

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA”

**Factores asociados a Mortalidad de mujeres en edad fértil realizado en
los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián,
departamento
de Huehuetenango, mayo de 2001 a abril de 2002.**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

VANESSA CAROLINA DAVILA RECINOS

En el acto de su investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, julio 2002

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....	2
III.	JUSTIFICACIÓN	3
IV.	OBJETIVOS	5
V.	REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	6
VI.	MATERIAL Y METODOS	15
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	22
VIII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	26
IX.	CONCLUSIONES	29
X.	RECOMENDACIONES	30
XI.	RESUMEN	31
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
XIII.	ANEXOS	35

I. INTRODUCCION

La defunción de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio constituye una muerte materna. La muerte de una mujer en edad reproductiva es una verdadera tragedia: implica la desaparición de una mujer joven por causas que, en una enorme mayoría de los casos pueden prevenirse.

Según la Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica 2000, la tasa de mortalidad mujeres en edad fértil para el departamento de Huehuetenango fue de 193 por 100.000, y la tasa de mortalidad materna de 197.47 por 100.000 nacidos vivos. En los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián la tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil para el último año fue de 61, 227 y 154 por 100.000, respectivamente.

El presente trabajo, estudio descriptivo realizado en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango, de mayo del 2001 a abril del 2002; con el objeto de caracterizar la mortalidad materna y la de mujeres en edad fértil, así como identificar el perfil epidemiológico y los principales factores que se asocian a dicha mortalidad; para lo cual se revisaron libros de defunción en los registros civiles de dichos municipios, encontrándose que el grupo de edad más afectado fue de 20 a 24 años de edad (35%), en su mayoría analfabetas (85%), amas de casa (85%), pertenecientes al grupo de extrema pobreza (95%); siendo las principales causas de mortalidad Neumonía (30%) y Síndrome Diarreico Agudo (30%).

En el municipio de Santa Bárbara se encontró un subregistro del 100% ya que existe una muerte materna que no está reportada en los libros de defunción. La causa de esta defunción fue aborto, el cual fue secundario a un traumatismo abdominal.

Este estudio proporciona un panorama general que contribuye a la toma de decisiones para prevenir la mortalidad de mujeres en edad fértil, a través de la capacitación continua del personal de salud e incrementar la cobertura de atención a la mujer guatemalteca.

II. DEFINICIÓN Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Según la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la mortalidad materna se define como "la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales." (5)

En América Latina y el Caribe mueren más de 25.000 mujeres al año por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio. Por cada mujer que muere, cientos de ellas sufren complicaciones a corto o largo plazo ocasionadas por condiciones precarias de nutrición y la falta de una atención adecuada. La muerte materna es un evento de gran impacto en el bienestar físico, social y económico de las familias y las comunidades. Cada muerte materna debilita la estructura social en general. La muerte materna continua siendo un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, resultado de sus inequidades existentes en cuanto a lo social, económico, cultural y de acceso a los servicios básicos. Por lo tanto requiere un abordaje integral y multidisciplinario que depende de transformaciones profundas de los diferentes sectores que componen la sociedad guatemalteca. Sin embargo es necesario que se dé una respuesta inmediata al problema, y que utilizando el enfoque de riesgo, identifique a través de un modelo logístico que incluya características de los ámbitos biológicos, ambientales, estilo de vida y de servicios de salud en aquellas madres que se encuentren a riesgo de sufrir muerte materna. (3, 10, 20)

Es necesario determinar, si tomando variables de los ámbitos biológicos, ambientales, estilo de vida y de servicios de salud se puede clasificar correctamente a través de un modelo de regresión logística a madres en riesgo de sufrir muerte materna.

La presente investigación tiene como objetivo caracterizar la mortalidad en mujeres en edad fértil (10 - 49 años) y determinar los factores asociados a mortalidad materna en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango. En el año 2.000 Malacatancito no reportó muertes maternas, pero sin embargo Santa Bárbara y San Sebastián presentaron una tasa de mortalidad materna de 186 y 295 por 100.000 nacidos vivos respectivamente, comparada con la cabecera municipal de Huehuetenango que fue de 40 por 100.000 nacidos vivos. (1)

III. JUSTIFICACIÓN

El Informe Nacional de Salud Reproductiva: enero 2002, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, clasificó a Guatemala como uno de los países con más altos índices de mortalidad materna en Latinoamérica. Según el estudio, en el país centroamericano se registran 190 defunciones de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, por complicaciones del embarazo durante el parto y/o puerperio.(16)

Morir por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en países en desarrollo por causas completamente prevenibles es una situación que debería ser inaceptable para cualquier miembro del personal de salud.

Con cada muerte materna, la familia sufre de problemas sociales y psicológicos, así como desintegración familiar. En el área rural la mujer posee desventajas sociales, laborales y educativas, debido a las costumbres que estas tienen y que piensan que la mujer únicamente tiene el derecho y la obligación de tener hijos, criarlos y que su lugar es el hogar, lo que la limita a recibir la atención adecuada en lo que a salud materna se refiere. (2)

A nivel mundial cada minuto una mujer muere, 100 mujeres sufren complicaciones con el embarazo, 200 adquieren una enfermedad de transmisión sexual, 300 conciben sin desear o planear su embarazo. A diario mueren 1600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. De estas 585.000 mujeres como mínimo mueren anualmente y más de 50 millones sufren de complicaciones asociadas con el embarazo. A nivel mundial la mortalidad materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada. 100,000 nacidos vivos. (7, 24, 25, 30)

Para el año 2001 la tasa de mortalidad materna en Guatemala fue de 94.9 por 100,000 nacidos vivos. El departamento de Huehuetenango tiene una población de 934,222 habitantes, de los cuales 204,997 son mujeres en edad fértil, y 46,711 son embarazos esperados, la tasa de mortalidad materna para el último año fue de 33 por 100.000 nacidos vivos. Los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián tienen una población de 15.521, 20.836 y 24.460 habitantes respectivamente, de los cuales 3.268, 4.406 y 5.192 son mujeres en edad fértil y 776, 1.042 y 1.223 son embarazos esperados respectivamente. La tasa de mortalidad materna para los municipios de Malacatancito y Santa Bárbara fue de 193 y 230 respectivamente; sin embargo, San Sebastián no reportó muertes maternas a

pesar de que se registraron 8 muertes de mujeres en edad fértil por lo que resulta importante realizar una investigación de autopsia verbal en cada municipio para determinar realmente el diagnóstico de defunción de estas mujeres y los factores que estuvieron relacionados y tomar en cuenta el subregistro y la inexactitud en los informes de muertes maternas la cual se debe a certificados de defunción mal redactados o llenados, o a la mala clasificación de una muerte materna como no materna. (3, 23)

En 1996, el Centro de Investigaciones Epidemiológicas en Salud Reproductiva en Guatemala, publicó un estudio en el que el subregistro superaba el 50%, lo cual indica que el problema es mucho mayor de lo que reportan las estadísticas. La mortalidad materna es una de las causas de mortalidad con mayor subregistro, de la cual se estima que únicamente se reporta una tercera parte.

