

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA

**Estudio de casos y controles sobre factores
Asociados a mortalidad materna realizado en Escuintla,
Palin y San Vicente Pacaya, del departamento de Escuintla
De mayo de 2001 a abril de 2002**

**LUIS ALFREDO GRAJEDA MEJIA
MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, agosto de 2002

INDICE

CAPITULO	PAGINA
I. Introducción	1
II. Definición del problema	2
III. Justificación	4
IV. Objetivos	6
V. Marco Teórico	7
VI. Hipótesis	26
VII. Materiales y Métodos	27
VIII. Presentación de Resultados	36
IX. Análisis y Discusión de Resultados	65
X. Conclusiones	67
XI. Recomendaciones	68
XII. Resumen	69
XIII. Referencias Bibliográficas	70
XIV. Anexos	73

I. INTRODUCCIÓN

Muerte materna se define como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio por complicaciones relacionadas o agravadas por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. (22) Existe una serie de factores que se han asociado a mortalidad materna; determinantes para la supervivencia de la madre y de su hijo, tales como el nivel socio-económico, estado de salud de la madre, acceso a los servicios de salud, el nivel educativo del padre y de la madre y el comportamiento reproductivo.

Alrededor de medio millón de mujeres mueren en el mundo anualmente a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, y en su mayoría ocurren en países del tercer mundo. Estas muertes causan sufrimiento humano y un impacto social y económico, porque representan una pérdida valiosa para la sociedad. Por lo anterior descrito se investigó este tema cuyo objetivo principal es identificar las condiciones que exponen a mujeres en edad fértil a mayor riesgo de muerte materna, caracterizándolas, de acuerdo a causa, persona tiempo y lugar. Asimismo identificar el perfil epidemiológico general de la mortalidad en la población de mujeres en edad fértil.

Se realizó el estudio de casos y controles en los municipios de Escuintla, San Vicente Pacaya y Palín del departamento de Escuintla, para lo en las municipalidades se revisaron los registros de defunción de mayo del 2001 a abril del 2002 en dichos municipios así como registros médicos e historias clínicas de las muertes en el Hospital Nacional de Escuintla y posteriormente la recolección de datos.

La tasa de mortalidad materna en Escuintla de 105; en Palín de 170 muertes por 100,000 nacidos vivos y en San Vicente Pacaya de cero pues no se encontró muertes maternas; las tasas de mortalidad de mujeres en edad fértil es de 30 en Escuintla, 39 en Palín y 26 en San Vicente Pacaya por 100,000 habitantes.

Para finalizar se concluye que la mayoría de los factores asociados a mortalidad materna son modificables realizando estrategias adecuadas para mejorar el control del embarazo así como prevenir las probables complicaciones que pudieran presentarse a causa de este e intervenir de inmediato en caso necesario.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo; sin considerar la duración o el sitio del embarazo por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, según la OMS. (6)

En todo el mundo en cada minuto quedan embarazadas 380 mujeres de las cuales una muere (17); lo que nos da aproximadamente mas de 500,000 muertes maternas cada año de las cuales la mayoría ocurren en países en desarrollo. Estas son el resultado de las complicaciones del embarazo: hemorragias, sepsis, problemas de Hipertensión arterial, partos obstruidos y Abortos. (22)

La tasa promedio de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es de 190 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

En algunos países de América Latina y el Caribe (Guatemala y Honduras), más del 50% de los partos son atendidos por personal no calificado, en casa, una tercera parte de las gestantes muere en su hogar sin recibir atención en una institución de salud. (29) La mortalidad materna en Guatemala es de 190 por cada 100,000 nacidos vivos, ocupó el segundo lugar de muertes en el ámbito nacional en mujeres entre 15 a 49 años, siendo el 40% por hemorragias el y 20% por complicaciones del aborto. (15)

La realidad en Guatemala es que existen numerosas barreras de tipo económico, geográfico, cultural que impiden el acceso a los servicios de Salud. La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio lo realiza principalmente la comadrona. El parto es atendido en 53.45 % de los casos por comadrona, 26.41 % por médicos y 15.33% por personas empíricas y 4.81 no recibe ningún tipo de atención (13).

Por lo tanto requiere de 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, se 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 en riesgo de sufrir muerte materna pues la mayoría de las complicaciones relacionadas con el embarazo se pueden prevenir sin recurrir a tecnología o medicamentos caros. (22).

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las condiciones que exponen a mujeres en edad fértil a mayor riesgo de muerte materna en el departamento de Escuintla que presenta tasa de mortalidad materna en el año del 2001 de 88.32 por 100,000 nacidos vivos, (14) comparada con las del departamento de Guatemala que es de 27 por 100,000 nacidos vivos. (13)

En el departamento de Escuintla las principales causas de mortalidad materna registradas son: retención placentaria, eclampsia, fallo multisistémico, embolia pulmonar, atonía uterina y septicemia. (14)

III. JUSTIFICACIÓN

De América Latina, Guatemala es el país donde más mujeres mueren por enfermedades asociadas a la maternidad. En Guatemala se estima que del 50 al 90% de las muertes maternas son prevenibles y las mismas ocurren en un 70% en los primeros 42 días después de la gestación.(13)

Las muertes y discapacidades relacionadas con el embarazo no sólo causan sufrimiento humano sino también un costo socio-económico. Estas mujeres al morir están en la plenitud de su vida;(22) además las madres son responsables de la salud de sus hijos, a quienes cuidan y educan, preparan alimentos y en ocasiones son una fuente de ingreso económico al hogar, por lo que la muerte de ellas representa una pérdida valiosa para el desarrollo de su pueblo, lo que tiene consecuencias traumáticas a nivel familiar, comunitario, laboral y económico.

Para el año 2001 los municipios de Escuintla, Palín y San Vicente Pacaya presentaron los siguientes indicadores de Salud: (14)

Municipio:	Escuintla	Palín	San Vicente Pacaya
Población Total	115 125	25 425	11 646
Nacimientos	3 823	589	388
Población Mujeres en edad fértil	28 461	6 044	2 705
Tasa de Fecundidad	134	97	143
Tasa de Natalidad	33	23	33
No. De muertes maternas	4	1	0
Tasa de Mortalidad Materna	104	169	0
Muertes de mujeres de 10 a 59 años	139	17	1
Embarazos esperados en el año	5 756	1 271	582

Dada la importancia de dicho problema y tomando en cuenta que el embarazo no es una enfermedad, sino un proceso natural de reproducción se debe brindar información sobre la prevención de enfermedades durante el embarazo, (22,29) y asegurar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud durante el período prenatal, el parto y el post-parto pues la mayoría de estas muertes son evitables.

Con la presente investigación se conoció todas las muertes de mujeres en edad fértil, y se hizo una caracterización en tiempo lugar y persona de la mismas y se seleccionó las muertes por causa materna, las cuales fueron los casos, a estas se les realizó una autopsia verbal por medio de una boleta de información que se llenó con la ayuda de los familiares de la fallecida, además se detectó a una mujer que finalizó su embarazo sin haber padecido complicaciones relacionadas con este, en el mismo tiempo y lugar, quienes fueron los controles, determinando así los factores de riesgo que presentaron ambos grupos asociados a la muerte del caso y el bienestar del control.

Esta investigación servirá para fortalecer los programas de asistencia, vigilancia y prevención en el manejo de la población materna en el ámbito local y caracterizar a través de variables biológicas, ambientales, estilos de vida y de los servicios de salud, la mortalidad materna y de mujeres en edad fértil, y así clasificar con alta sensibilidad a aquellas mujeres embarazadas que se encuentran en riesgo de sufrir una muerte materna en periodo prenatal, parto y post-parto.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

1. Identificar el perfil epidemiológico de la mortalidad en la población de mujeres en edad fértil (10 a 49 años).
2. Identificar las condiciones que exponen a mujeres en edad fértil a mayor riesgo de muerte materna.

B. ESPECIFICOS

1. Caracterizar la mortalidad en la población fértil de acuerdo a causa, persona, tiempo y lugar.
2. Caracterizar la mortalidad materna de acuerdo a causa, persona, tiempo y lugar.
3. Determinar los factores que se asocian a mortalidad materna.

V. MARCO TEORICO

A. DEFINICIONES DE MORTALIDAD MATERNA

Se entiende por muertes maternas aquellas ocurridas durante el embarazo, parto o puerperio por complicaciones de estos estados o debidas a enfermedades pre-existentes y agravadas por estas.

La definición dada por la OMS y que formaliza la descripción hecha anteriormente para muertes maternas es: “ La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, sin considerar la duración o el sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.” (6,21)

Las muertes maternas se clasifican: (28)

1. Muerte materna obstétrica. Es la resultante de causas obstétricas directas o indirectas según, se definen a continuación:

a) Muerte obstétrica directa: es la debida a complicaciones obstétricas del estado grávido-puerperal (embarazo, parto y puerperio), por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una serie de eventos resultantes de cualquiera de los anteriores. Las causan son: toxemia, hemorragia, infección, anestesia y otras.

b) Muerte obstétrica indirecta: es la resultante de una enfermedad preexistente que se desarrolla durante el embarazo y no se debe a causas obstétricas directas, pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo. Las causas: cardiopatía, enfermedades vasculares, del aparato reproductor, hepáticas, pulmonares, metabólicas, neoplásicas y otras.

2. Muerte no obstétrica. Es la que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo y su manejo. Las causas: suicidio, homicidio, causas accidentales: atropellamiento por vehículo, incendio, terremoto, etc. (21,28)

Tasa o coeficiente de Mortalidad Materna:

No. de muertes maternas en un área y año dados X 100,000
No. De nacidos vivos en la misma área y año

Esta puede ser calculada tanto global como específicamente para las causas obstétricas directas o indirectas, y también solo para determinada causa. En todos estos casos el denominador es el número de nacidos vivos. Esta tasa expresa las ideas de riesgo, por lo que el denominador debería ser el número total de embarazos pero por lo difícil o casi imposible de calcular este número, se utiliza como aproximación el número de nacidos vivos, por lo que puede ser llamado razón de mortalidad materna.

Además también puede ser calculada relacionando ese grupo de causas (numerador) con el número de mujeres en edad fértil como denominador.

