

*Una mirada rápida a los años 2000-2002*

# **La Mortalidad Materna en Nicaragua:**

La tragedia ignorada de la Mortalidad Materna  
nos hace una pregunta fundamental

*¿En cuánto valoramos  
la vida de una mujer?*



*Una mirada rápida a los años 2000-2002*

## La Mortalidad Materna en Nicaragua:

La tragedia ignorada de la Mortalidad Materna  
nos hace una pregunta fundamental

*¿En cuánto valoramos  
la vida de una mujer?*



## Reconocimiento

Agradecemos al personal del Departamento de Atención Integral a la Mujer del Ministerio de Salud, por facilitarnos la información necesaria para realizar este análisis y en especial al Dr. Wilmer Beteta, por el gran interés mostrado para contribuir en la recopilación y difusión de estos datos con la esperanza de que sean utilizados para definir estrategias que disminuyan los índices de Muerte Materna.

### Autores

Dra. Karen Padilla  
Heathe Luz McNaughton, MPH

### Colaboradores

Marta María Blandón, MSc  
Dr. Roberto Gómez M.

### Correspondencia

Marta María Blandón  
Directora Ipas Centro América  
Managua Nicaragua APO 1833  
ipasnica@cablenet.com.ni  
www.ipas.org

Diseño e imprenta  
Producciones EMCOR

### Fotos

Celeste González

© 2003

### Cita sugerida

Padilla K, McNaughton, H. 2003.  
La mortalidad materna en Nicaragua: una mirada rápida a los años 2000-2002.  
Managua, Nicaragua. Ipas Centro América



## La Mortalidad Materna en Nicaragua: Una mirada rápida a los años 2000-2002

“La tragedia ignorada de la mortalidad materna nos hace una pregunta fundamental: **¿en cuánto valoramos la vida de una mujer?**”

La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo no puede ser agrupada o comparada con otros problemas de salud o enfermedades. La maternidad no es una enfermedad. Por lo tanto, la obligación de nuestra sociedad de prevenir la muerte materna es mayor que la obligación de prevenir otras enfermedades [1].”

En los últimos tres años han muerto al menos 445 mujeres nicaragüenses por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. La muerte de estas mujeres no ha sido totalmente ignorada en Nicaragua. La problemática ha sido reconocida en las políticas del país, abordada en los medios de comunicación e incluida en el enfoque de varios proyectos de cooperación internacional. Sin embargo, la evidencia señala que el número total de las muertes maternas no está bajando. Esto representa un desafío para el Estado y para la sociedad civil nicaragüense que es imprescindible abordar.

Este boletín presenta un análisis breve de la muerte materna en los últimos tres años. El enfoque de este análisis está dirigido a examinar cambios en el comportamiento de las muertes maternas en cuanto a su incidencia, su causa, el momento, lugar de la muerte y los factores condicionantes. El análisis se hizo con base en una revisión de las fichas de mortalidad materna recopiladas por el Departamento de Atención Integral a la Mujer y la información generada por el sistema de vigilancia de mortalidad materna del Ministerio de Salud. No se pretende llegar a conclusiones axiomáticas, ya que esto requiere un análisis más profundo de cada una de estas muertes, además de una evaluación integral de los esfuerzos del Estado y de la sociedad civil en la prevención de la muerte materna en los últimos cinco años. Sin embargo, la información presentada nos da una radiografía de la situación actual, que apunta hacia la investigación más profunda de las causas no-obstétricas de la muerte materna y recalca la importancia de usar evidencia para fundamentar las intervenciones preventivas actuales y futuras.

### Introducción

La muerte materna es prevenible. Múltiples estudios y experiencias a nivel internacional y en la región latinoamericana han demostrado que existen estrategias e intervenciones que pueden reducir el número de muertes maternas. El hecho de que la muerte materna es prevenible exige una explicación del Estado y de la sociedad cuando no se puede evidenciar que está disminuyendo.

Los factores asociados con la muerte materna incluyen, la inequidad de género, desnutrición crónica, la violencia intrafamiliar y la planificación familiar, entre otros. Por eso, la muerte materna refleja el estado básico de la salud de la mujer, su acceso a los servicios de salud y la calidad del servicio que recibe. Por lo tanto, los porcentajes de muerte materna son parte del grupo de indicadores que evidencian el nivel de desarrollo de un país. La muerte materna es una medida de progreso hacia una sociedad más justa y equitativa, dirigida a satisfacer las necesidades de sus ciudadanas y garantizar el derecho a la salud de la mujer.