En Guatemala se estima que el 50 al 90% de las muertes maternas son prevenibles y las mismas ocurren en un 70% en los primeros 42 días después del parto, por lo que se considera necesario identificar a través de variables biológicas, ambientales, estilos de vida y de los servicios de salud, a aquellas mujeres embarazadas que se encuentran en riesgo de sufrir una muerte materna en el período prenatal, durante el parto y posparto, y así fortalecer los programas de Asistencia, Vigilancia y Prevención en el manejo de la población materna en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

1. Describir el perfil epidemiológico de la mortalidad en la población de mujeres en edad fértil (10 a 49 años), en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango de mayo de 2001 a abril de 2002.

ESPECIFICOS

1. Caracterizar la mortalidad de mujeres en edad fértil de acuerdo a causa, persona, tiempo y lugar.
2. Caracterizar la mortalidad materna de mujeres en edad fértil de acuerdo a causa, persona, tiempo y lugar.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. GENERALIDADES

Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del parto. Aunque la atención de la salud accesible y de alta calidad ha hecho que la mortalidad materna sea un hecho esporádico en los países desarrollados, dichas complicaciones con frecuencia pueden resultar fatales en los países en desarrollo. (26)

La muerte materna es un problema de salud pública para los países centroamericanos. En la región centroamericana existen pocos esfuerzos reales para tratar de encontrar estrategias que disminuyan las altas tasas de mortalidad materna. (10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define mortalidad materna como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (5)

El 99% de la mortalidad materna tiene lugar en países en desarrollo y en su mayor parte se pueden prevenir. Afecta a las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad. Muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no han sido planificados. (25)

A nivel mundial cada día mueren 1600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Anualmente 585.000 mujeres como mínimo mueren y más de 50 millones sufren de complicaciones asociadas con el embarazo. A nivel mundial la mortalidad materna tiene una tasa de 430 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta tasa es de 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada. 100,000 nacidos vivos. (7, 24, 25, 30)

En América Latina y el Caribe la mortalidad general ha descendido, sin embargo la mortalidad materna no se ha reducido en forma significativa, todo lo contrario en algunos países ha aumentado. La probabilidad de morir durante

el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe es de 1 en 130 durante la vida reproductiva de una mujer. (26)

En América Latina y el Caribe más de 25.000 mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. La tasa promedio de mortalidad materna es de 190 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, lo que explica el riesgo de morir que una mujer tiene cada vez que ella se embaraza. De las gestantes que viven en la región 3,240.000 no tienen control del embarazo, 3,440.000 no reciben atención del parto en una institución de salud, 2,980.000 no tiene acceso a atención del parto por personal calificado. (7, 12, 30)

En algunos países de América Latina y el Caribe (Guatemala, Honduras) más del 50% de los partos son atendidos en el hogar por personal no calificado. Una tercera parte de las gestantes mueren en su hogar sin recibir atención alguna en una institución de salud. (13)

La mortalidad materna en Guatemala es muy alta y ocupa el tercer lugar en América, después de Bolivia y Haití. (30)

Las estadísticas para Guatemala indican que en los últimos años, ha habido una disminución en las tasas de mortalidad materna, para 1999 la mortalidad materna fue de 220 por 100.000 nacidos vivos y para el año 2001 fue de 94.9. Sin embargo es importante tomar en cuenta el subregistro; pues la mortalidad materna es una de las causas de mortalidad con mayor subregistro, de la cual se estima que únicamente se reporta una tercera parte. (3, 23)

Según la Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica 2000, Huehuetenango, departamento que pertenece a la Región Nor-Occidente de Guatemala, presenta una tasa de mortalidad materna de 197.47 por 100.000 nacidos vivos, lo cual resulta alarmante al compararlo con el departamento de Guatemala el cual tiene una tasa de 27 por 100.000 nacidos vivos.

La mortalidad materna en Huehuetenango ocupó el tercer lugar en Guatemala, después de Alta Verapaz y Petén, para 1999.

Las estadísticas registradas en el año 2000 reportaron 72 muertes maternas en Huehuetenango, con una tasa de 197.47 por 100.000 nacidos vivos. Para el año 2001 reportaron 50 muertes maternas, con una tasa de 146 por 100.000 nacidos vivos. Estos datos evidencian una reducción considerable de muertes maternas, pero es importante no olvidar el subregistro que se mencionó anteriormente.(1, 13)

El departamento de Huehuetenango se divide en 31 municipios, pero la presente investigación se centra en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, los cuales presentaron para el año 2000 una tasa de mortalidad materna de 0, 186 y 295 por 100.000 nacidos vivos respectivamente.

Malacatancito, se encuentra ubicado a 12 km. de la cabecera departamental, su extensión territorial es de 268 km², se caracteriza por un clima templado y el idioma que predomina es el Mam. El municipio está dividido en 40 comunidades, su población total es de 15.521 habitantes, el total de mujeres en edad fértil es de 3.268 y los embarazos esperados de 776. El municipio no cuenta con la atención de médico, ni enfermera graduada, únicamente cuenta con 2 enfermeras auxiliares, 5 comadronas y 7 promotores de salud. (1, 9)

En el municipio, se reportaron 2 defunciones de mujeres en edad fértil en el último año, de las cuales 1 fue reportada como muerte materna. (1, 9)

Santa Bárbara, se encuentra ubicado a 23 km. de la cabecera departamental, su extensión territorial es de 448 km², se caracteriza por un clima frío y el idioma que predomina es el Mam. El municipio está dividido en 30 comunidades, su población total es de 20.836 habitantes, el total de mujeres en edad fértil es de 4.406 y los embarazos esperados de 1.042. El municipio no cuenta con la atención de médico, ni enfermera graduada, únicamente cuenta con 2 enfermeras auxiliares, 32 comadronas y 28 promotores de salud. (1, 9)

En el municipio, se reportaron 9 defunciones de mujeres en edad fértil en el último año, de las cuales solamente 2 fueron reportadas como muerte materna. (1, 9)

San Sebastián, se encuentra ubicado a 22 km. de la cabecera departamental, su extensión territorial es de 108 km², se caracteriza por un clima templado y el idioma que predomina es el Mam. El municipio está dividido en 36 comunidades, su población total es de 24.460 habitantes, el total de mujeres en edad fértil es de 5.192 y los embarazos esperados de 1.223. El municipio cuenta únicamente con 1 trabajador de salud, 28 comadronas y 25 promotores de salud. (1, 9)

En el municipio, se reportaron 8 defunciones de mujeres en edad fértil en el último año, de las cuales ninguna fue reportada como muerte materna, por lo que resulta importante realizar una investigación de autopsia verbal para determinar realmente el diagnóstico de defunción de estas mujeres y los factores que estuvieron relacionados, y de igual forma en los municipios de Malacatancito y Santa Bárbara. (1)

La Autopsia Verbal fue diseñada y es utilizada para establecer las causas de muerte. En países como Guatemala, las causas de muerte no son conocidas por los defectuosos sistemas de registro. En los casos de muertes que son conocidas, en su mayoría son prevenibles, por lo que es importante conocer las circunstancias bajo las cuales las muertes ocurrieron.