Actualmente las menores tasas son observadas en países desarrollados y se sitúan entre 3 y 12 por 100,000 nacidos vivos. Esto permite clasificar los valores por encima de 40-50 como altos mientras que por encima de 100 puede ser considerado como muy alto. (21)

La razón de mortalidad materna (RMM) en Guatemala es de 190 defunciones por 100,000 nacidos vivos.(10) Esta RMM es una de las mas altas de la región cuando se compara con las de México con 48 y Costa Rica con 26 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos respectivamente. (15)

B. DEFINICIÓN DEL ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES (8)

Los estudios de casos y controles están destinados a explorar hipótesis de asociación entre factores de riesgo y daños a la salud. En ellos se seleccionan casos o sujetos con el daño a la salud y controles o sujetos que no poseen el daño a la salud bajo estudio. Interesa conocer la proporción de sujetos expuestos a los factores de riesgo en ambos grupos.

En los estudios de casos y controles se puede recolectar una gran variedad de información de diferentes fuentes. Por ejemplo, información clínica, socioeconómica, del ambiente, la educación, los patrones de vida (p. ej. fumar) el uso de drogas y medicamentos y la atención prenatal de los pacientes bajo estudio.

El objetivo de estos estudios es comparar la proporción de sujetos expuestos a los factores de riesgo entre los casos, con la proporción de sujetos expuestos a los factores de riesgo entre los controles.

C. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA

1. Definición de factor de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. (15)

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente. Varios estudios han mostrado que el primer embarazo, la alta paridad, un embarazo en edad reproductiva temprana o tardía, los abortos previos y la desnutrición, son factores de riesgo universales y estas características aumentan la probabilidad de patología perinatal. La combinación de estos y otros factores de riesgo en los mismos individuos incrementa aun mas la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser:

- biológicos (ej. ciertos grupos de edad)
- ambientales (ej. abastecimiento deficiente de agua, falta de adecuado sistema de disposición de excretas, etc)
- de comportamiento o estilo de vida (ej. fumar)
- relacionados con la atención a la salud (ej. baja calidad de la atención, cobertura insuficiente)
- socio-culturales (ej. educación) y
- económicos (ej. ingreso)

Además, la interacción de factores de riesgo biológicos, sumados a otros derivados del medio social y ambiental, aumenta el efecto aislado de cada uno de los factores.

Los factores de riesgo son, por lo tanto, características asociadas con un cierto tipo de daño a la salud.

El riesgo o la probabilidad de que ocurra un evento, puede medirse por lo menos de tres maneras.

Primero, el **riesgo absoluto** que la probabilidad de que ocurra un daño a la salud en una población determinada, incluyendo a quienes tienen factores de riesgo definidos y a quienes no. Para medir este riesgo utilizamos la *incidencia* del daño a la salud. Expresa la frecuencia total de un evento, es decir, la probabilidad real de que una enfermedad, accidente o muerte, ocurra dentro de un periodo de tiempo determinado. Representa una medida de la probabilidad de pasar el estado de salud al de enfermedad o muerte.(5,8)

En segundo lugar existe la probabilidad de que un daño a la salud pueda presentarse en aquellos sujetos con uno o mas factores de riesgo. Para los individuos involucrados este es el concepto mas importante. El **riesgo relativo** (RR) es una de las medidas mas útiles y simples para esos fines. Expresa la razón entre la incidencia del daño a la salud (enfermedad o muerte) en la población expuesta a un factor de riesgo y la incidencia en la población expuesta a tal factor. Es, por lo tanto, una medida de la fuerza de la asociación entre dicho factor de riesgo y el daño a la salud.(5)

En tercer termino, mientras que la importancia de un factor de riesgo depende en gran parte de la fuerza de su asociación con un daño a la salud, desde el punto de vista de los efectos de las intervenciones en salud también depende de la proporción en que el factor de riesgo causal se encuentra en la población general. Si determinado factor de riesgo entrañara una alta probabilidad de muerte fetal pero fuera muy raro en la población total, el impacto de su eliminación sobre la mortalidad fetal podría ser pequeño. Esta relación se expresa por medio del **riesgo atribuible** en la población, concepto que lleva implícitos los siguientes componentes: la frecuencia del daño a la salud con y sin el factor de riesgo presente (riesgo relativo), y la proporción con que ese factor de riesgo se encuentra en la población general. Indica, por lo tanto, lo que puede esperarse que suceda con el daño a la salud en la comunidad si se suprime el factor de riesgo causal. (5,8)

Muchas niñas y mujeres en Guatemala padecen un ciclo de falta de salud que comienza antes de nacer y persiste durante la edad adulta, transmitiéndose de generación en generación. (15)

Existen muchos factores que determinan la supervivencia de la madre y su hijo. Algunos de ellos son el nivel socio-económico, el estado de salud de la madre, la alimentación y nutrición, la lactancia materna, la calidad del agua potable, el acceso a los servicios de salud, el nivel educativo del padre y de la madre y el comportamiento reproductivo. El impacto de estos factores sobre la salud es complejo y muchos están relacionados entre sí.

Alrededor de medio millón de mujeres muere anualmente en el mundo a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, el 99 por ciento de estas defunciones sucede en los países del tercer mundo. (13,20)

Diariamente mueren 1,600 mujeres por complicaciones durante la gravidez y el parto, en todo el mundo. En los países en desarrollo la mortalidad materna es 18 veces mayor que en los países industrializados.(15) Además, 50 millones de mujeres sufren daños a la salud relacionados con el embarazo y el parto; en 18 millones de ellas esa morbilidad es debilitante y a largo plazo. Debido a que las mujeres de países en desarrollo tienen muchos embarazos y los cuidados obstétricos son inadecuados, el tiempo de exposición al riesgo de mortalidad materna es 40 veces mayor que en el mundo desarrollado. (10)

Los resultados de investigaciones internacionales han mostrado tres tipos de comportamiento reproductivo que afectan de forma significativa la supervivencia de la madre y el niño, los cuales son 1) La edad de la madre: las madres y sus hijos están en mayor riesgo cuando la madre es menor de 20 años y mayor de 35 años; 2) El número de nacimientos: los riesgos se incrementan enormemente para las mujeres y sus hijos cuando han tenido cuatro o mas nacimientos, 3) El intervalo entre los embarazos: un intervalo de menor de dos años pone en riesgo tanto a la mujer como a sus hijos. (15)

1. ACCESOS A SERVICIOS DE SALUD

a) Durante el embarazo: el porcentaje de mujeres que acude a recibir cuidado prenatal por lo menos una vez es del 73% en América Latina y el Caribe, sin embargo en el ámbito de cada país el porcentaje de uso de estos puede ser aún más bajos. La falta de control prenatal incrementa el riesgo de muerte en 6.5 veces que un embarazo que si tiene control prenatal.

b) Durante el parto: cada año, se llevan a cabo 60 millones de partos en los que las mujeres son atendidas por un miembro de la familia, un partero(a) tradicional sin adiestramiento o nadie. (10,16). En los países en desarrollo la mayoría de los partos aproximadamente un 50% ocurre sin la ayuda de una persona capacitada en atención de partos, como un médico o una partera.

c) Después del parto: la mayoría de las mujeres en los países en desarrollo no reciben atención post-parto. En los países y regiones muy pobres tan sólo 5% recibe dicha atención. (16).

d) Salud reproductiva y planificación familiar: en los países en desarrollo la educación sexual así como el acceso a la planificación familiar es deficientes y Guatemala no es la excepción. La salud reproductiva incluye como mínimo la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, la información sobre planificación familiar y servicios que permitan a las personas poder determinar el número de hijos y en que momento desean tenerlos.

En América Latina el porcentaje de usos de métodos de planificación es del 38% y el Guatemala es aun mas bajo. Hay muchas razones por las cuales las mujeres guatemaltecas no utilizan los servicios de planificación familiar entre ellos: las parejas han escuchado información falsa sobre los efectos que pueden tener ciertos métodos de planificación familiar, también muchas personas no saben el beneficio que la planificación familiar brinda para la salud tanto para la madre como para sus hijos.

Además de las barreras sociales, económicas y geográficas para el acceso a la planificación familiar en Guatemala, las personas que desean planificar su familia encuentran otras barreras en los servicios de salud, siendo estas las actitudes y prácticas de los proveedores de los servicios, que como resultado final limitan en acceso.

Entre los factores que impide que las mujeres de los países en desarrollo reciban la atención vital que su salud se necesita se encuentran:

- La distancia de los servicios de salud
- El costo (el precio de los servicios como transporte, medicamentos y suministros)
- Demanda excesiva del tiempo de la mujer
- Falta de poder de decisión de la mujer dentro de la familia
- Baja calidad de los servicios incluyendo un trato deficiente por parte de los proveedores de la salud
- Alta demanda de pacientes en lugares de atención los cuales se hacen insuficientes
- Creencias y costumbres de las mujeres en general , pero especialmente las indígenas y las de las áreas rurales
- Las barreras de comunicación, pues Guatemala es un país multilingüe.

2. EDAD DE LA MADRE

La edad materna es un factor importante tanto para la salud de la madre y la del recién nacido.

La Encuesta Nacional de Salud Infantil de 1995 determinó que el 13.3% de las mujeres encuestadas tuvieron su primera relación antes de los 15 años, el 62% antes de los 20 y que una de cada cuatro adolescentes de 19 años o menores ya son madres o están embarazadas, el 18% de las adolescentes tiene dos o mas hijos, el 32.9% procrea 4 o más hijos y el 12.5% más de siete. (15)

Se considera primiparidad precoz cuando el primer parto ocurre antes de los 17 años. Puede haber abortos o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido, en el parto puede sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano y tanto aquí como en el alumbramiento provocarse anomalías por deficiencias de la contracción uterina. Además las causas por las cuales el riesgo de muerte infantil es mayor entre madres muy jóvenes son múltiples. En general las mujeres adolescentes o muy jóvenes están menos preparadas biológica, emocional y económicamente para enfrentar la maternidad y el cuidado del recién nacido.

La primiparidad tardía se considera cuando el primer parto ocurre después de los 30 años. El útero ha recibido durante estos años influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener elasticidad y contractilidad, pues sufren degeneración fibrosa. La falta de extensibilidad del músculo uterino puede ser causa de la interrupción de la gestación. En el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciendo hemorragias. La articulación del cóccix se anquilosa. El cuello, la vagina, la vulva y el periné ofrecen excesiva resistencia porque han perdido su elasticidad, causando prolongación y detención del parto, desgarros o ruptura uterina, hemorragias del alumbramiento y mala involución uterina.