***Muerte Materna** se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de su duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales*

***Fuente:** Décima Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE 10) [2]*

En este sentido, la mortalidad materna está intrínsecamente vinculada con las condiciones de vida y estatus social de las mujeres. A nivel global, alrededor del 99% de éstas muertes ocurren en países en vías de desarrollo. Se ha calculado que en Nicaragua 1 de cada 88 mujeres mueren por ésta causa, en comparación con 1 de cada 2,800 mujeres en países desarrollados [3].

## Antecedentes

A partir de la convocatoria regional para el lanzamiento de la iniciativa de Maternidad sin Riesgo en 1987, basada en la preocupación de que cada año muere un gran número de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en los países sub-desarrollados, los Ministros de Estados suscribieron compromisos para definir intervenciones dirigidas a reducir la Mortalidad Materna. Nicaragua fue uno de los primeros países en incluir la prevención de la Mortalidad Materna en sus Políticas de Salud, establecidos en el Plan Maestro (1991 - 1996) en donde el tema de **Mortalidad Materna** fue prioritario.

Las estrategias para la reducción de la mortalidad materna que se reconocieron dentro de la iniciativa fueron:

- Planificación familiar con el objetivo de disminuir el número de hijos por mujer, espaciar el periodo intergenésico y disminuir los embarazos en edades extremas del período reproductivo.
- Mejorar las condiciones de eficiencia de los servicios de atención obstétrica en las unidades de salud, hospitales, centros y puestos de salud.
- Capacitación de parteras empíricas.

Una evaluación mundial realizada en 1997, para valorar los logros diez años después de implementado el plan, encontró que los resultados son poco alentadores en la mayoría de los países. Solo en algunos habían establecido programas nacionales de una magnitud suficiente como para producir un impacto significativo sobre las razones<sup>1</sup> de mortalidad materna. Las evaluaciones indican que aún existen muchas oportunidades para disminuir la mortalidad materna con una inversión costo-efectiva que garantice el acceso de las mujeres a servicios integrales de atención a la salud reproductiva priorizando; (i) la anticoncepción para disminuir el número de embarazos no deseados (ii) el control prenatal de calidad (iii) el aumento de la cobertura de los servicios para las emergencias obstétricas.

## El registro de la muerte materna; un desafío persistente

A partir de 1996 en Nicaragua el MINSA implementó el Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna en el ámbito nacional, dando como resultado: mejora en la captación y registro de las defunciones domiciliarias e institucionales.

Sin embargo, el Ministerio de Salud de Nicaragua ha reconocido que persiste un sub-registro tanto de los casos de muertes maternas como el de los nacidos vivos. En consecuencia, seguimos sin conocer la situación de la mortalidad materna en toda su dimensión. El sub-registro se debe a que el sistema no siempre capta los datos de mujeres fallecidas en sus hogares, que se mueren sin ningún contacto con el sistema de salud y son enterradas en sus comunidades. Esto pasa sobre todo con las mujeres fallecidas que son originarias de zonas rurales, con poca

<sup>1</sup> Los términos "razón" y "tasa" se utilizan a menudo de manera intercambiable, es esencial, especificar el denominador al referirse a alguna de estas mediciones de muerte materna. La tasa de muerte materna se calcula como el número de defunciones maternas en un periodo dado por 100,000 mujeres en edad fértil.

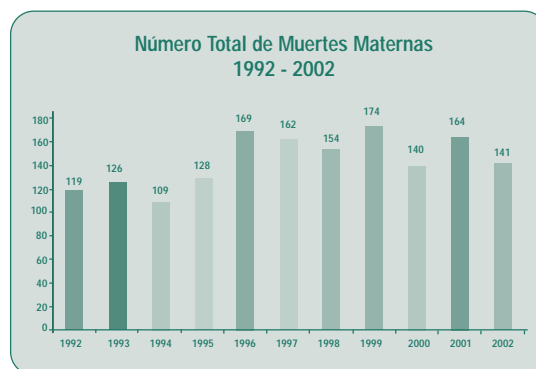
accesibilidad geográfica a los servicios de salud. Por otro lado existen errores en la clasificación de la causa de muerte, ya que no se identifica la causa de muerte como **"materna"**.