B. MORTALIDAD MATERNA

La Organización Mundial de la Salud la define como: Defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (5)

Los factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna se dan no solo médicos o biológicos, sino que también familiares, socioeconómicos culturales y políticos, que afectan especialmente al grupo de mujeres desprotegidas con menor accesibilidad a los servicios de salud. (28)

La OMS estima que el 50% de las mujeres embarazadas sufren de anemia, y que 3 de cada 5 mujeres embarazadas en los países subdesarrollados son anémicas. Las mujeres anémicas tienen de 5 a 10 veces más probabilidades de morir durante el parto, que las que no lo son. (14)

Según la Encuesta Nacional Materno-Infantil el 90% de las mujeres de 15 a 49 años de edad ya no asisten a la escuela, lo cual trae como consecuencia que la mujer no tenga menor información e instrucción y poder realizarse más allá de ser una reproductora. La edad es otro factor importante, se estima que las mujeres menores de 15 años tienen de 5 a 7 veces más probabilidades de morir en el embarazo y parto. (17)

A nivel nacional el 41% de los partos son atendidos por personal con entrenamiento médico, mientras que el 50% son atendidos por comadronas tradicionales. El 70% de los partos de mujeres indígenas y de alta paridez son atendidos por comadronas. En el departamento de Huehuetenango para el año 2000 hubo 36,263 partos, de los cuales el 10% fue atendido por personal calificado, el 83% por comadronas, y 3% por personal empírico. (17)

La mortalidad materna se puede clasificar según la OMS/OPS como: Directa e Indirecta.

1. DIRECTA: Aquellas que obedecen a complicaciones obstétricas del ciclo grávido, puerperal, intervenciones, omisiones, tratamientos inadecuados o a una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias anteriores. Estas pueden ser: Hemorragias, Infecciones, Desordenes Hipertensivos del Embarazo (incluyendo eclampsia), Parto Obstruido o Prolongado, Aborto Séptico. (4, 10,12)
 - a) Hemorragia: Sangrado vaginal durante el embarazo cuyas causas pueden ser placenta previa, desprendimiento de placenta, amenaza de aborto e inercia uterina. (31)
 - b) Toxemia: Es la hipertensión inducida por el embarazo que aparece en el ultimo trimestre con una presión arterial arriba de 140 mmHg, con proteínas en la orina, puede o no haber edema en cara y manos. (32)
 - c) Infecciones: El tracto genital femenino es especialmente propenso a las infecciones tras un alumbramiento y un aborto. En el útero el lugar de implantación de la placenta queda una herida abierta hasta que recubre una nueva capa de células al cabo de unas semanas. El resultado es que la sepsis puerperal, la cual es una de las tres causas más importantes de defunción materna en los países en desarrollo. (28, 32)
 - d) Aborto: Es la terminación del embarazo por cualquier medio antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir. En América Latina se considera que las complicaciones del aborto ilegal son la causa de defunción más frecuente entre las mujeres de 15 y 39 años de edad. (31, 32)
2. INDIRECTA: Aquellas que pueden estar presentes aún antes del embarazo y que se ven agravadas por los efectos fisiológicos del mismo. Estas pueden ser: Anemia, Malaria, Enfermedad Cardíaca, Infecciones Urinarias, Hipertensión Arterial Crónica, etc. (4, 12)

C. EMBARAZO

Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los períodos embrionario y fetal, dura aproximadamente 38 semanas a partir de la fecundación, pero en clínica se toma como fecha de partida el día de comienzo de la última menstruación por lo que se prolonga hasta 40 semanas. (19)

D. PARTO

Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta. Se divide en tres fases: la Fase I inicia con la preparación para el trabajo de parto mediante la dilatación y el borramiento cervical; la Fase II comienza cuando la dilatación del cuello es completa y termina con el parto del feto; la Fase III comienza inmediatamente después del parto del feto y termina con el alumbramiento de la placenta y las membranas fetales. (19, 32)

E. PUERPERIO

Tiempo que sigue al parto y que dura aproximadamente seis semanas, hasta el momento en que el organismo de la mujer se vuelve funcionalmente apto para una nueva concepción. (19)

F. AUTOPSIA VERBAL

Es un instrumento para identificar causas distintas de muerte, caracterizado por el uso de un cuestionario estandarizado y dirigido a los familiares de los pacientes fallecidos.

Las entrevistas narradas en lenguaje local son un instrumento adicional para describir los factores de salud contribuyentes y encontrar el comportamiento de las familias y de los servicios de salud.

Este instrumento puede ser creado para cada muerte específica y diseñado para diferentes grupos de edad y causa a investigar.

La importancia de este tipo de estudio es la gran cantidad de material de enseñanza para el entrenamiento del personal y educación en salud que se deriva de estas narraciones.(3)

G. ENFOQUE DE MUERTE MATERNA PREVENIBLE

El 99% de la mortalidad materna tiene lugar en países en desarrollo y en su mayor parte se pueden prevenir. Para reducir la mortalidad materna 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 las personas de escasos recursos.

Sin embargo, la solución no debe ser solamente de los servicios de salud, sino un esfuerzo conjunto de la mujer, las familias, las comunidades, la sociedad civil y los gobiernos, que deben construir un medio ambiente protector que contribuya con la MATERNIDAD SALUDABLE. (25)

Un paso importante es el reconocimiento de las complicaciones por parte de la mujer, su familia y la partera u otra persona que esté atendiendo el parto. Si la mujer está en la casa o en algún lugar donde la complicación no puede ser manejada la decisión de buscar atención necesita ser tomada y es típicamente tomada por miembros de la familia en vez de la mujer, especialmente si ella se encuentra en malas condiciones. Los impedimentos para poder llegar a servicios de calidad deben sin embargo ser superados, estos son la distancia, costo, la falta de transporte, costo de los servicios, problemas geográficos o climáticos, o que se perciba mala actitud y calidad de atención de parte de los proveedores. El último paso es la calidad de atención disponible y brindada una vez que se ha accedido a los servicios. (27)

En 1990, la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana Reconociendo la Importancia de la mortalidad materna, aprobó una resolución en apoyo del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna, definiendo los siguientes objetivos:

- Mejoramiento de las condiciones de salud de la mujer de la región, por medio del incremento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva, con el propósito de lograr para el año 2015, la reducción de tres cuartas partes o más de las tasas actuales de mortalidad materna.
- Lograr asistencia especializada para el 90% de los partos en el años 2015.
- Incremento de la capacidad y calidad del sistema institucional de entrega de atención de salud y creación de centros de atención del parto para mujeres de alto riesgo.
- Incremento del conocimiento y la participación social en las acciones para una maternidad sin riesgo, y movilización de los miembros de la comunidad para la identificación de la mujer embarazada.
- El establecimiento de un sistema regional de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.