Asociado a esto esta el riesgo de anomalías congénitas pues la edad es uno de los tres factores de riesgo genético principales, pues aumentan la incidencia en mujeres de edad avanzada. Las mujeres de 40 años o mas producen el 2% del total de nacimientos y de ellos el 40% del total de casos de síndrome de Down. (26)

Las madres de edad más avanzada, en particular aquellas que tuvieron su primer embarazo muy jóvenes y que han tenido muchos hijos, tienen menos aptitud para soportar las tensiones del embarazo, el parto y la lactancia.

La edad que menos riesgo para la madre y el niño representa esta comprendida entre los 20 y los 34 años. (15)

El riesgo de muerte materna es 8.6 veces mayor en el grupo de 40 años o más comparado con el grupo de mujeres de 20 a 24 años de edad. (23)

3. EL NUMERO DE NACIMIENTOS

Otro de los factores que incrementan el riesgo de la mortalidad infantil es el número de hijos que una mujer ha tenido. De acuerdo con las estimaciones de la Encuesta de Salud de Materno Infantil.

Las mujeres que han tenido muchos hijos han sufrido un mayor desgaste físico y nutricional y con cada nuevo embarazo se exponen a nuevos riesgos de salud.

La distribución de madres por número de nacimientos indica que hay un gran porcentaje de mujeres en Guatemala que enfrentan un alto riesgo de salud. Casi la mitad de los nacimientos ocurre en mujeres que ya han tenido cuatro o mas hijos.(12)

4. DURACIÓN DEL INTERVALO INTERGENESICO

Los intervalos cortos tienen consecuencias lamentables para la madre, ya que la dejan menos preparada física y nutricionalmente para un próximo embarazo. Es común que las mujeres guatemaltecas tengan sus embarazos muy seguidos. El 32% de los nacimientos ocurre con intervalos de menos de dos años con respecto al nacimiento anterior y alrededor del 50% todavía ocurre en mujeres que ya han tenido cuatro o más hijos. (14)

Como consecuencia de la combinación de estos factores se pueden clasificar a los países en cinco categorías de riesgo: muy alto, alto, moderado, bajo y muy bajo. Guatemala se encuentra entre los países de muy alto riesgo, pues en seis de cada diez nacimientos hay riesgos tanto para la madre como para el recién nacido. (12)

La última encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, muestra que: (11)

- Al menos el 20 % de los nacimientos se producen en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años.
- Más del 40% de los nacimientos ocurren en mujeres que ya han tenido tres o más hijos.
- Una cuarta parte de los nacimientos ocurren con intervalos de menos de dos años en relación con el último parto.

D. CAUSAS DE MUERTE MATERNA

Cada año, más de 200 millones de mujeres quedan embarazadas. La mayor parte de esos embarazos terminan con el nacimiento de un niño vivo de una madre sana. Sin embargo, para algunas mujeres el parto no es el acontecimiento feliz que debería ser, sino de dolor, miedo, sufrimiento y aún de muerte.(3)

En nuestro medio el embarazo y el parto son las principales causas de incapacidad y muerte de mujeres de 15 a 49 años. (17)

Cincuenta millones de mujeres sufren daños a la salud relacionados con el embarazo el parto y el puerperio, en 18 millones de ellas sufren morbilidad a largo plazo. Estas complicaciones incluyen prolapso uterino, fístulas, incontinencia y dolor durante las relaciones sexuales. Además dichas complicaciones ocasionan la muerte de casi medio millón de mujeres.

Esencialmente, las causas que ocasionan las muertes son las mismas alrededor del mundo. Se estima que 127 mil mujeres es decir 25%, mueren por hemorragia, 76 mil (15%) por sepsis, 65 mil (12%) por desórdenes de hipertensión del embarazo, 38 mil (8%) por trabajo de parto obstruido y 67 mil (13%) por aborto. Alrededor de 20% de las mujeres mueren por causas indirectas; por enfermedades que se exacerban durante el embarazo, tales como: la malaria, la anemia por deficiencia de hierro, la hepatitis, la tuberculosis o las enfermedades cardíacas y 8% por otras causas directas que incluyen embarazo ectópico, embolismo y causas relacionadas con la anestesia.(17,22,27)

Al analizar el comportamiento de la mortalidad materna, según los grupos de edad se observa que empieza a aparecer a partir de los 10 años cuando apenas se inicia la adolescencia lo que evidencia además el aumento de la proporción de las gestaciones en la adolescencia. (27)

Estas son cifras mundiales, sin embargo no varían mucho con las causas principales de mortalidad materna en Guatemala que en orden de importancia son: hemorragias (40%), complicaciones por el aborto (21%), la sepsis (17%), las toxemias (14%) y otras causas (8 %). Sumando las dos causas principales

(hemorragias y complicaciones por el aborto), alrededor del 60 % de las muertes maternas podrían evitarse.(15)

Cabe mencionar que en nuestro país hay un sub-registro estadístico acerca de las muertes maternas y además el número real de abortos es desconocido pues se efectúan clandestinamente.

1. HEMORRAGIA

Es la pérdida sanguínea en cantidad mayor de 500 ml durante las primeras 24 horas después del parto y ocurre entre el 5 y el 10 % de los partos. Puede llegar a constituir uno de los procesos más serios – si no el más grave- de los que afectan a la madre en el estado grávido-puerperal. (26)

La cantidad de sangre que puede perder una embarazada antes, durante y después del parto sin alterar su metabolismo es variable, depende de su estado físico anterior, de la velocidad y cantidad de sangre perdida.

La hemorragia puede ser externa, que es lo más frecuente, o sea que la sangre fluye al exterior lo cual facilita el diagnóstico; pero a veces es interna, es decir, se colecciona en el interior del útero que se deja distender hasta adquirir un volumen mayor de lo normal, y puede salir sorpresivamente al exterior en forma líquida o de grandes coágulos. Por último asume el tipo mixto al combinarse ambas posibilidades, exteriorizándose en parte, mientras que el resto se acumula en el útero.

Cuando las pérdidas son excesivas la paciente puede presentar el cuadro de shock hemorrágico y presentar manifestaciones clínicas como palidez, sudoración, aumento de la frecuencia respiratoria y los dos signos principales: hipotensión y taquicardia los que pueden alcanzar grados extremos.

2. ABORTO (26)

Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada antes de la 20ª semana de gestación o amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gramos o antes de que el feto haya alcanzado un grado suficiente de madurez como para poder sobrevivir fuera del útero.

Se divide en dos:

- abortos espontáneos: los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación.

- abortos provocados: aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo. Según la época de la gestación, el aborto puede ser ovular, embrionario o fetal.

a) Causas del Aborto

i. Causas ovulares propiamente dichas: aunque los progenitores sean aparentemente normales, en más de la mitad de los casos el aborto se produce por un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o defectos cromosómicos adquiridos.

ii. Causas maternas orgánicas: entran en este grupo las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Se subdividen en enfermedades generales, como tuberculosis grave, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas y enfermedades locales, como las organopatías pélvicas; genitales o extragenitales, tales como: infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales con deficiente contención del huevo, alteraciones propias del útero, incontinencia cervical, etc.

iii. Causas funcionales: son aquellas enfermedades en las que sólo hay alteraciones de la función de los órganos o sistemas que pueden interferir en la evolución normal de la gestación. Lo constituyen los grandes trastornos metabólicos (diabetes mellitus) y fundamentalmente endocrinopatías (distiroidismos) o alteraciones funcionales del ovario, trofoblasto o de la placenta.

iv. Causas psicodinámicas: se incluyen a todas las pacientes estériles, clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en las que profundos traumas emocionales conscientes o subconscientes serían la causa que provoca el aborto.

v. Causas de origen tóxico: intoxicaciones con plomo, mercurio, arsénico, fósforo, etc. o carencial, es decir, deficiencias nutritivas totales o parciales (de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, etc.)

vi. Traumatismos físicos: de todo orden, directos, indirectos, los excesos sexuales, etc.

b) sintomatología y formas clínicas

i. Amenaza de Aborto: este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza porque, en una mujer en edad genital con signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa y útero con caracteres gestacionales y de tamaño acordes con los

correspondientes al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos tipo cólico que coincide con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma ni dilatación alguna del cuello uterino. El cuadro se acompaña de hemorragia genital leve.

ii. Aborto inminente: se caracteriza por dolor intenso y sostenido, hemorragia abundante con coágulos.

iii. Aborto inevitable: es un cuadro con los síntomas antes mencionados y comienza a producirse la dilatación del cuello uterino.

iv. Aborto diferido: es cuando el producto de la gestación muere dentro del útero y por diversas razones no es expulsado al exterior, también es nombrado como aborto retenido. El útero no se ha contraído ni dilatado totalmente para expulsar el huevo muerto.

v. Aborto en curso: a los cuadros anteriores se agrega la pérdida de líquido amniótico, no siempre visible, en forma de hidrorrea clara mezclada o alternando con emisión sanguínea genital, y la aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior. No es la forma directa puesto que suele quedar retenido en la vagina, o parte de él en la misma y el resto en el cuello dilatado o en la zona inferior de la cavidad uterina. Por lo que suele adoptar otras modalidades.

vi. Aborto incompleto: los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada, el útero se mantiene blando, grande y sin retraerse completamente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente.

vii. Aborto completo: el producto de la gestación es expulsado espontáneo y completamente de la cavidad uterina. Luego de la etapa dolorosa y hemorrágica todo entra en regresión: desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por entero o casi por entero la hemorragia, y el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, que vuelve a presentar su forma normal.

viii. Aborto infectado: cuando el aborto es incompleto y no es solucionado adecuadamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital. También puede arrastrarse gérmenes patológicos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a completar la evacuación del embrión o feto. Esto puede producir endocervicitis, endometritis y miometritis aguda, que a su vez pueden originar por vía hematógena cuadros sépticos generales.

ix. Aborto habitual: se define así cuando es caracterizado por tres o más abortos espontáneos sucesivos.

3. SEPSIS (26,30)

Este es originado por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del parto o aborto este aparece en los primeros 10 días post-parto generalmente por la atención del parto de manera no higiénica, produciéndose una infección importante en el tracto genital y en órganos pélvicos.

La etiología del mismo ocurre por la invasión del tracto vaginal por gran variedad de gérmenes patógenos y saprofitos que actúan en forma aislada o asociándose agravando aun mas la enfermedad.