En muchos casos, cuando no se sabe que la mujer estaba embarazada al momento de la muerte, o la falta de tecnología médica no permite identificar la causa real de la muerte, sobre todo en las unidades del primer nivel de atención. Por ejemplo, se sospecha que **algunas** mujeres que se "suicidaron" por ingestión de sustancias tóxicas, estaban intentando provocarse un aborto y no suicidarse. Sin embargo, no está establecido realizar una prueba de embarazo post mortem en estos casos, por lo tanto no son detectados y clasificados correctamente.

## El comportamiento de la Mortalidad Materna según los registros oficiales

### Número total de muertes relacionadas con el embarazo

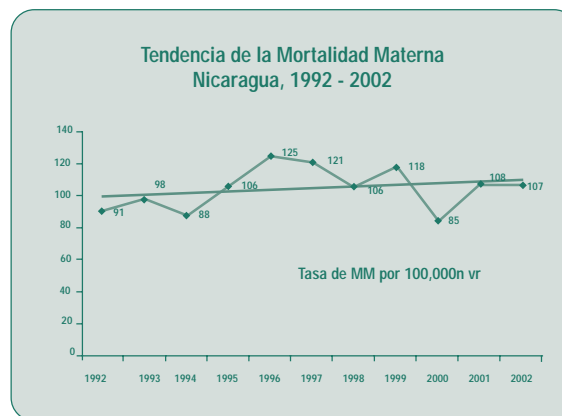
Durante la última década (1992-2002) se registraron un total de 1585 defunciones de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio [Grafica 1]. **Un promedio de 144 mujeres por año.**



### La razón de Muerte Materna

**La razón de mortalidad materna** mide el número de muertes maternas en relación al número de nacidos vivos (n.v.) ocurridos en el mismo período. Esta medida se usa comúnmente para analizar el riesgo que conlleva el embarazo y estandarizar las comparaciones entre países. Durante la última década la razón oficial de muerte materna en Nicaragua ha presentado oscilaciones.

Es importante notar que el numerador de la razón sólo incluye a las muertes que fueron clasificadas como muertes maternas. Sin embargo, la revisión de las fichas de muertes del 2000 al 2002 reveló que siete de las muertes por intoxicación cuando la mujer estaba intentando abortar fueron mal-clasificadas como "suicidios" y no entraron en la razón de muerte materna<sup>2</sup>. Estas muertes deberían de haber sido clasificadas como muertes obstétricas directas.



<sup>2</sup> Estos expedientes indicaron que la intención al ingerir la sustancia tóxica era abortar o pudimos inferir por la sustancia ingerida (narciso) o forma de administrarlo (vaginal) que la intención eran interrumpir el embarazo.

## Defunciones Relacionadas con el embarazo

La definición de muerte materna excluye a las muertes por “causas incidentales o accidentales.” Éstas son clasificadas como “defunciones relacionadas con el embarazo” y usualmente incluyen a las muertes por accidentes, suicidios, homicidios y muertes por violencia intra-familiar<sup>3</sup>. Sin embargo, sin hacer un análisis a profundidad de la causa de la muerte, es difícil saber cuantas de las muertes que no se clasificaron como “muertes maternas” realmente fueron causadas o agravadas por el embarazo de la mujer.



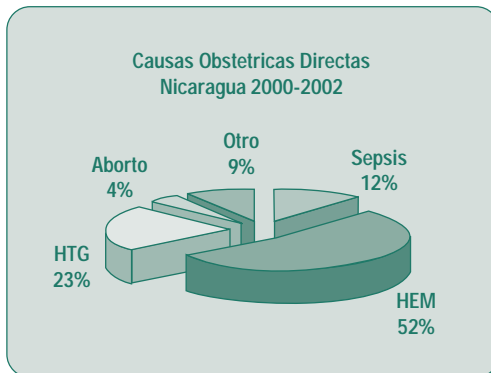
También, al analizar las fichas de muerte materna por causas no obstétricas del 2000 al 2002, se encontró que en un 11% (10) de los casos se registraron antecedentes de violencia incluyendo la violencia sexual. Estas mujeres fueron asesinadas o violadas en sus hogares, por sus parejas o por personas cercanas a sus familias. Los estudios han demostrado que el embarazo no deseado puede provocar o

agrarar la violencia intrafamiliar. Por lo tanto, es posible que estas muertes también debieran de haber sido clasificadas como muertes maternas. **En conclusión, se debe interpretar la razón de la mortalidad materna como un indicador sobre el problema pero no como una medida exacta de ello.**

