (24) y Chile.

Como ya lo ha reconocido la Organización Panamericana de la Salud, desde el año 2002, si bien el embarazo y el parto no son enfermedades, las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren por causas relacionadas con dichos procesos fisiológicos.

Aunque la razón de la mortalidad materna ha disminuido desde que la maternidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los años ochenta y principios de los noventa, la mortalidad materna en la región sigue siendo un problema de salud pública en el que se ha progresado poco y de una manera muy lenta, durante los últimos tiempos.

IV.1.1.5. Definición de mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el concepto de muerte materna como la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.”¹⁴

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (citado por Moreno, 2013), la mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días de terminación del embarazo y por cualquier causa asociada o agravada por el embarazo mismo o su manejo; pero no por causa accidental o incidental.

Cuando el fallecimiento ocurre después de los 42 días la complicación fatal se debe haber iniciado dentro de este intervalo. El indicador utilizado para medir la mortalidad materna es la razón de mortalidad materna la cual ha sido definida por un acuerdo internacional como el número de muertes maternas en un año por 100 mil nacidos vivos. La tasa expresa el número de muertes maternas en un año por 100 mil mujeres en edad reproductiva (15-49 años), sin embargo convencionalmente a esta primera la denominamos tasa.

La Mortalidad Materna representa un grave problema de salud pública y de derechos humanos. Sus causas son evitables y es la máxima expresión de inequidad e injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas, pues son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio, al carecer de poder de decisión, aún en el seno de sus propias familias.¹⁵

La mortalidad materna es uno de los indicadores de salud que más gráficamente refleja las disparidades entre ricos y pobres, tanto en nuestro país y en todo el mundo. A nivel mundial, el 99 por ciento de la mortalidad materna ocurre en países en desarrollo, y más de la mitad de ellos en el África subsahariana, y un tercio en el sur de Asia.

Los pobres servicios de salud, combinados con un alto número de embarazos, incrementa el riesgo de morir de una mujer en el parto, de 1 en 76 en los países en desarrollo, en comparación con 1 en 7.300 en los países desarrollados.

Entre los factores vinculados con las complicaciones del embarazo y el parto se pueden distinguir dos tipos: uno de origen endógeno, relacionado con las condiciones biológicas de la madre; y un componente exógeno, que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente social y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida.¹⁶

La reducción de la mortalidad materna depende en gran parte de la existencia de establecimientos de salud que funcionen de manera efectiva.

La pérdida de la vida de una mujer en el parto es, en última instancia, el mayor fracaso del sistema de salud. Este fracaso, que se repite a razón de uno por minuto en el mundo en desarrollo, causa irrevocables pérdidas y viola el derecho de la mujer a la vida.²³

Las muertes maternas son una expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que padecen las mujeres. La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto es no sólo un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social. No sólo porque son mujeres que mueren en la plenitud de sus vidas. No sólo porque la muerte materna es una de las formas más terribles de morir, pero sobre todo, porque casi todas las muertes maternas son eventos que podrían haber sido evitados, y nunca debería haberse permitido que ocurrieran.¹⁶

En la conferencia inaugural del X Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (ISPOG), en 1990 el Dr. Mahamoud Fathalla, afirmó que las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas. La esclavitud de las mujeres hacia su rol reproductivo y doméstico es responsable por la forma en que la sociedad subestima su valor.

Para seguir la línea de reflexión que las palabras del Dr. Fathalla inspiran deben tenerse presente básicamente dos consideraciones. En primer lugar, que las muertes maternas son en sí mismas una violación de los derechos humanos de las mujeres y, en segundo lugar, que las muertes maternas son expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que padecen las mujeres en nuestra sociedad.

Las muertes maternas son un problema relevante para el desarrollo social. Cuando una mujer muere es una tragedia no sólo para ellas, sino también para sus familias y comunidades. Las repercusiones sociales y económicas son diversas: las mujeres son los pilares de las familias, las que educan a sus hijos, las que proveen el cuidado de los jóvenes y ancianos; son campesinas, operarias, comerciantes, trabajadoras y, frecuentemente, las únicas que proveen el sustento familiar.

Una sociedad que pierde la contribución de una mujer es una sociedad cuya vida social y económica declina, su cultura empobrece y su potencial para el desarrollo se ve seriamente limitado. Cuando una mujer fallece, quienes más sufren son los niños: sus hijos sobrevivientes tienen 3 a 10 veces más probabilidades de morir en los dos años siguientes que los niños que cuentan con ambos padres. Asimismo, esos niños tienen menos probabilidades de acceder a la salud y educación durante su desarrollo.

Los problemas de pobreza, desigualdad, exclusión, golpean en muchos casos particularmente a la mujer. Su participación en los pobres suele ser mayor que los promedios generales, el crecimiento de la desigualdad las afecta como trabajadoras por un lado y por otro como mujeres, la falta de acceso a oportunidades tecnológicas tiene más presencia en ellas y especialmente sufren las consecuencias de la inequidad en salud.¹⁸

A pesar de los avances médicos, las tasas de mortalidad materna en el mundo en desarrollo, son muy altas como consecuencia de la falta de sistemas de protección adecuada. Según las cifras de la Organización de la Naciones Unidas (ONU) 500.000 madres mueren anualmente al dar a luz, más del 98 por ciento en los países en desarrollo.

Por otra parte, las mujeres son la primera fila de la lucha por la defensa de la vida de los niños. En las condiciones desfavorables de la pobreza, ello significa cargas muy duras.

Las causas biomédicas de la muerte materna son diversas, y varían de acuerdo al nivel de desarrollo de un país; incluyen hemorragia; infección; aborto inseguro; problemas relacionados con hipertensión y parto obstruido. Sin embargo, las causas sociales llegan a niveles mucho más profundos.¹⁹

La mortalidad materna representa un problema grave de salud pública que pone de manifiesto desigualdades profundas tanto de género como de etnia, el cual se vincula directamente al disfrute de derechos de las mujeres.

Además de las causas directas mencionadas arriba, existen problemas socioculturales e institucionales a diferentes niveles en los sistemas de salud y a nivel comunitario.

También, en muchos casos muestra la inadecuación de servicios públicos y/o fallas en el desarrollo de perspectivas comunales y sus mecanismos de coordinación entre diferentes sectores.

La combinación de estos determinantes sociales, culturales y médicos señala la necesidad de enfoques multidisciplinarios, para los cuales subsisten diversos retos en Latinoamérica. Por ejemplo, varias intervenciones comunes adoptan una posición práctica en relación a los obstáculos de corto plazo relacionados al género y la etnicidad, en lugar de una estrategia más inclusiva y sustentable.

Con mayor razón, aún aquellos que reconocen las desigualdades estructurales a menudo buscan trabajar alrededor de dichos obstáculos más que intentar ocuparse de éstos.

Sin embargo, con el fin de reducir a largo plazo las razones de mortalidad materna persistentes en el contexto de extrema desigualdad en América Latina, se requieren estrategias multisectoriales.

Las políticas de salud pública que apuntan hacia la reducción de los decesos maternos deben ser diseñadas en conjunto con otras políticas que busquen reducir y eliminar las desigualdades, así como los obstáculos institucionales y estructurales diversos.²⁰

Para disminuir la mortalidad materna en los países latinoamericanos como el nuestro, es necesario un fortalecimiento adecuado de los sistemas de salud, que se cuente con los recursos necesarios para la atención de las pacientes obstétricas graves y la coordinación adecuada entre las autoridades de las instituciones de salud y los prestadores del servicio, para dar una atención oportuna y adecuada.

Es necesaria sin embargo, la intervención interdisciplinaria (políticos, autoridades gubernamentales, educativas, de instituciones de salud, etcétera) para lograr reducir la pobreza extrema, alcanzar una educación primaria universal, nacimientos asistidos por personal profesional, acceso a servicios de salud de calidad, planificación familiar al alcance de todos y mejorar la condición social de la mujer a través del esfuerzo conjunto.

Se reconoce que la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad materna son prevenibles, y que la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles suponen un problema de salud, desarrollo y derechos humanos que también exige la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, en particular su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a ser libres para buscar, recibir y difundir información, a gozar de los beneficios del progreso científico.

A estar a salvo de la discriminación y a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva; por lo que es relevante que los Estados renueven su compromiso político de eliminar la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles en los planos local, nacional, regional e internacional y que redoblen sus esfuerzos por lograr el cumplimiento pleno y efectivo de sus obligaciones en materia de derechos humanos y de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y sus conferencias de examen y la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular los Objetivos relativos al mejoramiento de la salud materna y la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, especialmente asignando los recursos internos necesarios a los sistemas de salud.²¹

El escenario más importante a abordar en este estudio, por las implicancias directas de la muerte materna en el mismo, es la familia; sin embargo, ofrecer una definición exacta sobre la familia es una tarea compleja debido a enormes variedades que encontramos y al amplio espectro de culturas existentes en el mundo.

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento. No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en estas últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos/as, en su ejercicio parental o maternal.²²

Por mencionar algunas, la familia de madre soltera, de padres separados las cuales cuentan con una dinámica interna muy peculiar. Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido tres tipos de familias.

a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

b) La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende mas allá de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

c). La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

La familia constituye la primera línea de protección de la infancia. No obstante, todos los días se producen casos de niños y niñas que son separados de sus familias, ya sea porque se cree que ésta es la mejor o la única alternativa debido a que la familia es pobre, a que el niño o niña es discapacitado, a que los progenitores poseen un bajo nivel educativo, a la falta de oportunidades educativas, o como consecuencia de una emergencia como la muerte de algunos de los padres. Los conflictos armados y la violencia son también causa de la separación de niños y niñas de sus familias.²³

Todos los niños y niñas tienen derecho a conocer a sus progenitores y a recibir sus cuidados, siempre que sea posible.

Es importante buscar aliados a nivel del estado e instituciones en aras de crear un entorno de protección para los niños que salvaguarde a sus familias y les fortalezca frente al maltrato y la explotación, al igual que la alimentación correcta y la buena salud les fortalece contra la enfermedad. Según Bellamy, la protección de la familia es especialmente importante para los niños y niñas que son víctimas de desgracia.

Cuando la familia experimenta dificultades, los niños y niñas tienen más probabilidades de ser víctimas de la explotación y el maltrato. Una familia fuerte, cariñosa y protectora es el entorno idóneo para el crecimiento de los niños y niñas, y es el mejor comienzo para garantizar la plena satisfacción de los derechos de la infancia.

Las mujeres cumplen un papel decisivo en la gestión y producción de salud dentro de las instituciones y de los núcleos familiares y comunitarios, por lo que se tiende a responsabilizar a las mujeres de la salud de sus hijos y familia. Sobre esta base es que se han construido políticas y programas de salud comunitaria que visualizan a las mujeres como agentes de salud.²⁴

Las estadísticas, generalmente, invisibilizan la contribución económica de las mujeres al desarrollo; la categoría de empleo, por ejemplo, no permite medir la magnitud del trabajo femenino. Es el caso del trabajo familiar no remunerado o del trabajo del ama de casa. Este último se considera que es una obligación y carente de valor económico. La muerte de una mujer en edad reproductiva puede ocasionar dificultades económicas a una familia pobre.

La situación es peor cuando la mujer que muere está al frente de una unidad familiar. Se calcula que las mujeres son el único sostén de un cuarto a un tercio de todas las unidades familiares del mundo.²⁵

En la India por ejemplo, las mujeres son las jefas de un tercio de las familias que encuentran por debajo del nivel de pobreza, menciona que la familia con la muerte de la mujer, no sólo pierde el aporte de esta a los ingresos de la unidad familiar, sino también su contribución al mantenimiento de la familia.

En África, las mujeres producen la mayor parte de los alimentos necesarios para sus hogares; las mujeres de Bangladesh, a pesar de su aislamiento, cultivan hortalizas o crían pequeños animales.