La septicemia puerperal primaria se debe, en la mayoría de los casos a la rápida invasión del torrente sanguíneo por el estreptococo. Se inicia a las 24 horas del parto por un intenso escalofrío con temperatura que asciende a 40° Centígrados de tipo continuo. El pulso se acelera hasta una frecuencia de 140 – 160 por minuto. El estado general desmejora rápidamente. La facies se altera con la misma rapidez, mostrando un rostro pálido y la lengua está seca. Las extremidades se ponen cianóticas. En contraste el examen local no proporciona signos ni síntomas de valor; sin embargo ya establecida esta entidad, el éxito terapéutico es raro, pues aún con tratamientos enérgicos y bien instituidos, la muerte suele ocurrir entre el quinto y octavo día.

La septicemia puerperal secundaria sobreviene a menudo, en la evolución grave de la endometritis, también puede ser relacionada con tromboflebitis supurada, loquios fétidos y achocolatados y sub-involución uterina.

Los factores que predisponen que favorecen la invasión de gérmenes son: la ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, hemorragias profusas, intervenciones realizadas para solucionarlos, descuido en la higiene para la atención del parto y puerperio y las lesiones provocadas en el canal del parto.

4. PARTO PROLONGADO U OBSTRUIDO (9,30)

Es el que ocurre cuando el feto no puede nacer, el cual puede deberse a diferentes circunstancias como lo son las distocias. Pueden producirse distocias de origen uterino donde puede producirse disturbios de la contractilidad uterina o de la fuerza impulsora del útero para producir el pasaje del feto por el canal del parto.

También hay distocias que ocurren en el canal pélvico-genital entre ellas están las de origen óseo, partes blandas y las producidas por el feto las que pueden producir un parto prolongado.

Esta patología cuando se presenta es sumamente peligrosa tanto para el feto pudiendo causar su muerte, como para la madre ya que puede sufrir complicaciones.

5. TOXEMIA O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Se define como toxemia a un síndrome de aparición exclusiva durante la gestación humana, generalmente después de la semana 20, que se caracteriza por hipertensión, edema y proteinuria.

Actualmente se ha aceptado como correcto utilizar el termino trastornos hipertensivos del embarazo pues no se ha logrado identificar ninguna toxina responsable para nombrarlo como toxemia.

La preeclampsia se define como un trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión aguda durante el embarazo.

Los signos de la **preeclampsia** son hipertensión arterial, con presión sistólica entre 140 y 160 y diastólica entre 90 y 110 o aumento de 30 mmHg en la sistólica y/o 15 en la diastólica de la presión arterial habitual; edema de la cara y manos, proteinuria de 0.5 a 5 gramos en orina de 24 horas. Cuando a esta se le suman cuadros convulsivos o coma se le denomina **eclampsia**.

Los factores que mas frecuentemente se asocian con la toxemia con: nuliparidad, antecedentes familiares, diabetes, embarazo múltiple, embarazo en edades extremas, enfermedad hipertensiva o renal previa, mola hidatidiforme, polihidramnios. Los factores que elevan el riesgo perinatal en general, como el bajo nivel socioeconómico y cultural, ruralidad, la falta de control prenatal, los cuales son frecuentes en nuestro medio.

6. OTRAS CAUSAS (26)

a) Embarazo ectópico: es la anidación y desarrollo del huevo fuera del cuerpo uterino, pudiéndose implantar en las trompas de Falopio, ovarios, abdominal, en los ligamentos y en el cérvix. La evolución conduce hacia el aborto tubárico o la ruptura de la trompa grávida. En el primer caso el huevo se reabsorbe o se reimplanta, constituyendo un embarazo abdominal secundario. En el segundo caso se produce la hemorragia interna, la cual si es severa y no se trata rápidamente puede causar peritonitis y consecuentemente la muerte.

b) Embolismo: es cuando debido a la excesiva presión intrauterina se produce un pasaje brusco de líquido amniótico a la circulación general materna. Se manifiesta por disnea, cianosis, colapso vascular periférico, y convulsiones o coma que causa la muerte en un número elevado de casos.

c) Mola hidatidiforme: es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales que abarca la placenta y el resto de el complejo ovular. Es mas frecuente en multíparas y mujeres de edad avanzada. La media a nivel mundial es de 1 cada 2,000 partos aunque Asia y América central son los lugares con mas alto número de embarazos molares. El pronóstico es fatal para el embrión y grave para la madre. Las causas de este pronóstico son las hemorragias, la toxemia, la perforación, y la posible evolución a coriocarcinoma.

VI. HIPÓTESIS

A. Hipótesis nula:

La proporción de casos expuestos a un factor, es igual a la proporción de controles expuestos al mismo factor.

Expresión:

$$\frac{a}{a + c} = \frac{b}{b + d}$$

B. Hipótesis alterna:

La proporción de casos expuestos a un factor no es igual que la proporción de controles expuestos al mismo factor.

Expresión:

$$\frac{a}{a + c} \neq \frac{b}{b + d}$$

VII. MATERIALES Y MÉTODOS

- A. TIPO DE DISEÑO: Casos y controles
- B. AREA DE ESTUDIO: Municipios Escuintla, Palín y San Vicente Pacaya del departamento de Escuintla.
- C. UNIVERSO: Mujeres en edad fértil
- D. 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 posparto) y muertes no relacionadas con la gestación (incidentales o accidentales).
- E. TAMAÑO DE MUESTRA: No se definió tamaño de muestra ya que se trabajó con el total de muertes en mujeres de 10 a 49 años.
- F. DEFINICIÓN DE CASO
- Muerte de una mujer comprendida entre las edades de 10 a 49 años, asociada a embarazo, parto y puerperio a los 42 días siguientes al parto, por causas relacionadas o agravadas por la gestación, pero no por causas accidentales o incidentales.
- G. DEFINICIÓN DE CONTROL:
- Toda mujer que cumplió con los criterios de la definición de caso y que culminó su gestación sin sufrir mortalidad, que residía en la localidad donde ocurrió la muerte materna.
- H. FUENTES DE INFORMACIÓN:
- Se tomó de archivos de registros de defunción de municipalidades, registros médicos del hospital nacional de Escuintla, centros de salud de los municipios de Palín, San Vicente Pacaya y Escuintla.

I. 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 a 49 años).

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

Se diseñó un instrumento (boleta No. 3), que contempló la información sobre las condiciones de riesgo de las muertes maternas (casos) y de sus controles respectivos, la relación fue de un control por cada caso.

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

Lo que se refiere a controles, la entrevista se hizo a dicho grupo de interés.

J PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Dicha información se ingresó a la base de datos construida en programa de EPIINFO para realizar los diferentes análisis univariados, bivariados, para las variables que demuestren asociación significativa. Se calculó la fracción etiológica poblacional.

K. VARIABLES CONSIDERADAS EN EL ESTUDIO

1. Variable Dependiente: La muerte materna que cumplió con los criterios de la definición de caso.

2. Variables Independientes:

- a. Edad
- b. Ocupación
- c. Estado civil
- d. Escolaridad
- e. Grupo étnico
- f. No. de integrantes de familia
- g. Ingreso económico familiar
- h. Tipo de parto
- i. Nulípara
- j. Paridad

- k. Hijos muertos
- l. Más de 2 abortos
- m. Espacio intergenésico
- n. Embarazo deseado
- o. Número de controles prenatales
- p. Complicaciones prenatales
- q. Persona que atendió el control prenatal
- r. Persona que atendió el parto
- s. Lugar de atención del parto
- t. Persona que atendió el puerperio
- u. Antecedentes de padecimientos crónicos
- v. Accesibilidad geográfica

L. SESGOS CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO

- 1. Sesgo de memoria
- 2. Sesgo de información
- 3. Sesgo de observación
- 4. Sesgo de clasificación

M. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

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

N. RECURSOS

- 1. Materiales físicos
 - a. Instalaciones de las municipalidades, centros de salud y Hospital nacional de Escuintla.
 - b. Certificados de defunción y archivos de historias clínicas.
 - c. Boletas de recolección de datos, boleta No. 1, 2 y 3 y autopsia verbal
- 2. Humanos
 - a. Autor
 - b. Coautores
 - c. Controles que participaron
 - d. Familiares de mujeres fallecidas.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIO- NAL	ESCA LA DE MEDI CION	UNI- DAD DE MEDI- DA	INSTRU MENTO DE MEDI- CION
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.	Nomi- nal	Si - No	Entrevista estructura da boleta No. 3
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	Numé- rica	Años	Entrevista estructura da, boleta No. 3
Ocupación	Género de trabajo habitual de una persona.	Actividad desempeñada por la paciente fallecida y / o su control.	Nomi- nal	Ama de casa,com erciante, obrero, artesano, profesio- nal, estu-	Entrevista estructura da, boleta No. 3

				diante	
Estado civil	Estado marital en el momento de la defunción. Para los controles estado marital que tienen 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 unida divorciada viuda	Entrevista estructurada, boleta No. 3
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado de estudio académico que alcanzó la paciente fallecida y que tiene actualmente el control.	Nominal	Ninguna primaria secundaria diversificado universitaria.	Entrevista estructurada, boleta No. 3
Grupo étnico	Etnia a la cual pertenece una persona.	Género social del caso y / o control	Nominal	Maya, ladina, garifuna	Entrevista estructurada, boleta No. 3.
No. De integrantes de familia	Número de personas que integran un hogar.	Número de personas que integran el hogar de la paciente fallecida y su control.	Numerica	Número de personas.	Entrevista estructurada, boleta No. 3.
Ingreso económico familiar	Salario de una persona	No pobre:>Q389 por persona por mes, Pobreza: Q389 por persona por mes extrema pobre-	Nominal	No pobre pobre, extrema pobreza	Entrevista estructurada, boleta No. 3

		za:<Q195 por persona por mes			
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
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 mas de 28 semanas 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
Mas 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 intergené – sico	Período de tiempo entre un embarazo y otro	Tiempo entre el último parto y el parto anterior de la paciente fallecida y el	Numérica	Meses	Entrevista estructurada, boleta No. 3

		control.			
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 al feto durante la gestación.	Númerica	Controles asistidos	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, oligohidramnios otros.	Entrevista estructurada, boleta No. 3
Persona que atendió el control prenatal	Persona que atendió a la embarazada como el crecimiento y desarrollo del feto.	Persona que dio atención en el período de la gestación a la paciente fallecida y su control.	Nominal	Médico enfermera comadrona, otra, Ninguna	Entrevista estructurada, boleta No. 3
Persona que atendió el parto	Médico, partera o persona que recibe al niño al momento de nacer	Persona que ayudó a la mujer en el parto	Nominal	Médico enfermera comadrona,	Entrevista estructurada, boleta No. 3

				otra, ninguna	
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	Hospital, centro de salud, casa, otros	Entrevista estructurada, boleta No. 3
Persona que atendió el puerperio	Médico, partera o persona que atiende a la mujer posparto y durante 6 semanas después.	Persona que atendió a la mujer posparto hasta los 42 días.	Nominal	Médico, enfermera comadrona otra.	Entrevista estructurada, boleta No. 3
Antecedentes de padecimientos crónicos.	Se aplica a la enfermedad o proceso que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo.	Historial de enfermedades de larga duración.	Nominal	Hipertensión, 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 caso o control hasta el lugar más cercano de atención médica.	Númerica	Kilómetros	Entrevista estructurada, boleta No. 3