## Causas de la Muerte Materna

Según los estándares internacionales las muertes maternas se sub-dividen en dos categorías generales según su **origen médico**: las muertes obstétricas directas y las muertes obstétricas indirectas.

**I. Las muertes obstétricas directas** resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio. De acuerdo con los registros, la mayoría (69%) de las muertes maternas del período 2000-2002 se debían a causas obstétricas directas. Las cuatro causas principales incluyeron:



- **Hemorragia (HEM)** asociada a retención placentaria, restos post-parto, atonía uterina o ruptura uterina.
- **Hipertensión gestacional (HTG)** debido a elevación de la presión arterial por primera vez durante el embarazo. Esta se puede evitar mediante vigilancia estricta durante el embarazo y tratamiento relativamente sencillo.
- **Sepsis** que se presenta de dos a cuatro días después del parto, como consecuencia de inadecuadas condiciones de higiene al momento del parto, ruptura prematura de membrana, parto prolongado u otros factores patológicos asociados al parto.
- **Aborto** inseguro y clandestino, que se relaciona con el alto porcentaje

de embarazos no deseados que ocurren en Nicaragua. Aunque porcentualmente representan un valor bajo (12 casos) ha venido presentando un incremento visible en estos tres años, pasando de 3% en 2000, al 7% del total de muertes por causa obstétrica en el año 2002 además de tener un sub-registro debido a la clasificación errónea de la causa de muertes por aborto inseguro como suicidios, sepsis o hemorragias.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de Salud (2001), Décima Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE – 10).



**II. Las muertes obstétricas indirectas** son producto de enfermedades existentes desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debido a causas obstétricas, pero sí agravada por los efectos fisiológicos del embarazo, representando un riesgo para la salud de la madre o la pérdida de la vida. En el período 2000-2003 constituyeron el 11% (50) del total de las muertes maternas y su comportamiento a sido hacia el incremento, pasando de 10 casos (7%) en el 2000 a 19 casos (13%) en el 2002. Las patologías más frecuentes que encontramos fueron; cardiopatías/insuficiencia cardíaca, leucemia, cánceres, tuberculosis, y malaria. Un mejor acceso a los servicios de aborto terapéutico posiblemente pudiera haber salvado la vida de las mujeres quienes no querían arriesgar su salud o su vida para continuar con la gestación.

## ¿Cuándo y dónde se murieron?

### I. El momento de la muerte

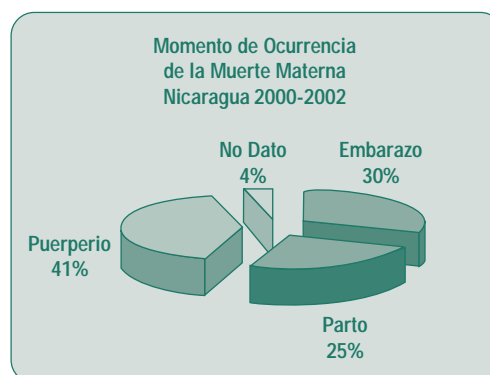
La muerte materna puede ocurrir durante el embarazo, el parto o el puerperio. Del 2000 al 2002 un 30% de las pacientes murieron durante el embarazo, un 25% durante el parto y un 41% en el puerperio. La mayoría de las muertes por causas obstétricas directas fallecieron durante el puerperio (47%).