- El mejoramiento de la atención del parto domiciliario, por medio de programas de educación continua para las parteras tradicionales y otro personal de salud involucrado en el parto en la casa. (20)

ESTIMACION DE LA MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 1990



Tasa x 100.000 nacidos vivos

Fuente: OMS/UNICEF (1996) Datos de 1990 - Octubre

**ESTIMACION DE LA MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL
CARIBE 2001**

Países	Tasa de Mortalidad Materna X 100.000 nacidos vivos	Número anual de Muertes Maternas
Argentina	41.0	297
Belice	82.3	5
Bolivia	390.0	1.041
Brasil	59.1	1.991
Chile	22.7	65
Colombia	71.0	694
Costa Rica	19.1	18
Cuba	34.1	46
Ecuador	74.3	229
El Salvador	120.0	199
Guatemala	94.9	390
Haití	523.0	1344
Honduras	108.0	220
México	50.6	1.157
Nicaragua	118.0	204
Panamá	65.7	40
Paraguay	114.4	196
Perú	185.0	1.119
Puerto Rico	18.4	11
R. Dominicana	80.0	162
Venezuela	59.3	342

FUENTE: OPS/OMS, DATOS 2001.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGÍA

1. Tipo de diseño Descriptivo - Retrospectivo
2. Área de estudio: Municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango.
3. Universo Población de mujeres en edad fértil (10 – 49 años)
4. Población de estudio Defunciones de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) por causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio (hasta 42 días post parto) y muertes no relacionadas con la gestación (incidentales o accidentales).
5. Tamaño de muestra: Se trabajó con el universo.

6. Definición de caso

Se define como muerte de mujer en edad fértil la ocurrida entre las edades de 10 a 49 años, y muerte materna la ocurrida en mujeres en edad fértil, asociada a embarazo, parto y puerperio a los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, pero no por causas accidentales o incidentes.

7. Recolección de la Información

La información se recolectó a través de la boleta No. 1 sobre la mortalidad de las mujeres en edad fértil (10 – 49 años).

La pesquisa permitió clasificar las muertes registradas en la población fértil, en muertes maternas y en muertes no asociadas con el embarazo, parto, puerperio y aborto. A la vez caracterizar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad en edad fértil, por tiempo persona y lugar (boleta No. 2).

La información de los casos, se recolectó a través de entrevista estructurada a familiares (esposo, padres y/o hermanos).

8. Procesamiento y Análisis de datos

Dicha información se ingresó a la base de datos construida en el programa EPIINFO para realizar el análisis univariado, para las variables que demostraron asociación significativa. Se calculó la fracción etiológica poblacional.

Criterios de inclusión

- a) Casos de muerte por causa directa durante el embarazo, parto o puerperio ocurridas durante mayo de 2001 a abril de 2002.
- b) Casos de muerte por causas indirectas durante el embarazo.
- c) Casos de muerte en la población de mujeres en edad fértil (10 a 49 años).

9. Criterios de exclusión

- a) Casos de muerte en mujeres menores de 10 años y mayores de 49 años de edad.

10. Operacionalización de variables

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO DE MEDICION
Muerte Materna	Muerte ocurrida en mujeres en edad fértil asociada a embarazo, parto y puerperio.	Toda paciente que cumple con los criterios de muerte materna comprendida en las edades de 10 a 49 años. Para el control, toda mujer que haya culminado con su gestación sin sufrir mortalidad.	Nominal	Si - No	Entrevista estructurada, boleta No.3
NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO DE MEDICION
Edad	Tiempo transcurrido en años desde su nacimiento hasta la defunción. Para los controles hasta el último año cumplido.	Años de vida de la fallecida registrados en el libro de defunciones de la municipalidad. Para los controles hasta el último año cumplido.	Numérica	Años	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Ocupación	Género de trabajo habitual de una persona	Actividad desempeñada por la paciente fallecida y/o su control.	Nominal	Ama de casa, comerciante, obrera, artesana, profesional, otros.	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Estado Civil	Estado marital en el momento de la defunción. Para los controles estado marital que tiene actualmente.	Situación civil que tenía la paciente al morir. Para los controles, situación civil que tiene la paciente al momento de la entrevista.	Nominal	Soltera, casada, viuda, unida, divorciada.	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
	Conjunto de cursos que un	Grado de estudio académico que alcanzó la paciente fallecida		Ninguna, primaria,	Entrevista

Escolaridad	estudiante sigue en un establecimiento docente	y que tiene actualmente el control.	Nominal	secundaria, diversificado, universitaria.	estructurada. Boleta No. 3
No. de Integrantes de Familia	Número de personas que integran un hogar.	Número de personas que viven en el hogar de la paciente fallecida y su control.	Numérica	Número de personas	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Ingreso Económico Familiar	Salario de una persona	No pobre: >Q389 Por persona por mes (PPM) Pobreza: Q389.00 PPM Extrema	Nominal	No pobre, Pobre, Extrema Pobreza	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Tipo de Parto	Condición en la cual se dio a luz	Distinción entre parto eutósico y operación cesárea	Nominal	Vaginal, Cesárea	Entrevista estructurada. Boleta No. 3

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO DE MEDICION
Nulípara	Mujer que no ha parido nunca	Mujer primigesta que no ha tenido un parto	Nominal	Si - No	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Paridad	Estado de una mujer por número de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 28 sem. de gestación que tuvo o tienen para los controles	Número de partos que tuvo la paciente fallecida. Para los controles número de partos que tiene.	Numérica	Número de partos	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Hijos Muertos	Hijos que por distintas causas han dejado de vivir.	Antecedentes de hijos muertos	Nominal	Si -No	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Más de 2 Abortos	Interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo	Antecedente de 2 o más abortos	Nominal	Si - No	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Espacio Inter-gené-	Periodo de tiempo entre un	Años entre el último parto y el parto anterior de la paciente	Numérica	Meses	Entrevista

sico	embarazo y otro	fallecida y la paciente control			estructurada. Boleta No. 3
Embarazo Deseado	Dícese del anhelo de procrear	Actitud de querer el embarazo	Nominal	Deseado, no deseado	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Número de Controles Prenatales	Número de veces que se le realizó un control médico a la gestante	Número de veces que fue examinada por enfermera o médico a la paciente y a feto durante la gestación	Numérica	Controles asistido	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Complicaciones prenatales	Problemas médicos relacionados con el embarazo sufrido por la paciente gestante	Problema médico relacionado con el embarazo que sufrió la paciente fallecida y/o su control	Nominal	Hemorragias del 3er trimestre, preeclampsia, eclampsia, ologohidramnios, otros	Entrevista estructurada. Boleta No. 3