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN POR MUNICIPIO DE LA MORTALIDAD MATERNA Y EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
DEL 1 DE MAYO DEL 2,001 AL 30 DE ABRIL DEL 2,002

Municipio	Mortalidad materna		Mortalidad en mujeres en edad fértil		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Escuintla	4	7	35	66	39	73
Palín	1	2	10	18	11	20
San Vicente Pacaya	0	0	3	6	3	6
<i>Total</i>	5	9	48	90	53	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 2
TASAS DE MORTALIDAD MATERNA Y DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN
LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL), PALÍN

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA POR 100,000 NACIDOS VIVOS		
ESCUINTLA	PALÍN	SAN VICENTE PACAYA
105	170	0

Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

TASAS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL POR 100,000 HABITANTES		
30	39	26

Fuente: boleta numero 1 e indicadores básicos de salud de Escuintla

CUADRO 3
CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL EN LOS EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA
DEPARTAMENTAL), PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL
DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA, DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO
DEL 2,001 AL 30 DE ABRIL DEL 2,002.

		Mujeres en edad fértil	
		Frecuencia	%
EDAD N = 48 (100%)	De 20 A 35	21	44
ESCOLARIDAD N = 48 (100%)	Ninguna	18	41
	Primaria	18	41
ESTADO CIVIL N = 48 (100%)	Soltera	27	56
OCUPACIÓN N = 48 (100%)	Ama de casa	37	77
GRUPO ÉTNICO N = 48 (100%)	Ladino	35	73
INGRESO ECONÓMICO N = 48 (100%)	Pobreza	27	56
LUGAR DE DEFUNCIÓN N = 48	Casa	22	46
	Hospital	22	46
NÚMERO DE INTEGRANTES FAMILIARES N = 48	Más de 5	36	75

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO 4
CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA,
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO DEL 2,001 AL 30 DE ABRIL DEL
2,002.

		Mujeres en edad fértil	
		Frecuencia	%
EDAD N = 5 (100%)	De 20 A 35	3	60
ESCOLARIDAD N = 5 (100%)	Ninguna	5	100
ESTADO CIVIL N = 5 (100%)	Casada	3	60
OCUPACIÓN N = 5 (100%)	Ama de casa	5	100
GRUPO ÉTNICO N = 5 (100%)	Maya	5	100
INGRESO ECONÓMICO N = 5 (100%)	Pobreza	3	60
LUGAR DE DEFUNCIÓN N = 5	Hospital	4	80
NÚMERO DE INTEGRANTES FAMILIARES N = 5	Menos de 5	3	60
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD N = 5 (100%)	Más de 15 Km.	4	80

Fuente: boleta de recolección de datos

CUADRO 5
CLASIFICACIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE
ACUERDO A CAUSA DIRECTA, ASOCIADA Y BASICA DE LA MUERTE
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

DEL 1 DE MAYO DEL 2,001 AL 30 DE ABRIL DEL 2,002

	CAUSA DIRECTA	CAUSA ASOCIADA	CAUSA BÁSICA
1	Sepsis 11	N = 11 (100%)	N = 11 (100%)
		Neumonía 6	VIH/SIDA 6
		Meningo Encefalitis 2	Neumonía 1
		DPC 1	TB 1
		Tuberculosis 1	Absceso periamigdalino 1
		Anemia 1	Absceso periodontal 1
2	Shock hipovolémico 7	N = 7 (100%)	N = 7 (100%)
		Hemorragia interna 2	HPAB 3
		Hemotórax 2	Politraumatismo 1
		HGIS 1	Ca. Gástrico 1
		Hemorragia vaginal 1	Ca. Cérvix 1
3	Fallo ventilatorio 6	N = 7 (100%)	N = 7 (100%)
		Sepsis 3	Neumonía 3
		Ca. Pulmonar 1	Ca. Cérvix 1
		Acidosis metabólica 1	Fibrosis pulmonar 1
		SDA crónico 1	VIH / SIDA 1
4	Hemorragia intracraneana 4	N = 3 (100%)	N = 3 (100%)
		Trauma craneoencefálico 3	Politraumatismo 3
		Síndrome convulsivo 1	Neurocisticercosis 1
5	Coma hiperosmolar 2	N = 2 (100%)	N = 2 (100%)
		DM descompensada 2	Diabetes mellitus 2

Fuente: Autopsia Verbal.

CUADRO 6
CLASIFICACIÓN DE MORTALIDAD MATERNA DE ACUERDO A CAUSA
DIRECTA, ASOCIADA Y BASICA DE LA MUERTE
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
DEL 1 DE MAYO DEL 2,001 AL 30 DE ABRIL DEL 2,002

	CAUSA DIRECTA	CAUSA ASOCIADA	CAUSA BÁSICA
1	Shock hipovolémico 5 (100%)	N = 5 (100%)	N = 5 (100%)
		Hemorragia uterina 1 (20%)	Atonía uterina 1 (20%)
		Ruptura uterina 1 (20%)	Embarazo 4 (80%)
		Atonía uterina 2 (60%)	
		Desprendimiento placenta 1 (20%)	

Fuente: Autopsia Verbal.

CUADRO 7

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS EN MUERTES MATERNAS Y

MUERTES EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN LOS EN LOS MUNICIPIOS DE

ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL), PALÍN Y SAN VICENTE

PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

DEL 1 DE MAYO DEL 2,001 AL 30 DE ABRIL DEL 2,002

	Numero de gestas		Número de partos			Número de cesáreas		Número de abortos		Número de hijos vivos			Número de hijos muertos	
	<5	>5	<2	2 - 5	>5	<2	>2	<2	>2	<2	2 - 5	>5	<2	>2
Muertes en mujeres en edad fértil	35	13	21	22	5	48	0	46	2	20	24	4	47	1
Muertes maternas	3	2	2	2	1	5	0	5	0	2	2	1	4	1
Totales	38	15	23	24	6	53	0	51	2	22	26	5	51	2

Fuente: boleta de recolección de datos

CUADRO 8
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LA MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL, MUERTES MATERNAS Y SUS CONTROLES, EN LOS EN LOS
MUNICIPIOS DE CONCEPCIÓN, SAN ANDRÉS SEMETABAJ, Y SOLOLÁ
(cabecera departamental) DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ, DURANTE EL
PERIODO DEL 1 DE MAYO DEL 2,001 AL 31 DE ABRIL DEL 2,002

	Menor de 14 años		De 14 a 21 años		De 22 a 28 años		De 29 a 35 años		De 36 a 42 años		De 43 a 49 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Casos	0	0	2	6	2	6	2	6	1	3	0	0	7	21
Controles	0	0	2	6	4	12	0	0	1	3	0	0	7	21
Mujeres en edad fértil	3	9	2	6	3	9	0	0	5	15	6	18	19	57
Totales	3	9	6	18	9	27	2	6	7	21	6	18	33	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

TABLA 1
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A EDAD
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Edad materna < 20 años	1	2	3
Edad materna > 20 años	6	5	11
	7	7	14

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: *con fines de análisis se agregado una unidad a cada celda.*

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	14%
Prevalencia de exposición en controles	28%
Ventaja de exposición en los casos	0.17
Ventaja de exposición en los controles	0.40

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	0.42
Intervalo de confianza:	0.01 - 9

TABLA 2
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A OCUPACION
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
No ama de casa	6	4	10
Ama de casa	1	3	4
	7	7	14

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	86%
Prevalencia de exposición en controles	57%
Ventaja de exposición en los casos	6
Ventaja de exposición en los controles	1.33

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	4.5
Intervalo de confianza:	0.23 – 167

Medidas de significancia estadística:

X ² :	1.40
P:	0.23

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	28%
Riesgo atribuible poblacional:	25%

TABLA 3
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A ESTADO CIVIL
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Soltera, unida, viuda, divorciada	1	3	4
Casada	6	4	10
	7	7	14

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: *con fines de análisis se agregado una unidad a cada celda.*

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	14%	
Prevalencia de exposición en controles	43%	
Ventaja de exposición en los casos	0.17	
Ventaja de exposición en los controles		0.75

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	0.22
Intervalo de confianza:	0.01 - 4

TABLA 4
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A ESCOLARIDAD
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA
DEPARTAMENTAL), PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL
DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Analfabeta	6	3	9
Alfabeto	1	4	5
	7	7	14

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: con fines de análisis se agregado una unidad a cada celda.