Es la mujer quien cocina para la familia, va a buscar agua al pozo o a la charca, limpia la casa, provee los alimentos y se ocupa de los niños, los enfermos y los ancianos en el hogar.

Se calcula que si se consideran las tareas domésticas no remuneradas de la mujer, el producto nacional bruto de la mayor parte de los países en desarrollo aumentaría aproximadamente un tercio. Si se le atribuyera un valor monetario a la labor de la mujer, la muerte de una mujer en edad reproductiva representaría una considerable pérdida financiera.

En los países en desarrollo las mujeres desempeñan actualmente una función decisiva para atender las necesidades de alimentación y nutrición de su familia en cada uno de los tres pilares de la seguridad alimentaria: la producción de alimentos, el acceso económico a los alimentos y la seguridad nutricional, pero lo hacen con pocos recursos.²⁶

En numerosos estudios se ha demostrado que el aumento de los ingresos de la mujer tiene un impacto directo en el aumento del presupuesto dedicado a la alimentación, a la atención médica y a la educación de sus hijos. Por el contrario, esta relación de proporcionalidad no se da si el hombre es quien recibe los ingresos. Según un estudio realizado por el Banco Mundial en Centroamérica, el dinero invertido en las mujeres es 17 veces más eficiente que cuando se le concede a los hombres.

La violencia intrafamiliar o contra la mujer, muchas veces relacionada a mortalidad materna, la cual se acrecienta en la familia y con los hijos ante la ausencia de la madre, es una conducta humana estrechamente vinculada con el poder. Quien ejerce violencia actúa de manera intencional y con el propósito de someter y controlar a la otra persona, es decir, de eliminar cualquier obstáculo para el ejercicio del poder. Por ello toda forma o expresión de violencia se relaciona con la libertad.

Para Hobbes, el dominio de los hombres sobre las mujeres no se justifica en el estado de naturaleza pero sí en el civil. En tanto que en aquél no hay poder de una persona sobre otra y los hijos son de la madre.

En este último el contrato de cohabitación que celebran un hombre y una mujer implica que ésta cede al marido el poder original que tenía sobre los hijos, de tal manera que todo poder doméstico pertenece al varón. Así, en tanto que el contrato que da origen al estado civil es racional y voluntario, el de cohabitación es un contrato de subordinación, en el sentido más amplio del término.

Las mujeres, en esta óptica, renuncian a su voluntad, lo que difícilmente podría interpretarse como un acto racional. Locke, afirma que el derecho sobre los hijos corresponde tanto a hombres como a mujeres, pero subraya que el poder en el interior de la familia no es de tipo político. Coincide con Hobbes en que el matrimonio es un pacto de subordinación de la mujer al marido, en virtud de que el hombre es más capaz y más fuerte.²⁷

La paternidad en Centroamérica está codificada en el universo de normas sociales, en el sentido de crianza y relaciones con los hijos e hijas para formarles y darles un lugar en el mundo; por lo tanto ser padres representa algo importante que da sentido a la vida y mantiene la permanencia de la etnia.

Sin embargo, la paternidad pudiera caracterizarse como problemática, porque la misma está ejercida por una masculinidad sustentada en una posición de poder preponderante o posición de dominación del hombre hacia la mujer; por lo que las funciones prescritas por el género también limitan las oportunidades que tienen los hombres de gozar plenamente de la vida familiar y de la crianza de los hijos.

Esto se traduce en que los padres mantienen en general una gran distancia emocional y afectiva hacia sus hijos e hijas, la crianza es delegada a las madres o a otras mujeres del entorno; por lo que el vínculo del padre con los hijos e hijas depende en mucho del vínculo emocional y sexual establecido con la pareja: si se da la separación o divorcio.

El vínculo con los hijos e hijas tiende a relajarse, realidad que no es ajena a la nuestra debido a que los roles que asumen los hijos e hijas frente a la muerte de una madre esta imperada por una masculinidad sustentada en una posición de

poder. Es conveniente tener en mente que la muerte materna afecta a toda una familia, con múltiples y severas consecuencias futuras.

De manera particular a los niños, que se quedan sin su madre, lo cual se traduce en un incremento en la morbi-mortalidad infantil, deserción escolar, incremento de violencia, embarazo precoz, entre otros. Por todo ello, la muerte materna ha sido reconocida como un problema social en la medida que su ocurrencia está ampliamente relacionada con pobreza y marginación.

Las familias afectadas por la ocurrencia de una muerte materna emigran a otros hogares, y unas familias adoptan completamente a otras. Muchos estudios encontraron también rasgos depresivos y de desnutrición en los huérfanos.

También hubo separación de los padres, y un gran porcentaje de estos tenían nueva pareja a menos de un año de la muerte materna. Por lo que se evidencia que además de la fragmentación de la familia, la mortalidad materna produce impacto físico, psicológico, espiritual y social mayor en los huérfanos.²⁸

El problema de la muerte materna no termina con las consecuencias inmediatas del deceso y de los factores que contribuyeron a él, sino que se extiende hasta las complejas secuelas emocionales de la pérdida de la hija, la esposa y la madre y persiste en el curso del tiempo con efectos tan devastadores como la muerte del recién nacido.

La contribución de la madre al desarrollo económico y social de los hijos se verá truncada y se irá reduciendo a lo largo del tiempo, de tal forma que los integrantes de la comunidad tendrán que establecer estrategias para apoyar al grupo doméstico desintegrado, entre ellas buscar una nueva pareja para el viudo, adoptar a los huérfanos y, a menudo, ceder para ellos sus escasos alimentos.²⁹

Las consecuencias sociales en los hijos huérfanos una vez ocurrida la muerte de la madre, son devastadoras; dado que el hijo mayor ante el abandono del padre, tiene que asumir muchas veces la responsabilidad para con sus hermanos pequeños, dejando sus estudios por trabajar.

La separación del padre con los hijos, la repartición de los mismos para su cuidado por terceras personas, ante la ocurrencia de la muerte de la madre, conlleva muchas veces a un abandono total de estos.

El mismo que no es tan cuestionado legalmente; contrariamente a la separación por divorcio que exige el cumplimiento de las leyes que especifican las obligaciones del padre para la asistencia alimentaria, entre otros.

La maternidad temprana sumada a la muerte de la madre, marca el inicio de una responsabilidad económica a largo plazo, para lo cual las madres jóvenes cuentan con pocos recursos y se estresan más ante las limitadas oportunidades laborales.

Esto se acrecienta cuando la familia de origen, aún cuando apoya a la nueva integrante de la familia no cuenta con recursos y más bien la joven y sus hijos son una carga extra para los familiares.³⁰

La experiencia nos muestra a la muerte materna como una verdadera tragedia, no sólo para las mujeres, sino también para sus familias y sus comunidades; implica la desaparición de una mujer joven por causas prevenibles, condenando a la orfandad a niños pequeños.

Con frecuencia, entre sus repercusiones sociales y económicas se cuenta la desintegración de la familia, una elevada morbimortalidad infantil, bajo rendimiento y deserción escolar, e ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo; así como pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares ya que una gran proporción de las mujeres en edad fértil pertenecen a la población económicamente activa del país y de nuestras regiones. Finalmente acentuación de la pobreza.

El enfoque de los derechos deben considerar las acciones específicas en el marco de estrategias de reducción de la pobreza, en la adecuación de la oferta de servicios que garanticen el acceso a la atención de la salud, la educación, la recreación, entre otros.

Asimismo, esta visión integral no puede desconocer las situaciones específicas de los niños, incluyendo aquéllas de menor visibilidad y, consecuentemente, de más alta vulnerabilidad como la orfandad, el trabajo rural o el trabajo infantil doméstico. Ante esta problemática, es el estado quien debiera desarrollar planes de acción destinados a atenderlos y las organizaciones de la sociedad civil tienen

histórica y actualmente un rol destacado en la prevención y protección de los derechos infantiles.

Es importante entonces, reconocer los vínculos existentes entre la pobreza y los altos niveles de mortalidad derivados de la maternidad, siendo necesario promover la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas como cuestión prioritaria de salud pública y de derechos de procreación.

La maternidad es un periodo privilegiado en la vida de la mujer, pues enfrenta riesgos que no pueden ser prevenidos, pero si evitados. Por lo tanto, la maternidad sin riesgos es un indicador del nivel de desarrollo humano, y se constituye en un reto y un compromiso que es posible alcanzar con el esfuerzo de los gobiernos, la sociedad civil, los sectores sociales y económicos, las comunidades científicas, los trabajadores de salud, las familias y las mujeres y hombres conscientes de su responsabilidad biopsicosocial con el futuro.³¹

La autora de la tesis ha contextualizado el término de consecuencias sociales y familiares de la muerte materna, a todas las secuelas al interior de la familia y comunidad, que devienen producto de la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio. Así mismo, la maternidad no sólo como la condición de la mujer que la identifica con ser madre; sino entendiendo la maternidad como un concepto social que varía según los tiempos, donde los valores como el amor materno son construcciones sociales y culturales.

Uno de los instrumentos más usados en investigaciones de muerte han sido las autopsias verbales. La autopsia verbal ha sido usada para describir las causas de las muertes maternas, infantiles y de adultos por patologías infecciosas en los países donde los registros son deficientes y donde las causas del fallecimiento suelen estar mal consignadas.

Se basan en entrevistas a la familia y a miembros de la comunidad que observaron incidentes relacionados con la muerte y podría ser la única información disponible, especialmente en el caso de las mujeres que dan a luz en sus hogares.

La autopsia verbal es el proceso de entrevistar a parientes y/o amistades de la persona que falleció para descubrir las circunstancias y la causa de su muerte, es decir que resulta ser un instrumento útil para la comprobación de los casos y la

ampliación de la información relacionada con las causas de la muerte y sus consecuencias.

Es una estrategia de vigilancia epidemiológica de gran utilidad en el quehacer de la salud pública, un instrumento de estudio del proceso enfermedad-atención-muerte.

La autopsia verbal, que es parte de sistema de vigilancia epidemiológica del país, evalúa las causas de muerte mediante interrogatorio directo a familiares o personas cercanas al individuo fenecido. El objetivo que se persigue es reconstruir los factores (determinantes) familiares, personales y comunitarios que rodearon el fallecimiento de una mujer que murió por causas maternas. Sin embargo, a pesar que este instrumento se ha utilizado básicamente para indagar sobre las causas del fallecimiento, sería de mucha utilidad utilizarlo también para indagar sobre las consecuencias posteriores al fallecimiento de una madre.

No existe un formato único o uniforme de autopsia verbal, sino que cada investigador ha construido su instrumento según sus necesidades, basándose en el concepto general de autopsia verbal. Es así que existen diferentes estudios que han utilizado este instrumento en sus investigaciones de reconstrucción de historias de muertes de niños, adultos; y por diferentes patologías como.

IV.1.1.6. La mortalidad materna desde los factores 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.³²

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.

Ballesté y Rodríguez, coinciden con esta caracterización de los grupos de mujeres vulnerables; además, consideran que si ellas desconocen sus derechos reproductivos se encuentran en mayor riesgo. 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; Ballesté comenta que 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. Otros aspectos abordados en las investigaciones se relacionan con la economía y los factores sociodemográficos.³³

En las comunidades indígenas y marginadas, las condiciones económicas no cubren las necesidades básicas, mucho menos aquéllas 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.¹⁶ 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. 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.¹

Hautecoeur, estudió las dificultades que los indígenas de una comunidad guatemalteca enfrentan 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.³⁴

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.

Tamez, menciona que hay factores de protección que favorecen el acceso a los servicios de salud y los clasifica en: predisponentes, que se refieren al perfil de la mujer; mediadores, acceso a la seguridad social, calidad de los servicios, apoyo social, pago de bolsillo y regularidad de la atención; de necesidad, percepción y gravedad de la enfermedad que finalmente llevan a la utilización de servicios.

