

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INFORME FINAL DE TESIS



Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Facultad de Ciencias Médicas / maestría en Salud Pública
Para obtener el grado de
Maestro en Salud Pública

Guatemala, junio de 2005.

RESUMEN

Al presente año, 2004, la Mortalidad Materna continúa siendo uno de los problemas prioritarios de Salud y es un indicador negativo de la postergación de la pobreza, de la inequidad y de la inaccesibilidad a los Servicios de Salud de la población, principalmente del medio rural de Guatemala.

En el año 2000, el departamento de Izabal ocupó el cuarto lugar con una Tasa de Mortalidad Materna de 183 por 100,000 nacidos vivos con notable contribución de dos municipios de alto riesgo: El Estor y Morales; de las 22 muertes registradas, 12 ocurrieron en el municipio de El Estor y 7 en el municipio de Morales

Por la frecuencia observada en ese año 2000 y considerando que cualquier muerte materna vale la pena analizarla, se consideró importante explicar dicho daño. El objetivo principal de este estudio con aplicación de la estrategia de casos y controles, fue determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad materna en el departamento de Izabal, para lo cual se tomó la totalidad de 21 casos registrados y se fijaron dos controles por cada caso, los cuales fueron pareados por edad y lugar de residencia.

Se estableció que la hemorragia post parto sí representó un factor de riesgo, sobre todo, cuando se presentó en cantidad abundante y con duración menor de un día. Se estableció que la edad, el control pre-natal, y la atención del parto, constituyeron factores de riesgo, y, que la preeclampsia no constituyó factor de riesgo asociado a mortalidad materna.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo proporcionado por el Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales, Coordinador de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el período de 1,999 a 2,002, así como a los maestros que me proporcionaron sus conocimientos. Agradezco la amistad, el apoyo y la asesoría inicial proporcionada por el Dr. Manuel Salvador España Rueda. Al mismo tiempo, agradezco el apoyo del Dr. Alfredo Moreno Quiñónez, Coordinador de la Unidad de Investigación y además, deseo destacar la asesoría del Dr. Mynor Iván Gudiel Morales cuyos valiosos aportes posibilitaron la culminación del presente estudio.

Deseo patentizar mi amistad y compañerismo con el grupo de estudiantes de la Tercera Cohorte de Maestros en Salud Pública, sobre todo, a los especialistas en Epidemiología, especialmente al Dr. Mario Roberto Gudiel Lemus por su amistad, consejos y apoyo durante el proceso de formación y especialización.

Finalmente, expreso mi agradecimiento al personal del Área de Salud de Izabal y al equipo de control de vectores, pues, sin su colaboración en el trabajo de campo no hubiera sido posible materializar la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I ANTECEDENTES.....	3
CAPÍTULO II JUSTIFICACIÓN.....	28
CAPÍTULO III OBJETIVOS.....	29
CAPÍTULO IV MATERIAL Y MÉTODOS.....	30
CAPÍTULO V RESULTADOS.....	35
CAPÍTULO VI DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS PERMISO DE REPRODUCCIÓN DE TESIS.....	59
NOTA DE CONSENTIMIENTO.....	60
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

CUADRO 1	Distribución y frecuencia de casos de mortalidad materna en el Depto. de Izabal durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre de 2,000.....	35
CUADRO 2	Distribución y frecuencia de casos según grupo de edad.....	36
CUADRO 3	Distribución y frecuencia según control prenatal.....	37
CUADRO 4	Control prenatal, distribución y frecuencia según personal que lo proporcionó.....	38
CUADRO 5	Atención del parto, distribución y frecuencia según personal que lo atendió.....	39
CUADRO 6	Distribución y frecuencia según hemorragia post parto.....	40
CUADRO 7	Distribución y frecuencia según cantidad de hemorragia post parto	41
TABLA 1	Mortalidad materna, asociación según edad.....	42
TABLA 2	Mortalidad materna, asociación según control prenatal.....	43
TABLA 3	Mortalidad materna, asociación según personal que lo proporcionó.....	44
TABLA 4	Atención del parto, asociación según personal que lo atendió.....	45
TABLA 5	Atención del parto, asociación según persona que lo atendió.....	46
TABLA 6	Mortalidad materna, asociación hemorragia post parto.....	47
TABLA 7	Hemorragia post parto, asociación según cantidad.....	48

DEDICATORIA

A Dios, Ser Supremo que guía mi existencia

A mis padres, ejemplos de superación y responsabilidad

A mi esposa Olga Leticia y a mis hijos Karen Fabiola y Oscar Guillermo para que este triunfo sirva de estímulo para su constante superación

A mis hermanos y sobrinos con sincero cariño

A la gloriosa y tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Facultad de Ciencias Médicas cuna de mi profesionalización.

A todos mis familiares y amigos que me han acompañado y apoyado en el transcurso de este ciclo profesional

INTRODUCCIÓN

En el ámbito nacional, el 70 % de la morbilidad y mortalidad materna son prevenibles, a través de acciones de Salud de manera conjunta con actores de otras instituciones cuya intervención debe estar entrelazada con el quehacer del Ministerio de Salud Pública, tal el caso del sector educativo, el aporte de las ONGs que apoyan en la capacitación de personal comunitario y la integración de los líderes comunitarios para la solución de sus problemas locales; sin embargo, estos casos están asociados, generalmente, a la falta de detección o prevención oportuna de los factores de riesgo reproductivos, de las precarias condiciones de vida o de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

A pesar de que la población del departamento de Izabal cuenta con Servicios de Salud que brindan atención desde el primer nivel, la mortalidad materna aún representa un problema de carácter prioritario cuyas causas no han podido ser resueltas, constituyendo un indicador negativo de salud.

En el año 1998, la tasa de mortalidad materna en el departamento de Izabal fue de 132.275 por 100,000 nacidos vivos; en 1999, de 146.476 por 100,000 nacidos vivos y en el año 2000, de 183.59 por 100,000 nacidos vivos, a expensas de dos municipios de alto riesgo: El Estor con TMM de 480 por 100,000 nacidos vivos y el municipio de Morales con TMM de 180 por 100,000 nacidos vivos; de las 22 muertes maternas registradas, 12 ocurrieron en El Estor y 7 en el municipio de Morales. La población en situación de riesgo es de origen rural y raza indígena.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el departamento de Izabal y se planteó realizar esta investigación de tipo analítico de casos y controles, partiendo de los 22 casos de mortalidad materna registrados durante el año 2000, fijando dos controles por cada caso, los cuales fueron pareados por edad y lugar de residencia, determinándose la asociación existente entre los factores de riesgo estudiados y la mortalidad materna.

En esta investigación se determinó que la edad, constituye factor de riesgo asociado a mortalidad materna puesto que los casos comprendidos entre una edad menor de 20 años y mayor de 35 es tres veces mayor que entre las mujeres de otras edades.

Se determinó que el control prenatal es un factor de riesgo asociado a mortalidad materna, sobre todo, cuando se proporciona por personal voluntario no capacitado.

También se determinó que la atención de parto constituye factor de riesgo asociado a mortalidad materna cuyo mayor porcentaje se presentó en los casos atendidos por personal empírico.

Se determinó que la preeclampsia no constituye un factor de riesgo asociado a mortalidad materna ya que en ninguno de los casos se encontraron signos de este problema.

En este estudio se determinó que la hemorragia post parto sí constituye un factor de riesgo, sobre todo, cuando la misma se presentó en abundante cantidad y su duración fue menor de un día, representando la mayoría de casos registrados.

Por tanto, una posibilidad de intervención la podrían constituir: el desarrollo de actividades de promoción y educación en idiomas kekchí y garífuna con el apoyo de líderes comunitarios; motivar e involucrar a las autoridades locales en el desarrollo de actividades que permitan el acceso de las comunidades postergadas a los servicios de salud para reducir la prevalencia e incidencia de mortalidad materna y la creación de maternidades cantonales con personal institucional calificado y con recursos adecuados en lugares estratégicos de los municipios de alto riesgo en el departamento de Izabal.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

La mortalidad materna refleja el riesgo promedio de morir el cual corre una mujer cada vez que se ve embarazada y, la OMS estima que la mortalidad es 150% mayor en países en desarrollo que en los desarrollados por lo cual, prácticamente, en todos los países de Latinoamérica representa un problema que aún recibe poca atención. ¹⁴

A. Concepto

Desde el punto de vista médico, muerte materna, es aquella que se produce como resultado de complicaciones obstétricas directas (propias del embarazo) o indirectas (agravadas por el embarazo), aunque existen muchos factores condicionantes que contribuyen a este desenlace. ¹

B. La magnitud de este problema

1. En el ámbito mundial: según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es enorme. De las 500 mil muertes maternas que ocurren cada año, en los países desarrollados corresponde solamente el 1 por ciento. El 99 restante sucede en países en vías de desarrollo, cuyos niveles más elevados se observan en las naciones del sur de Asia y la región sub sahariana en África, con tasas de hasta 2 mil muertes maternas por 100 mil nacidos vivos; el tercer lugar lo ocupan los países hispanoamericanos.⁶

En todo el mundo ocurren 430 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos; en los países subdesarrollados la cifra en 1997 fue de 480 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, mientras que en los países del primer mundo fueron 27 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, de acuerdo con datos registrados por UNICEF. Las tasas más altas se registran en África Oriental y Occidental, en algunos de estos países se registra una mortalidad de más de mil mujeres por 100 mil nacidos vivos. ⁶

Las tasas más bajas se registran en el Norte de Europa, donde oscilan entre 0-11 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Las causas de que el riesgo de morir sea más alto en los países subdesarrollados se debe a dos razones: el precario estado de salud de la mujer durante el embarazo y la mala calidad de atención obstétrica.

En estos países, 40 por ciento o más de las mujeres embarazadas pueden sufrir problemas obstétricos agudos durante el embarazo, el parto y el período postparto y se estima que 15% de ellas sufren complicaciones potencialmente mortales.

Hasta 300 millones de mujeres, más de una cuarta parte de las mujeres adultas que viven actualmente en el mundo subdesarrollado, sufren enfermedades breves o prolongadas, relacionadas con el embarazo y el parto. La muerte y la discapacidad por estas causas representan el 18% de la carga de la morbilidad para las mujeres de edad reproductiva en países del tercer mundo.