Causas y Momento de Ocurrencia de la Muerte Materna  
Nicaragua 2000-2002

	OD	OI	NO	Total
Embarazo	44	18	70	132
Parto	110	-	-	110
Puerperio	140	28	14	182
TOTAL	294	56	84	424

Momento de ocurrencia de la Muerte Materna 2000-2002

OD= Obstétrica Directa, OI= Obstétrica Indirecta, NO-No Obstétrica



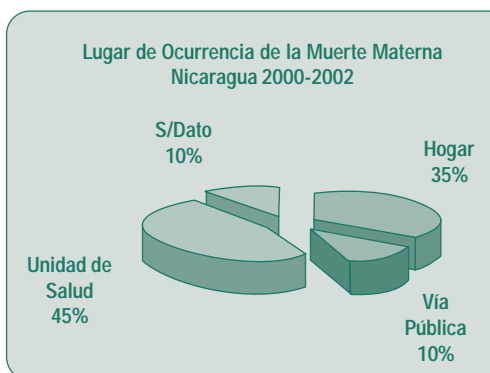
Nota: No se incluyen 21 defunciones las cuales se desconoce el momento de la muerte

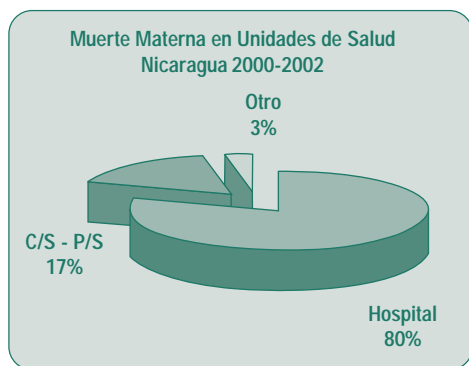
Fuente: Fichas de Muerte Materna, 2000 – 2002, MINSA.

### II. El lugar de la muerte

El lugar en donde ocurre la muerte materna, además de poder indicarnos la posibilidad del acceso a los servicios de salud por parte de la mujer, también está influenciado por factores como los patrones culturales, la jerarquización del poder de decisión en las familias y la organización familiar y comunitaria.

El número de muertes maternas en los hogares, para el período 2000-2002 ha disminuido, en relación con años anteriores. En 1998, según un estudio realizado por el Ministerio de Salud, el 60% de las defunciones fueron domiciliarias, el promedio del 2000 al 2002 es de 35% [4]. Continúa presentándose un porcentaje considerable (10%) de defunciones en la vía pública, ligado a la decisión tardía de trasladar a la mujer a una unidad de salud al momento de presentar alguna complicación. Muchas veces esta decisión no es de la mujer misma, sino del compañero, la suegra o la madre. También el retraso en el traslado puede verse influenciado por las condiciones de las vías y medios de transporte, la situación económica de la paciente (costos de transporte y alojamiento) o bien, condiciones climáticas que no permitan su movilización.





Las defunciones en unidades de salud ocupan el primer lugar, con 45% del total de fallecidas durante los tres años, 160 (80%) del total de las muertes ocurrieron en hospitales. La gran mayoría de estas muertes están relacionadas con causas obstétricas directas. Este dato refleja una seria limitación en la atención institucional. No es suficiente el hecho que la mujer acuda a la unidad de salud si ésta no cuenta en todo momento con personal capacitado para brindar una atención adecuada para su embarazo, atender su parto e identificar y atender oportuna y correctamente las complicaciones del puerperio. Además las unidades de salud deben contar con los insumos, equipos y medicamentos para garantizar una atención adecuada.

## Factores Condicionantes de la Muerte Materna 2000-2002

*“Las mujeres tiene el derecho a sobrevivir el embarazo y el parto. Pero aún así, la posibilidad de morir a causa de las complicaciones del embarazo es **40 veces mayor** para las mujeres de los países en desarrollo que para las mujeres que viven en países industrializados. Más del 90% de las muertes maternas que ocurren cada año a causa del embarazo, tienen lugar en países en desarrollo” (Organización Mundial de Salud,, 1999)*

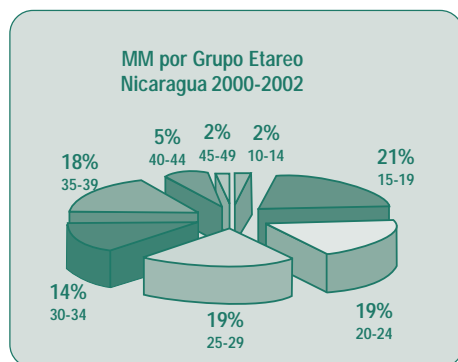
### I. Procedencia de la mujer

La mortalidad materna sigue representando un problema social y de salud relevante, que afecta en mayor medida a las mujeres originarias de áreas rurales. El 72% del total de las muertes maternas registradas en el período