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 investigación que llevó a cabo Bronfman consistía en la aplicación de una encuesta a proveedor-usuario del servicio de salud, la observación directa de consulta y la evaluación de conocimientos de los proveedores para conocer su capacidad de resolución de problemas críticos.

Con respecto a los datos obtenidos se pueden destacar que en el examen de conocimientos se obtuvieron niveles muy bajos de 3, sobre una escala de 10. Sin embargo, 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.

La cobertura de los servicios de salud ha sido otro aspecto investigado. En el mundo, se pueden distinguir dos aspectos: el mundo urbano en el que Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales se centralizan los servicios.

Sin embargo, contar con un servicio de salud no resuelve la mortalidad materna; en este sentido, Ballesté destaca que, en muchos países se cuenta con gran cantidad de servicios médicos, y a pesar de ello, se cuenta con una tasa elevada de mortalidad de las mujeres embarazadas.³⁵

Esto nos indica que no basta con garantizar la presencia de los servicios de salud, sino que éstos deben brindar una atención oportuna y de calidad. Respecto a lo anterior, Sánchez 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.

Es importante retomar a Freyermuth, quien tras realizar una investigación, encontró que 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 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.

Elu considera que 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.

Además, las muertes maternas, como ya se mencionó, son aquellas que ocurren durante el proceso reproductivo; en éste se incluye el aborto, que es otro

grave problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, pues se lleva a cabo en condiciones insalubres e inseguras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como el procedimiento para terminar un embarazo no deseado, el cual es llevado a cabo por personas que carecen del entrenamiento necesario y/o en condiciones no sanitarias, lo que pone en riesgo de enfermedad y muerte a las mujeres que recurren a esta práctica.³⁶

Un estudio llevado a cabo por el Instituto Allan Guttmacher, dirigido a la población latinoamericana, mostró que se realizan al año aproximadamente 2.8 millones de abortos inducidos; si estos resultados se extrapolan a toda la región, el número de abortos inducidos por año alcanzaría unos 4 millones.

Por ello, Espinoza, considera que una limitante para no emprender acciones preventivas ante esta problemática es que no se cuenta con un registro preciso

sobre la frecuencia de muertes maternas asociadas a la práctica de un aborto inseguro y sus complicaciones, pues las estadísticas no reflejan las dimensiones que adquiere este suceso por la clandestinidad que le rodea, lo que provoca que los abortos inseguros no sean reportados por las consecuencias legales y emocionales.

Otra temática que ha sido poco abordada, pero que se considera importante, se relaciona con la influencia que ejercen los factores psicológicos y emocionales en la mortalidad materna.

En este sentido, Ballesté, destaca los resultados que se obtuvieron en el proyecto La salud sexual y reproductiva en el Distrito Federal: un ejercicio de corresponsabilidad entre el gobierno y la sociedad civil. Tras realizar una encuesta se encontró que durante el embarazo las mujeres sienten miedo, soledad, depresión, tristeza, temor a vivir violencia intrafamiliar y tienen dudas sobre seguir con el embarazo, lo que repercute en su salud. Asimismo, Infante concluyó que estados depresivos, de negación y miedo, pueden convertirse en barreras internas que obstaculicen la búsqueda de atención prenatal.

Por otro lado, se realizaron investigaciones en las que se destacan los factores que influyen en la muerte materna, recuperando un enfoque antropológico; dentro

de estos aspectos se ha abordado con mucho interés la prevalencia de la atención tradicional en relación con el contexto cultural.

Medina hizo una investigación en comunidades, respecto a creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; menciona que en algunas comunidades la concepción sobre los embarazos y lo relacionado con ellos está arraigada en un sistema de creencias tradicionales.³⁷

Las prácticas que las personas realizan para el cuidado de la gestación, no han sido necesariamente las médicamente adecuadas, debido a este apego hacia los cuidados tradicionales; de esta forma ponen en riesgo la salud de las mujeres. Se puede decir que la mitad de las muertes maternas, se atribuyen a la falta de atención durante el embarazo y parto por la inequidad en la que viven las mujeres en las zonas rurales.

Además, hay que agregar las dificultades que enfrentan por los aspectos culturales: grupos lingüísticos distintos, las costumbres, los especialistas en la atención tradicional (brujos, parteras, sobadores), la atención de enfermedades a través de los procedimientos y concepciones culturalmente aceptadas y adquiridas por la experiencia. Todo ello nos lleva a pensar en el embarazo, parto y puerperio como eventos significativos rodeados de normas, comportamientos definidos y rituales, que sirven de base para la organización de la vida social del grupo, pues le dan significado a su existencia y al mundo que los rodea.

Queda claro que las concepciones y percepciones que giran en torno al embarazo, parto y puerperio, son patrones culturalmente establecidos en las comunidades y son los que norman las conductas y comportamientos de las personas y que éstas repercuten de manera significativa en su salud; por ello es importante comprender la cultura y la medicina tradicional desde los significados que les son atribuidos a la gestación y a sus cuidados para proponer modelos de salud más cercanos a la realidad cultural, que permitan brindar una mejor atención a la población.

Rodríguez, quien investigó la mortalidad materna en una comunidad maya en Yucatán, manifestó la necesidad del respeto a las creencias en los modelos de salud, pero al mismo tiempo la importancia de derribar barreras que impidan el

acceso oportuno de las mujeres a las instituciones de salud y que permitan efectuar acciones para mejorar la calidad de la atención; de esta manera se podría evitar y prevenir la mortalidad.³⁸

Es interesante ver cómo la cultura, comprendida en creencias, significados y prácticas, va permeando los cuidados que la mujer tiene durante la gestación, así como precisar, a través de ella, la decisión de a quién acudir (familiares, parteras, curanderos o médicos) para recibir los cuidados en el embarazo, parto y puerperio.

Es importante mencionar que en las áreas rurales, en su mayoría, se emplean los recursos de la medicina tradicional para la atención del embarazo debido al arraigo de sus creencias y tradiciones, que no coinciden con las concepciones de salud-enfermedad de la atención institucional, o los servicios de salud son insuficientes.

Por ello, las parteras juegan un papel fundamental en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y el puerperio; su labor trasciende a los servicios de salud, pues se recurre a ellas porque existe una identificación cultural; su comunicación se basa en valores comunes, por pertenecer a la misma población; además, identifican las enfermedades con su propio lenguaje y visión del mundo, lo que crea una relación de confianza.

Las parteras están insertas en el mismo contexto cultural y geográfico de las mujeres que atienden, su relación está definida más horizontalmente y, por lo tanto, existe menos distancia entre una y otra. Todo esto hace que las parteras sean personajes clave para mejorar la salud reproductiva de las mujeres donde prevalece este tipo de prácticas tradicionales. Otra problemática se relaciona con el conocimiento que tienen las parteras sobre los riesgos obstétricos durante el embarazo, que en general es bajo, por lo que la mortalidad materna continúa presentándose en las comunidades. Las parteras, cuando tienen un adiestramiento, reconocen los riesgos entendidos por la medicina institucional.

García, considera fundamental incorporar a las parteras en programas de salud reproductiva eficaces, en los que se articulen los sistemas institucionales y los tradicionales, pues las creencias y los aspectos culturales influyen en el bienestar

durante el embarazo, parto y puerperio. Otro aspecto importante en las investigaciones sobre muerte materna ha sido la presencia de violencia como causa indirecta de la mortalidad.

Sin embargo, no se reconoce el vínculo entre violencia y salud reproductiva, a pesar de las diferentes formas en las que se expresa: alta prevalencia de maltrato durante el embarazo, maternidad forzada, producto de la violación dentro y fuera del matrimonio, maltrato frecuente a embarazadas adolescentes, contagio de infecciones de transmisión sexual.

IV.1.1.7. Maternidad y mortalidad materna

Detrás de una muerte materna hay un conjunto de ideas, prácticas, valores, creencias y representaciones ligadas con la maternidad, la paternidad, la salud y el derecho de cada grupo social. Estas ideas que son históricas, es decir creadas en un determinado tiempo y circunstancias, generan prácticas, políticas y relaciones de poder. De la misma manera estas ideas y prácticas son relacionales, es decir, no pueden ser comprendidas sino en el conjunto de relaciones en las que interactúan las mujeres particularmente con los hombres.³⁹

Escudriñar este conjunto de ideas permite descomponer los factores responsables de los resultados positivos o negativos y abrir espacios para generar cambios.

La maternidad se define desde varios aspectos: lo médico-biológico, como institución sociocultural, como paradigmático de la construcción genérica y como objeto de políticas públicas a través de la concepción de derechos reproductivos. Siendo éste último enfoque el más reciente, y el que incluye la participación de las mismas mujeres en la conceptualización y elaboración de estrategias para asegurar una maternidad segura.

A continuación se explora el desarrollo de las concepciones históricas sobre maternidad, paternidad, derechos sexuales y reproductivos, y como éstas se combinan para producir o evitar una muerte materna. Matrimonio y Maternidad han sido identificados como lugares principales de la opresión de las mujeres⁵

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

En la actualidad, se llama maternidad al hecho que las mujeres asuman de forma particular y concreta el proceso biológico de la gestación, así como los cuidados posteriores que requiere el ser humano durante un período de tiempo más o menos largo. La ciencia médica no se refiere a la maternidad, sino a los procesos fisiológicos que ocurren durante la gestación, comprendidos en las etapas de embarazo, parto y puerperio. Interviene a través de conocimientos codificados en Normas de Atención que en cada país tiene el valor de normas legales de cumplimiento obligatorio.⁴⁰

El devenir en madre es un evento mayor en la vida de las mujeres; tiene implicaciones masivas para su estilo de vida, su sentido de identidad y su relación con los otros. El significado del nacimiento de un hijo o una hija y de la maternidad son definidos por la cultura en la que ocurren, y se interrelacionan con actitudes sociales más amplias hacia las mujeres. En las sociedades industriales occidentales y en los países del Tercer Mundo, las mujeres son consideradas como las únicas responsables de la crianza de los hijos e hijas.

Se espera de ellas que actúen de una manera totalmente autodirigida y competente durante las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, y esta conducta es considerada lo natural. También se espera que esta disposición natural exista previo al nacimiento, e incluso a la concepción de los hijos e hijas: la vocación de ser madre ha sido considerada un deseo y sentimiento inherentemente natural a la feminidad bien entendida.

Margaret Mead, en sus estudios antropológicos comparados de diversas sociedades, llegó a la conclusión que cada una de ellas tiene sus preconceptos frente a las funciones procreativas de la mujer, preconceptos a los cuales, en la mayoría de los casos, ella se adapta.

En las sociedades en las que se considera que el embarazo debe estar acompañado de náuseas y el parto de dolores y peligros, la mayoría de las mujeres embarazadas sufre efectivamente de estados nauseosos y tiene partos difíciles, mientras que en otras sociedades que no rodean de peligros y tabúes a la

mujer en este estado, los embarazos y partos suelen transcurrir con facilidad y sin mayores incidentes.⁴¹

Ambas líneas de pensamiento, los preconceptos acerca del embarazo y el parto, y los relacionados con el nacimiento y la crianza de los hijos e hijas constituyen elementos de la institución de la maternidad, que también ha sido definida como la manera en que las mujeres devienen madres en la sociedad actual.

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

De esta misma manera se vinculan con los conocimientos de los hombres, con el poder masculino y familiar, y con los imperativos culturales durante el particular período en que son dadoras de vida.

La combinación de estos cuatro ejes no es idéntica en cada una de las etapas ni entre las generaciones, y confirma una vez más que los cambios estructurales de la sociedad no provocan reemplazos de uno a uno en las prácticas de los sujetos, sino reordenamientos significativos de los recursos utilizados.

Por esto, los conceptos culturales, en tanto históricos son cambiables. El concepto actual de maternidad se gesta a finales de los siglos XVIII, XIX y XX (es un concepto que está en transformación).