Se sabe que para reducir la mortalidad materna los servicios de salud deben incluir la planificación de la familia, la atención básica de la madre, comadronas capacitadas y el tratamiento de los abortos que se practican sin las condiciones mínimas de seguridad, así como las complicaciones del embarazo y el parto. China, Cuba y Sri Lanka, a pesar de sus bajos ingresos, han reducido este problema mediante la aplicación de medidas destinadas a dar mayor acceso a la atención primaria de la salud y, mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud. En la mayoría de países con altas tasas de mortalidad materna, se han identificado como factores de riesgo asociados a esta mortalidad: patrones rígidos de identidad sexual que las obligan a ser madres, amas de casa, atender a los demás y trabajar simultáneamente, escasez de recursos sanitarios, pobreza, falta de educación, creencias culturales que impiden buscar o recibir la atención adecuada. ²⁰

En México, la mortalidad materna es una realidad a la que deben enfrentarse las mujeres al embarazarse y en este país los indicadores presentan gran variabilidad, dependiendo de la parte del territorio que se estudie. Las mujeres embarazadas al sufrir un síntoma o una complicación, en su mayoría no se dan cuenta del riesgo que enfrentan, ya sea por falta de información o como consecuencia de sus valores o creencias en torno a su proceso reproductivo y no busca atención médica. Otro grupo, por el contrario, está consciente de sus necesidades de atención pero no tiene acceso a los Servicios de Salud por problemas de distancia, transporte o costo y acuden a los servicios de salud de la comunidad donde el servicio es deficiente. ¹⁵

La utilización de los servicios no significará para las mujeres, la solución a sus problemas y, además es común que enfrenten dificultades culturales y de género cuando establecen contacto con sus prestadores (as) de servicios, lo que hace más complejo recibir la atención con calidad. Información poco precisa, alusiones confusas referentes a signos y síntomas e, incluso, el ocultamiento de problemas por estigmas religiosos como el aborto, provocan una atención deficiente. Estos sucesos desembocan en complicaciones de la gestación, el puerperio o en la muerte de la madre.

La mortalidad materna es un indicador fundamental de la evolución y desarrollo de un país y toda nación con altas tasas de esta mortalidad no tendrá desarrollo avanzado y no habrá superado las diferencias sociales y económicas de género.

En México, la mortalidad materna está ligada al grado de desarrollo regional y de manera congruente divide a este país en regiones: elevada en el Sur, mediana en el Centro y baja en el Norte. Las causas de esta mortalidad están bien identificadas y no han variado a lo largo del siglo XX, preeclampsia, hemorragia, infección, complicaciones durante el parto y aborto.¹⁵

Las mujeres corren riesgo de muerte o discapacidades cada vez que se ven embarazadas y este riesgo lo tienen que enfrentar con mayor frecuencia las mujeres de países en desarrollo ya que tienen más hijos que las mujeres de los países desarrollados.

La mayoría de las complicaciones maternas ocurren ya sea durante o poco después del parto; aún así muchas mujeres no reciben la atención esencial que su salud necesita durante estos períodos. Durante el embarazo, el porcentaje de mujeres que acude a recibir cuidado prenatal, por lo menos una vez, es de 63% en África, 65% en Asia y 73% en América Latina y el Caribe, sin embargo, en el ámbito de cada país el porcentaje de uso de estos servicios puede ser aún más bajo.

Se sabe que para reducir la mortalidad materna, los servicios de salud deben incluir la planificación de la familia, la atención básica de la madre, comadronas capacitadas y el tratamiento de los abortos que se practican sin las condiciones mínimas de seguridad, así como las complicaciones del embarazo y el parto.

China, Cuba y Sri Lanka, a pesar de sus bajos ingresos, han reducido este problema mediante la aplicación de medidas destinadas a dar mayor acceso a la atención primaria de la salud, reforzar los sistemas y mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud. Según el Censo de Población realizado en México en 1990, en dicho país existen 22.5 millones de mujeres en edad fértil, el 15.3 por ciento de la población femenina de seis años o más, carece de instrucción primaria; la participación femenina dentro de la población, económicamente activa, es del 23.4 por ciento. En este censo se puso de manifiesto que la morbilidad materna no se presenta homogéneamente en ese país, ya que refleja las diversas condiciones socioculturales y biológicas existentes en las diversas regiones; así es posible observar que las mujeres de las comunidades marginadas o rurales son las que tienen más bajo nivel de escolaridad y manifiestan los niveles más elevados de mortalidad, también se determinó que la discriminación y la desnutrición desde la infancia son factores que coadyuvan a la morbilidad materna. Entre los factores sociales destacan los derivados del género; la persistencia del machismo contribuye a la morbilidad materna al influir en el establecimiento temprano de uniones maritales, el inicio precoz de reproducción y el uso limitado de métodos de planificación familiar. Otro factor social asociado es la violencia y dentro de ella, las violaciones. Mientras que la primera se ejerce contra mujeres de todas las edades, las víctimas de las segundas, son en mayor grado, las adolescentes.²⁴

La influencia religiosa en la cultura afecta muchos de los aspectos relacionados con este tipo de mortalidad y sus mecanismos de prevención. Desde el punto de vista biológico, las principales causas de mortalidad materna son: la toxemia, las hemorragias, las infecciones y el aborto. Los niveles de estos problemas de salud se han modificado con el tiempo: entre 1960 y 1986 disminuyeron las hemorragias y las infecciones, el aborto no se modificó y el problema de toxemias se mantuvo persistentemente alto. El descenso en la mortalidad materna se ha producido, principalmente, en las mujeres entre los 35 y 39 años de edad, pero, preocupa el hecho de que en las adolescentes la tendencia parece ir en aumento.

Se estima que una alta proporción del total de los embarazos termina en abortos, ya sean espontáneos o inducidos; a pesar del subregistro derivado, entre otras causas, de su clandestinidad, el aborto ocupa el cuarto lugar como causa de mortalidad materna y se ubica entre las diez primeras causas de morbilidad hospitalaria.

Es importante tomar en cuenta que la mortalidad materna no constituye únicamente un problema de salud sino que, también, representa un problema social, debido a que origina una tragedia familiar, deja hogares desintegrados, niños en orfandad y crea una serie de factores que inciden directamente en el sano desarrollo de los menores de edad. Así mismo, este tipo de mortalidad es un indicador que expresa el daño extremo que sufre la mujer durante su vida reproductiva, la baja disponibilidad y calidad de los Servicios de Salud, las condiciones sociales inapropiadas, alimentación deficiente y las consecuencias de la marginación que vive. En muchos países en desarrollo, las complicaciones del embarazo y el parto continúan siendo las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva; más de una mujer muere cada minuto debido a estas causas y, aproximadamente, 500,000 mueren cada año. Menos del uno por ciento de estas muertes ocurren en los países desarrollados, lo que demuestra que esto pudiera evitarse si se contara con recursos y servicios disponibles y adecuados. De acuerdo con los resultados preliminares de un importante y nuevo estudio, los suplementos de prenatales de vitamina A pueden ayudar a rebajar este enorme número de muertes maternas. Al medir los efectos que tienen pequeñas dosis semanales de vitamina A en la salud y en la supervivencia de mujeres embarazadas en el sur de Nepal, el estudio descubrió que la tasa de mortalidad entre las mujeres que recibían tanto las pequeñas dosis de esta vitamina como los suplementos de beta caroteno, descendía de forma espectacular, en un promedio de un 44 %. Como muchas otras partes del mundo en desarrollo, Nepal tiene una tasa de mortalidad materna especialmente alta, 125 veces mayor que la de los Estados Unidos y la carencia de vitamina A es frecuente, especialmente, entre las mujeres embarazadas. La ceguera nocturna dejada de lado durante mucho tiempo por los médicos y considerada por las mujeres de esta región como una consecuencia normal del embarazo, es en realidad un preocupante síntoma de la carencia de vitamina a, que padecen entre un 10 % y un 20 % de las mujeres embarazadas.

Investigadores de la Universidad John Hopkins de los Estados Unidos y de la Sociedad Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera de Nepal, con el apoyo de la USAID y de la Task Force Sight and Life, con sede en Suiza, realizaron este estudio para comprobar si la mortalidad materna, fetal o perinatal podría reducirse suministrando a las mujeres en edad de procrear, una pequeña dosis semanal de vitamina A. Durante el

embarazo y los tres meses posteriores al parto se produjeron entre las mujeres que recibían dosis de vitamina A pura un 38 % menos de muertes que entre las mujeres que no recibían suplementos, y, un 50 % menos entre las mujeres que tomaron betacaroteno. La anemia que normalmente se asocia a la carencia de hierro y que se sabe que es una de las causas que contribuyen a la mortalidad materna, fue nada menos que un 45 % inferior entre las mujeres que recibían suplementos. También se descubrió que las mujeres que sufrían de ceguera nocturna eran más propensas a contraer infecciones, padecer anemia, falta de peso y corrían mayor riesgo de muerte. Los resultados de este estudio indican que a las mujeres que presentan carencias de vitamina A, al agregarles una ingesta regular y adecuada de esta vitamina o de betacaroteno cuando están en edad de procrear, puede reducir notablemente el riesgo de mortalidad asociado al embarazo.²⁵

Este estudio también ayuda a subrayar la necesidad urgente de mejorar la nutrición de las jóvenes y las mujeres como parte de un enfoque multidireccional dirigido a reducir la mortalidad materna y la tragedia que este problema represente en el mundo en desarrollo y abre la vía a nuevas estrategias que pueden aplicarse a gran escala en un futuro próximo.

La tasa promedio de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es de 10 muertes por cada 100,000 nacidos vivos y las más altas tasas se presentan en Haití (1000), Bolivia (390) y Perú (270).

Las más bajas se presentan en Chile (23), Cuba (24) y Costa Rica (35 por 100,000 nacidos vivos). Al menos 50,000 niños y niñas quedan huérfanos cada año en América Latina y el Caribe por muertes relacionadas con el embarazo y el parto. Las complicaciones de salud durante el embarazo y el parto son responsables por un 18 % de la carga total de enfermedad de las mujeres entre los 15 y los 44 años de edad en el mundo entero.

2. El caso de América Latina y el Caribe: más de 500,000 mujeres padecen problemas crónicos de salud como consecuencia de inadecuada asistencia durante el parto. Los informes de la Organización Mundial de la Salud revelan que en estas regiones, cerca de 3,240,000 madres no pueden someterse a un control de embarazo, mientras que otras 3,440,000 no reciben atención de parto en una institución de salud y que 2,980,000 mujeres no tienen acceso a atención de parto por personal calificado.

Las disparidades entre regiones en materia de mortalidad materna son claras: mientras que el riesgo de muerte de mujeres durante el embarazo y el parto está dado en una proporción de 1 en 1,800 en los países desarrollados, ésta es de 1 en 130 en la región de América Latina y el Caribe. También se perciben marcadas diferencias en cuanto a la mortalidad en los sectores rural y urbano, de hecho, las mujeres de comunidades indígenas soportan las más altas tasas de mortalidad por complicaciones de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio; adicionalmente, los Servicios de Salud continúan siendo deficientes en el cuidado y asistencia materno-infantil y de muy difícil acceso en la mayoría de los casos.

En Guatemala y Honduras, más del 50 % de los partos son atendidos por personal no calificado, en casa. Una tercera parte de las gestantes mueren en su hogar sin recibir atención alguna. En el panorama mundial, 60 millones de mujeres dan a luz con ayuda de personal no calificado o de un familiar. Cerca de la mitad de los partos que tienen lugar en los países en vía de desarrollo suceden en tales condiciones y la mayoría de muertes, además de innumerables casos de discapacidad de mujeres después del parto, podrían ser prevenidas con sólo garantizar atención básica integral a las madres antes, durante y después del parto.