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO DE MEDICION
Persona que Atendió el Control Prenatal	Persona que dio atención a la embarazada como el crecimiento y desarrollo del feto	Persona que dio atención en el periodo de la gestación a la paciente fallecida y su control	Nominal	Médico, enfermera, comadrona, otra persona, ninguna	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Persona que Atendió el Parto	Partera, médico o persona que recibe al niño al momento de nacer	Persona que ayudó a la mujer en el parto	Nominal	Médico, enfermera, comadrona, otra persona, ninguna	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Lugar de Atención del Parto	Área donde se atiende un parto	Lugar donde se atendió el último parto de la paciente fallecida y su control	Nominal	Casa, hospital, centro de salud, otros	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Persona que Atendió el Puerperio	Partera, médico o persona que atiende a la mujer postparto y durante 6 semanas después	Persona que atendió a la mujer postparto hasta los 42 días	Nominal	Médico, enfermera, comadrona, otra persona, ninguna	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
	Se aplica a la			Hipertensión	

Antecedentes de padecimientos crónicos	enfermedad o proceso que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo	Historial de enfermedades de larga duración	Nominal	, diabetes, desnutrición, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva	Entrevista estructurada. Boleta No. 3
Accesibilidad geográfica	Situación de acceso de una persona a un servicio de salud en un lugar determinado	Distancia en kilómetros desde la vivienda del control o caso hasta el lugar más cercano de atención médica	Numérica	Kilómetros	Entrevista estructurada. Boleta No. 3

11. Sesgos Considerados en el estudio

- a) Sesgo de memoria
- b) Sesgo de información
- c) Sesgo de Observación
- d) Sesgo de Clasificación

12. Aspectos éticos

- a) El consentimiento informado para todos los que participaron.
- b) Se explicó a los sujetos incluidos en el estudio que la investigación no puede modificar las condiciones de riesgo a las que se encuentran expuestas.
- c) La información es estrictamente confidencial.

B. RECURSOS

1. Materiales físicos:

- a) Instalaciones de las municipalidades, centros y puestos de salud, Hospital Nacional de Huehuetenango.
- b) Certificados de defunción, archivos de historias clínicas.
- c) Boletas de realización de Entrevista estructurada, boleta #2

2. Humanos:

- a) Personal de registro civil del municipio
- b) Personal de salud del municipio

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de la mortalidad de mujeres en edad fértil y materna en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango, de mayo del 2001 a abril del 2002.

MORTALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mujeres en Edad Fértil	19	95
Materna	1	5
TOTAL	20	100

FUENTE: Recolección personal, boleta de recolección de datos

Cuadro 2. Distribución de la mortalidad de mujeres en edad fértil según municipios Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián en el departamento de Huehuetenango, de mayo del 2001 a abril del 2002.

MUNICIPIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Malacatancito	2	10
Santa Bárbara	10	60
San Sebastián	8	40
TOTAL	20	100

FUENTE: Recolección personal, boleta de recolección de datos

Cuadro 3. Tasa de Mortalidad de mujeres en edad fértil, en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango, 2001.

MUNICIPIO	MUERTES MEF	MEF	TASA DE MORTALIDAD
Malacatancito	2	3268	61 x100,000 MEF
Santa Bárbara	10	4406	227 x100,000 MEF
San Sebastián	8	5192	154 x100,000 MEF

FUENTE: Recolección personal, boleta de recolección de datos

Cuadro 4. Tasa de Mortalidad Materna, en el municipio de Santa Bárbara departamento de Huehuetenango, 2001.

MUNICIPIO	MUERTES MATERNAS	NACIDOS VIVOS	TASA DE MORTALIDAD
Santa Bárbara	1	1075	93 x 100,000 NV

FUENTE: Recolección personal, boleta de recolección de datos

Cuadro 5. Mortalidad de mujeres en edad fértil, en relación a las diferentes variables estudiadas, en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango, de mayo del 2001 a abril del 2002.

VARIABLES		CASOS	
		F	%
Edad	10 – 14	4	20
	15 – 19	2	10
	20 – 24	7	35
	25 – 29	1	05
	30 – 34	4	20
	35 – 39	0	00
	40 – 44	1	05
	45 – 49	1	05
Ocupación	Ama de Casa	17	85
	Estudiante	3	15
Estado Civil	Soltera	7	35
	Casada	13	65
Escolaridad	Ninguna	17	85
	Primaria	3	15
Ingreso Económico	No Pobreza	0	00
	Pobreza	1	05
	Extrema Pobreza	19	95
Paridad	Menor de 5 gestas	18	90
	Mayor de 5 gestas	2	10

FUENTE: Recolección personal, boleta de recolección de datos

Cuadro 6. Causa Directa de Mortalidad de mujeres en edad fértil, en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango, de mayo del 2001 a abril del 2002.

CAUSA DIRECTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Broncoaspiración	1	5
Encefalopatía Urémica	1	5
Fallo Respiratorio	6	30
Paro Cardiorrespiratorio	1	5
Shock Hipovolémico	9	45
Shock Séptico	2	10
TOTAL	20	100

FUENTE: Recolección personal, boleta de recolección de datos

Cuadro 7. Causa Asociada de Mortalidad de mujeres en edad fértil, en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango, de mayo del 2001 a abril del 2002.

CAUSA ASOCIADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aborto	1	5
Convulsión	1	5
Deshidratación Hidroelectrolítica	6	30
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	1	5
Hemorragia Gastrointestinal Superior	1	5
Hemorragia Vaginal	1	5
Hernia Incarcerada	1	5
Insuficiencia Renal Crónica	1	5
Intoxicación por Organofosforados	1	5
Neumonía	6	30
TOTAL	20	100

FUENTE: Recolección personal, boleta de recolección de datos

Cuadro 8. Causa Básica de Mortalidad de mujeres en edad fértil, en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango, de mayo del 2001 a abril del 2002.