Antes del siglo XVIII en la cultura general de atención a los recién nacidos, privaba el concepto de sobrevivencia del más fuerte. Importaban los niños que sobrevivían, para formarlos como ciudadanos obedientes al Rey.

Esta cultura de desatención daba como resultado grandes índices de muerte infantil. Por otro lado las pestes y la mortandad que éstas implicaban, unidas a las migraciones hacia las colonias, estaban despoblando al Estado, de manera que éste comenzó a preocuparse por aumentar la población.⁴²

Para ello creó una cultura de cuidado que fue encargada a las madres, y que se basó en tres discursos:

- Económico: que valora a la población como la materia prima más importante, puesto que ella realizará la transformación de materias primas naturales en productos elaborados.

IV.1.1.8. Principales causas de mortalidad materna

La investigación sobre la mortalidad en mujeres en edad reproductiva ha confirmado la tragedia de la mortalidad materna en los países en desarrollo. Los estudios han investigado las causas y la ocurrencia en el tiempo de las muertes maternas, así como también los obstáculos que dificultarían una atención oportuna y apropiada, aumentando la probabilidad de que una mujer muera tras presentar una complicación obstétrica.

Una comparación de muerte maternas en hospitales de derivación en Zambia y Estados Unidos reveló que ambos lugares presentaban una alta tasa de mortalidad materna por causas prevenibles. Un estudio retrospectivo, transversal realizado en Uruguay reveló que las mujeres con intervalos breves entre embarazos (cinco meses o menos) se encuentran en mayor riesgo de muerte materna y de presentar complicaciones en el embarazo. Un estudio basado en un hospital realizado en África Occidental confirmó los trastornos hipertensivos y la hemorragia postparto como causas clave de las muertes maternas.

Las mujeres con una salud ya comprometida por una mala nutrición y otras enfermedades presentan una mayor probabilidad de morir durante una emergencia obstétrica. Muchos estudios han relacionado la nutrición con dos de las principales causas de muerte materna: la hemorragia y el trabajo de parto obstruido. La anemia grave, a menudo causada por insuficiencia de hierro y folato, la malaria, las uncinarias y el VIH, es una causa considerable de mortalidad materna en muchas áreas; sin embargo, es poco probable que los actuales programas de suplementación de hierro para embarazadas sean eficaces. La misma malaria es una causa indirecta común de muerte materna, tanto durante el embarazo como en el postparto. Es difícil determinar el impacto total del VIH/SIDA en las muertes maternas, pero la mayor prevalencia del VIH y sus efectos también deben ser considerados por los programas de maternidad sin riesgo.

Además de los factores médicos y hospitalarios, también influyen en la mortalidad materna los factores basados en la comunidad o socio-culturales, tales como las actitudes o prácticas, y por lo tanto deberían ser considerados en los estudios de mortalidad y morbilidad.

Distrés respiratorio del adulto

Sepsis

Cuando los gérmenes que han invadido el torrente circulatorio se multiplican en el mismo, se produce la septicemia. La septicemia puerperal primitiva se debe, en la mayoría de los casos, a la rápida invasión del torrente sanguíneo por el estreptococo. Se anuncia a las 24 horas del parto por un intenso escalofrío, con temperatura que asciende a 40°C, de tipo continuo. El pulso se acelera hasta una frecuencia de 140-160 por minuto y se presenta pequeño y blando. El estado general desmejora rápidamente. La facies se altera con la misma rapidez, mostrando un rostro pálido; la lengua está seca y los labios trémulos, las extremidades se ponen cianóticas. En contraste, el examen local no proporciona síntomas ni signos de valor.

En estos casos el hemocultivo permitirá el diagnóstico etiológico, al poner en evidencia al germen invasor, y el antibiograma dará la pauta para el uso adecuado de la terapéutica antimicrobiana. Pero desgraciadamente son excepcionales los éxitos, aún con tratamientos enérgicos y bien instituidos, ya que la muerte suele acaecer entre el 5° y 8° día, precedida por delirios, diarreas tóxicas y disnea intensa.

La septicemia puerperal secundaria sobreviene, a menudo, en la evolución grave de la endometritis. Puede sospecharse la septicemia cuando el estado general de la paciente se altera progresivamente, la facies se hace grisácea y la lengua se seca, la temperatura oscila entre 39 y 40°C. El pulso es pequeño, blando, con una frecuencia que alcanza a 140-160 por minuto. El hemocultivo debe realizarse en forma seriada y se efectuará antibiograma. A veces la evolución es nefasta, la diarrea hace su aparición, el estado general decae con rapidez y el óbito llega, inevitablemente al cabo de unos días, en medios de síntomas de profunda intoxicación: adinamia, postración y delirio.

Shok hipovolémico

Un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.

Causas

La pérdida de aproximadamente una quinta parte o más del volumen normal de sangre en el cuerpo causa un shock hipovolémico.

La pérdida de sangre puede deberse a:

- Sangrado de las heridas

- Sangrado de otras lesiones

- Sangrado interno, como en el caso de una hemorragia del tracto gastrointestinal

La cantidad de sangre circulante en el cuerpo también puede disminuir cuando se pierde una gran cantidad de líquidos corporales por otras causas, lo cual puede deberse a:

- Quemaduras

- Diarrea

- Transpiración excesiva

- Vómitos

Síntomas

Los síntomas pueden incluir:

- Ansiedad o agitación

- Piel fría y pegajosa

- Confusión

- Disminución o ausencia de gasto urinario

- Debilidad general

- Piel de color pálido (palidez)

- Respiración rápida

Sudoración, piel húmeda
Pérdida del conocimiento

Cuanto mayor y más rápida sea la pérdida de sangre, más graves serán los síntomas del choque.

Pruebas y exámenes

Un examen físico mostrará signos de shock, como:

Presión arterial baja
Temperatura corporal baja
Pulso rápido, a menudo débil y filiforme

Los exámenes que se pueden llevar a cabo incluyen:

Análisis bioquímico de la sangre, que incluye pruebas de la función renal y exámenes que buscan evidencia de daño al miocardio

Hemograma o conteo sanguíneo completo (CSC)

Tomografía computarizada, ecografía o radiografía de las zonas bajo sospecha

Ecocardiografía: examen de las ondas sonoras de la estructura y el funcionamiento del corazón

Endoscopia: sonda puesta desde la boca hasta el estómago (endoscopia de vías digestivas altas) y/o colonoscopia (sonda puesta a través del ano hasta el intestino grueso)

Cateterismo cardíaco derecho (Swan-Ganz)

Sondaje vesical (sonda puesta dentro de la vejiga para medir la diuresis)

En algunos casos, también se pueden hacer otros exámenes.

Tratamiento

Consiga ayuda médica de inmediato. Mientras tanto siga estos pasos:

Mantenga a la persona caliente y cómoda (para evitar la hipotermia).

Procure que la persona se acueste horizontalmente y que levante los pies unas 12 pulgadas (30 cm) para incrementar la circulación. Sin embargo, si la persona

presenta alguna lesión en la cabeza, el cuello, la espalda o la pierna, no la cambie de posición, a menos que esté en peligro inmediato.

No le administre líquidos por vía oral.

Si la persona está teniendo alguna reacción alérgica, trate dicha reacción si sabe cómo hacerlo.

Si hay que trasladar a la persona, trate de mantenerla acostada, la cabeza hacia abajo y los pies elevados. Estabilice la cabeza y el cuello antes de mover a una persona con sospecha de lesión en la columna.

El objetivo del tratamiento hospitalario es reponer los líquidos y la sangre. Se coloca una vía intravenosa en el brazo de la persona para permitir la administración de sangre o hemoderivados.

Medicamentos como dopamina, dobutamina, epinefrina y norepinefrina pueden ser necesarios para incrementar la presión arterial y la cantidad de sangre bombeada del corazón (gasto cardíaco).

Expectativas (pronóstico)

Los síntomas y desenlaces clínicos pueden variar, dependiendo de:

La cantidad de volumen de sangre/líquido perdido

La tasa de pérdida de sangre/líquido

La enfermedad o lesión causante de la pérdida

Afecciones crónicas subyacentes, como diabetes, enfermedad cardíaca, de los pulmones y del riñón

En general, las personas con grados de shock más leves tienden a tener un mejor pronóstico que aquellas con uno más grave. El shock hipovolémico grave puede llevar a la muerte, incluso con atención médica inmediata. Los adultos mayores tienen mayor probabilidad de tener desenlaces clínicos desalentadores a causa del shock.

Tuberculosis

La Tuberculosis, una de las enfermedades más antiguas que afecta al ser humano, es causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*. En la actualidad es considerada un problema de salud pública, lo que se evidencia en las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Se estima que un tercio de la población mundial ha sido infectada y está en riesgo de enfermar en algún momento de su vida, nueve millones de personas enferman anualmente.⁵

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 80 por ciento esta en los países en vías de desarrollo y el 45 por ciento de los enfermos se encuentran en edad más productiva (15-44 años) Nuestro país no es ajeno a esta situación siendo uno de los países con elevada morbilidad por tuberculosis. El Ministerio de Salud (MSP) señala que en el 2005 fueron 35,541 personas las que padecieron de tuberculosis, de los cuales 18.490 fueron casos nuevos, frotis positivos lo que se traduce en una tasa de mortalidad de 129,020 x 1000,000 habitantes y tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo de 67,120 x 1000,000 habitantes.⁶

La Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) se ha convertido en una epidemia en ascenso desde mediados de la década de los 90, no solo se ha incrementado su número en término absoluto y relativo, sino también en el espectro de resistencia. Mientras que a los inicios de los 90 predominaba la resistencia a 2 drogas, actualmente la resistencia a 3 o más drogas es predominante.

Virus de Virus inmunodeficiencia humana (VIH)

Es un virus que ataca el sistema de defensas del cuerpo. Con el tiempo el virus debilita las defensas de la persona contra la enfermedad, dejándolo vulnerable a muchas infecciones y formas de cáncer que no le desarrollarían en personas saludables. Algunas personas con infección al Virus inmunodeficiencia humana (VIH) no tienen ningún síntoma, algunos tienen problemas menores de salud y otros tienen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) completamente desarrollado.

SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección con Virus inmunodeficiencia humana (VIH) , significa que el sistema inmunológico está seriamente dañado a menudo la persona ya ha sido diagnosticada con una infección que amenaza la vida o con un cáncer, puede tomar hasta 10 años o más desde el momento inicial de la infección con Virus inmunodeficiencia humana (VIH) hasta llegar a ser diagnosticado con SIDA. En promedio las personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) dependiendo de muchos factores pueden vivir de dos a cuatro años más luego de ser diagnosticados¹.

Encefalopatía

La encefalopatía es una alteración de la estructura y el funcionamiento cerebral que tiene decenas de posibles desencadenantes.

Cuando hablamos de encefalopatía nos estamos adentrando en un terreno bastante amplio. El termino, en realidad, sirve para denominar un extenso grupo de afectaciones al cerebro, tanto en su estructura como en su función. Por eso, existen marcadas diferencias en relación a cómo surgen, se manifiestan y evolucionan los distintos tipos de encefalopatía.

Tipos de encefalopatía

Para entender plenamente qué es una encefalopatía, nada mejor que ilustrar con alteraciones concretas. Ejemplos de encefalopatía son:

Encefalopatía traumática crónica

Provocada por traumatismos craneales repetitivos. Las profesiones de algunas personas pueden llevar a que reciban golpes frecuentes en la cabeza, pensemos en los boxeadores o en los futbolistas, un daño que se va acumulando y termina provocando encefalopatía.

¹ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Jameson L, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 17ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009: vol. 2

Se manifiesta en alteraciones de la memoria, el pensamiento, depresión, conductas impulsivas y llega hasta la demencia.

Encefalopatía por glicinia

En este caso se trata más de una enfermedad de origen genético. La herencia familiar provoca que en el cerebro existan altos niveles de glicina (un aminoácido que actúa como neurotransmisor en el sistema nervioso). Se manifiesta generalmente desde el nacimiento y afecta gravemente el desarrollo psicomotor del niño.