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	86%
Prevalencia de exposición en controles	43%
Ventaja de exposición en los casos	6
Ventaja de exposición en los controles	0.75

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	8
Intervalo de confianza:	0.41 – 309

Medidas de significancia estadística

X^2 :	2.80
P:	0.09

Medidas de impacto potencial

Riesgo atribuible en expuestos:	87%
Riesgo atribuible poblacional:	75%

TABLA 5
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A GRUPO ÉTNICO
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
No ladino	6	6	12
Ladino	1	1	2
	7	7	14

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: con fines de análisis se ha agregado una unidad a cada celda

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	85%	
Prevalencia de exposición en controles	85%	
Ventaja de exposición en los casos	6	
Ventaja de exposición en los controles		6

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	1
Intervalo de confianza:	0.0 - 49

TABLA 6
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A NUMERO DE
INTEGRANTES FAMILIARES, EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA
(CABECERA DEPARTAMENTAL), PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA,
DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
>5	2	3	5
< 5	3	2	5
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	40%	
Prevalencia de exposición en controles	60%	
Ventaja de exposición en los casos	0.67	
Ventaja de exposición en los controles		1.5

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	0.44
Intervalo de confianza:	0.01 - 10

TABLA 7
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A INGRESO ECONOMICO
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Pobreza, pobreza extrema	6	5	11
No pobre	1	2	3
	7	7	14

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: con fines de análisis se ha agregado una unidad a cada celda

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	86%
Prevalencia de exposición en controles	71%
Ventaja de exposición en los casos	6
Ventaja de exposición en los controles	2.5

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	2.4
Intervalo de confianza:	0.11 - 94

Medidas de significancia estadística:

X ² :	0.42
P:	0.51

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	58%
Riesgo atribuible poblacional:	50%

TABLA 8
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A TIPO DE PARTO
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Partos vía cesáreas	1	1	2
Partos Vaginales	4	4	8
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	20%
Prevalencia de exposición en controles	20%
Ventaja de exposición en los casos	.25
Ventaja de exposición en los controles	.25

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	1
Intervalo de confianza:	Invalido

TABLA 9
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A NULIPARIDAD
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Nulípara	2	1	3
No Nulípara	5	6	11
	7	7	14

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: con fines de análisis se ha agregado una unidad a cada celda.

Medidas de frecuencia

Prevalencia de exposición en casos	28.57%
Prevalencia de exposición en controles	14.28%
Ventaja de exposición en los casos	0.4
Ventaja de exposición en los controles	0.17

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	2.4
Intervalo de confianza:	0.11 - 94

Medidas de significancia estadística:

X ² :	0.42
P:	0.51

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	58%
Riesgo atribuible poblacional:	17%

TABLA10
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A PARIDAD
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Más de 5 gestas	2	2	4
Menos de 5 gestas	3	3	6
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	40%
Prevalencia de exposición en controles	40%
Ventaja de exposición en los casos	0.67
Ventaja de exposición en los controles	0.67

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	1
Intervalo de confianza:	0.0 - 25

TABLA 11
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A ABORTO
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Si tuvo aborto	2	1	3
No tuvo aborto	5	6	11
	7	7	14

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: con fines del análisis, se ha agregado una unidad a cada celda.

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	28%
Prevalencia de exposición en controles	14%
Ventaja de exposición en los casos	0.4
Ventaja de exposición en los controles	0.17

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	2.4
Intervalo de confianza:	0.11 - 94

Medidas de significancia estadística:

X ² :	0.42
P:	0.51

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	58%
Riesgo atribuible poblacional:	17%

TABLA 12
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A ESPACIO INTERGENÉSICO
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Menor de 24 meses	3	2	5
Mayor de 24 meses	2	3	5
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	60%	
Prevalencia de exposición en controles	40%	
Ventaja de exposición en los casos	1.5	
Ventaja de exposición en los controles		0.67

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	2.25
Intervalo de confianza:	0.10 - 68

Medidas de significancia estadística:

X ² :		0.4
P:	0.52	

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	55%
Riesgo atribuible poblacional:	33%

TABLA 13
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A EMBARAZO NO DESEADO
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA
DEPARTAMENTAL), PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL
DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Embarazo no deseado	2	1	3
Embarazo deseado	3	4	7
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	40%
Prevalencia de exposición en controles	20%
Ventaja de exposición en los casos	0.67
Ventaja de exposición en los controles	0.20

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	2.67
Intervalo de confianza:	0.09 - 130

Medidas de significancia estadística:

X ² :	0.48
P:	0.49

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	62%
Riesgo atribuible poblacional:	25%

TABLA 14
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A NÚMERO DE CONTROLES
PRENATALES EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA
DEPARTAMENTAL), PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL
DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Menos de 2	3	1	4
Más de 2	2	4	6
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	60%
Prevalencia de exposición en controles	20%
Ventaja de exposición en los casos	1.5
Ventaja de exposición en los controles	0.25

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	6
Intervalo de confianza:	0.21 - 333

Medidas de significancia estadística:

X ² :	1.67
P:	0.19

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	40%
Riesgo atribuible poblacional:	54%

TABLA 15
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A COMPLICACIONES
PRENATALES
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Mayor de 2 controles prenatales	2	1	3
Menor de 2 controles prenatales	3	4	7
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	40%	
Prevalencia de exposición en controles	20%	
Ventaja de exposición en los casos	0.67	
Ventaja de exposición en los controles		0.25

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	2.67
Intervalo de confianza:	0.10 - 130

Medidas de significancia estadística:

X ² :	0.48
P:	0.49

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	62%
Riesgo atribuible poblacional:	25%

TABLA 16
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A PERSONAL QUE ATENDIO
EL CONTROL PRENATAL EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA
(CABECERA DEPARTAMENTAL), PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA,
DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30
DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Atención del control prenatal por personal empírico	4	3	7
Atención del control prenatal por personal médico (médico, enfermera)	1	2	3
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	80%
Prevalencia de exposición en controles	60%
Ventaja de exposición en los casos	4
Ventaja de exposición en los controles	1.2

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	2.67
Intervalo de confianza:	0.10 – 130

Medidas de significancia estadística:

X ² :	0.48
P:	0.49

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	62%
Riesgo atribuible poblacional:	50%

TABLA 17
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A PERSONAL QUE ATENDIO
EL PARTO
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Atención del parto por personal empírico	2	1	3
Atención del parto por personal médico (médico, enfermera)	3	4	7
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	40%	
Prevalencia de exposición en controles	20%	
Ventaja de exposición en los casos	0.67	
Ventaja de exposición en los controles		0.25

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	2.67
Intervalo de confianza:	0.10 - 130

Medidas de significancia estadística:

X ² :	0.48
P:	0.49

Medidas de impacto potencial

Riesgo atribuible en expuestos:	62%
Riesgo atribuible poblacional:	25%

TABLA 18
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A LUGAR DONDE SE
ATENDIO EL PARTO, EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA
(CABECERA DEPARTAMENTAL), PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA,
DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Atención del parto extrainstitucional	2	1	3
Atención del parto institucional	3	4	7
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	40%	
Prevalencia de exposición en controles	20%	
Ventaja de exposición en los casos	0.67	
Ventaja de exposición en los controles		0.25

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	2.67
Intervalo de confianza:	0.09 - 130

Medidas de significancia estadística:

X ² :	0.48
P:	0.49

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	62%
Riesgo atribuible poblacional:	25%

TABLA 19
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA AL PERSONAL QUE
ATENDIO EL PUERPERIO EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA
(CABECERA DEPARTAMENTAL), PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA,
DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Atención del puerperio por personal empírico	1	2	3
Atención del puerperio por personal médico	4	3	7
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	20%
Prevalencia de exposición en controles	40%
Ventaja de exposición en los casos	0.25
Ventaja de exposición en los controles	0.67

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	0.38
Intervalo de confianza:	0.01 – 11

TABLA 20
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A ANTECEDENTES DE
PADECIMIENTOS CRÓNICOS EN LOS EN LOS MUNICIPIOS DE
ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL), PALÍN Y SAN
VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA, MAYO 1
DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
Antecedentes de padecimientos crónicos	1	1	2
Sin antecedentes de padecimientos crónicos	6	6	12
	7	7	14

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: con fines de análisis se ha agregado una unidad a cada celda

Medidas de frecuencia

Prevalencia de exposición en casos	14%	
Prevalencia de exposición en controles	14%	
Ventaja de exposición en los casos	0.16	
Ventaja de exposición en los controles		0.16

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	1
Intervalo de confianza:	0.00 - 49

TABLA 21
MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A ACCESIBILIDAD
EN LOS MUNICIPIOS DE ESCUINTLA (CABECERA DEPARTAMENTAL),
PALÍN Y SAN VICENTE PACAYA, DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
MAYO 1 DE 2,001 A ABRIL 30 DEL 2,002.

	Casos	Controles	
> 15 km.	4	2	6
< 15 Km.	1	3	4
	5	5	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

Nota: con fines de análisis se agrego una unidad a cada celda

Medidas de frecuencia:

Prevalencia de exposición en casos	80%
Prevalencia de exposición en controles	40%
Ventaja de exposición en los casos	4
Ventaja de exposición en los controles	0.67

Medidas de asociación:

Riesgo relativo estimado:	6
Intervalo de confianza:	0.21 - 333

Medidas de significancia estadística:

X ² :	1.67
P:	0.19

Medidas de impacto potencial:

Riesgo atribuible en expuestos:	83%
Riesgo atribuible poblacional:	67%

IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio abarcó un período de un año comprendido del 1 mayo del año 2, 001 al 30 de abril del año 2,002. Se realizó en los municipios de Escuintla, Palín y San Vicente Pacaya. departamento de Escuintla. Se encontró 53 muertes en mujeres en edad fértil, de las cuales 48 corresponden a muertes no relacionadas con el embarazo y 5 muertes maternas. (cuadro 1)

Según estudios realizados en Guatemala se ha estimado que la segunda causa de muerte de mujeres en edad fértil, es debida a causas maternas (15). En estos municipios ocupó el cuarto lugar. con un 9% del total de las muertes (cuadro 1,5).

La tasa de mortalidad en mujeres en edad fértil fue de 30 para Escuintla, 39 para Palín y de 26 para San Vicente Pacaya las tres por 100,000 habitantes. (cuadro 2)

En los lugares donde se realizó el estudio la causa principal de fallecimiento por causas no maternas fue sepsis secundario a neumonía principalmente causada por VIH/SIDA. La segunda causa fue el shock hipovolémico asociado principalmente a hemorragia interna por herida por arma blanca (cuadro 5).

La caracterización epidemiológica de las muertes de mujeres en edad fértil muestra que la mayoría de fallecidas fueron en los rangos de 20 a 35 años (44%), analfabetas o solo con el nivel primario de educación (41% en ambas), solteras (56%), amas de casa (77%), de grupo étnico ladino (73%), con un ingreso económico clasificado como pobreza, ingreso económico entre Q.196.00 a Q.389.00 por persona por mes (56%), fallecieron en su casa u hospital (46%para cada uno) y sus familias se componían por más de cinco integrantes (75%). (cuadro 3)

Los antecedentes gineco-obstétricos fueron similares en ambos grupos, solamente en lo que corresponde a número de partos pues en ambos fue de 2 a 5; número de abortos fue menor de dos, y de hijos vivos fue entre 2 y 5 (cuadro 7).