Los estudios y reportes consultados coinciden en que el 99% de los casos de mortalidad materna ocurren en países en desarrollo y que, en su mayor parte, se pueden prevenir; al mismo tiempo hacen énfasis en que la mayor parte de esta mortalidad corresponde a infecciones, la pérdida de sangre o el aborto sin condiciones de seguridad. Para lograr una reducción de este problema es necesario invertir más en sistemas de salud para mejorar la calidad y el alcance de los servicios para el parto y proporcionar atención prenatal y postnatal para los sectores más pobres de la población.

Las consecuencias de seguir permitiendo los actuales índices de mortalidad materna en la región se evidencian en traumatismos en el nivel familiar, comunitario, laboral y económico de los países. Es necesario que se aseguren los programas de desarrollo social de parte de los Estados y que, además, se vean acompañados de iniciativas para superar la barrera económica de acceso de mujeres a servicios de atención materna en zonas con baja cobertura o sin atención. El mejoramiento de la calidad de estos servicios sería el punto de partida para lograr un cambio eficaz y eficiente y además no requiere mayores esfuerzos.

En términos económicos se estima que bastaría con una inversión de US \$3 dólares anuales por persona en países desarrollados para reducir significativamente las tasas de mortalidad materna en el mundo, mientras que el costo aproximado para garantizar el servicio de salud sería de US \$2 por persona, con lo que se llegaría, adicionalmente, a disminuir la muerte de, al menos, 1.5 millones de niños cada año.

C. Experiencias exitosas: en toda la región y en el resto del mundo se ha marcado la pauta de importantes progresos en esta materia. Fue así como evaluaciones realizadas en varios países con bajos ingresos económicos como Sri Lanka, India, Cuba, China y en la antigua Unión Soviética, establecieron el éxito de intervenciones que redujeron efectivamente la mortalidad materna. Estas intervenciones fueron: educación para todos, incremento del acceso a servicios básicos de salud y nutrición, antes, durante y después del parto (incluyendo planificación familiar y adecuada suplementación de vitaminas y minerales), atención del parto por profesionales, acceso a atención obstétrica esencial, políticas que promueven la condición social y económica de la mujer, su acceso a la propiedad y a otros recursos, así como acceso al empleo.

En estos países, la mortalidad y la morbilidad materna se redujo mediante el efecto sinérgico de dichas intervenciones. En Bolivia, el Seguro nacional de Maternidad y Niñez, iniciado con el apoyo de UNICEF en 1996, proporciona a familias pobres, acceso gratuito a la atención de salud para niños menores de cinco años y mujeres durante el embarazo y el parto. 18 meses después de incorporado este programa, se había duplicado la demanda de servicios de maternidad y había aumentado en un 50 % el tratamiento de la neumonía con medicamentos proporcionados por UNICEF. ⁶

En Brasil, los medios de comunicación se constituyen en un vehículo poderoso para la discusión de asuntos relacionados con la salud de la mujer a través de un programa semanal: MULHER, producido por la Red Globo en Río de Janeiro. Este programa trata temas de salud, entre otros aspectos, de un estilo audaz y atractivo que capta una gran audiencia y permite sensibilizar al público sobre el derecho que tienen las madres y las mujeres embarazadas a proteger su salud y su vida. En Colombia, la Asociación de Planificación Familiar -PRO FAMILIA- utiliza una metodología basada en los derechos humanos. Este método incluye el servicio legal ayudando a las mujeres a resolver sus interrogantes relacionadas con salud reproductiva. En Perú, el Ministerio de Salud, con la

colaboración de UNICEF y USAID está implementando el proyecto “10 pasos para un parto seguro” que incluyen una política escrita sobre parto seguro, personal capacitado, atención con calidad y calidez, atención de emergencias, equipos de comunicación y transporte, un comité de monitoreo y grupos comunitarios de apoyo. ⁶

En la mayoría de los países en desarrollo, el tener hijos constituye una de las formas de mayor importancia que tiene la mujer de subir en la escala social. Un estudio efectuado en Oaxaca, México, demostró que las mujeres tenían gran presión social por tener hijos y en especial hombres, que pudieran ser mano de obra posteriormente. En el año 1988 un estudio de Population Crisis Committee encontró que más de la mitad de las niñas y mujeres del mundo viven en condiciones que amenazan su salud y les impide tomar decisiones reproductivas o participar de lleno en los ámbitos educativos y económicos de la sociedad. Otro motivo importante lo representa la discriminación sexual que se ha tratado de ocultar bajo el espectro de que todos por igual, hombres, mujeres y niños padecen desventajas en términos de salud, pero abundan pruebas que la mujer enfrenta una clara desventaja que influye directamente en la mortalidad materna.

No es un secreto que, cada vez, la fuerza laboral femenina es mayor y más importante, en la actualidad y en América Latina representa una cuarta parte pero, lamentablemente, es una carga más al trabajo doméstico de las mismas mujeres, no influyendo en la mortalidad materna por el trabajo en sí, sino cuando éste se asocia a una carga doméstica grande, o, cuando el tipo de trabajo tiene condiciones adversas a la salud de la mujer.

Una madre enferma que se embaraza tiene como probable resultado traer un niño igualmente enfermo, si sobrevive, puede perpetuar este estado de mala salud y esto ser un ciclo difícil de romper; dicho fenómeno se ve más impactante si el recién nacido es niña y ésta recibe los tratos no equitativos de los servicios de salud teniendo en consecuencia una nueva madre enferma.

D. La prestación de servicios: la accesibilidad a los servicios de salud y la atención con calidad son los aspectos más importantes y que, mayormente, pueden influir en la mortalidad materna, siendo los aspectos de mala calidad de atención los que más influyen.

Los servicios deficientes, la falta de recursos esenciales, personal no capacitado, ausencia de un sistema de referencia práctico y la poca sensibilización de los prestadores de salud son dificultades que afronta la mujer al acudir a un servicio de salud. Si a esto se agregan

los factores culturales, entonces es comprensible que las mujeres del área rural rechacen la medicina moderna y prefieran acudir a comadronas o curanderos, con los consiguientes daños por la falta de atención adecuada. En las zonas urbanas en donde la accesibilidad es mejor, la calidad de los servicios y el costo son de suma importancia, y, los factores que aumentan el riesgo de mortalidad son causados por la falta de servicios con buena asesoría de planificación familiar y el poco personal capacitado para responder a una emergencia obstétrica.

El hecho de que tan diversos factores contribuyan al exceso de mortalidad materna sugiere que se necesitan estrategias con enfoque amplio y, así, tener una real intervención en la misma. Un enfoque que incorpore a todos los sectores de la sociedad y basado en el sistema de atención primaria, con una finalidad preventiva será imprescindible para lograr el objetivo de reducir la mortalidad materna.

Debido a su accesibilidad y aceptabilidad, las comadronas tradicionales siguen siendo el eje principal de los programas comunitarios con relación a salud materna; el adiestramiento de estas trabajadoras debe centrarse en la higiene e inocuidad de sus prácticas, no interferir durante el parto y el cuidado pre y post natal. Hay que instarlas a seguir siendo el apoyo local de la mujer y enseñarles a identificar madres en situación de riesgo para referirlas oportunamente.

Los centros de referencia del primer nivel deben, idealmente, tener la capacidad de resolver las complicaciones obstétricas que requieran intervenciones clínicas, proveer servicios de salud reproductiva y capacitar al personal voluntario.

Una de las maneras más importantes para lograr la reducción de las muertes maternas sería garantizar que un profesional de salud, debidamente calificado, se encuentre presente en el momento del parto, pero, debido a que hay gran escasez de este personal, en los países en desarrollo, ya sea por su propia decisión o por necesidad, se calcula que 60 millones de mujeres dan a luz sin la ayuda de personas calificadas y algunas veces solamente al cuidado de una partera tradicional, un familiar o, incluso, en abandono absoluto. En contraste, en los países desarrollados, la presencia de personal calificado es de carácter universal y la falta de este tipo de asistencia constituye uno de los factores que inciden en las tasas elevadas de mortalidad materna. Lo ideal es que la persona que atienda un parto viva en la propia comunidad o muy cerca de ella pero, por lo general, este tipo de personal trabaja en

hospitales y en el área urbana, quedando descubierta el área rural en donde vive, aproximadamente, un 80% de la población de los países en desarrollo.

Según los documentos consultados, en algunas partes de Asia y África hay una partera por cada 15,000 partos. ²³ En aquellos lugares en donde se cuenta con personal de salud calificado, también debe disponerse de equipo y condiciones adecuadas para realizar adecuadamente sus labores, también debe contar con medios de transporte para trasladar a las mujeres que por su condición crítica de salud necesiten ser atendidas en otra institución de salud con mayores recursos. Otra limitante para ofrecer servicios de salud a las mujeres del área rural, es la falta de sostenibilidad, es decir, que muchos médicos y comadronas son enviados a estos lugares sin conocer debidamente la comunidad ni a sus líderes, por lo que, muchas veces no son aceptados y esto dificulta su desenvolvimiento y desarrollo de las acciones para las que fueron capacitados y contratados.

E. La situación del problema y las acciones en el ámbito nacional

En el departamento de Izabal, la tasa de mortalidad materna en el año 2000 fue de 183.59 por 100,000 nacidos vivos. ² La muerte materna en Guatemala continúa representando un serio problema debido a que la mayoría de sus causas son prevenibles y, por esa razón, se han formulado muchas estrategias con el objetivo de lograr la reducción de este tipo de mortalidad.

En el municipio de Puerto Barrios, se ha conformado un Comité de análisis de mortalidad materna con el objetivo de determinar las causas por las cuales este problema continúa representando un alto riesgo para la salud de la mujer embarazada y, también, se tiene en proyecto instituir un Plan de reducción de mortalidad materna con el objetivo de evitar el subregistro de casos y, además, desarrollar acciones pertinentes en lugares identificados con mayor riesgo, esperando que de esta manera se pueda reducir, efectivamente, este problema que constituye un indicador negativo del desarrollo en el departamento.

El Proyecto de Salud Materna ha identificado un proceso de siete pasos para lograr la sobrevivencia materna, en donde el personal hospitalario tiene un papel muy importante que desempeñar en lo que se refiere a la respuesta de calidad, ante las complicaciones obstétricas que se le presentan diariamente y que deben resolverse de manera adecuada.