*“Las mujeres nicaragüenses que viven en áreas rurales tienen 3 veces más posibilidades de morir durante la gestación, parto o puerperio, que las mujeres urbanas”*

analizado procedieron de áreas rurales. Existe una relación constante del origen de las fallecidas urbano/rural durante los tres años, presentándose tres muertes maternas rurales por cada muerte a nivel urbano. Las mujeres de área rural se encuentran afectadas por factores que hacen que su embarazo sea de alto riesgo, incluyendo: la pobreza, desnutrición, falta de educación, el sistema social patriarcal y la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud.

### II. La edad de la mujer



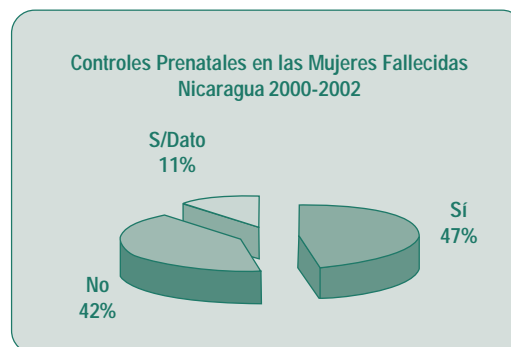
Las mujeres en edades extremas, menores de 19 años y mayores de 35 años representaron cerca del 50% de las defunciones, presentándose un aumento en relación a los años anteriores. Dentro de este grupo tenemos 32 casos de mujeres mayores de 40 años, edad a partir de la cual el riesgo de morir por un embarazo es 10 veces mayor comparado con las de 20 a 24 años, según diferentes estudios.<sup>4</sup>

La muerte materna de las adolescentes (menores de 19 años) es preocupante, ya que durante estos 3 años aportaron el 23% (103) del total de defunciones. De éstas, 9 eran niñas menores a 15 años. Durante los tres años analizados, se mantuvo casi estable la proporción de casos que aportan las adolescentes en relación al total de muertes maternas.

<sup>4</sup> El Ministerio de Salud de Nicaragua, en su análisis de 1998, reporta un 40% de muerte maternas en edades extremas de la vida [4].

### III. Control Prenatal (CPN)

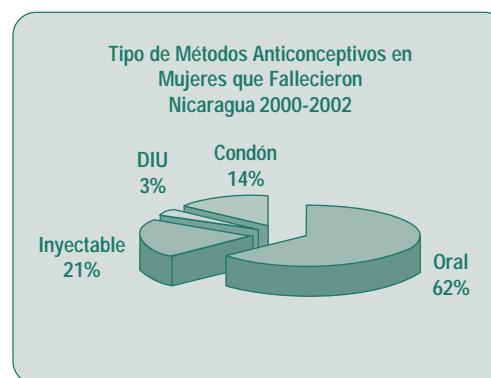
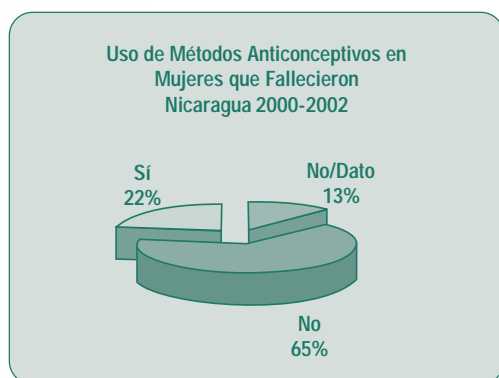
El control prenatal se realiza con el propósito de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad. Se considera que debe de ser precoz, periódico, completo y gratuito con el objetivo de hacerlo accesible a toda mujer embarazada [5]. En el período estudiado el 42% (185) de las mujeres no tuvieron ningún control prenatal. El 47% de las fallecidas sí tuvo al menos una consulta prenatal. A pesar de que el CPN significa una oportunidad para identificar factores de riesgo, existe cerca del 15% de mujeres embarazadas que al momento del parto pueden presentar una complicación que ponga en riesgo su vida, por lo cual es esencial que las unidades de salud se encuentren preparadas para brindar cuidados obstétricos de emergencia de calidad.