En lo que respecta a mortalidad materna, la tasa en el municipio de Escuintla fue de 105, en Palín 170 en ambas por 100,000 nacidos vivos las

cuales se consideran como muy altas, a pesar de estar por debajo de las tasas descritas a nivel nacional la cual es de 190 por 100,000 nacidos vivos (15,21). A diferencia de ellos en San Vicente Pacaya dicha tasa fue de cero pues no se encontraron muertes maternas (cuadro 2).

En relación a factores que han sido asociados a la mortalidad materna se identificó que la escolaridad de la madre es un factor, según este estudio, fuertemente ligado a la mortalidad con un riesgo relativo estimado pues aumenta en ocho veces las probabilidades de fallecer si se es analfabeta. (tabla 4)

En América Latina el porcentaje de mujeres que acude a recibir control prenatal por lo menos una vez es del 73% lo cual aumenta el riesgo de muerte en 6.5 veces (16), encontrando en este estudio, que el 60% no asistió a dicho control y que se aumenta en 6 veces el riesgo de muerte que en un embarazo que si tuvo control prenatal (tabla 14)

Existen barrera geográficas que limitan el acceso de las mujeres a un centro asistencial como lo revela este estudio en el cual el 80% de las muertes vivía a una distancia mayor de 15 kilómetros (tabla 21).

A pesar de que casi no se ha descrito el no desear un embarazo y su relación como factor de riesgo se estima que juega un papel importante pues el riesgo relativo estimado es de 2.67 lo que expresa asociación entre dicho factor y mortalidad. (tabla 13)

En los países en desarrollo se estima que el 50% de los partos son atendidos por comadronas o personal empírico(15,16) sin embargo se encontró que el 40% de los casos fueron atendidos fuera de una institución de salud. (tabla 18),

El espacio intergenésico tiene mucha importancia pues cuando es menor de 24 meses incrementa el riesgo en 2.9 veces la mortalidad (tabla 12); esto es comparable con los estudios a nivel nacional los cuales revelan que el 32% de los nacimientos ocurre con intervalos de menos de dos años con respecto al embarazo anterior(14) en cuanto al municipio de Escuintla y Palín 60% de las pacientes tuvo su próximo embarazo en un lapso menor a 24 meses.

Los siguientes factores tomados en cuenta según el riesgo relativo, para cada uno de ellos fue así: lugar de atención del parto (2.6) nuliparidad (2.4), ingreso económico (2.4), personal que atendió el control prenatal (2.6), aborto (2.4) . (cuadros 18, 9,7,16).

Los restantes factores de riesgo tomados en cuenta en este estudio no presentaron un papel significativo en este estudio.

A nivel mundial el 13% de los fallecimientos por causas asociadas al embarazo es por aborto (2,3,19) y en nuestro estudio el aborto aumenta 6 veces la probabilidad de muerte. (tabla 3)

X. CONCLUSIONES

1. La tasa de mortalidad materna en el municipio de Escuintla es de 105 por 100,000 nacidos vivos, en Palín de 170 por 100,000 nacidos y en San Vicente Pacaya es de cero.
2. La tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil es de 30 por 100,000 habitantes en Escuintla (cabecera municipal) , 39 por 100,000 habitantes en Palín y de 26 por 100,000 habitantes en San Vicente Pacaya.
3. En Escuintla y Palín las muertes por causas maternas ocuparon el cuarto lugar de las muertes en mujeres en edad fértil, con un 9% del total de muertes.
4. La principal causa directa de mortalidad materna fue el shock hipovolémico asociado a hemorragia, ruptura y atonía uterina así como desprendimiento de placenta.
5. Las principales causas de muertes en mujeres en edad fértil fueron: sepsis asociada a neumonía y secundario a VIH/SIDA y shock hipovolémico por hemorragia interna y secundario a herida por arma blanca.
6. La tasa de mortalidad materna en Escuintla y Palín es inferior a la tasa promedio de América Latina y Guatemala pero clasificada como muy alta.
7. El 60% de las muertes maternas ocurrieron en el hospital pero el 90% de las pacientes fueron previamente manipuladas por comadronas y personal empírico y referidas al hospital cuando ya se encontraban en estado de gravedad.
8. Los principales factores de riesgo asociados a mortalidad materna fueron: la escolaridad, el no tener control prenatal, la accesibilidad arriba de 15 kilómetros, y la ocupación diferente a ama de casa.

XI. RECOMENDACIONES

1. Que esta investigación sirva de base para futuros proyectos y de ese modo poder establecer los aspectos objetivos de la mortalidad materna en los municipios de San Vicente Pacaya, Escuintla y Palín del departamento de Escuintla.
2. Promover el control prenatal para identificar y mejorar el manejo de embarazos de alto riesgo y así disminuir la tasa de mortalidad materna en nuestro país.
3. Sugerir el uso de la boleta del Centro Latinoamericano de atención perinatal (CLAP) y aprobada por la Organización Mundial de la Salud, en hospitales y centros de salud; tanto para el control prenatal como para el registro del parto y el puerperio ya que es una forma sencilla, ordenada y completa de llevar la información para clasificar a las pacientes que se encuentran en riesgo.
4. Concientizar al personal de los servicios de salud para que de un trato amable y adecuado a las pacientes y así poder ganarse la confianza de la comunidad.
5. Dar charlas de salud reproductiva en consultas externas de centros de salud y hospitales haciendo énfasis en las mujeres en edad fértil, a fin de educarlas y disminuir así los factores de riesgo modificables.
6. Realizar campañas para promover la planificación familiar y así poder disminuir el intervalo entre un embarazo y el siguiente.
7. Coordinar adiestramiento a comadronas, para así poder detectar riesgos durante el embarazo y poder referir a la mujer embarazada en un tiempo prudente y no cuando ya sea demasiado tarde.
8. Promover radares y promotores de salud voluntarios que estén orientados en las señales de alarma que se presentan durante el embarazo, de modo que ubiquen a las embarazadas de sus comunidades y les den un plan educacional acerca de dichas señales y la importancia del control prenatal.

XII. RESUMEN

Se realizó el estudio de casos y controles de factores de riesgo asociados a mortalidad materna, tomando el total de muertes por causas maternas y de muertes de mujeres en edad fértil en los municipios de Palín, San Vicente Pacaya y la cabecera municipal del Departamento de Escuintla durante el periodo de mayo del año 2001 a abril del 2002, encontrando un total de 5 muertes maternas y 48 muertes de mujeres en edad fértil.

El propósito es dar a conocer los factores que se asocian a mortalidad materna, y así poder detectar a las mujeres embarazadas en alto riesgo y para que el ministerio de salud pública y otras instituciones incorporen a sus programa políticas para la prevención de estos.

Se elaboró una boleta de pesquisa sobre la mortalidad de todas las mujeres en edad fértil (boleta 1); la cual se llenó con los datos investigados en las municipalidades de las localidades y que sirvió para ubicar la residencia de las mujeres fallecidas; otra boleta para entrevistar a los familiares de las fallecidas en edad fértil (boleta 2); otra para entrevistar a los familiares de fallecidas consideradas muertes maternas y los controles (boleta 3); y la autopsia verbal con la que se evaluó el diagnóstico de muertes en mujeres en edad fértil.

Se encontró que los factores mas relacionados con la mortalidad materna son el analfabetismo, la falta de control prenatal, la accesibilidad y la ocupación; en tanto que los factores menos relacionados son el estado civil, el personal que atendió el puerperio, la edad y el número de integrantes familiares.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AbouZahr, Carla y Wardlaw, Tessa. La mortalidad materna al término de una década: ¿Hay indicios de progreso?. La Revista Internacional de Salud Pública. Washington 2001 ene.-jun;5(1): 79-85p
2. Araujo. M. J. et al. Invertir en las mujeres. Revista Mujer Salud. Colombia 1996 enero; (1): 35-39p
3. Berg. C. et al. Guía para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Programa de salud de la familia y población OPS. Guatemala:1998
5. Canales, Francisca de. et al. Metodología de la investigación. 2ª ed. Washington: OPS, 1994. 223 p.
6. Elu. M. C. Cómo se define mortalidad materna. Revista Mujer Salud. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. 1996 enero;(1): 39-53p
7. Figueroa, Rolando. Iniciativas internacionales para la reducción de la mortalidad materna: muerte materna en América Latina. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. Guatemala 1997 mayo-agosto;7(2): 41-45p
8. Guerrero, Rodrigo. et al. Epidemiología. 2ª ed. Bogotá: Iberoamericana. 1986. 81-100p
9. Khanna. J. Research on antenatal care and maternal mortality and morbidity. In reproductive health research.. 2001 jan;1:(56) 1-8p
10. López A., F.J. Mortalidad Materna Mundial en Cifras. World Health Day. México. 1998
11. López Vargas, Edgar René. Determinación del riesgo del embarazo y su relación con la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el Hospital Nacional Regional de Escuintla. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas .1991. 60p

12. Méndez Salguero, Ángela Magdalena. Uso de Autopsia Verbal. Mortalidad materna en un área rural. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. 1998. Facultad de Ciencias Médicas . 48p
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología y Sistema de información de Salud. Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud de Nuestro País. Guatemala: 2001. 7p
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología y Sistema de información de salud. Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud del Área de Escuintla. Guatemala: 2001. 5p
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Planificación Familiar y Atención de la Maternidad. Guatemala: 2002
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. et al. Proyecto Mother Care II en Guatemala. Informe de cinco años 1994-1999. Guatemala: 1999
17. Morbilidad Materna: Un problema de los pobres.
<http://www.grupo/ese.com.ni/1999/bmedica/ed20/portada20.htm>
18. Mortalidad materna
<http://www.javascript.history.go>
19. Mortalidad materna
<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabecgi.exez1db981c05.def>
20. OMS. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: a new approach by WHO and UNICEF. 1996.
21. OPS. Fuente de datos y definiciones utilizadas en salud materno infantil. Guatemala: 1994. 10-12p
22. OPS. Implementando la maternidad segura en los países. Paquete madre bebé. 2000. 90p
23. OPS.OMS. mortalidad materna
<http://www.col.ops-oms.org/familia/maternidad/mpalacio>

24. Posada, C. Maternidad y Equidad. Revista Mujer Salud. Colombia 1996 enero;(1): 50-51.
25. Romero, G. et al. Morbilidad y Mortalidad Materna en embarazadas de Edad Avanzada. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. México D.F. 1999 junio; 67 (1): 239-257p
26. Schwarcz, R. L. et al. Obstetricia. 5ªed Buenos Aires: El Ateneo, 1998. 621p
27. Soto R., E. Sobre la muerte materna .
http://www.rms.cl/Numeros anteriores/rms_12/coment_muermat.htm
28. Trejo Ramírez, Cesar A. Mortalidad Materna Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. Ginecología y Obstetricia de México. México 1997 agosto;65(1): 317-325p
29. UNICEF. Mortalidad materna: violencia por omisión. Oficina regional para América Latina y el Caribe. 1999. 5p
30. Williams, J. W. et al. Obstetricia. 20ªed Buenos Aires: Panamericana, 1998. 1262p.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
AREA DE TESIS, CICS, EPS RURAL

Boleta No.
3

Entrevista a familiares de la fallecida sobre factores de riesgo

Criterio: Debe contener los datos de todas las muertes en mujeres en edad fértil (10 a 49 años) consideradas como MUERTES MATERNAS (casos) y los datos de los controles que cumpla con los criterios establecidos.