CAUSA BASICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cáncer de Cérvix	1	5.0
Desnutrición Crónica	5	25.0
Disentería	2	10.0
Estado Depresivo	1	5.0
Estado Epiléptico	1	5.0
Hernia Inguinal	1	5.0
Insuficiencia Renal Crónica	1	5.0
Intoxicación Alimenticia	2	10.0
Síndrome Diarréico Agudo	2	10.0
Síndrome Nefrítico	1	5.0
Trauma Pélvico	1	5.0
Úlcera Gástrica Perforada	1	5.0
Vulvovaginitis	1	5.0
TOTAL	20	100

FUENTE: Recolección personal, boleta de recolección de datos

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con la muerte de una mujer, la familia sufre de problemas sociales y psicológicos, así como desintegración familiar. El 99% de la mortalidad materna y de mujeres en edad fértil tiene lugar en países en desarrollo y en su mayor parte se pueden prevenir. Por lo que es importante caracterizar la mortalidad de mujeres en edad fértil y materna, así como determinar los factores que se asocian a dicha mortalidad. En base a los resultados obtenidos de este estudio podemos analizar lo siguiente:

Es necesario identificar a través de variables biológicas, ambientales, estilos de vida y de los servicios de salud, a aquellas mujeres embarazadas y en edad fértil que se encuentran en riesgo de sufrir una muerte en la edad reproductiva, período prenatal, durante el parto y posparto, y así fortalecer los programas de Asistencia, Vigilancia y Prevención en el manejo de la población femenina en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango. Sin embargo es importante destacar que el 95% de las defunciones registradas en estos municipios, son por causas ajenas al embarazo, parto o puerperio; y la única muerte materna (tasa: 63×100000 NV) encontrada, pertenece al municipio de Santa Bárbara que para el periodo en estudio había reportado una tasa de mortalidad materna de 0%, lo que confirma la existencia del subregistro en dicho municipio. Cabe mencionar que a nivel nacional la mortalidad materna es una de las causas de mortalidad con mayor subregistro, de la cual se estima que únicamente se reporta una tercera parte hasta un 50%. (3, 23)

En el último año la tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil para el departamento de Huehuetenango fue de 193 por 100000 nacidos vivos, y durante el periodo en estudio (mayo del 2001 a abril del 2002), la tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil por 100,000 fue de 61 para Malacatancito, 227 para Santa Bárbara y 154 para San Sebastián; haciendo un promedio de 147.

La probabilidad de morir en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián es de 1 en 1634; 1 en 441 y 1 en 649 respectivamente, haciendo un total de 1 en 643. En América Latina y el Caribe es de 1 en 130 durante la vida reproductiva de una mujer.

Las características de mujeres en edad fértil encontradas en este estudio fueron: mujeres comprendidas entre los 14 – 24 años (65%), analfabetas (85%), pobreza extrema (95%), amas de casa (85%), casadas (65%) y menores de cinco gestas (90%).

Con estos resultados puede deducirse que son afectadas las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad. Muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes. Esto se confirma al evidenciar que en dichos municipios el grupo afectado incluye mujeres desde los 14 hasta los 49 años de edad, quienes en su mayoría son amas de casa (85%), y solamente el 15% son estudiantes de educación primaria, el 85% son analfabetas.

Los datos encontrados coinciden con la Encuesta Nacional Materno-Infantil 1998-1999 en donde el 90% de las mujeres de 15 a 49 años de edad ya no asisten a la escuela, lo cual trae como consecuencia que la mujer tenga menor información e instrucción y poder realizarse más allá de ser una reproductora. La edad es otro factor importante, se estima que las mujeres menores de 15 años tienen de 5 a 7 veces más probabilidades de morir en la edad reproductiva. (17)

El estado civil puede no ser considerado un factor de riesgo, ya que fueron afectadas tanto las solteras (25%), como las casadas (30%) o las unidas (35%). Sin embargo el ingreso económico si puede ser un factor de riesgo, pues el 95% de las fallecidas estaban en extrema pobreza, y el 100% eran indígenas, lo que probablemente influya en su educación, creencias y estilo de vida. En su mayoría las fallecidas eran multíparas, el 100% de sus partos fueron vaginales, atendidos por comadronas y en el hogar. Esto no concuerda con lo reportado a nivel nacional donde el 41% de los partos son atendidos por personal con entrenamiento médico, mientras que el 50% son atendidos por comadronas tradicionales. El 70% de los partos de mujeres indígenas y de alta paridez son atendidos por comadronas. En el departamento de Huehuetenango para el año 2000 hubo 36,263 partos, de los cuales el 10% fue atendido por personal calificado, el 83% por comadronas, y 3% por personal empírico. (17)

Respecto a la mortalidad materna encontrada en el municipio de Santa Bárbara, no se encontró registro de defunción en la municipalidad del municipio, ni en la municipalidad del departamento, por lo que se concluye que existe subregistro. La causa básica de muerte fue traumatismo abdominal, lo cual provocó un aborto incompleto asociado a hemorragia vaginal, provocándole a la paciente un shock hipovolémico.

La principal causa directa de defunción encontrada en las paciente en edad fértil fue Shock hipovolémico (45%), seguida de Fallo Respiratorio (30%), Shock Séptico (10%), Broncoaspiración (5%), Encefalopatía Urémica (5%), Paro Cardiorrespiratorio (5%).

Las causas asociadas fueron Deshidratación Hidroelectrolítica (30%), seguida de Neumonía (30%), Enfermedad Inflamatoria Pélvica (5%), Hemorragia Vaginal (5%), Hernia Incarcerada (5%), Insuficiencia Renal Crónica (5%), etc.

Las Causas básicas fueron Desnutrición Crónica (25%), Disentería (10%), Intoxicación Alimenticia (10%), Síndrome Diarreico Agudo (10%), Cáncer de Cérvix (5%), Hernia Inguinal (5%), Síndrome Nefrítico (5%), etc.

Al analizar las diferentes causas de muerte es importante recalcar que muchas de estas enfermedades son completamente prevenibles, y es desconcertante que aún existan defunciones por causa de deshidratación secundario a síndrome diarreico, lo cual refleja la falta de educación de nuestra población y la necesidad de mejorar los servicios de salud y acceso a los lugares más necesitados.

IX. CONCLUSIONES

1. El perfil epidemiológico identificado fue: mujeres comprendidas entre los 14–24 años (65%), analfabetas (85%), pobreza extrema (95%), amas de casa (85%), casadas (65%) y menores de cinco gestas (90%).
2. El rango de edad más afectado fue de 20 a 24 años (35%) seguido de 14 a 19 (30%); que constituyen los grupos en edad fértil.
3. La muerte de mujeres en edad fértil ocurrió principalmente en analfabetas (85%), de extrema pobreza (95%), dedicadas a oficios domésticos (85%), demostrando esto que dichos factores son condicionantes y de riesgo.
4. El 90% de las fallecidas tuvieron menos de cinco gestas, por lo que la paridad no es un factor contribuyente a la mortalidad de mujeres en edad fértil.
5. La tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián es de 61, 227 y 154 por 100.000 mujeres en edad fértil, respectivamente.
6. La principal causa de defunción fue Neumonía (30%), seguida de Síndrome diarreico agudo (30%).
7. En los municipios de Malacatancito y San Sebastián no se encontró mortalidad materna, sin embargo la tasa de mortalidad materna en el municipio de Santa Bárbara fue de 93 por 100.000 nacidos vivos.
8. En el municipio de Santa Bárbara se encontró un subregistro de mortalidad materna del 100%, y la causa de defunción fue aborto.