También te puede interesar leer: Encefalitis: qué es, por qué se produce y cuál es su tratamiento.

Encefalopatía hepática

Ocurre como resultado de una afección en el hígado. El hecho de que este órgano no funcione de la manera más adecuada, implica que algunas toxinas no sean eliminadas del organismo y lleguen al cerebro, causándole daños diversos.

Encefalopatía hipertensiva

En este caso el daño se origina por un aumento brusco y marcado de la tensión arterial. Es muy poco frecuente y necesita de atención médica urgente. Entre los síntomas están el dolor de cabeza, mareos, visión borrosa, ansiedad, desorientación. La persona afectada puede llegar al coma.

Encefalopatía isquémica hipóxica

En esta alteración el problema es la ausencia de oxígeno en el cerebro. Cuando el paso de este elemento al sistema nervioso central queda bloqueado durante un periodo prolongado, el daño puede ser permanente o, al menos, muy extendido.

Principales síntomas de encefalopatía.

Siendo una condición tan amplia, indudablemente los síntomas van a depender de la condición que origina la encefalopatía y, especialmente, de la localización y extensión del daño al cerebro.

Sin embargo, de una manera general pueden mencionarse algunos de los principales síntomas que pudieran aparecer.

Generalmente, las funciones cognitivas se ven afectadas, sobre todo la concentración de la atención y la memoria, lo que tendrá un efecto notable en la capacidad para resolver problemas.

Pero los cambios no se limitan a lo intelectual, sino que en el afectado pueden darse cambios de personalidad o al menos de comportamiento, digamos, por ejemplo, que de repente puede tornarse marcadamente extrovertido.

La somnolencia o el aletargamiento son otras posibles variantes. En grados extremos la persona puede llegar al coma.

Otras manifestaciones neurológicas pueden estar presentes, por ejemplo: debilidad muscular, espasmos involuntarios, temblores y convulsiones.

Diagnóstico

El diagnóstico temprano y certero es clave para limitar el impacto del daño al cerebro. La persona afectada seguramente será objeto de exhaustivos análisis clínicos, bioquímicos y de neuroimagen.

Tratamiento

Dependiendo de la causa, así será el tratamiento. A veces basta con administrar determinados medicamentos para lograr cierta mejoría en las manifestaciones sintomatológicas, pero en otras ocasiones es necesario acudir a cirugías.

En algunas personas las alteraciones serán reversibles, en otras, lamentablemente, los daños neurológicos permanecerán.

Accidente cerebro-vascular

La enfermedad cerebrovascular se define como un episodio súbito de déficit neurológico global o focalizado, debido a un evento isquémico o hemorrágico. Es de carácter repentina o aguda y se atribuye a una etiología vascular. En la gran mayoría de los casos, estas enfermedades se caracterizan por una deficiencia

neurológica focalizada, de comienzo repentino, debido a esto, la definición es clínica y se apoya para diagnóstico en los estudios de imágenes encefálicas.ⁱ

Un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral".

Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente.

Causas

Hay dos tipos principales de accidente cerebrovascular:

Accidente cerebrovascular isquémico

Accidente cerebrovascular hemorrágico

El accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado por un coágulo de sangre. Esto puede suceder de dos maneras:

Se puede formar un coágulo en una arteria que ya está muy estrecha. Esto se denomina accidente cerebrovascular trombótico.

Un coágulo se puede desprender de otro lugar de los vasos sanguíneos del cerebro, o de alguna parte en el cuerpo, y trasladarse hasta el cerebro. Esto se denomina embolia cerebral o accidente cerebrovascular embólico.

Los accidentes cerebrovasculares isquémicos también pueden ser causados por una sustancia pegajosa llamada placa que puede taponar las arterias.

Accidente cerebrovascular Mire éste video sobre:

Accidente cerebrovascular

Accidente cerebrovascular - secundario a embolia cardiogena Mire éste video sobre:

Accidente cerebrovascular - secundario a embolia cardiogena

Un accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y se rompe. Esto provoca que la sangre se escape hacia el cerebro. Algunas personas tienen defectos en los vasos sanguíneos del cerebro que hacen que esto sea más probable. Estos defectos pueden incluir:

Aneurisma (un área débil en la pared de un vaso sanguíneo que provoca que al vaso se le forme una protuberancia o una burbuja en la parte exterior)

Malformación arteriovenosa (MAV; una conexión anormal entre las arterias y venas)

Angiopatia cerebral amiloide (ACA: una afección en la que las proteínas amiloides se acumulan en las paredes de las arterias del cerebro)

Los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos también pueden ocurrir cuando alguien está tomando anticoagulantes, como warfarina (Coumadin). La presión arterial muy alta puede hacer que los vasos sanguíneos se revienten, ocasionando un accidente cerebrovascular hemorrágico.

Un accidente cerebrovascular isquémico puede presentar sangrado y convertirse en un accidente cerebrovascular hemorrágico.

La presión arterial alta es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares. Otros factores de riesgo importantes son:

Frecuencia cardíaca irregular, llamada fibrilación auricular

Diabetes

Ser hombre

Antecedentes familiares de la enfermedad

Colesterol alto

Aumento de la edad, especialmente después de los 55 años

Origen étnico (las personas de raza negra son más propensas a morir de un accidente cerebrovascular)

Obesidad

Historial de accidentes cerebrovasculares previos o accidentes isquémicos transitorios (que ocurren cuando la sangre fluye a una parte del cerebro se detiene por un período breve)

El riesgo de accidente cerebrovascular es también mayor en:

Personas que tienen una enfermedad cardíaca o mala circulación en las piernas causada por estrechamiento de las arterias

Personas que tienen hábitos de un estilo de vida malsano tales como el tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas, una dieta rica en grasa y falta de ejercicio

Mujeres que toman píldoras anticonceptivas (especialmente las que fuman y son mayores de 35 años)

Las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo durante el embarazo

Mujeres que toman terapia de reemplazo hormonal

Síntomas

Los síntomas de un accidente cerebrovascular dependen de qué parte del cerebro esté dañada. En algunos casos, es posible que una persona no se dé cuenta de que ha tenido un accidente cerebrovascular.

La mayoría de las veces los síntomas se presentan de manera súbita y sin aviso. Pero, los síntomas pueden ocurrir intermitentemente durante el primero o segundo día. Los síntomas por lo general son más graves cuando el accidente cerebrovascular acaba de suceder, pero pueden empeorar lentamente.

Función del cerebelo

Si el accidente cerebrovascular es causado por sangrado en el cerebro, se puede presentar un dolor de cabeza. El dolor de cabeza:

Comienza repentinamente y puede ser intenso

Puede empeorar al acostarse bocarriba

Lo despierta si está dormido

Empeora cuando se cambia de posición o cuando se agacha, hace esfuerzo o tose

Función del tronco del encéfalo

Otros síntomas dependen de la gravedad del accidente cerebrovascular y de la parte del cerebro afectada. Los síntomas pueden incluir:

Cambio en la lucidez mental (incluso, somnolencia, pérdida del conocimiento y coma)

Cambios en la audición o en el sentido del gusto

Cambios que afectan el tacto y la capacidad de sentir dolor, presión o temperaturas diferentes

Confusión o pérdida de memoria

Dificultad para deglutir

Dificultad para leer o escribir

Mareos o sensación anormal de movimiento (vértigo)

Problemas con la vista, como disminución de la visión, visión doble o ceguera total

Falta de control de esfínteres

Pérdida del equilibrio o coordinación, o problemas para caminar

Debilidad muscular en la cara, el brazo o la pierna (por lo regular solo en un lado)

Entumecimiento u hormigueo en un lado del cuerpo

Cambios emocionales, de personalidad o de estado de ánimo

Problemas para hablar o entender a otros que estén hablando

Pruebas y exámenes

El médico realizará un examen físico para:

Verificar si hay problemas con la visión, el movimiento, la sensibilidad, los reflejos, la comprensión y el habla. El médico y el personal de enfermería repetirán

este examen a lo largo de un período de tiempo para ver si el accidente cerebrovascular está empeorando o mejorando.

Auscultar las arterias carótidas en el cuello con un estetoscopio para ver si hay un ruido anormal, llamado soplo, que es causado por flujo sanguíneo anormal.

Revisar si hay presión arterial alta.

Tratamiento

Un accidente cerebrovascular es una emergencia. Se necesita tratamiento inmediato. Llame al número local de emergencias (como el 911 en los Estados Unidos) o busque atención médica de emergencia ante los primeros signos de accidente cerebrovascular.

Las personas que están experimentando síntomas de un accidente cerebrovascular deben llegar al hospital lo más rápido posible.

Si el accidente cerebrovascular fue causado por un coágulo sanguíneo, se puede administrar un fármaco trombolítico para disolverlo.

Para que sea efectivo, este tratamiento debe iniciarse dentro de las 3 a 4 1/2 horas posteriores al inicio de los síntomas. Cuanto más rápidamente se inicie este tratamiento, mejores serán las probabilidades de un buen desenlace clínico.

Otros tratamientos administrados en el hospital dependen de la causa del accidente cerebrovascular. Estos pueden incluir:

Anticoagulantes, como heparina o warfarina (Coumadin), ácido acetilsalicílico (aspirin) o clopidogrel (Plavix)

Medicamentos para controlar los factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes y el colesterol alto

Procedimientos especiales o cirugía para aliviar los síntomas o prevenir más accidentes cerebrovasculares

Nutrientes y líquidos

La fisioterapia, la terapia ocupacional, la logopedia y la terapia de deglución se iniciarán en el hospital. Si la persona presenta problemas graves de deglución,

probablemente será necesaria una sonda de alimentación en el estómago (sonda de gastrostomía).

El objetivo del tratamiento después de un accidente cerebrovascular es ayudarlo a recuperar la mayor funcionalidad posible y prevenir accidentes cerebrovasculares futuros.

La recuperación de su accidente cerebrovascular comenzará mientras usted esté todavía en el hospital o en un centro de rehabilitación. Y continuará cuando deje el hospital o el centro de rehabilitación para irse a casa. Asegúrese de asistir a las citas de control con su proveedor de atención médica después de ir a casa.

Edema agudo de pulmón

Es una acumulación anormal de líquido en los pulmones que lleva a que se presente dificultad para respirar.

Causas

El edema pulmonar a menudo es causado por insuficiencia cardíaca congestiva. Cuando el corazón no es capaz de bombear sangre de manera eficiente, esta se puede represar en las venas que llevan sangre a través de los pulmones.

A medida que la presión en estos vasos sanguíneos se incrementa, el líquido es empujado hacia los espacios de aire (alvéolos) en los pulmones. Este líquido reduce el movimiento normal del oxígeno a través de los pulmones. Estos dos factores se combinan para causar dificultad para respirar.

El edema pulmonar también puede ser causado por:

Ciertos medicamentos

Exposición a grandes alturas

Insuficiencia renal

Arterias estrechas que llevan sangre a los riñones

Daño al pulmón causado por gas tóxico o infección grave

Síntomas

Los síntomas del edema pulmonar pueden incluir:

- Expectorar sangre o espuma con sangre
- Dificultad para respirar al acostarse (ortopnea)
- Sensación de "falta de aire" o "asfixia" (esta sensación se denomina "disnea paroxística nocturna" si lo hace despertarse hasta 1 o 2 horas después de haberse dormido y tratar de tomar aire)
- Sonidos roncós, de gorgoteo o sibilantes con la respiración
- Problemas para hablar en oraciones completas debido a la dificultad para respirar

Otros síntomas pueden incluir:

- Ansiedad o inquietud
- Disminución en el nivel de lucidez mental (nivel de conciencia)
- Hinchazón del abdomen o de las piernas
- Piel pálida
- Sudoración (excesiva)

Pruebas y exámenes

El proveedor de atención médica llevará a cabo un examen físico completo.