Estos siete pasos son los siguientes:

1. ocurrencia de complicación: en el embarazo, trabajo de parto o postparto;

2. detección de la complicación: a través de familiares, comadrona o servicio de salud local;
3. referencia: esta acción requiere credibilidad y confianza en los servicios de salud;
4. cumplimiento de la referencia: depende del convencimiento de la familia, transporte disponible, factores condicionantes, tales como: clima, horario nocturno, dinero disponible, estado de la carretera, etc;
5. aceptación de referencia: requiere servicios de salud con sensibilización social y enfoque cultural;
6. respuesta de calidad a la complicación: a través del fortalecimiento de la atención en hospitales y centros de salud, lineamientos de manejo de la mujer embarazada referida, capacitación técnica / resolutive del personal médico, de enfermería y de auxiliares de enfermería;
7. sobre vivencia materna: resulta en disminución de tasas de mortalidad materna y mejoramiento de las condiciones de salud.

De parte del Ministerio de Salud Pública se han realizado capacitaciones al personal médico y de enfermería de los Hospitales de los departamentos de Sololá, Totonicapán, San Marcos, Suchitepéquez y Retalhuleu, acerca del manejo de las principales complicaciones obstétricas y perinatales. La capacitación del personal de salud en su propio lugar de trabajo es considerada una estrategia adecuada, por lo que el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, en coordinación con el Proyecto de Salud Materna/Mother Care, están realizando esfuerzos conjuntos para fortalecer estos procesos de capacitación en el ámbito nacional.

La mortalidad materna es un indicador que refleja de manera importante la accesibilidad, cobertura y la calidad de los servicios de salud. La tasa de mortalidad materna en Guatemala, según datos obtenidos del SIGSA del Ministerio de Salud en 1997, era de 98.22 X 100,000 nacidos vivos; en Puerto Barrios la tasa del año 2000 fue de 183.59 X 100,000 nacidos vivos y, aunque ha disminuido en las dos últimas décadas, todavía continúa siendo una de las más altas de América Latina. Contribuyen así mismo los problemas sanitarios, y

otros que son reflejo de la grave situación económica por la que atraviesan sectores importantes de la población.

F. Análisis de causas a nivel nacional: al considerar las causas de enfermedad y mortalidad de la mujer a lo largo de su vida, es preciso tener en cuenta que durante la etapa reproductiva, ella es susceptible de sufrir no solamente las dolencias que afectan a hombres y mujeres de cualquier edad sino, también, las enfermedades y trastornos específicamente relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio. Las causas de la mortalidad materna pueden clasificarse en médicas y no médicas. Las causas médicas se subdividen en:

- ☞ causas directas,
- ☞ causas indirectas.

Entre las causas obstétricas directas más frecuentes se encuentran:

- ➔ hemorragia
- ➔ infección
- ➔ toxemia
- ➔ aborto
- ➔ parto obstruido

Entre las causas obstétricas indirectas están aquellas enfermedades que se agravan por los efectos fisiológicos del embarazo y del parto.

Entre las causas no médicas están todas aquellas causas mediatas o indirectas que actúan como favorecedoras o predisponentes, tales como:

- o edad extrema,
- o alta paridad,
- o intervalos inter genésicos cortos,
- o analfabetismo,
- o baja escolaridad,
- o ruralidad,
- o pobreza,
- o limitado acceso a los servicios de salud.

Las cifras de mortalidad materna se tienen que considerar en el contexto de la alta proporción de mujeres en edad fértil dentro de la población total. Actualmente, los embarazos en adolescentes menores de 15 años son cada vez más frecuentes y representa

uno de los problemas de mayor envergadura que enfrenta la mujer y la sociedad, situación que conduce a un aumento considerable del número de embarazos, partos y problemas que los acompañan, sobre todo, en mujeres muy jóvenes. La distribución urbana y rural de la población y los procesos de migración internos y externos también son aspectos demográficos que influyen sobre la salud de las madres. Vivir en áreas rurales puede conducir a mayores índices de mortalidad materna, hecho relacionado en parte con la menor disponibilidad y posibilidad de acceso a los servicios de salud adecuados, similar a lo que sucede en la mayoría de países subdesarrollados.

No obstante que la medicina y la ciencia han contribuido con el desarrollo de tecnologías que permiten el mejor cuidado de la mujer embarazada, estos conocimientos y posibilidades no alcanzan por igual a todas las mujeres del país. En el municipio de Puerto Barrios en el año 2000 el número de mujeres que recibió atención prenatal, 2964 de ellas, representa el 12 % de la población en edad fértil. Esta circunstancia, a la cual se añaden preferencias culturales y de conducta, hace que en muchos casos las embarazadas no recurran a los médicos sino a parteras empíricas, lo que se observa generalmente en los estratos socioeconómicos más pobres y en las zonas rurales.

La muerte de una mujer por causas derivadas del embarazo o el parto es siempre una tragedia; cuando esa muerte podría haberse evitado, esa tragedia es infinitamente mayor. Esta situación ocurre con mucha frecuencia en Guatemala, donde cada año mueren, por lo menos, 1,200 embarazadas. Colocada esta cifra en perspectiva, es como si cada año desapareciera de la faz de la tierra un municipio o aldea importante de este país; proyectada hasta el año 2010, es como si la ciudad capital de Guatemala fuera atacada por una plaga fatal. ⁸

Dado el rol que desempeñan las madres no sólo en sus familias sino también en la comunidad en que viven, el efecto de estas muertes se hace sentir sobre toda la sociedad; su importancia, por lo tanto, va más allá de su magnitud. En el contexto familiar, la muerte de la madre repercute en todas las familias, pero más seriamente en las familias pobres con numerosos hijos, especialmente, cuando la madre, además de las tareas hogareñas, contribuye de forma significativa o única al sustento familiar. En muchas de estas familias, las madres tienen la responsabilidad principal del mantenimiento de sus hijos y, a menudo, quedan como responsables únicas de sus hogares, especialmente, en zonas rurales donde los

hombres van hacia los centros urbanos en búsqueda de trabajo, por lo que cuando una madre muere, ésta afecta la situación laboral del padre, el estado nutricional, escolar y de salud de los hijos y el ingreso familiar.

La mortalidad materna en Guatemala tiene dos características fundamentales:

1. su gran potencial de evitabilidad, y,
2. su predominio en determinados grupos de mujeres.³

En relación con el primero de estos factores, se estima que en los países en desarrollo, entre un 90 % a un 95 % de estas muertes son evitables con los conocimientos y tecnología de la cual se dispone actualmente.

Con respecto a la segunda característica, las mujeres más afectadas son aquellas que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos, analfabetas, que viven en zonas rurales alejadas de centros hospitalarios, o, que por razones diversas ven reducida su accesibilidad a los servicios de salud en particular y a los educativos, mercado y medios económicos en general.³

Los factores que influyen sobre la salud de las madres indican que el problema de la mortalidad materna se solucionará no sólo a través de la implementación de programas médico sanitarios sino que se necesitarán acciones sostenidas multisectoriales, contra las múltiples causas que generan la marginación e incrementan el riesgo de enfermar y morir de un número impresionante de mujeres en este país.

En 1997 el Dr. Rolando Figueroa publicó en la revista de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, un estudio titulado “Iniciativas internacionales para la reducción de la mortalidad materna: muerte materna en América Latina” en el cual se hace referencia a la magnitud de este problema en el ámbito mundial y en que hace énfasis en que el objetivo primordial de promover la salud de la mujer y la maternidad segura es lograr una reducción rápida y sustancial de la morbilidad y mortalidad materna y reducir las diferencias observadas entre los países desarrollados y en desarrollo y dentro de cada país.⁷ Así mismo, se exhortaba a los países a reducir la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y a lograr una nueva reducción a la mitad para el año 2015. Los países con niveles intermedios de mortalidad materna deberían esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna esté por debajo de 100 por cada 100,000 nacidos vivos y para el año 2015 por debajo de 60 por 100,000 nacidos vivos.

Los países con niveles más elevados de mortalidad materna deberían tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100,000 nacidos vivos y para el año 2015 una tasa inferior a 75 por 100,000 nacidos vivos.

Para comprender la importancia del significado de la mortalidad materna, se necesita ver hacia atrás y aplicar lo aprendido del camino que se ha recorrido, pero también se necesita ver hacia el futuro para el desarrollo de la mujer; ya que salud y desarrollo no pueden ser separados. El objetivo del desarrollo es crear un ambiente propicio para que las personas puedan disfrutar de una larga, saludable y recreativa vida. Sin embargo, no podemos dar cuenta que estos enunciados constituyen una utopía ya que muertes y discapacidades por complicaciones del embarazo, parto y puerperio son parte de la vida ordinaria de las mujeres latinoamericanas. Desafortunadamente, la negligencia frente a la mortalidad materna, es sólo una en la larga lista de eventos en los cuales las mujeres son discriminadas; las mujeres y su trabajo simplemente son invisibles, por ejemplo, casi toda la capacitación y tecnología para mejorar la producción agrícola se le brinda a los hombres a pesar de que 50 % de la producción agrícola y el procesamiento de los alimentos es realizado por las mujeres.

Se estima que si el trabajo doméstico por sí solo fuera incluido en las estadísticas oficiales, el producto económico mundial anual se incrementaría en una tercera parte. Las mujeres representan una fuente económica esencial en los países en desarrollo, pero, aún los viejos y bien conocidos peligros del embarazo y del parto le siguen hurtando a la sociedad mujeres en la cima de su productividad.

El vínculo entre salud y población se manifiesta con mayor claridad a través de una de las principales variables demográficas: la mortalidad, que ha sido usada tradicionalmente como uno de los indicadores para definir el estado de salud de una población; aunque reducir la mortalidad materna no lo es todo, las mujeres y las comunidades necesitan educación, acceso a créditos y tecnología, capacitación, agua y saneamiento básico y otros servicios y recursos indispensables para la supervivencia del humano para lograr su desarrollo posterior. Sin embargo, el nivel de fecundidad, el crecimiento poblacional, la distribución espacial y la estructura por edad de la población también son condicionantes de la salud.

Se sabe como se pueden prevenir las muertes maternas; más de nueve de cada diez muertes en países en desarrollo se pueden prevenir usando, adecuadamente, el conocimiento y la

tecnología que ha estado disponible por muchas décadas. Un reporte del Banco Mundial demuestra que por una inversión adicional de 1.50 dólares per cápita, los países de bajo ingreso pueden reducir la mortalidad materna a la mitad; actualmente, estos países gastan aproximadamente 9 dólares per cápita en salud.¹³

G. Planes de Acción, Regionales

Con fines de elaborar el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, los países se agruparon en cuatro diferentes grupos según los diferentes niveles de mortalidad materna registrada y el índice de necesidades de salud.

Cada grupo de países fue caracterizado mediante variables demográficas o indicadores socioeconómicos, de servicios de salud reproductiva y estructura de la mortalidad materna, de la siguiente manera:

Grupo I

Integrado por diez países: Bolivia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras Nicaragua, Paraguay y Perú.

Grupo II

Integrado por seis países: Brasil, Colombia, Jamaica, Guyana, México y Venezuela.