X. RECOMENDACIONES

1. Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y otras entidades gubernamentales, establezcan programas preventivos, haciendo énfasis en la educación de las mujeres en edad fértil, a fin de disminuir la mortalidad.
2. Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social haga extensión de cobertura a estos municipios, ya que solamente cuentan con el servicio de comadronas y promotores de salud, y no existe médico ni enfermera graduada.
3. Que el Ministerio de Salud pública y Asistencia Social trabaje en conjunto con los servicios de salud, las mujeres, las familias, las comunidades, y la sociedad civil, para poder construir un medio ambiente protector que contribuya con la maternidad saludable.
4. Capacitar al personal de salud sobre el diagnóstico precoz y tratamiento de las principales infecciones respiratorias y gastrointestinales, para disminuir la mortalidad por causas prevenibles como lo son la neumonía y la diarrea.
5. Educar a las mujeres en edad fértil enseñándoles a leer y escribir.
6. Que el personal del registro civil de cada municipio, no extienda actas de defunción, sin que lleven certificado de defunción extendido por el centro o puesto de salud, para mejorar la calidad de los diagnósticos y reducir los índices de subregistro.

XI. RESUMEN

Estudio descriptivo sobre factores asociados a la Mortalidad Materna y de Mujeres en Edad Fértil realizado en los municipios de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián, departamento de Huehuetenango, de Mayo de 2001 a Abril de 2002.

Se tomó la totalidad de muertes maternas y mujeres en edad fértil que se encontraron en los libros de defunción de los registros civiles de Malacatancito, Santa Bárbara y San Sebastián; utilizando una boleta de recolección de datos, tomando en cuenta las características de causa, persona tiempo y lugar de cada paciente. De los 20 casos encontrados, el 30% fue debido a Neumonía, seguida de Síndrome Diarreico Agudo (30%). El 65% de las fallecidas tenían entre 14 y 24 años de edad, pertenecían a extrema pobreza (95%), el 85% eran analfabetas y amas de casa. En Santa Bárbara, se encontró una defunción a causa de un aborto secundario a traumatismo abdominal, evidenciando un subregistro de mortalidad materna del 100%. Por lo que se recomienda que en el registro civil de cada municipio, no se extiendan actas de defunción, sin el debido certificado de defunción extendido por el centro o puesto de salud, para mejorar los diagnósticos y el subregistro. De igual forma se recomienda instruir a las mujeres en edad fértil sobre la importancia de la salud y mejorar la atención prestada por los servicios de salud.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Área de Salud de Huehuetenango. Informe mensual de estadística de salud. Huehuetenango: 2000-2001 4p.
2. Bernal Recinos, Karen Dallana. Mortalidad Materna y su Perfil Epidemiológico. Tesis (Medico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2001. 56p.
3. Caldeyro, R. Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica activa para mortalidad materna. Revista Centroamericana de Ginec Obstetricia 1994 sep – dic; 4(3):1-37.
4. Cascante, E.J.F. et al. Mortalidad Materna; prevalencia y factores de riesgo. Revista Centroamericana de Ginec Obstetricia 1996 may-ago; 4(2): 28-55.
5. Castañeda, S.A. Muertes Maternas fácilmente evitables. Revista de la OPS 1991 oct: 1-55.
6. Cumes Ajú, Paulina. Mortalidad Materna; determinación de las diez principales causas de mortalidad por embarazo, parto y puerperio. Tesis (Medico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1995. 46p.
7. Figueroa, A.R. Muerte Materna en América Latina. Revista Centroamericana de Ginec Obstetricia 1997 may-ago; 7(2): 38-62.
8. Guyton, A.C. y J.E. Hall. Embarazo y Lactancia. En su: Tratado de Fisiología. 9ed. Nueva York: Interamericana, 1997. (pp.1133-1148).
9. Instituto Nacional de Estadística. Estimación de población urbana y rural por departamento y municipio 2001; Guatemala: INE, 1994. 7p.
10. Kestler, E. et al. La Muerte de la Mortalidad Materna. Revista Centroamericana de Ginec Obstetricia 1999 may-ago; 9(2): 23-55.
11. Kestler, E. et al. Pregnancy – related mortality in Guatemala. Revista Panamericana de Salud Pública 2000 ene; 7(1): 1-65.

12. Koblinsky, M. Lograr la maternidad sin riesgo. Revista de la OPS 1995 jul: 1-5.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Indicadores de situación de salud. Guatemala: 1998-1999. 2p.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales. Protocolo. Guatemala:1996. 39-49p.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria anual de vigilancia epidemiológica. Guatemala: 2000. 8p.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala con más altos índices de mortalidad materna en América Latina. Guatemala: 2002. 1p.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala: 1998-1999. 7-103p.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Mortalidad Perinatal. Guatemala: 1999. 175p.
19. Océano Mosby. Diccionario de Medicina. 4ed. Barcelona: Océano, 1997. 1504p.
20. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Informe de la reunión de un grupo técnico de la OPS,1998. 54p.
21. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto Mothercare en Guatemala. OPS, 1999. 2p.
22. Organización Panamericana de la Salud. et al. Salud de la Mujer en las Américas. Washington: OPS,1985. 87p.
23. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad Materna. <http://newweb.www.paho.org/spanish/clap/05mort.htm>
24. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad Materna. <http://wwwparis21.org/betterworld/spanish/maternal.htm>

25. Organización Panamericana de la Salud. Maternidad Saludable.
<http://www./cifras-maternidadsaludable.htm>
26. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna.
<http://www./hojainformativalamortalidadmaterna.htm>
27. Organización Panamericana de la Salud. Maternidad Segura.
<http://www./OPSmaternidadsegura.htm>
28. Pata Tohon, Silvia Verónica. Mortalidad Materna; clasificación de las principales causas de mortalidad asociadas a embarazo, parto y puerperio. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1995. 50p.
29. UNICEF. Embarazo Adolescente.
<http://www.uniceflac.org/espanol/infancia/embara.htm>
30. UNICEF. Mortalidad Materna 2001.
<http://www./Uniceftacro-mortalidadmaternaviolenciaporonision.htm>
31. UNICEF. Mortalidad Materna 1990.
<http://www.uniceflac.org/espanol/infancia/mortma.htm>
32. Williams. et al. Obstetricia. 20ed. Buenos Aires: Panamericana, 1998. 1352p.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
AREA DE TESIS.

Boleta 1

PESQUISA SOBRE MORTALIDAD DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Criterios: Debe contener los datos registrados en el libro de defunciones de todas las muertes en mujeres en edad fértil (10 a 49 años)

A. Identificación de la Localidad

A.1 Departamento	
A.2 Municipio	
A.3 Número de casos	

B. Información de la fallecida

B.1 Nombre de la fallecida	
B.2 Fecha de nacimiento	
B.3 Fecha de defunción	
B.4 Lugar de muerte	
B.5 Edad de muerte de la fallecida	
B.6 Residencia de la fallecida	
B.7 Diagnóstico de muerte según libro de defunciones.	