El proveedor auscultará los pulmones y el corazón con un estetoscopio para buscar:

- Ruidos cardíacos anormales
- Sonidos crepitantes en los pulmones llamados estertores
- Aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia)
- Respiración rápida (taquipnea)

Tratamiento

El edema pulmonar casi siempre se trata en una sala de emergencias o en un hospital. Es posible que usted tenga que estar en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

El oxígeno se administra por medio de una mascarilla o de diminutos tubos plásticos (cánulas) colocados en la nariz.

Se puede poner un tubo de respiración en la tráquea para que usted pueda estar conectado a un respirador (ventilador) si no puede respirar bien por su cuenta.

Se debe identificar y tratar rápidamente la causa del edema. Por ejemplo, si un ataque cardíaco ha causado la afección, se debe tratar inmediatamente.

Los medicamentos que se pueden usar incluyen:

- Diuréticos que eliminan el exceso de líquido del cuerpo

- Medicamentos que fortalecen el miocardio, controlan el ritmo cardíaco o alivian la presión sobre el corazón

- Otros medicamentos cuando la insuficiencia cardíaca no es la causa del edema pulmonar

Expectativas (pronóstico)

El pronóstico depende de la causa. La afección puede mejorar de manera rápida o lenta. Algunas personas posiblemente necesiten usar un respirador durante mucho tiempo. Sin tratamiento, esta afección puede ser mortal.

Eclampsia

La eclampsia va más allá. Se trata de una toxemia del embarazo con convulsiones. Un cuadro más agravado de la pre eclampsia. Cuando la mujer embarazada presenta los síntomas de la pre eclampsia y llega a tener convulsiones y otras reacciones más preocupantes para ella y el bebé que espera.

Es la complicación más seria de la pre eclampsia, en el Reino Unido, por ejemplo aparece en 1 de cada 2.000 embarazos y tiene una mortalidad cercana a 1.8%. El síndrome de HELLP es más común, probablemente presente en 1 de cada 500 embarazos y puede ser tan peligroso como la eclampsia misma. Los trastornos pueden aparecer sin anunciarse por razón de los signos

prodrómicos de la pre eclampsia. La hemorragia cerebral es una lesión que puede matar a mujeres con eclampsia o pre eclampsia. Sabemos que la hemorragia cerebral es una complicación de una hipertensión severa, por lo que la hipertensión del embarazo es un factor predominante en la aparición de esta situación, aunque la relación entre la hipertensión y la hemorragia cerebral no se ha cuantificado para la pre eclampsia.

El síndrome de distrés respiratorio agudo en el adulto es otra complicación que aparece después de una pre eclampsia aunque no se ha determinado si la causa sea el soporte respiratorio hospitalario de la paciente o si es por razón de la pre eclampsia misma.

Es probable que la pre eclampsia sea un factor de riesgo para la aparición de epilepsia en la vida adulta de los hijos de madres con ese trastorno.

Insuficiencia renal

La Insuficiencia Renal es una enfermedad que se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal que tiene como consecuencia que el riñón pierde la capacidad de producir orina, y a su vez de eliminar las toxinas de la sangre, entre otras funciones que son necesarias para la vida. Se considera que un paciente tiene Insuficiencia Renal Crónica cuando presenta un filtrado glomerular menor al $60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$, resultante de anomalías estructurales o funcionales del riñón, durante al menos tres meses.²⁰

Según la National Kidney Foundation, la enfermedad renal crónica se define como la lesión renal por más de tres meses, progresiva e irreversible, expresada por anomalías estructurales o funcionales del riñón, con o sin disminución del filtrado glomerular; estas anomalías son histopatológicas, imagenológicas o alteraciones de marcadores de daño renal sanguíneos, como la creatinina y urinarios como la proteinuria. La enfermedad renal crónica es ocasionada por un numeroso grupo de patologías que producen inicialmente un proceso inflamatorio que luego progresa a fibrosis, con el consecuente daño irreversible.

²⁰Fundación Renal FRIAT, Que es la irc [internet] Sistemas Informáticos 20 junio, 2013 [citado 11-2-216] disponible en: <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal-cronica/que-es-la-irc/>

Edema cerebral

El edema cerebral es un término médico que se refiere a una acumulación de líquido en los espacios intra o extracelulares del cerebro, por ejemplo, por un proceso osmótico mediante el cual las neuronas cerebrales aumentan su tamaño debido a un aumento anormal del volumen de plasma intracraneal, pudiendo llegar a la lisis celular. Las principales causas son la hiponatremia, isquemia, accidente cerebrovascular (EVC = Evento Vascular Cerebral), traumatismos craneoencefálicos (en este caso se produce una rotura de los vasos sanguíneos, lo que provoca una hemorragia cerebral, aumentando el cuerpo celular de las neuronas mediante ósmosis).

El Edema Cerebral también puede estar provocado por hipoxia de altitud, éste es el caso del Edema Cerebral de Altitud.

Clasificación

Hay cuatro tipos de Edema Cerebral: Citotóxico, con el paso de líquido del espacio extracelular al intracelular; Vaso génico, paso del líquido torrente vascular al extracelular; Intersticial, paso del líquido cefalorraquídeo (LCR) al espacio extracelular (el edema visto en la hidrocefalia) e Hiperémico, provocado por un aumento del volumen intravascular.

Edema vaso génico

Es un edema secundario a un aumento de la permeabilidad vascular, producto de la ruptura de las uniones entre las células del endotelio que forma la barrera hemato encefálica. Esto permite la salida de proteínas y líquido plasmático al parénquima o tejido cerebral. Una vez que los constituyentes del plasma sanguíneo cruzan la barrera hemato encefálica, el edema se esparce, generalmente de manera rápida. Este tipo de edema es característico de las respuestas del cerebro ante un trauma, tumores, inflamación y procesos infecciosos (en especial del tipo de las Meningitis Bacterianas en cuyo caso el edema vaso génico es inducido por el aumento de la permeabilidad de la barrera hemato encefálica causada por el TNF- α y la IL-1 β).

A nivel macroscópico, los ventrículos y las circunvoluciones del cerebro se notan aplanadas. Bajo el microscopio, se nota una separación de las fibras mielinizadas y una hipercromasia de los núcleos de las neuronas.

Edema citotóxico

En este tipo de edema cerebral, la barrera hematoencefálica permanece indemne y se caracteriza por una alteración de la regulación del metabolismo celular. Como resultado hay un funcionamiento anormal de la bomba sodio-potasio en la membrana de la célula glial. Ello conlleva a una retención de agua y sodio, los atrociitos de la sustancia gris y blanca se hinchan. El edema citotóxico se ve en casos de intoxicaciones por fármacos como el dinitrofenol, trietilín, hexaclorofenos herbicidas como para que te isoniazida, en el síndrome de Reye, la hipotermia severa, las etapas iniciales de isquemia cerebral, ciertas encefalopatías, hipoxia, infarto de miocardio, y algunos tumores. El proceso se ve de manifiesto especialmente en la sustancia gris con células hinchadas y vacuolizadas.

Edema intersticial

El edema cerebral intersticial ocurre por trasudación de líquido a través del sistema ventricular. La eliminación del exceso de líquido depende en gran parte del líquido ceforraquídeo (LCR). La barrera hemato encefálica regula el movimiento de los líquidos y está constituida por las uniones estrechas entre las células endoteliales de los capilares cerebrales. Cuando la regulación falla, el LCR penetra el cerebro y se esparce en los espacios extracelulares de la sustancia blanca. Se diferencia del edema vaso génico en que el líquido de este no contiene casi proteínas. Este es el edema característico de la hidrocefalia.

Tratamiento

El abordaje de un edema cerebral casi siempre incluye la administración de diuréticos y cortico esteroides.

V. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Juan Pablo Pina entre el 2013-2018, son evitable.

VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	10-13 años 14-16 años 17-19 años	Numérica
Estado civil	Condición marital de la embarazadas al momento del ingreso al hospital	Soltera Casada Unión libre	Nominal
Procedencia	Sitio o lugar de donde procede el paciente	Zona urbana Zona rural	Nominal
Escolaridad	Nivel educacional en que se encuentra la embarazada al momento del ingreso al hospital	Ninguno Básico Medio, Universitario	Nominal
Ocupación	Labor desempeñada por la fallecida	Empleada pública Empleada privada Ama de casa Estudiante Otras_____	Nominal
Hábitos tóxicos	Consumo de sustancias nocivas al organismo	Café Alcohol Tabaco Tizana Drogas	Nominal
Antecedentes mórbidos	Trastornos padecidos por la embarazadas anterior al embarazo actual	Diabetes HTA Anemia Otros_____	Nominal
Antecedentes Obstétricos	Datos pasados de la vida obstétrica de la paciente	No. De gesta No. de parto No. de aborto No. De cesárea	Ordinal
Chequeo prenatal	Evaluaciones periódica recibida por la paciente	0 1-4 5 y más	Ordinal
Edad gestacional	Tiempo transcurrido entre el primer día del último período menstrual y el nacimiento	< 20 semanas 21-27 semanas 28-36 semanas 37-41 semanas 42 y más	Ordinal

Vía de desembrarazo	Lugar anatómico por el cual se extrae el producto	Vaginal Cesárea	Nominal
Mortalidad materna	Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días a la terminación del embarazo	Distrés respiratorio del adulto Sepsis Shock hipovolémico Tuberculosis VIH/SIDA Encefalopatía Accidente cerebrovascular Edema agudo de pulmón Eclampsia Insuficiencia renal aguda Edema cerebral Otras _____	Nominal

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar los factores asociados a la mortalidad materna en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

VII.2. Demarcación geográfica

El centro hospitalario donde se realizó la presente investigación, se encuentra ubicado en la Común cabecera de la Provincia San Cristóbal de la Región Sur, corresponde a un tercer nivel de atención y está delimitado por las siguientes calles, al Norte, por la calle Manuel María Seijas, al Sur, por la calle Presidente Billini, al Este, por la calle Santomé y al Oeste, por la calle Juan Tomás Díaz.

VII. 3. Universo

Estuvo constituido por 29.586 embarazadas asistidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina entre los años 2013-2018.

VII.4. Muestra

Estuvo constituida por 49 embarazadas fallecidas por causa obstétrica en el Hospital Regional Juan Pablo Pina entre los años 2013-2018.

VII. 6. Criterios

VII.6.1. Criterios de inclusión

- . Embarazadas fallecidas.
- . Embarazadas cuyos expedientes se encuentren completos.

VII.7.2. Criterios de exclusión

- . Embarazadas no fallecida.
- . Embarazada cuyo expediente se encuentre incompleto.

VII.8. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, el cual se aplicará a los expedientes clínicos. Las preguntas contenidas en el cuestionario son 8 de tipos cerradas, se llenaron a través de observaciones directas de los expediente de las pacientes previamente identificadas.

VII.9. Procedimiento

Se revisaron los libros de registro de muerte del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre los años 2013-2018.

VII.10. Tabulación

Las operaciones de tabulación de la información obtenida fueron revisadas y procesadas en el programa de computadoras digital: Excel.

VII.11. Análisis

Se realizaron mediante medidas relativas tales como: frecuencia y porcentajes.

VII. 12. Principios éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales,⁴³ incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.⁴⁴

El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del comité de la universidad a través de la Escuela de Medicina y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como del Hospital Juan Pablo Pina, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos. El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por el personal que labora en el centro de salud, los mismos serán manejados con suma cautela.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad, la identidad contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento. Finalmente toda la información incluida en el texto del presente estudio, tomada en otros autores, fueron justificadas por su llamada correspondiente.

VIII. RESULTADOS

Cuadro 1. Años de fallecimiento de las madres en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Años	Frecuencia	%
2013	6	12.2
2014	7	14.3
2015	12	24.5
2016	6	12.2
2017	8	16.3
2018	10	20.4
Total	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se evidenció que en el 2015 falleció el 24.5 por ciento de las madres y un 20.4 por ciento falleció en el 2018.