Grupo III

Integrado por nueve países: Argentina, Bahamas, Costa Rica, Cuba, Chile, Panamá, Surinam, Trinidad y Tobago y Uruguay.

Grupo IV

Constituido por Estados Unidos y Canadá.

Todos los países deberían tratar de reducir la morbilidad y la mortalidad materna hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud. Se exhorta a todos los países a que con el apoyo de la comunidad internacional aumenten la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud. Todos los países deberían tratar también de reducir aún más la mortalidad materna adoptando medidas para impedir, detectar y tratar los embarazos y nacimientos de alto riesgo, en particular, entre las adolescentes y las embarazadas de mayor edad. Las metas específicas planteadas en esta reunión para cada uno de los grupos fueron las siguientes:

para los Grupos I, II y III: reducción de 30 % de la mortalidad materna para 1995 y 50 % para el año 2000. Para el Grupo IV: reducción de 40 % de la mortalidad materna para 1995 y en 60 % para el año 2000. ²⁴

En el Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala, uno de los pocos reportes encontrados es el realizado por el Dr. Juan Carlos Peña en su trabajo de Tesis en 1979 en el cual presenta una tasa de mortalidad materna de 1 por cada 900 ingresos a dicho hospital, en una revisión de 23 años, siendo las causas obstétricas de mayor frecuencia: hemorragia, sepsis, toxemia. Así mismo, reporta que durante los dos primeros trimestres del embarazo, la causa más importante de muerte era el choque séptico secundario al aborto y durante el tercer trimestre del embarazo la toxemia.

En 1988 el Dr. Marco Bocaletti del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), presentó la investigación “Mortalidad Materna Hospitalaria” ya que no existían datos fidedignos de base, relacionados con dicha mortalidad. Los resultados obtenidos presentan una tasa de mortalidad de 22 por 100,000 nacidos vivos, comparada con el año de 1987 de 10.4 por 100,000 nacidos vivos, con un subregistro del 40 %, siendo las causas más frecuentes: sepsis 46.5 % y hemorragias 26 %.

El Dr. Emilio Lara Castañeda, Gineco-obstetra realizó un estudio en el Hospital Roosevelt durante los años 1991-1992, encontrando que la mortalidad materna en ese centro era de 145 por 100,000 nacidos vivos. El rango de edad donde ocurrió la mayor parte de muertes fue el comprendido dentro de los 20 a 34 años, con un promedio de edad de 25 años. Otro aspecto importante que presenta es que la mayoría de muertes maternas ocurrieron cuando el feto ya era viable (28 semanas de embarazo) y durante las primeras 72 horas de hospitalización. Cualquier embarazo que no tiene la debida vigilancia para detectar a tiempo complicaciones, corre mucho riesgo de tener problemas maternos que pueden repercutir posteriormente. En el estudio del Dr. Lara, el 78.12 % de las madres no tuvo control prenatal, lo cual indica que este es uno de los factores de riesgo asociado a la mortalidad materna, y que, es posible implementarlo en las comunidades.

Se encontraron y revisaron estudios realizados en Guatemala como parte del trabajo de Tesis de Graduación previo a obtener el grado universitario de Médico y Cirujano, por Hdjalma Daniel Juárez Aldana en el año 1994, titulado Factores de Mortalidad Materna en el Hospital Regional de Zacapa, durante los años de 1983-1993, que constituye una revisión

de casos registrados en dicho centro hospitalario; se documentaron 35 casos, que para ese departamento constituyó una tasa de 131 por 100,000 nacidos vivos y concluye indicando que las complicaciones obstétricas directas fueron las causas importantes encontradas y que ocurrieron durante el puerperio. ¹¹

Héctor Ricardo Bámaca Pojoy efectuó un estudio en 1994 sobre Mortalidad Materna en el Hospital Nacional de La Antigua y en una revisión de cinco años, comprendidos de 1989 a 1993 encontró 31 casos cuyas causas de defunción fueron toxemia y hemorragia. ¹

Silvia Verónica Patá Tohón en noviembre de 1995 efectuó una revisión de casos presentados en el Hospital de Chimaltenango de enero de 1985 a diciembre de 1994 y reporta que las causas de mortalidad materna en esta región del país fueron sepsis y shock hipovolémico, encontrando 19 casos a nivel hospitalario y 83 pertenecientes a mujeres atendidas en el área rural. ²²

Rocío Monzón Palacios efectuó un estudio titulado Relación del control prenatal asistido por comadronas y la disminución de las complicaciones maternas y neonatales y fue presentado en septiembre de 1997, concluyendo que el control prenatal asistido por este tipo de personal adiestrado tiene una relación directa en la disminución de las complicaciones maternas, lo que demuestra en su estudio, en el cual no encontró ningún caso de mortalidad en las mujeres que recibieron atención previa al parto y asistidas por las comadronas durante el mismo y en el puerperio, cuyo número fue de 56, de las cuales, 17 eran menores de 20 años y 5 mayores de 35. ¹⁸

La mortalidad materna es uno de los indicadores de salud en nuestro país con mayor subregistro por lo que Ángela Magdalena Méndez Salguero realizó un estudio cuyo título es “Uso de la autopsia verbal en mortalidad materna en el área rural de Guatemala”, presentado en julio de 1998 y efectuado en el municipio de Camotán, departamento de Chiquimula, con el objetivo de investigar su magnitud a través de la autopsia verbal, la cual es un instrumento de medición de mortalidad por causa específica y consiste en un cuestionario estandarizado, diseñado para investigar la causa de la muerte. ¹⁷

En el método utilizado por la autora del estudio, la información es obtenida por medio de una entrevista a familiares de las fallecidas. En este estudio se entrevistó a familiares de 103 mujeres fallecidas, encontrando 33 casos de mortalidad materna, de las cuales

únicamente estaban debidamente registradas en los libros de defunciones 9 casos, lo que representa un subregistro de 72.73 %.

La tasa de mortalidad materna en el área estudiada en ese año era de 615 por 100,000 nacidos vivos, siendo las causas más frecuentes: hemorragia, infección e hipertensión. Entre los factores que van estrechamente relacionados con la alta incidencia en la mortalidad materna en Guatemala se consideran:

- ✓ alta paridez,
- ✓ gestación precoz,
- ✓ intervalo ínter genésico corto,
- ✓ condiciones socioeconómicas y culturales bajos,
- ✓ limitaciones de los recursos en los Servicios de Salud,
- ✓ difícil acceso a los Servicios de Salud.

Entre las causas endógenas se tienen:

- aborto séptico
- preeclampsia
- hemorragia
- infecciones
- edad reproductiva
- paridad

Entre las causas exógenas:

- paridad y edad, y,
- embarazo en mujeres menores de 18 años y mayores de 35.

Principales factores de riesgo:

- oportunidades y condiciones de vida de los grupos postergados,
- pobreza,
- insatisfacción de las necesidades básicas.

Factores de riesgo directamente relacionados:

- biológicos
- socioeconómicos
- ambientales
- accesibilidad a los servicios médicos

En el departamento de Izabal la mortalidad materna constituye uno de los problemas de salud que necesita acciones urgentes y prioritarias para lograr la reducción de la misma aunque para ello es necesario lograr la coordinación inter e intrasectorial y la participación activa de los habitantes de las diferentes comunidades para la identificación y atención de sus propios problemas sanitarios, lo cual le dará sustentabilidad y sostenibilidad a cada uno de los programas que se implementen.

Para tener una visión general de este problema, se realizaron entrevistas a personas con amplio conocimiento de este problema en dicho departamento; quienes laboran en la Dirección de Área de Salud y, de esa cuenta, se logró establecer que para el Dr. Carlos Quijivix, Consultor de la Oficina Panamericana de Salud, para esta región: la mortalidad materna es un problema serio para la salud familiar, la muerte materna deja hogares desintegrados y niños abandonados. También indicó que las causas más frecuentes de mortalidad materna en Izabal son hemorragias post-parto e infecciones puerperales; los factores de riesgo identificados son:

1. embarazos a edad temprana (antes de los 18 años)
2. embarazos después de los 45 años,
3. barrera cultural,
4. falta de control Pre-natal

Las medidas que el Dr. Quijivix recomienda para lograr la reducción de esta mortalidad en Izabal son:

1. organizar a las comunidades para detección de embarazadas,
2. capacitar a comadronas e identificar signos de alarma,
3. atención de parto limpio (medidas de higiene, etc.)

El Dr. Carlos Raúl Juárez López, Director de Área de Salud considera que la mortalidad materna en Izabal es muy alta a expensas de dos municipios: El Estor y Morales, aunque las causas para ambos son diferentes. En El Estor, la causa es el manejo de la mujer embarazada y la atención del parto por medio del esposo sin ningún conocimiento básico. En el municipio de Morales es producto de la evolución de la sociedad, lo que causa abortos provocados por embarazos no deseados, con la cauda de infecciones y hemorragias.

La Enfermera Profesional Vivian Francela Córdón, quien se desempeña como Epidemióloga del Área de Salud de Izabal opina que la mortalidad materna en el departamento es un problema muy grande porque origina otro problema social: niños huérfanos.

Las acciones que recomienda para lograr la reducción de la mortalidad materna son las siguientes:

1. análisis de las causas, pues un 85 % son prevenibles,
2. identificar a personal que atiende partos (esposos, comadronas)
3. capacitar a través de la radio local a la población en general,
4. capacitar a comadronas tradicionales sobre el riesgo obstétrico,
5. promocionar los Servicios de Salud para evitar la insatisfacción del usuario,
6. pesquisa de embarazadas (identificación y vigilancia activa para control prenatal).

El Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional Materno Infantil y del Área de Atención Integral a la Mujer en un esfuerzo por fortalecer los procesos de trabajo en las Áreas de salud, tendientes a lograr la reducción de la mortalidad materna, elabora un documento como un aporte técnico que servirá de apoyo a los equipos de trabajo dentro del proceso de Educación permanente.¹⁹

En este documento define la Mortalidad Materna como “La defunción que ocurre por cualquier causa durante el embarazo, el parto y los 42 días posteriores a éste, independientemente de la duración y localización del embarazo”.

Las muertes maternas para su estudio, se dividen en:

- Directa: incluye las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y / o puerperio (por ejemplo: preeclampsia, hemorragias por placenta previa, etc.)
- Indirecta: comprende las muertes que resultan de enfermedades preexistentes o enfermedades que se desarrollen durante el embarazo, parto o puerperio y no son debidas a causas obstétricas directas, pero son agravadas por el efecto fisiológico del embarazo por ejemplo: cardiopatías, diabetes, hepatitis viral, insuficiencia renal previa, etc.
- No clasificables: son aquellas que ocurren por una causa accidental o incidental no relacionada con el embarazo o su atención por ejemplo: accidentes o suicidios.

Clasifica las causas más frecuentes de mortalidad materna en:

1. hemorragia y shock
2. infección
3. toxemia
4. aborto provocado.