A -Datos socioeconómicos:

Llenarse este componente en lo referente a los controles, lo que se respecta a los casos copiar los datos de la boleta dos e iniciar la entrevista en el inciso B, que corresponde a factores de riesgo.

A1 - Código del Municipio				A2 - No. de caso	
A3 - Nombre				A4 - Edad en años	
A5 - Ocupación	1- Ama de casa 2- Artesana 3- Obrera 4- Textiles 5- Comerciante 6- Agricultura				
A6 - Estado civil	1- Soltera 2- Casada 3- Unida 4- Divorciada 5- Viuda				
A7 - Escolaridad	1- Ninguna 2- Primaria 3- Secundaria 4- Diversificado 5- Universitario				
A8 - Grupo étnico	1- Maya 2- Xinca 3- Garífuna 4- Ladino				
A9 - No. de integrantes en la familia					

A10- 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 persona por mes

B. Datos sobre Factores de Riesgo

B1 - Tipo de parto	V vaginal C Cesárea
B2 - Nuliparidad	Si = 1 No = 0
B3 - Paridad	< 5 gestas = 0 > 5 gestas = 1
B4 - Abortos	< 2 abortos = 0 > 2 abortos = 1
B5 - Espacio intergenésico de la última gesta	< 24 meses = 1 > 24 meses = 0
B6 - Embarazo deseado	Si = 0 No = 1
B7 - Fecha de último parto	
B8 - No. de controles prenatales	
B9 - Complicaciones prenatales	1- Hemorragia del 3er trimestre 2- Pre- eclampsia 3- Eclampsia 4- Otros (especifique)
B10 - Personal que atendió el control prenatal	1- Médico 2- Enfermera 3- Comadrona 4- Otros
B11 - Personal que atendió el parto	1- Médico 2- Enfermera 3- Comadrona 4- Otros
B12 - Lugar donde se atendió el último parto	1- Hospital 2- Centro de Salud 3- Casa 4- Tránsito

B13 - Personal que atendió el puerperio	1- Médico 2- Enfermera 3- Comadrona 4- Otros
B14 - Antecedentes de padecimientos crónicos	1- Hipertensión 2- Diabetes 3- Enfermedad cardíaca 4- Enfermedad Pulmonar 5- Desnutrición 6- Otros
B15- Accesibilidad a servicios de salud kilómetros de la casa al centro asistencial más cercano	1- < 5 Kms. 2- 5 a 15 Kms. 3- 16 a 20 Kms. 4- > 20 Kms.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS
MEDICAS
AREA DE TESIS, CICS, EPS
RURAL

Boleta No. 2

Entrevista a familiares de la fallecida

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

A - Datos socioeconómicos

[illegible]

B - Antecedentes Obstétricos

B1 - No. de gestas			B2 - No. de partos		
B3 - No. de Cesáreas			B4 - No. de abortos		
B5 - No. de Hijos vivos			B6 - No. de Hijos muertos		
B7 - Fecha de último parto					

C - Diagnóstico de muerte

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

C1- Muerte Materna				C2 - Muerte no materna		
C11- Causa directa				C21- Causa Directa		
C12 - Causa asociada				C22- Causa Asociada		
C13 - Causa básica				C23- Causa Básica		
C3 - Lugar de la defunción:						
		1- Hogar		2- Servicios de Salud		
		3- Tránsito		4- Otros		

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
AREA DE TESIS, CICS, EPS RURAL

Boleta No3

Entrevista a familiares de la fallecida sobre factores de riesgo

Criterio: Debe contener los datos de todas las muertes en mujeres en edad fértil (10 a 49 años) consideradas como MUERTES MATERNAS (casos) y los datos de los controles que cumpla con los criterios establecidos.

A -Datos socioeconómicos:

Llenarse este componente en lo referente a los controles, lo que se respecta a los casos copiar los datos de la boleta dos e iniciar la entrevista en el inciso B, que corresponde a factores de riesgo.

A1 - Código del Municipio				A2 - No. de caso	
A3 - Nombre				A4 - Edad en años	
A5 - Ocupación	1- Ama de casa 2- Artesana 3- Obrera 4- Textiles 5- Comerciante 6- Agricultura				
A6 - Estado civil	1- Soltera 2- Casada 3- Unida 4- Divorciada 5- Viuda				
A7 - Escolaridad	1- Ninguna 2- Primaria 3- Secundaria 4- Diversificado 5- Universitario				
A8 - Grupo étnico	1- Maya 2- Xinca 3- Garífuna 4- Ladino				
A9 - No. de integrantes en la familia					
A10- 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 persona por mes					

B. Datos sobre Factores de Riesgo

B1 - Tipo de parto	V vaginal C Cesárea
B2 - Nuliparidad	Si = 1 No = 0
B3 - Paridad	< 5 gestas = 0 > 5 gestas = 1
B4 - Abortos	< 2 abortos = 0 > 2 abortos = 1
B5 - Espacio intergenésico de la última gesta	< 24 meses = 1 > 24 meses = 0
B6 - Embarazo deseado	Si = 0 No = 1
B7 - Fecha de último parto	
B8 - No. de controles prenatales	
B9 - Complicaciones prenatales	1- Hemorragia del 3er trimestre 2- Pre- eclampsia 3- Eclampsia 4- Otros (especifique)
B10 - Personal que atendió el control prenatal	1- Médico 2- Enfermera 3- Comadrona 4- Otros
B11 - Personal que atendió el parto	1- Médico 2- Enfermera 3- Comadrona 4- Otros
B12 - Lugar donde se atendió el último parto	1- Hospital 2- Centro de Salud 3- Casa 4- Tránsito
B13 - Personal que atendió el puerperio	1- Médico 2- Enfermera 3- Comadrona 4- Otros
B14 - Antecedentes de padecimientos crónicos	1- Hipertensión 2- Diabetes 3- Enfermedad cardíaca 4- Enfermedad Pulmonar 5- Desnutrición 6- Otros
B15- Accesibilidad a servicios de salud kilómetros de la casa al centro	1- < 5 Kms. 2- 5 a 15 Kms.

asistencial más cercano	3- 16 a 20 Kms.
	4- > 20 Kms.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
AREA DE TESIS, CICS, EPS RURAL

**AUTOPSIA VERBAL
EVALUACION DE LA CALIDAD DEL DIAGNOSTICO DE
MUJERES EN EDAD FERTIL**

Criterio: Debe 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:

1. Realice la presente entrevista en compañía de personal o voluntario en salud.
2. 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 la información, debe obviar este componente

A1 - Nombre		
A2 - Edad		
A3 - Escolaridad		
A4 - Parentesco		
A5 - Habla y entiende el español	Si	No
A6 - Utilizó traductor	No	Si

El entrevistado se percibe

A7 - Colaborador	Si	No
A8 - Poco colaborador	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.

C1 - Estaba embarazada antes de su muerte	Si	No
C2 - Murió durante el embarazo	Si	No
C3 - Murió durante el parto	Si	No
C4 - Murió después de nacido el niño	Si	No
C5 - Cuanto tiempo después	Horas	Días

D. Signos, síntomas y morbilidades relevantes

Instrucciones:

1. Utilice la siguiente lista, marcando con una X si se encontraba presente el o los signos, síntomas o padecimientos crónicos de la fallecida.
2. 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.

D1 - Marasmo	D23- Orina oscura
D2 - Kwashiorkor	D24- Prurito
D3 - Desnutrición crónica	D25- Contacto con persona icterica
D4 - Muy pequeña para su edad	D26- Sangrado espontáneo
D5 - Muy delgada para su edad	D27- Dolor en epigastrio
D6 - Diarrea	D28- Presión arterial elevada
D7 - Tos	D29- Edema generalizado
D8 - Fiebre	D30- Visión borrosa
D9 - Dificultad respiratoria	D31- Orina con mucha espuma
D10- Respiración rápida	D32- Sangrado durante el embarazo
D11- Neumonía	D33- Hemorragia
D12- Malaria	D34- Trabajo de parto prolongado
D13- Dengue	D35- Loquios fétidos
D14- Alergias	D36- Ruptura prematura de membranas
D15- Accidentes	D37- Retención de restos placentarios
D16- Daños físicos	D38- Manipulación durante el parto
D17- Tétanos	D39- Uso indiscriminado de medicamentos
D18- Cuello rígido	D40- Ingestión de sustancia tóxicas
D19- Alteración de la conciencia	D41- Antecedentes de padecer del corazón
D20- Ataques	D42- Antecedentes de padecer de Diabetes
D21- Exposición a agroquímicos	D43- Antecedentes de padecer de cáncer
D22- Ictericia	D44- Antecedentes de enf. crónicas degenerativas

E. Diagnóstico de muerte

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

E1 - Causa directa de muerte		
E2 - Causa asociada a la directa		
E3 - 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 la muerte.

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

Causa básica: la lesión o enfermedad que produjo una serie de acontecimientos que concluyan con la muerte.

EJEMPLO:

- Cirrosis
- Varices esofágicas rotas
- Pielonefritis crónica
- Alcoholismo crónico.

Causa directa: varices esofágicas rotas.

Causa asociada: cirrosis alcohólica.

Causa básica: alcoholismo crónico.