Cuadro 2. Edad de las madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Edad (años)	Frecuencia	%
15 – 19	6	12.2
20 – 24	18	36.7
25 – 29	12	24.5
30 – 34	9	18.4
35 y más	4	8.2
Total	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se observó que el 36.7 por ciento de las madres fallecidas estaban comprendidas entre 25-29 años.

Cuadro 3. Edad y estado civil de las madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Edad (años)	Estado civil						Total	
	Casada		Soltera		Unión libre			
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
15 – 19	0	0.0	0	0.0	6	100.0	6	12.2
20 – 24	2	11.1	7	38.9	9	50.0	18	36.7
25 – 29	1	8.3	2	16.7	9	75.0	12	24.5
30 – 34	0	0.0	1	11.1	8	88.9	9	18.4
35 y más	0	0.0	0	0.0	4	100.0	4	8.2
Total	3	6.2	10	24.4	36	73.4	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se evidenció que un 73.4 por ciento de las madres fallecidas vivían en unión libre.

Cuadro 4. Edad y procedencia de las madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Edad (años)	Procedencia				Total	
	Zona urbana		Zona rural			
	No.	%	No.	%	No.	%
15 – 19	0	0.0	6	100.0	6	12.2
20 – 24	2	11.1	16	88.9	18	36.7
25 – 29	2	2.0	10	20.4	12	24.5
30 – 34	1	11.1	8	88.9	9	18.4
35 y más	0	0.0	4	100.0	4	8.2
Total	5	10.2	44	89.8	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se evidenció que el 89.8 por ciento de las madres fallecidas procedían de la zona rural.

Cuadro 5. Edad y escolaridad de las madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Edad (años)	Escolaridad						Total	
	Básica		Media		Superior		Fc.	%
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%		
15 – 19	5	83.3	1	16.7	0	0.0	6	12.2
20 – 24	14	77.1	3	16.7	1	5.6	18	36.7
25 – 29	9	75.0	3	25.0	0	0.0	12	24.5
30 – 34	5	55.6	4	44.4	0	0.0	9	18.4
35 y más	2	50.0	2	50.0	0	0.0	4	8.2
Total	35	71.5	13	26.5	1	2.0	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se encontró que el 71.5 por ciento de las madres fallecidas tenían un nivel básico de escolaridad.

Cuadro 6. Hábitos tóxicos de las madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	%
Café	15	30.6
Alcohol	20	40.8
Negado	14	28.6
Total	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se observó que el 40.8 por ciento de las madres fallecidas consumían alcohol.

Cuadro 7. Ocupación de las madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Ocupación	Frecuencia	%
Empleada privada	3	6.1
Estudiante	22	44.9
Ama de casa	20	40.3
Otras	4	8.2
Total	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se encontró que un 44.9 por ciento de las madres fallecidas eran estudiantes.

Cuadro 8. Antecedentes mórbidos en las madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Antecedentes mórbidos	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	20	40.8
Anemia	11	22.4
Nefropatía	1	2.0
Otras	7	14.3
Negado	10	20.4
Total	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se evidenció que el 40.8 por ciento de las madres fallecidas eran hipertensas.

Cuadro 9. Antecedentes obstétricos en las madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Antecedentes Obstétricos	0	1	2	3	4 y más
Gesta	0	10	18	12	9
Para	13	15	14	5	2
Aborto	31	11	7	0	0
Cesáreas	36	7	4	2	0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se evidenció que el 18 pacientes habían tenidos 2 gestaciones. 15 tenía una para, 31 no presentaron aborto y 36 no habían sido sometida a cesáreas.

Cuadro 10. Chequeos prenatales en las madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Chequeos prenatales	Frecuencia	%
0	23	46.9
1	3	6.1
2	4	8.2
3	9	18.4
4	5	10.2
5 y más	5	10.2
Total	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se evidenció que el 89.8 por ciento de las madres fallecidas recibieron menos de 4 chequeos prenatales.

Cuadro 11. Edad gestacional de las madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Edad gestacional (semanas)	Frecuencia	%
< 20	4	8.2
21 – 27	3	6.1
28 – 36	15	30.6
37 – 41	27	55.1
Total	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se observó que un 55.1por ciento de las madres fallecidas tenían una edad gestacional entre 37-41 semanas.de gestación.

Cuadro 12. Causas de mortalidad en madres fallecidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en los años 2013-2018.

Causas de mortalidad	Frecuencia	%
Pre eclampsia-eclampsia	8	16.3
Shock hipovolémico	8	16.3
Edema agudo de pulmon	7	14.3
Shock septico	6	12.2
Shock sptico	3	6.1
Anemia severa	3	6.1
Hemorragia posparto	3	6.1
Síndrome HELLP	3	6.1
Neumonía	2	4.1
Otras	6	12.2
Total	49	100.0

Fuente: Formulario aplicado a los expedientes clínico de muerte materna

Se observó que 16.3 por ciento de las madres fallecieron por presentar shock hipovolémicos y un 14.3 por ciento por edema agudo del pulmón.

IX. DISCUSIÓN

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para finales de 2015 habrán muerto unas 303,000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

En este estudio muestran las características sociodemográficas de las gestantes fallecidas, dentro de ellas podemos observar la edad, que se ha puesto en intervalos según como se encuentra en el carnet materno-perinatal, se tuvieron 18 casos de gestantes entre 20-24 años, no se observaron casos con menos de 15 años de edad, y predominó con un 72.5% las edades comprendidas entre 15 y 34 años, edad reproductiva. La edad donde recae la mayor proporción de los casos de muerte materna están entre los 20 y 34 años que coinciden con la edad de mayor productividad lo que concuerda con el Estudio del Jiménez en su estudio sobre el comportamiento de la mortalidad materna en el Hospital Dr. Luís E. Aybar 2004-2007, en el estudio la mayoría de las pacientes tenían edades comprendidas entre 20 a 24 años (35,12%). Históricamente a las adolescentes entre 15 y 19 años se les ha atribuido 2-3 veces mayor riesgo de mortalidad durante el embarazo, parto o puerperio, ésta información concuerda con un estudio realizado en el Sudeste Asiático donde se determinó que las adolescentes de 15-19 años tienen entre 12.2 por ciento más riesgo de morir que las mujeres mayores de 20 años; sin embargo discrepa con nuestro estudio.

Según el estado civil, se encontró que la mayor proporción convivían con sus parejas (73.4%), dato similar fue encontrado también en el estudio realizado por Llerena, encontrando al 69.7 por ciento y en el estudio realizado por Donaire en el año 2015, realizado en un hospital de nivel III de Iquitos encontrando un 90 por ciento de casos cuyo estado civil es conviviente. El estado conyugal es determinante de la fecundidad, pues las parejas se casan o conviven con fines de

procreación, entonces el estar en estado de unión implica alto riesgo de embarazo, consecuentemente de mortalidad materna.

Las gestantes procedentes de las zonas rurales, representaron el 89.8 por ciento del total de los casos. Es probable que en este factor intervenga una serie de elementos negativos, como el incumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de las gestantes con riesgo dentro del sistema del control prenatal, la distancia a los servicios de salud, la falta de transporte, falta de medios económicos y la idiosincrasia de la gestante, como fue observado por Cabrera en su estudio sobre los factores asociados a la mortalidad materna en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante los años 2006-2009. Distrito Nacional en el 2016.

En relación a los hábitos tóxicos, el alcohol y el café fueron los de mayor frecuencia con un 40.8 y 30.6 por ciento respectivamente, no observándose asociación significativa entre estos hábitos y la mortalidad materna, lo cual difiere de Rodríguez y cols., en su estudio sobre las características médico-sociales de las muertes maternas en una comunidad maya en Yucatán, México en el 2007, quienes observaron una asociación entre el consumo de alcohol y la mortalidad materna, con un 15.7 por ciento.

La ocupación predominante fue la de estudiante, con un 44.9 por ciento, seguido por la ama de casa, señala Salinas en su estudio sobre los factores asociados a la muerte materna en Hospital de Alta Especialidad de Veracruz de enero 2009 a diciembre 2014, señala que el ser estudiante o ama de casa no son factores asociados a la mortalidad materna.

Se evidenció que la mayoría de las fallecidas se encontraban padeciendo hipertensión arterial, en un 40.8 por ciento y la anemia estuvo representada por un 22.4 por ciento, ambas entidades muy asociadas a la mortalidad materna como es señalado por Nolasco⁷, *et al*, en su estudio acerca de la morbilidad materna en gestantes adolescentes en el 2013, quienes encontraron estos padecimientos, en un 39.2 y 20.3 por ciento respectivamente.

Con relación a la paridad, se tiene conocimiento que la gestante nulípara potencialmente asume un riesgo obstétrico, ya que tiene un canal de parto que nunca ha sido sometido a la prueba de trabajo de parto con un móvil de determinadas características. Así mismo, es necesario recordar que en las nulíparas o primigestas se presentan con mayor frecuencia las enfermedades intercurrentes del embarazo, las infecciones del tracto urinario, amenaza de aborto o de parto prematuro, toxemia, por lo que están más predispuestas a sufrir complicaciones del embarazo, parto y puerperio, estando en permanente riesgo de morir. En el grupo de las gestantes múltiparas y grandes múltiparas, como es sabido, se presentan con mayor frecuencia las hemorragias por atonía uterina, retención de placenta, rotura uterina, inversión uterina, guardando concordancia con los hallazgos encontrados. En este estudio 9 pacientes tenían más de 4 gestaciones y 5 habían parido tres veces.

El 71.8 por ciento de mujeres que fallecieron tenían menos de cinco controles prenatales. El resultado de nuestra Investigación guarda mucha diferencia con el estudio realizado por Hernández “y cols” en el 2007 de la mortalidad materna en Puebla México, que reporta un 52 por ciento de mujeres que realizaron un adecuado número de controles prenatales, un 32 por ciento que lo hizo de forma insuficiente y un 16% que no realizó ninguna consulta. Bashour (2009) señala que de un grupo de mujeres que tuvieron muerte materna el 77 por ciento recibió atención prenatal durante su embarazo y el 24 por ciento no recibió atención prenatal.

La gran mayoría de pacientes fallecidas (44.9%) no llevaron su embarazo a término, el 8.2 por ciento ocurrió antes de las 20 semanas, 6.1 por ciento entre las 21 y 27 semanas y el 30.6 por ciento falleció entre las 28 y 36 semanas. Dato que no concuerda con los presentados por Terán M. en su trabajo de Mortalidad Materna en un Hospital Germán Urquidi, donde muestra que los casos de muerte materna se produjeron en su mayoría pasando el tercer trimestre (53%). Maguiña G. en el 2013 estima que 6846 muertes maternas ocurrieron en el periodo 2002-2011 en el Perú, de los cuales el 38.7 por ciento ocurrieron en el embarazo,

específicamente el 22.8 por ciento en el tercer trimestre, mientras que 20.2 por ciento ocurrieron en el parto y 36.5 por ciento en el puerperio.

Entre las causas directas, la más frecuentes fue por preeclampsia; 10.2 por ciento y la eclampsia, con un 6.1 por ciento, un 16.3 por ciento por shock hipovolémico, un 14.3 por ciento por edema agudo de pulmón y un 12.2 por ciento a shock séptico. En concordancia con estos datos, las estimaciones mundiales de la UNICEF (2009), determinan que la principal causa de muerte materna en América Latina son los trastornos hipertensivos del embarazo con 26 por ciento de los casos, un 21% se atribuye a hemorragias y el 12 por ciento a la práctica de abortos. Nuestro estudio es similar al encontrado por Zambrano M. quien encontró que la principal causa de fallecimiento fueron los trastornos hipertensivos en casi una tercera parte de los casos, seguido de cerca por las relacionadas con las hemorragias (27%). a pesar de que se cuenta con información respecto a reportes mundiales la hemorragia postparto sigue siendo la principal causa a nivel mundial y dentro de ella se tiene como primera a la atonía uterina.