### IV. Control de la Fecundidad

El 65% de las fallecidas en el período analizado no estaba usando ningún método. Aunque la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) del 2001 muestra que el 98.5 % de las mujeres nicaragüenses conocen algún método anticonceptivo, sólo el 45.6% los usa actualmente y aún se reporta un 14.6% de necesidad insatisfecha de mujeres que desean planificar y no tienen acceso a los métodos anticonceptivos [6]. El derecho de la mujer a decidir el número de hijos que quiere ha sido reconocido por el Estado nicaragüense en varios instrumentos internacionales de derechos humanos, a pesar de esto, el 48% de los embarazos en Nicaragua son no deseados. La muerte de una mujer a causa de un embarazo que no fue ni planeado ni deseado por la falta de acceso a los métodos anticonceptivos, es una clara violación de sus derechos humanos. En consecuencia, es imprescindible organizar los servicios de salud para que los métodos anticonceptivos se encuentren disponibles de forma permanente.

Por otro lado, se encontraron 96 mujeres que usaban algún método y aún así se embarazaron. La mayoría se encontraba planificando con gestágenos orales (60). Posiblemente el fallo del método en estos casos se debió a problemas en la forma de administrarse el medicamento por falta de indicaciones correctas, por esto es muy importante brindarle a las usuarias información completa y veráz, asegurándonos que están completamente claras las indicaciones al iniciar su administración.





## Conclusiones y Estrategias para el futuro

¿Cuántas de las 445 muertes maternas en los últimos tres años fueron prevenibles?

¿Cuántas podemos prevenir en el futuro?

¿Cómo lo hacemos?

Estas son las preguntas clave que todos los actores de la sociedad y del Estado nicaragüense tenemos que abordar para poder reducir los índices de muerte materna. En 1998 el Ministerio de Salud determinó que un 62% de las muertes maternas analizadas eran evitables desde el punto de vista de los servicios de salud y con base en las normas obstétricas nacionales y la disponibilidad de recursos [4]. En este análisis reconocieron la fuerte influencia de las condiciones de pobreza como una limitante estructural para el abordaje de la muerte materna y también destacaron dos estrategias elementales; aumentar la cobertura de los servicios de salud para la atención de las emergencias obstétricas, e involucrar a los diferentes actores de la sociedad civil. Cinco años después podemos repetir las mismas conclusiones, agregando que se han realizado múltiples intervenciones para prevenir la muerte

materna, incluyendo la reactivación de la Comisión Nacional de Lucha Contra la Muerte Materna a partir del año 2002. Desafortunadamente, estas intervenciones no han sido analizadas ni sistematizadas de una forma comprensiva para darnos más luces acerca de los fallos en el abordaje de la temática.

Este boletín no tiene el propósito de determinar la evitabilidad de las muertes analizadas, ya que requiere de la comprobación de la información encontrada en las fichas de muerte materna y el análisis de factores a nivel de la familia y la comunidad, del sistema formal de atención a la salud y del nivel intersectorial. Sin embargo, el análisis apunta a que:

- (i) Todas las muertes de las mujeres con embarazo no deseado (que estaban planificando al momento de embarazarse o quienes no querían embarazarse) pudieron haber sido evitadas mediante la educación sexual, una mejor consejería y el acceso a métodos anticonceptivos modernos incluyendo la anticoncepción de emergencia.
- (ii) Las mujeres embarazadas por violación o quienes padecieron de patologías agravadas por el embarazo y que amenazaron su salud, se les debió ofrecer la opción de solicitar la interrupción legal del embarazo (aborto terapéutico). Desafortunadamente, el aborto terapéutico es un servicio que sigue sin reglamentación del sector salud aunque esta amparado en el Código Penal.
- (iii) Los 34 "suicidios" y las muertes por violencia intrafamiliar de mujeres embarazadas que fueron clasificados como "muertes no-obstétricas," es decir, por causas accidentales o incidentales *no* relacionadas con el embarazo, deberían ser re-examinadas. Estas muertes pueden tener un vínculo directo con el hecho de que la mujer este embarazada, por ejemplo, un 21% (7) de los suicidios fueron, en realidad, abortos inseguros. El factor del embarazo, en la muerte por ahorcamiento de una mujer embarazada producto de múltiples violaciones, con antecedentes psiquiátricos, no debería ser considerado como una causa "incidental."