Da a conocer los aspectos importantes a considerar:

- la mortalidad materna constituye el indicador de salud que muestra las mayores diferencias entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo;
- existe una relación directa entre las tasas de mortalidad materna e infantil y el tipo de atención del parto;
- es un indicador de calidad de atención.

H. Estudios epidemiológicos sobre mortalidad materna: “*Identificación de territorios críticos en salud materna mediante indicadores*”, realizado por Marcos Paz Ballivián y Alberto de la Gálvez Murillo-Camberos y publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública Vol. 12, No. 1 julio 2002, pág. 5 – 10, en el cual se expone que debido a que en Bolivia, la salud materna y neonatal sigue siendo un tema de preocupación general por las elevadas tasas de defunción, sobre todo la que se refiere a la mortalidad materna cuya última cifra disponible era de 390 defunciones por 100,000 nacidos vivos, correspondiente al año 1991, sin embargo, las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas asignan a dicho país una tasa de 550 muertes maternas por 100,00 nacidos vivos durante el período de 1989 – 1996. Por esta razón el Ministerio de Salud de Bolivia consideró necesario seleccionar territorios críticos en salud materna y neonatal precoz como el fin de proporcionarles una intervención más intensiva mediante acciones financiadas por agencias de cooperación, proyectos de salud y organizaciones no gubernamentales con el concurso decidido de los gobiernos municipales y las entidades locales. Para la selección mínima, las provincias debían reunir tres condiciones: más de 50,000 habitantes, para efecto de impacto; 10 o más muertes maternas anuales estimadas y regular o buena capacidad instalada. Como resultado de este estudio, el Ministerio de Salud de Bolivia, las agencias de cooperación, las ONG, los municipios otras instituciones cuentan con un mapeo de la situación global, sobre todo de la mortalidad materna y el procedimiento ha servido para establecer alianzas entre instituciones de salud

y civiles e incrementar la disponibilidad de recursos financieros mediante la elaboración de presupuestos compartidos.

“La mortalidad por causas relacionadas con el embarazo: Guatemala, 1993 – 1996”, realizado por Edgar Kestler y Lilian Ramírez y publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 7 No. 1, Enero 2000, pág. 41 –46 en el cual se indica que para elegir intervenciones que podrían prevenir la mortalidad materna se necesitan datos apropiados y de calidad. En dicho estudio se puso en funcionamiento un programa de vigilancia sobre la mortalidad materna, de enero de 1993 a diciembre de 1996 en el departamento de Guatemala y se revisaron y analizaron todas las defunciones de mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años) y cada defunción se investigó para determinar si guardaba relación con el embarazo. La razón de mortalidad materna para el período de 4 años que abarcó el estudio fue de 156.2 defunciones por 100,000 nacidos vivos y las conclusiones del mismo fueron: las mujeres de 35 años de edad o mayores, tuvieron un mayor riesgo de muerte por causas maternas que las mujeres de menor edad; las mujeres de 35 a 39 años tuvieron un riesgo de muerte materna casi tres veces mayor que el de las mujeres de 20 a 24 años y el riesgo para las mujeres de 40 años o más fue más del doble que el de este último grupo. Las dos causas principales de muerte materna fueron: la infección y la hemorragia; los partos vaginales que fueron atendidos por personal médico mostraron la mayor tasa de mortalidad materna a raíz del parto por infección generalizada. En los partos atendidos por personal no médico, las muertes maternas por hemorragia durante el parto mostraron la mayor asociación con retención de la placenta.

“La hemorragia, principal causa de mortalidad materna en Bolivia”. Ivana Calle/ católicas por el derecho a decidir, 28 de mayo 2004. En el mismo refiere que la mayoría de muertes maternas en países en desarrollo son evitables y lo injusto de esta situación es que se pueden prevenir con intervenciones sencillas de implementar y de bajo costo.

Las prácticas discriminatorias, sobre todo, contra las mujeres que llegan de áreas rurales o de zonas periféricas de la ciudad, el despotismo, racismo y falta de respeto por quienes prestan los servicios de salud, todavía persisten y muchas de las mujeres ni siquiera llegan a

estos centros de asistencia por temor a que no se respete ni se tomen en cuenta los factores culturales. Las causas más frecuentes de mortalidad materna en Bolivia son las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, como hemorragia, infecciones o abortos mal practicados.

“Doscientas trece voces contra la muerte”. Mortalidad materna en zonas indígenas, Gisela Espinoza Damián, febrero 2003. La mortalidad materna es prematura e injustificada; en México la mayor parte de las mujeres que fallecen en este trágico evento tiene entre 35 y 39 años. La información, la satisfacción de necesidades vitales y el acceso a servicios de salud con calidad, evitan muchas muertes maternas. La mortalidad materna no expresa la impotencia de la ciencia ante la fatalidad de la naturaleza, sino, los límites que en cada país se imponen a ciertos grupos sociales para acceder a los recursos, las decisiones y los derechos sociales y humanos. En México se registra un índice de mortalidad materna dos veces mayor al de los países desarrollados y la mayoría de los casos se presenta en un lapso muy breve entre el trabajo de parto y las 24 horas posteriores; las estadísticas médicas señalan, básicamente, cinco causas: aborto, hemorragia del embarazo y del parto, toxemia del embarazo, complicaciones del puerperio y resto de causas.

Lozano, et. al., 1994 en un estudios que analizó 22 mil casos de muerte materna en once años concluye que las muertes por problemas en el parto, por hemorragia y por infecciones son, básicamente, rurales, de mujeres con escasa escolaridad o sin ella, que habitan en regiones de alta marginación.

CAPÍTULO II JUSTIFICACIÓN

A pesar de que la población del departamento de Izabal cuenta con Servicios de Salud que brindan atención desde el primer nivel y accesibilidad a los mismos, la mortalidad materna aún representa un problema de carácter prioritario cuyas causas no han podido ser resueltas, constituyendo un indicador negativo de salud.

En el ámbito nacional, el 70% de la morbilidad y mortalidad materna son prevenibles, sin embargo, estos casos están asociados generalmente a la falta de detección o prevención oportuna de los factores de riesgo reproductivos, de las precarias condiciones de vida o de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

En el año 1998 la tasa de mortalidad materna en el departamento de Izabal fue de 132.275 por 100,000 nacidos vivos, en 1999 esta tasa fue de 146.476 por 100,000 nacidos vivos y, en el año 2000, fue de 159.605 por 100,000 nacidos vivos; en el municipio de Puerto Barrios los datos obtenidos a través del departamento de estadística de la Dirección de Área de Salud indican que la tasa en los años 1998 y 1999 fue de 98.49 y 70.52, respectivamente, lo que nos indica que este problema representa una de las prioridades de atención en Salud.

La población en situación de riesgo en el municipio de Puerto Barrios para el año 2001 lo constituyen 73,886 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) con una tasa de fecundidad estimada de 164.60 y una tasa de natalidad de 36.31. El grupo femenino más afectado es el de origen rural y de raza indígena y hasta el momento no se ha realizado ninguna investigación en este departamento para determinar los factores de riesgo asociados a este problema y considero que el aporte de este trabajo será la identificación de la causalidad del mismo para que se puedan tomar medidas correctivas y, de esa manera, lograr la reducción de la mortalidad materna en el municipio de Puerto Barrios y contribuir con lo especificado en el Plan Nacional de Salud 2000-2004 que contempla reducir este problema en un 50% en el ámbito nacional.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

General

1. Identificar algunos factores de riesgo que se asocien a la mortalidad materna en el departamento de Izabal, Guatemala, ocurrida durante el año 2000.

Específicos

1. Medir la asociación entre mortalidad materna y la edad de la madre.
2. Medir la asociación entre mortalidad materna y control prenatal.
3. Medir la asociación existente entre mortalidad materna y la atención del parto.
4. Medir la asociación existente entre mortalidad materna y preeclampsia.
5. Medir la asociación existente entre mortalidad materna y hemorragia post parto.

CAPÍTULO IV

MATERIAL Y MÉTODOS

A. Tipo de estudio

El presente estudio es analítico de casos y controles, partiendo de la ocurrencia de 22 casos de Muerte materna registrados en Izabal durante el año 2000, buscando la exposición en el pasado de 5 factores y comparando este grupo de casos con un grupo de controles en las mismas condiciones.

Población o universo

Estuvo constituido por la totalidad de mujeres que dieron a luz en el departamento de Izabal en el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2000.

B. Selección y tamaño de la muestra

Se estudiaron los 22 casos de muerte materna ocurridos en el período indicado y anotados en el Registro Civil del municipio de Puerto Barrios durante el año 2000.

Para cada caso de mortalidad materna se escogieron dos controles para un total de 44, pareados por edad más o menos dos años y localidad de residencia. Los controles fueron constituidos por mujeres que dieron a luz en la misma comunidad, en el mismo período y que no fallecieron.

C. Sujeto u objeto de estudio

1. Caso.

Toda mujer que haya fallecido por causa del embarazo, parto o puerperio en el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2000 en el departamento de Izabal y se encuentre anotada en el Registro Civil de cada localidad municipal.

2. Control.

Toda mujer que haya dado a luz un niño vivo durante el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2000, en el departamento de Izabal y que no haya fallecido hasta cumplir con el puerperio y exista anotación del recién nacido en el Registro Civil de la localidad.

3. Criterios de Exclusión:

Muertes maternas no registradas.

Muertes maternas, donde el familiar no quiera participar

Mujeres que dieron a luz y no quieran participar.

Mujeres que dieron a luz y no aparece registro del recién nacido en el Registro Civil.

4. Variables:

- ✓ edad,
- ✓ control prenatal,
- ✓ nivel de atención de parto,
- ✓ preeclampsia,
- ✓ hemorragia post parto,
- ✓ localidad de residencia..

5. Operacionalización de variables

VARIABLE	Definición conceptual	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento	Años cumplidos	Discreta	Cuantitativa,
Control prenatal	Atención que se da a la mujer embarazada con el propósito de hacer una detección y prevención temprana de problemas durante el embarazo.	Presencia o ausencia de control prenatal	Dicotómica	Cualitativa
Nivel de atención de parto	Asistencia de la mujer embarazada durante el período de trabajo de parto	Personal de salud Comadrona Personal empírico	Nominal	Cualitativa
Preeclampsia	Enfermedad hipertensiva provocada por el embarazo, que se caracteriza por cefalea, visión borrosa y edema de cara y manos.	SI o NO	Dicotómica	Cualitativa

Hemorragia post parto	Es una hemorragia abundante después del nacimiento del niño, puede aparecer inmediatamente o hasta los 45 días después del parto.	Leve Moderada Severa	Ordinal	Cualitativa
Lugar de residencia	Ubicación de su domicilio	Municipio al cual pertenece	Nominal	Nominal

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se procedió a identificar a aquellas mujeres que fallecieron durante el embarazo, parto o puerperio por causa materna en el departamento de Izabal y que se encontraron anotadas en el Registro Civil y en las estadísticas del Área de Salud de Izabal, que en total fueron 22. A través de un cuestionario de investigación se procedió a entrevistar al esposo o en su defecto al familiar más cercano de la fallecida.