X. CONCLUSIONES

1. En el 2015 falleció el 24.5 por ciento de las madres y un 20.4 por ciento falleció en el 2018.
2. El 36.7 por ciento de las madres fallecidas estaban comprendidas entre 25-29 años.
3. Un 73.4 por ciento de las madres fallecidas vivían en unión libre.
4. El 89.8 por ciento de las madres fallecidas procedían de la zona rural.
5. El 71.5 por ciento de las madres fallecidas tenían un nivel básico de escolaridad.
6. Un 40.8 por ciento de las madres fallecidas consumían alcohol.
7. Un 44.9 por ciento de las madres fallecidas eran estudiantes.
8. El 40.8 por ciento de las madres fallecidas eran hipertensas.
9. El 18 pacientes habían tenidos 2 gestaciones. 15 tenía una para, 31 no presentaron aborto y 36 no habían sido sometida a cesáreas.
10. Un 89.8 por ciento de las madres fallecidas recibieron menos de 4 chequeos prenatales.
11. Un 55.1 por ciento de las madres fallecidas tenían una edad gestacional entre 37-41 semanas de gestación.
12. El 16.3 por ciento de las madres fallecieron por presentar shock hipovolémicos y un 14.3 por ciento por edema agudo del pulmón.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

1. Asegurar que los servicios de salud cuenten con los recursos humanos, insumos básicos y equipos necesarios para la atención de emergencias obstétricas.
2. Además enfrentar una perspectiva no política la mortalidad materna, para de esta manera lograr alcanzar el quinto objetivo del milenio, y avanzar en cuanto al sector salud se refiere.
3. Invertir en la mejora de registros de los casos de muerte materna estableciendo un personal exclusivo dentro del Área de Estadística para evitar el Sub registro y la Historia clínica, el único documento válido que debe ser llenado con el máximo cuidado, el comité de Mortalidad Materna debe coordinar con auditorias médicas permanentes de acuerdo a la recomendación de entidades más grandes como la OMS, FIGO, para adecuar y actualizar las conductas de la especialidad.
4. Cumplir con los insumos básicos de trabajo como abastecer los bancos de sangre ante estas eventualidades que se presentan.

A los médicos

5. Cumplir con el rol de velar por la salud, en el contexto de binomio madre-hijo, con el adecuado manejo de las embarazadas desde el primer momento de la consulta, prestando atención cuidadosa reproductiva de la vida de la mujer, dejando detrás la conducta arraigada de juzgar o cuestionar el embarazo, lo cual predispone a un trato inadecuado de ambas partes.
6. Determinar cuáles embarazadas están en riesgo de presentar una eventualidad durante su embarazo, lo cual ayuda a prevenir una muerte materna, además de ayudarle a comprender la importancia de los controles prenatales, tanto para ella como para hijo.

7. Decidir en el momento oportuno, las medidas terapéuticas que puedan evitar la pérdida de ambas vidas, sin esperar que la paciente llegue a un estado crítico, tanto si la disociación es de referir o tratar al paciente de acuerdo a la patología que se encuentre padeciendo.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para la identificación de las muertes maternas, Guatemala segunda edición, 2013:12-23.
2. Pinto D. Factores asociados a la muerte materna en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa del 2005 al 2017. Perú, 2018:2-17.
3. Jiménez D, Sánchez A. Comportamiento de la mortalidad materna en el Hospital Dr. Luís E. Aybar 2004-2007. Tesis de post-grado de Ginecología y Obstetricia, UASD, 2012: 34-39.
4. Cabrera R. Factores asociados a la mortalidad materna en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante los años 2006-2009. Distrito Nacional, 2016:12-15.
5. Salinas A. Factores asociados a la muerte materna en Hospital de Alta Especialidad de Veracruz de enero 2009 a diciembre 2014, incluyendo pacientes registrados 01 enero 2009 al 31 diciembre 2014. Tesis de post-grado 2015:13-17.
6. Orozco H. Situación de la mortalidad materna en el año 2015 en el departamento de Chimaltenango, Guatemala. Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo transversal Lugar: Departamento de Chimaltenango, Guatemala Metodología. Guatemala, 2016:23-26.
7. Nolazco M, Rodríguez L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. *Rev Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 2013; 156: 13-18.
8. Portal E. Consecuencias sociales y familiares de la muerte materna en la sub región de salud Cajamarca, septiembre del 2004 y septiembre del 2008. Tesis de grado, 2013:11-13.

9. Benrubi I. Urgencias obstétricas y ginecológicas. Madrid España. 9º Edición. 2014. Sección 7; 104-107.
10. Sánchez, A. obstetricia. 3ra. ed., Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2016:385-389.
11. Schwartz, R. L. Obstetricia. 7ma. ed., Buenos Aires. Librería-Editorial El Ateneo, 2014 600-608.
12. Álvarez M, Camargo G, Erazo M. Evaluación del autocuidado en las gestantes adolescentes que asisten al control prenatal basados en el modelo de Dorothea Orem. Tesis de grado, Cartagena de Indias, 2014:20-16.
13. Varo, J. Estratégica de la calidad de los Servicios Sanitarios, Madrid (España): Editora Díaz-Santos, 2013:10-14.
14. Espailat L, Núñez W, Matos M. perfil de la atención prenatal que reciben las adolescentes embarazadas en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia durante noviembre 2012-enero 2013. Tesis de grado UASD, 2013:23-27.
15. Pollares-Neila, .Evaluación de la calidad en la atención prenatal. Enfermería. 6ª ed., Madrid, 2013:17-20.
16. Ortiz Marcela. Mortalidad Materna en el siglo XXI; “calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua, agosto-octubre de 2014:34-37.
17. Protocolo de Atención en Hospitales 2do y 3er Nivel Obstetricia y Ginecología Santo Domingo República Dominicana Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social Dirección de Normas y Protocolos Clínicos. Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud, 2115.
18. Aldana-Calva E, Morales-Carmona F. Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. Ginecol Obstet Mex, 2014; 76: 143-50.
19. Nava, R. Factores de riesgo. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina UNAM, México, D.F., 2013:5-9.

20. Vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG). Comité de mortalidad materna FLASOG. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, abril 2014:12-14.
21. Cunningham, FG. Williams: Obstetricia. 12a ed., Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2013: 733-752
22. Guía clínica para la atención de la mujer durante el embarazo, parte inminente y puerperio en el primer nivel de atención Santo Domingo. D.N. República Dominicana. Talleres gráficos de Mediabyte, S.R.L. octubre 2016:12-15.
23. Disselvelt, AB. Historia prenatal para identificación de casos de alto riesgo por comadronas auxiliares en los centros rurales de salud. Kenia, 2011: 1-7.
24. Ortigosa Corona E. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. 2014:28-35.
25. Varo, J. Estrategia de la calidad de los Servicios Sanitarios, Madrid (España): Editora Díaz-Santos, 2013:10-14.
26. Arias, F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 6ª. ed., Madrid, 2014:55-69
27. Botero, J. Obstetricia y ginecología, 4a. ed., Madrid, Ediciones Carvajal, 2014: 170-180.
28. Rodríguez Y, Rodríguez A. Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe. Mov.cient. 2014;6 (1):132-143.
29. Benrubi I. Urgencias obstétricas y ginecológicas. Madrid España. 9º Edición. 2014. Sección 7; 104-107.
30. Sánchez, A. obstetricia. 3ra. ed., Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2015:385-389
31. Varo, J. Estrategia de la calidad de los Servicios Sanitarios, Madrid (España): Editora Díaz-Santos, 2013:10-14.
32. Ortiz Marcela. Mortalidad Materna en el siglo XXI; "calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua, agosto-octubre de 2014:34-37.

33. Aldana-Calva E, Morales-Carmona F. Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. *Ginecol Obstet Mex*, 2014; 76: 143-50.
34. Nava, R. Factores de riesgo. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina UNAM, México, D.F., 2013:5-9.
35. Reyes I, Villar A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. *Rev. Perú. Ginecol. Obstet* 2015;58(4):273-284.
36. Vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG). Comité de mortalidad materna FLASOG. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, abril 2014:12-14.
37. Oth J. New Estimates of Maternal Mortality: How much can we believe them? Presentación en "Global Health Metrics and Evaluation Conference, 2014:14-16.
38. Cunningham, FG. Williams: Obstetricia. 12a ed., Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2013: 733-752.
39. Disselvelt, AB. Historia prenatal para identificación de casos de alto riesgo por comadronas auxiliares en los centros rurales de salud. Kenia, 2016: 1-7.
40. Ortigosa Corona E. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. 2014:28-35.
41. Arias, F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 6ª. ed., Madrid, 2014:55-69
42. Botero, J. Obstetricia y ginecología, 4a. ed., Madrid, Ediciones Carvajal, 2014: 170-180

XIII. ANEXOS

XIII. 1. Cronograma

Actividad	Abril	Mayo	junio	julio	agosto	septiembre
Inicio de clases						
Selección del tema						
Preparación del anteproyecto						
Entrega de anteproyecto						
Aprobación del anteproyecto						
Reunión con el asesor de tesis						
Construcción del marco teórico						
Presentación final						

XIII.2. Instrumento de recolección de datos
FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL
REGIONAL JUAN PABLO PINA, ENERO 2013 – JUNIO 2018.

Formulario No. _____:

Años 2013 _____ 2014 _____ 2015 _____ 2016 _____ 2017 _____ 2018 _____

Edad _____ años

Estado civil

<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Divorciada
<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Viuda
<input type="checkbox"/> Unión libre	

Procedencia

<input type="checkbox"/> Zona urbana	<input type="checkbox"/> Zona rural
--------------------------------------	-------------------------------------

Hábitos tóxicos

<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Tabaco	

Escolaridad

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Media
<input type="checkbox"/> Básica	<input type="checkbox"/> Superior

Ocupación

<input type="checkbox"/> Empleada pública	<input type="checkbox"/> Ama de casa
<input type="checkbox"/> Empleada privada	<input type="checkbox"/> Otras _____
<input type="checkbox"/> Estudiante	

Antecedentes mórbidos

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cardiopatía
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Nefropatía
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Otras _____

Antecedentes obstétricos

No. De gestación

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5 y más
<input type="checkbox"/> 3	

No. de parto

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3-4
<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 5 y más

No. de aborto

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3 y más
<input type="checkbox"/> 1-2	

No. de cesárea

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3 y más
<input type="checkbox"/> 1-2	

Chequeos prenatales

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5 y más
<input type="checkbox"/> 3	

Edad gestacional

<input type="checkbox"/> < 20 semanas	<input type="checkbox"/> 37-41 semanas
<input type="checkbox"/> 21-27 semanas	<input type="checkbox"/> > 41 semanas
<input type="checkbox"/> 28-36 semanas	

Mortalidad materna

Causa del fallecimiento _____

XIII.3. Costos y recursos

XIII.3.1. Humanos			
Una médico			
Dos asesores			
Un estadígrafo			
XIII.3.2 Equipos y materiales	Cantidad	Precio RD\$	Total RD\$
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	3resma	160.00	480.00
Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	300.00	300.00
Lápices	2unidades	5.00	10.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	10.00	20.00
Computador			
Impresora			
Proyector			
Cartucho HP	2 unidades	1500.00	3000.00
Calculadoras	1 unidad	150.00	150.00
XIII.3.3 Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XIII.3.4. Económicos			
Papelería (copias)	1000 copias	2.00	2000.00
Encuadernación	8 informes	200.00	600.00
Transporte	10 pasajes x	25.00 c/u	750.00
Imprevistos	3		1000.00
Pago de tesis	1 médico	6000.00	6000.00
Tarjetas de llamada	10	60.00 c/u	600.00
Total		RD\$ 14950.00	