Los hallazgos de esta mirada rápida a la situación de muerte materna en Nicaragua repiten lo que se ha señalado en múltiples investigaciones e informes sobre la temática en la última década... *siguen muriendo las mujeres nicaragüenses por causas relacionadas con el embarazo*. El perfil de la mujer que muere por estas causas no ha cambiado mucho, en su mayoría siguen siendo las mujeres de las áreas rurales, entre 20 y 34 años, con bajo nivel de educación, bajo acceso a los servicios de salud que mueren durante el puerperio por complicaciones que producen una hemorragia. **Lo que sí ha cambiado en los últimos tres años es el lugar de ocurrencia de la muerte, pasando a ocupar el primer lugar las muertes en las unidades de salud pública, atendidas por personal capacitado y no las muertes domiciliarias.** Este dato es sumamente importante ya que significa que las intervenciones futuras deben enfocarse en asegurar la calidad de los servicios existentes, además de abordar la prevención primaria y secundaria.

Las estrategias para la prevención e intervención en la problemática deberían de incluir;

- **Prevenir el embarazo no deseado** – el embarazo no deseado en Nicaragua ha subido de una forma dramática, de 15% en 1992, 32% en 1998, a 48% en 2001 [6,7]. En consecuencia, debe ser prioridad para el sector salud reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo, por medio de programas de educación sexual y un mejor acceso a los métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción de emergencia. Estos programas deben tener un enfoque especial hacia el grupo adolescente.

- **Detección y tratamiento temprano de los factores de riesgo durante el control prenatal**-Incrementar la *calidad* de los controles prenatales, para identificar los factores de alto riesgo y la probabilidad de una complicación. Si la mujer es candidata para un aborto terapéutico, se le debe ofrecer esta opción y ella debe tomar una decisión informada. Los datos de los últimos tres años demuestran que el número de controles prenatales no necesariamente incide en la posibilidad de morir.
- **Incrementar la cobertura y mejorar la calidad de la atención durante parto y puerperio**- Garantizar un parto limpio y seguro (no traumático) contribuye a reducir el número y la severidad de las complicaciones durante el puerperio, para esto es necesario contar con proveedores de salud adiestrados en los tres niveles de atención. Se debe difundir y poner en práctica los protocolos de atención puerperal con el objetivo de reconocer de forma temprana alguna complicación, tratarla o si es necesario referirla al lugar indicado para su manejo inmediato.
- **Asegurar el tratamiento oportuno de las complicaciones**- Garantizar que las unidades de salud de primer y segundo nivel, cuenten con recursos humanos calificados, equipos e insumos necesarios para poder brindar cuidados obstétricos de emergencia durante el embarazo, parto y puerperio. Lo cual contribuye a disminuir el riesgo de la mujer de morir al prestarle una atención inmediata y de calidad.
- **Monitoreo y evaluación a nivel comunitario, institucional e intersectorial** - Establecer planes de evaluación de forma periódica, para identificar las debilidades y fortalezas de la intervención y poder redefinir las acciones para obtener resultados satisfactorios.

- [1] Cook, R. Dickens, B. Fathalla, M.F. (2003) Reproductive Health and Human Rights. Oxford University Press Inc. New York.
- [2] Organización Panamericana de Salud (2001), Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10), Sistema Regional de Datos Básicos en Salud, Perfil de Salud de País. OPS/OMS
- [3] World Health Organization (2002) Maternal mortality 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, WHO.
- [4] Ministerio de Salud (1998). Mortalidad Materna: Un Análisis de las Muertes Ocurridas en Nicaragua en 1998. Managua, UNICEF.
- [5] Ministerio de Salud (1997) Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio. Managua, MINSA.
- [6] Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (2001) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. Managua, INEC.
- [7] PROFAMILIA, Encuesta sobre Salud Familiar Nicaragua 92-93, Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998.



*Ipas*