Para los 44 controles se procedió a identificar a aquellos recién nacidos anotados en el Registro Civil durante el mismo período y a través de un cuestionario de investigación se procedió a entrevistar a la madre.

PLAN DE ANÁLISIS:

Se estimó la Fuerza de Asociación por medio de la medida de desigualdad relativa (Odds Ratio), definido en una tabla de cuatro casillas como el cociente de los productos cruzados:

$$\text{Desigualdad relativa} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

Medidas de significancia:

Chí cuadrado. Valor P

Intervalo de confianza: al 95 %

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR
LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Solicitud escrita dirigida a Director de Área de Salud del departamento de Izabal para obtener su autorización que permita la realización del presente trabajo de investigación.
2. Autorización escrita del Director de Área de Salud de Izabal para realizar la investigación.
3. Formato de consentimiento de los familiares de las mujeres estudiadas, en el cual se indica respecto de los objetivos del estudio, su anuencia a participar y la utilidad de la investigación.

CAPITULO V

RESULTADOS

Se estudiaron 21 casos de Mortalidad Materna, ocurridos en el departamento de Izabal, Guatemala durante el año 2000 y se compararon con 42 controles constituidos por las madres de igual número de nacidos vivos registrados que no fallecieron al menos hasta concluido el período de puerperio.

Con el fin de presentar de manera objetiva los resultados del presente trabajo de investigación, este capítulo ofrece datos descriptivos en los cuadros del 1 al 7 y los analíticos de las tablas 1 a 8.

A. Descriptivos

A continuación se presenta la frecuencia de las variables incluidas en el estudio de acuerdo a su criterio de riesgo, observadas en los casos de mortalidad materna que se registraron en el departamento de Izabal, en el período del 01 de enero al 31 de diciembre de 2,000.

CUADRO No. 1

Distribución y frecuencia de los casos de mortalidad materna en el departamento de Izabal, durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre de 2,000.

DISTRITO DE SALUD	FRECUENCIA	TASA DE MM POR NV
EL ESTOR	11	577
MORALES	4	169
NAVAJOA	3	424
FRONTERAS, RIO DULCE	3	276
TOTAL	21	

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Los distritos de Salud de El Estor y Morales presentan el mayor porcentaje de casos de mortalidad materna.

CUADRO No. 2
Mortalidad materna, distribución y frecuencia
según grupo de edad. Izabal 2,000.

Grupo de edad	Muerte materna	
	Frecuencia	Porcentaje
16 – 20	3	14
21 – 25	3	14
26 –30	7	34
31 – 35	3	14
36 – 40	3	14
41 – 45	2	10
Total	21	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

El mayor porcentaje de casos de mortalidad materna corresponde al grupo comprendido entre los 31 y 35 años de edad, siguiéndole los grupos comprendidos entre 16 y 40 años, lo cual representa a la población económicamente activa, similar a lo que reporta la literatura en el ámbito internacional.

CUADRO No. 3

Mortalidad materna, distribución y frecuencia
según control prenatal, Izabal 2000.

Control prenatal	Mortalidad materna	
	Frecuencia	Porcentaje
Con control	13	62
Sin control	8	38
Total	21	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

El mayor porcentaje de casos lo constituyen las mujeres que no recibieron atención prenatal.

CUADRO No. 4

Mortalidad materna distribución y frecuencia
según control prenatal y personal que lo proporcionó, Izabal 2000.

Personal que proporcionó control prenatal	Mortalidad materna	
	Frecuencia	Porcentaje
Comadrona	8	38
Personal institucional	5	24
Sin control	8	38
Total	21	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Del total de mujeres que recibieron atención prenatal, el mayor porcentaje fue proporcionado por comadronas.

CUADRO No. 5

Mortalidad materna, atención de parto
distribución y frecuencia según personal
que lo atendió. Izabal 2000.

Atención de parto Personal que lo atendió	Casos	
	Frecuencia	Porcentaje
Personal empírico	8	38
Comadrona	8	38
Personal institucional	5	24
Total	13	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

El mayor porcentaje de mujeres recibió atención del parto por personal empírico y comadrona.

CUADRO No. 6

Mortalidad materna, distribución y frecuencia
según hemorragia post parto. Izabal 2000.

Hemorragia post parto	Mortalidad materna	
	Frecuencia	Porcentaje
Con hemorragia	16	76
Sin hemorragia	5	24
Total	21	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

El mayor porcentaje de casos se debió a hemorragia post parto.

CUADRO No. 7

Mortalidad materna, distribución y frecuencia
Según cantidad de hemorragia post parto. Izabal 2000.

Hemorragia post parto, cantidad	Mortalidad materna	
	Frecuencia	Porcentaje
Abundante	15	71
Escasa	1	5
Sin hemorragia	5	24
Total	21	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

El mayor porcentaje de casos con hemorragia post parto se constituyó en las mujeres que la presentaron en cantidad abundante.

B. Analíticos

A continuación se presentan los datos para el componente analítico de la investigación.

TABLA 1
Mortalidad materna, asociación según edad
Izabal, 2000.

Edad de riesgo	CASO	CONTROL	Total
< de 20 y >35 años	14	16	30
21 y 34 años	07	26	33
Total	21	42	63

Razón de productos cruzados

3.25

Intervalos de confianza

0.96 – 11.38

Chí cuadrado

4.58

probabilidad

0.032

TABLA 2
Mortalidad materna, asociación según control prenatal
Izabal 2000.

Control prenatal	CASO	CONTROL	Total
Sin control prenatal	8	11	19
Con control prenatal	13	31	44
Total	21	42	63

Razón de productos cruzados

1.73

Intervalos de confianza

0.49 – 6.12

Chí cuadrado

0.94

probabilidad

0.33

TABLA 3
Mortalidad materna, control prenatal
asociación según personal que lo proporcionó
Izabal, 2000.

Atención de control prenatal	CASO	CONTROL	Total
Comadrona	8	15	23
Personal institucional	5	16	21
Total	13	31	44

Razón de productos cruzados

1.71

Intervalos de confianza

0.38 – 7.85

Chí cuadrado

0.63

probabilidad

0.42

TABLA 4
Mortalidad materna, atención del parto
Asociación según personal que lo atendió
Izabal, 2000.

Atención de parto	CASO	CONTROL	Total
Personal empírico	8	16	24
Personal institucional	5	14	19
Total	13	30	43

Razón de productos cruzados

1.40

Intervalos de confianza

0.31 – 6.48

Chí cuadrado

0.25

probabilidad

0.61

TABLA 5
Mortalidad materna; atención del parto
Asociación según persona que lo atendió
Izabal, 2000.

Atención de parto	CASO	CONTROL	Total
Personal empírico	8	16	24
Comadrona	7	12	19
Total	15	28	43

Razón de productos cruzados

0.86

Intervalos de confianza

0.20 – 3.62

Chí cuadrado

0.06

probabilidad

0.81

TABLA 6
Mortalidad materna, asociación según hemorragia post parto
Izabal 2000.

Hemorragia post parto	CASO	CONTROL	Total
Con hemorragia	16	26	42
Sin hemorragia	5	16	21
Total	21	42	63

Razón de productos cruzados

Intervalo de confianza

Chi cuadrado
probabilidad

1.97
0.54 – 8.16
1.29
0.26

TABLA 7
Mortalidad materna; hemorragia post parto
asociación según cantidad que presentó
Izabal, 2000.

Hemorragia post parto	CASO	CONTROL	Total
Abundante	15	7	22
Escasa	1	19	20
Total	16	26	42

Razón de productos cruzados

40.71

Intervalos de confianza

4.26 – 994.65

Chí cuadrado

17.73

probabilidad

0.0000254

CAPÍTULO VI DISCUSIÓN

La mortalidad materna es un indicador negativo del desarrollo del país y evidencia que no se han podido superar las diferencias sociales y económicas de género. Se constituye al mismo tiempo en un problema de tipo social ya que deja hogares desintegrados y niños en orfandad lo que da lugar a una serie de factores que afectan directamente en el cuidado y desarrollo de los menores de edad.

La tasa de mortalidad materna en el departamento de Izabal en el año 2000 fue de 183.59 por 100,000 nacidos vivos, a expensas de dos municipios de alto riesgo: El Estor con TMM de 480 x 100,000 N. V. y, el municipio de Morales con TMM 180 x 100.000 NV. De las 22 muertes registradas, 11 ocurrieron en El Estor.

En dicho municipio, por patrones culturales las mujeres son atendidas por el esposo, o, familiares muy cercanos, no asisten a los servicios de salud para su control pre natal o llegan a los servicios de salud manipuladas por personas sin ningún tipo de preparación para la atención del parto o en estado agónico, agregando las distancias y la accesibilidad entre las comunidades y los servicios de salud.² De acuerdo con el análisis de la mortalidad materna en el departamento de Izabal, la mayoría de las causas son evitables, lo cual concuerda con estudios realizados en el ámbito internacional, en países como Bolivia²⁷ y México ²⁸. Debido a las situaciones anteriores, se decidió efectuar el presente estudio para determinar si la edad, el control prenatal, la atención de parto, la preeclampsia y la hemorragia post parto constituyen los factores de riesgo asociados a mortalidad materna en el departamento de Izabal, para lo cual se tomó la totalidad de casos anotados en el Registro Civil del municipio de Puerto Barrios y en el departamento de Estadística de la Dirección de Área de Salud durante el año 2000 y se fijaron 2 controles por cada caso, pareados por edad y residencia, obteniéndose información de 42 controles.

Discusión de análisis bivariado

En el actual estudio se logró determinar que los casos comprendidos entre la edad menor de 20 años y mayor de 35 años representan el 48 % de las muertes maternas de acuerdo con el análisis bivariado se evidencia una mayor fuerza de asociación de riesgo en las edades

extremas ya que la muerte materna se presenta tres veces más frecuente en dichas edades, esto de acuerdo a lo que reporta la literatura, el intervalo de confianza carece de precisión y contiene a la unidad por lo que no es significativo, sin embargo, el chi cuadrado es estadísticamente significativo. Hay que recordar que las pruebas de significancia estadística pierden poder por el tamaño de la muestra.

Se pudo determinar que el control prenatal cuando no es proporcionado por personal institucional, constituye exceso de riesgo y coincide con lo reportado en la literatura; en el presente estudio el intervalo de confianza y el Chi cuadrado no son estadísticamente significativos pero esto se debe al tamaño de la muestra.

También se determinó que la atención del parto por personal empírico constituye exceso de riesgo y esto tiene relación con lo que reporta la literatura consultada. El intervalo de confianza y el Chi cuadrado debido al tamaño de la muestra no presentan significancia estadística.