Nota: La boleta no se ingresará a ninguna base de datos, sólo sirve para recoger la información del libro de defunciones y ubicar el lugar de residencia de la fallecida para la posterior entrevista con los familiares.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
AREA DE TESIS.

AUTOPSIA VERBAL

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL DIAGNOSTICO DE MUERTE EN MUJERES EN EDAD FERTIL

Criterio: Debe de ser utilizada en toda defunción de mujeres en edad fértil identificada, con el propósito de determinar la causa directa, asociada y básica de la muerte.

Instrucciones:

- Realice la presente entrevista en compañía de personal institucional o voluntario en salud.
- Explique a los familiares de la persona fallecida, el propósito de su visita, utilice lenguaje sencillo y respetuoso hacia los entrevistados.

A. Datos generales de la persona entrevistada

Si se niega a dar información, obviar este componente

A.1 Nombre		
A.2 Edad		
A.3 Escolaridad		
A.4 Parentesco		
A.5 Habla y entiende español	Si	No
A.6 Utilizo Traductor	Si	No
A.7 El entrevistado se percibe colaborador	Si	No
A.8 Poco colaboradora	Si	No

B. Relato de la historia de la enfermedad que ocasionó la muerte

Instrucciones:

1. Deberá anotar en las líneas en blanco el relato del entrevistado.
2. Pregunte sobre la historia de la enfermedad que produjo la muerte (debe orientar el relato de tal manera que exista coherencia en la cronología de signos y síntomas; así como la condición final de la paciente. Procure obtener información de las quejas que la paciente refirió a la persona entrevistada).
3. Escuche a la persona entrevistada y no la interrumpa, excepto para aclarar términos o reorientar el orden o la profundidad del relato.
4. Cuando la persona entrevistada finalice su relato, pregunte si no hay alguna otra información que considere de importancia.

Tómese un instante para repasar el relato que se ha hecho con libertad y destaque los aspectos más importantes de la historia, si es necesario pregunte nuevamente.

C. Antecedentes obstétricos relacionados con la muerte

C.1 Estaba embarazada antes de su muerte	Si	No
C.2 Murió durante el embarazo	Si	No
C.3 Murió durante el parto	Si	No
C.4 Después de nacido el niño	SI	No
C.5 Cuanto tiempo después	Horas	Días

D. Signos, síntomas y morbilidades relevantes

Instrucciones:

- Utilice la siguiente lista, marcando con una X Si se encontraba presente los signos, síntomas o padecimientos crónicos en la fallecida.
- Cuando pregunte sobre la presencia de estos signos, síntomas o morbilidades procure utilizar un lenguaje simple y en el mejor de los casos, de uso común en la comunidad de la persona entrevistada.

D.1 Marasmo	D.23 Orina oscura
D.2 Kwashiorkor	D.24 Prurito
D.3 Desnutrición Crónica	D.25 Contacto con persona icterica
D.4 Muy pequeña para su edad	D.26 Sangrado espontáneo
D.5 Muy delgado para su edad	D.27 Dolor en epigastrio
D.6 Diarrea	D.28 Presión arterial elevada
D.7 Tos	D.29 Edema generalizado
D.8 Fiebre	D.30 Visión Borrosa
D.9 Dificultad respiratoria	D.31 Orina con mucha espuma
D.10 Respiración rápida	D.32 Sangrado durante el embarazo
D.11 Neumonía	D.33 Hemorragia vaginal post examen
D.12 Malaria	D.34 Trabajo de parto prolongado
D.13 Dengue	D.35 Loquios fétidos
D.14 Alergias	D.36 Ruptura prematura de membranas
D.15 Accidentes	D.37 Retención de restos placentarios
D.16 Daños físicos	D.38 Manipulación durante el parto
D.17 Tétanos	D.39 Uso indiscriminado de medicamentos
D.18 Cuello rígido	D.40 Ingestión de sustancias tóxica
D.19 Alteración de la conciencia	D.41 Antecedentes de padecer del corazón
D.20 Ataques	D.42 Antecedentes de padecer de diabetes
D.21 Exposición a agroquímicos	D.43 Antecedentes de padecer de cáncer
D.22 Ictericia	D.44 Antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas.

E. Diagnóstico de muerte

Con la información obtenida durante la entrevista, indique cual es su diagnóstico de :

E.1 Causa directa de la muerte	
E.2 Causa asociada a la directa	
E.3 Causa básica de la muerte	

Nota: Inicie el llenado de la boleta No.2

DEFINICIONES:

Causa directa: Como la enfermedad o lesión que produjo directamente a la muerte.

Causa asociada: La enfermedad o lesión que antecede a la causa directa.

Causa básica: Lesión o enfermedad que produjo una serie de acontecimientos que concluyen con la muerte.

EJEMPLO:

- Cirrosis
- Varices esofágicas rotas
- Pielonefritis crónicas
- Alcoholismo crónico

Causa Directa: Varices esofágica rotas

Causa Asociada: Cirrosis alcohólica

Causa Básica: Alcoholismo Crónico

Boleta 2

ENTREVISTA A FAMILIARES DE LA FALLECIDA

Criterios: Debe contener los datos de todas las muertes en mujeres en edad fértil (10-49 años)

A. Datos sociodemográficos

A.1 Código del municipio	A.2 No. de Caso	
A.3 Nombre	A.4 Edad en años	
A.5 Ocupación	1. Ama de casa	2. Artesana 3. Obrera 4. Textiles 5. Comerciante 6. Agricultora
A6. Estado Civil	1. Soltera	2. Casada 3. Unida 4. Divorciada 5. Viuda
A.7 Escolaridad	1. Ninguna	2. Primaria 3. Secundaria 4. Diversificado 5. Universitario
A.8 Grupo étnico	1. Maya	2. Xinca 3. Garifuna 4. Ladino
A.9 No de integrantes en la familia		
A.10 Ingreso económico		
1. No pobreza	> Q.389.00 por persona por mes	
2. Pobreza	Q.196.00 a 389.00 por persona por mes	
3. Extrema pobreza	< Q. 195.00 por mes por persona	

B. Antecedentes Obstétricos

B.1 No. de gestas		B.2 No. de partos	
B.3 No. de cesáreas		B.4 No. de abortos	
B.5 No. de hijos vivos		B.6 No. de hijos muertos	
B.7 Fecha de último parto			

C. Diagnóstico de muerte

Nota: complete el llenado del siguiente componente con los datos de la autopsia verbal (literal E)

C.1 Muerte materna	C.2 Muerte no materna		
C.3 Causa directa	C.4 Causa directa		
C.5 Causa asociada	C.6 Causa asociada		
C.7 Causa básica	C.8 Causa básica		
C.9 Lugar de defunción	1. Hogar	2. Servicios de salud	
	3. Tránsito	4. Otros	