En el presente estudio se determinó que la atención del parto por personal empírico y por comadrona no constituye exceso de riesgo, lo cual no coincide con lo que reporta la literatura debido a que se considera que el personal voluntario debidamente adiestrado constituye un valioso apoyo para la atención adecuada del parto. El intervalo de confianza y el Chi cuadrado no tienen significancia estadística debido al tamaño de la muestra.

Con relación con la hemorragia post parto, se determinó que ésta constituye un exceso de riesgo lo cual coincide con lo reportado en la literatura. Debido al tamaño de la muestra, el intervalo de confianza y el Chi cuadrado no muestran significancia estadística.

Se determinó que cuando la cantidad de la hemorragia post parto es abundante, existe un exceso de riesgo y coincide con lo que reporta la literatura. El intervalo de confianza y el Chi cuadrado son estadísticamente significativos.

Al analizar cada uno de los resultados del presente estudio se determina que la falta de significancia estadística puede ser debido al tamaño de la muestra (21 casos) pero ello en ningún momento demerita el valor del mismo ya que es el reflejo de la realidad en el departamento de Izabal y fue realizado apegado a la información recabada con ética y responsabilidad.

CONCLUSIONES

1. La edad está asociada a la mortalidad materna, ya que el número de casos comprendidos en el grupo de mujeres menores de 20 y mayores de 35 años es tres veces mayor que entre las mujeres de otras edades.
2. La falta de control prenatal constituye un factor de riesgo asociado a mortalidad materna, sobre todo, cuando es proporcionado por personal voluntario no capacitado.
3. La atención de parto es un factor de riesgo asociado a mortalidad materna y el mayor porcentaje se presenta en los casos atendidos por personal empírico.
4. La preeclampsia no constituye un factor de riesgo asociado a mortalidad materna ya que en ninguno de los casos registrados se encontraron signos de dicho problema.
5. La hemorragia post parto sí constituye un factor de riesgo asociado a mortalidad materna, sobre todo cuando se presenta en abundante cantidad, lo cual representó el mayor porcentaje de casos registrados.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer las acciones de salud reproductiva, tales como información, acceso a métodos anticonceptivos y el decidir cuándo quedar embarazada, de manera integral en los municipios identificados como alto riesgo de mortalidad materna en el departamento de Izabal.
2. Promover acciones conjuntas de educación y capacitación a nivel interinstitucional e intersectorial que permitan el involucramiento y empoderamiento de la población de las comunidades en alto riesgo de mortalidad materna en las áreas más postergadas del departamento de Izabal, con enfoque de género y equidad.
3. Motivar e involucrar a las autoridades locales en el desarrollo de estrategias que permitan el acceso de las comunidades postergadas y con alta ruralidad a los servicios de salud para reducir la prevalencia e incidencia de mortalidad materna en el departamento de Izabal.
4. Identificar y establecer micro-regiones que cuenten con Servicios de Salud dotados de personal institucional calificado y recursos (transporte y equipo médico quirúrgico) para que brinden atención las 24 horas del día con calidad y calidez a la población de los lugares de mayor riesgo de mortalidad materna.
5. Implementación de servicios de salud con horario escalonado, atendidos por personal institucional y comadronas de la localidad, dotados de recursos adecuados, que permitan identificar factores de riesgo durante el embarazo, en las comunidades de alto riesgo en el departamento de Izabal.

6. Fortalecer los programas de capacitación al personal institucional, comadronas y promotores de salud a través del Programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el apoyo de Cooperación Externa para lograr la reducción de la mortalidad materna en el departamento de Izabal.
7. Identificar y capacitar a nuevas comadronas en cada una de las comunidades de los cinco municipios del departamento de Izabal para identificar las señales de riesgo obstétrico y que las embarazadas puedan ser referidas, oportunamente, para su adecuada atención.
8. Diseñar e implementar un programa de capacitación y evaluación permanente de las comadronas adiestradas en todas las comunidades, dotándolas de equipo mínimo necesario para la atención del parto con calidad.
9. Establecer Hogares maternos en lugares accesibles a los servicios de salud, con el apoyo de la comunidad y las autoridades locales para que las embarazadas identificadas con riesgo obstétrico puedan permanecer acompañadas de la comadrona de su confianza en los días previos al parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bámaca pojoy, hector ricardo. **Mortalidad materna en el Hospital Nacional de Antigua.** 1989-1993. Junio de 1,994.
2. Boletín epidemiológico. Área de Salud de Izabal. Junio 2,001, No. 2
3. Cifuentes gramajo, siomara jeannet. **Mortalidad materna en Guatemala.** Agosto de 1,994.
4. Cuellar espinoza, adriana. **Factores de la morbimortalidad materna, aspectos críticos en la salud reproductiva.** Guadalajara, Jalisco, México. 1,998, páginas 1-4.
5. Echeverría alegría, roy marvin. **Mortalidad materna.** Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. 1,996.
6. Estimaciones revisadas de la mortalidad materna en 1,990. Nuevo método de la OMS y UNICEF. Revista panamericana de salud pública. Vol. 1 No. 6 año 1,997. USA páginas 481.485.
7. Figueroa a. rolando, Dr. **Iniciativas internacionales para la reducción de la mortalidad materna: Muerte Materna en América Latina.** REVCOG, Vol. 7, No. 2 Guatemala, 1,997 páginas 41-45.
8. Garzaro, michelle. **Guatemala, primer país latinoamericano en mortalidad materna.** Siglo XXI. Revista Tertulia, Guatemala, enero de 2001. Pág. 1-2

9. Grupos de análisis de mortalidad materna e infantil. **Programa nacional materna infantil.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 1,998. Páginas 1-10.
10. Indicadores para evaluar la salud reproductiva y los programas pertinentes. Documento preparado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, división técnica y de evaluación, abril de 1,997. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 3 No. 1 año 1,998 USA páginas 62-68.
11. Juárez aldana, djalma daniel. **Factores de mortalidad materna en el Hospital Regional de Zacapa durante 1983-1993.** Tesis presentada en agosto de 1,994.
12. Juárez patricia; leal de molina, hilda; fernández victor hugo. **Plan nacional para la reducción de la mortalidad materna.** Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Sociales, Maestría en desarrollo. Guatemala, noviembre de 1,998. Páginas 1-4.
13. La iniciativa: Maternidad segura en OPS. Salud de la familia y población. USA. 1,999, páginas 1-2 www.paho.org
14. La Mortalidad Materna. Documento preparado por OMS. 1,997, USA, páginas 1-5.
15. Marcelo fidias, noguera sánchez. **Mortalidad Materna, actualidad de un problema antiguo en México,** páginas 1-3 vilmaharahona.infosel.net.mx
16. Marie linne tynda. **Mortalidad maternal.** La maternidad segura se encuentra en el protagonismo de las mujeres mismas. USA páginas 1-4.

17. Méndez salguero, angela magdalena. **Uso de la autopsia verbal en mortalidad materna en el área rural de Guatemala.** Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1,998.
18. Monzón palacios, rocío. **Relación del control prenatal asistido por comadrona y la disminución de las complicaciones maternas y neonatales.** Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,997.
19. Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa materno infantil, área de atención integral a la mujer. Guatemala, abril de 1,998, páginas 1-8.
20. Mortalidad Materna. www.uniceflac.org/sri/tablas/t20.htm
21. Mortalidad Materna: Violencia por omisión, páginas 1-3.
22. Patá tohon, silvia verónica. **Mortalidad materna en el hospital de Chimaltenango de enero de 1,985 a diciembre de 1,994.** Noviembre de 1,995.
23. Servicios de Salud Materna de Buena Calidad. Documento preparado por Family Care International (FCI) and the Safe Motherhood Inter Agency Group, 1,998, USA. páginas 1-6.
24. Sotelo figuereido, juan manuel. **El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: una perspectiva latinoamericana.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 114 No. 4, USA 1,993, páginas 289-300.
25. Todo embarazo está expuesto a riesgos. Documento preparado por Family Care International and Safe Motherhood Inter Agency Group, 1998 pág. 1-4

26. Un mundo mejor para todos: Mortalidad materna, USA. Páginas 1-2
27. **La hemorragia, principal causa de mortalidad materna en Bolivia.** Ivana Calle/ católicas por el derecho a decidir. 28 de mayo 2004
28. **Doscientas trece voces contra la muerte.** Mortalidad materna en zonas indígenas. Gisela espinoza damián. Febrero 2003.
29. Marcos paz ballivián y alberto de la gálvez murillo-camberos. **Identificación de territorios críticos en salud materna mediante indicadores.** Revista Panamericana de Salud Pública. Año 81, Vol. 12, No. 1. Julio 2002. USA, páginas 5 – 10.
30. Edgar kestler y lilian ramírez. **La mortalidad por causas relacionadas con el embarazo: Guatemala 1993-1996.** Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 7, No. 1. Enero 2000. USA, páginas 41-46.

El autor concede permiso para la reproducción total o parcialmente y por cualquier medio, de la tesis titulada MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE IZABAL – DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE IZABAL, CASOS OCURRIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2,000 - para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.

NOTA DE CONSENTIMIENTO

YO _____ de _____ años de edad, con cédula de vecindad, No. de orden: _____ No. de registro: _____ extendida en _____ con residencia en _____ por este medio dejo constancia que he sido enterado (a) de manera verbal del propósito de la presente entrevista y estoy anuente a participar en ella, proporcionando la información requerida. También estoy enterado (a) que cualquier duda que tenga al respecto, será aclarada en el momento de la entrevista.

Puerto Barrios, Izabal _____ de _____ de _____

F. _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA

Número de caso _____

Número de certificado de defunción _____ Fecha de la entrevista ____/____/____

DATOS GENERALES:

Familiar o persona cercana entrevistada: _____
(quien informa)

Parentesco con la difunta: _____

Fecha de la defunción: ____/____/____ (día/mes/año)

Nombre de la señora fallecida: _____

Edad al morir: _____ en años cumplidos

1. ¿Recibió atención durante el embarazo? SI _____ NO _____
2. La atención durante el embarazo fue proporcionada por personal de salud _____ comadrona _____
3. ¿En dónde fue atendido al parto? _____
4. El parto fue atendido por: personal de salud _____ comadrona _____
personal empírico (esposo, familiar, vecino) _____
5. ¿Se quejó la señora de dolor de cabeza durante el embarazo? SÍ _____ NO _____
6. ¿Cuántos Meses de embarazo tenía cuando se quejó de dolor de cabeza? _____
7. ¿Se hinchó de la cara y las manos? SÍ _____ NO _____

8. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando se hinchó? _____
9. ¿Se le nubló la vista durante el embarazo? SÍ _____ NO _____
10. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando empezó con este problema? _____
11. ¿Presentó hemorragia vaginal después del parto? SÍ _____ NO _____
12. ¿En qué cantidad se presentó la hemorragia? Abundante _____escasa _____
13. ¿Cuántos días después del parto se inició la hemorragia? _____
14. ¿Cuántos días le duró la hemorragia? _____