

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA

**ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES SOBRE FACTORES ASOCIADOS A LA
MORTALIDAD MATERNA REALIZADO EN LOS MUNICIPIOS DE SANTA
MARIA CHIQUIMULA Y SANTA LUCIA LA REFORMA DEPARTAMENTO
DE TOTONICAPÁN, CIUDAD DE GUATEMALA.
DE MAYO DE 2001 A ABRIL DE 2002**

T E S I S

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

P O R

CARLOS ENRIQUE HERRERA CIFUENTES

En el Acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 2002.

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS:	Por haberme dado el valor y la fe que necesite cada día.
A MIS PADRES:	Mireya Custodio. Francisco Herrera (QEPD).
A MIS ABUELITOS:	Carlos Enrique Arango. Esperanza Custodio de Arango.
A MIS TIOS:	Juan, Tito, Vinicio, Lissi, Mario, Otto.
A MI ESPOSA	Wendhy Munguía.
A MI HIJA	Sofía Alejandra.
A MIS HERMANAS:	Silvia María , Mónica y Karla
A MIS PRIMOS Y SOBRINOS EN GENERAL.	
A MIS SUEGROS Y CUÑADOS.	
A MI FAMILIA EN GENERAL, EN ESPECIAL A LAS FAMILIAS	Mazariegos Reyna. Arango Makepeace. López Escobar.
A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS EN GENERAL.	

INDICE

	Pag.
I. Introducción	1
II. Definición del Problema	3
III. Justificación del Problema	5
IV. Objetivos	7
V. Revisión Bibliográfica	8
VI. Hipótesis	24
VII Metodología	25
VIII Presentación de Resultados	35
IX Análisis y Discusión de Resultados	39
X Conclusiones	44
XI Recomendaciones	46
XII Resumen	47
XIII Bibliografía	49
XIV Anexos	52

I INTRODUCCION

Se denomina muerte materna a la muerte que ocurre a causa del embarazo, parto o puerperio. En la actualidad existe subregistro en nuestro país de las muertes maternas, debido a que son mal clasificadas por los registradores civiles o por el personal de salud que no está calificado para realizar un diagnóstico de ésta índole. A veces cuando sucede alguna muerte materna que es atendida por la comadrona los familiares de la fallecida por “defender” a la comadrona dicen que la paciente no estaba embarazada y que presentó síntomas de otra enfermedad. Lo anterior hace que no se obtenga información veras del compareciente. Por lo anterior, en este estudio se desea caracterizar las muertes de mujeres en edad fértil e identificar los factores asociados a mortalidad materna.

Esta investigación se llevó a cabo en los municipios de Santa María Chiquimula y Santa Lucia La Reforma departamento de Totonicapán por medio de la “Autopsia Verbal” y de las boletas “1 y 2” en caso de muerte de mujeres en edad fértil.

Los resultados de dichas boletas revelaron que el 36% de las mujeres en edad fértil que fallecieron se encontraban en el rango de edad de 20-35 años incluyendo la muerte materna encontrada, el 33% de las mujeres en edad fértil se encontraban en mayores de 35 años. Del 100% de las mujeres que fallecieron, el 9% vivían en pobreza y el 91% vivían en extrema pobreza. Del 100% de las fallecidas el 52% era analfabeta y el 48% restante tenía estudios de primaria incompletos.

Debido a que muchos de los diagnósticos obtenidos del libro de defunciones de ambas municipalidades y centros de salud no eran los correctos, se recomienda crear boletas de autopsia verbal para cada muerte en edad fértil para los centros de salud o puestos de salud o a las personas encargadas de realizar el diagnóstico de la muerte.

II DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La muerte materna sigue siendo un problema de salud pública en los países en vía de desarrollo, resultado de iniquidades existentes en lo social, económico, cultural y acceso a los servicios básicos. Por lo tanto se requiere un abordaje integral y multidisciplinario que depende de transformaciones profundas de los diferentes sectores que componen la sociedad guatemalteca. Sin embargo es necesario que se de una respuesta inmediata al problema utilizando el enfoque de riesgo, para la identificación a través de un modelo que incluye característica de los ámbitos biológico, ambiental, estilo de vida, y servicios de salud en aquellas madres que se encuentren en riesgo de morir por causas asociadas a embarazo, parto o puerperio. (14).

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). DEFINE MORTALIDAD MATERNA ASI: Defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales. (6).

La mortalidad materna en Guatemala en el año 2001 es de 88.79 x 100,000 NV. Para el departamento de Totonicapán la tasa de mortalidad materna en el año 2001 fue de 64.83 x 100000 NV. En los municipios de Santa María Chiquimula y Santa Lucía La Reforma, departamento de Totonicapán no existen registros de mortalidad materna. (5, 8, 12, 13,17).

Es necesario determinar, si tomando las variables de los ámbitos biológico, ambiental, estilo de vida y servicios de salud, se puede identificar correctamente a través de autopsia verbal, que se realiza a familiares para identificar los factores de riesgo que contribuyeron a la muerte materna. (6).

III JUSTIFICACION

Si se quiere prevenir y disminuir la mortalidad materna en nuestro país es indispensable conocer las causas que la están provocando, así como también las características de las mujeres que están propensas a fallecer por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. (5)

La mortalidad materna en Guatemala en el año 2001 es de 94.9 x 100,000 NV. Los datos reportados en el departamento de Totonicapán, la tasa de mortalidad general es de 5.84 x 1,000Hb. La tasa de mortalidad materna es de 64.83 x 100,000 NV. En el municipio de Santa María Chiquimula, la mortalidad de mujeres en edad fértil (15-49 años) es 0.51 x 1,000 MEF: En el municipio de Santa Lucía La Reforma, la mortalidad de mujeres en edad fértil (15-49 años) es .67 x 1,000 MEF: La tasa de mortalidad materna en los dos municipios; no existen registros. (8, 9,10).

Con cada muerte materna, la familia sufre de problemas sociales y Psicológicos, así como desintegración familiar. (5)

El 90 a 95 % de muertes maternas en los países en desarrollo son prevenibles por acciones llevadas a cabo por los servicios de salud “control prenatal, adecuado cuidado al parto, planificación familiar. (5).

El siguiente será un estudio de casos y controles, para determinar las condiciones que exponen a mayor riesgo y caracterizar la muerte de acuerdo a causa, persona, tiempo, lugar, en mujeres en edad fértil (10 a 49 años) y embarazadas. La inexactitud en los informes de muertes maternas no se

debe solo a certificados de defunción mal redactados o llenados, sino a la mala clasificación de una muerte materna como no-materna. En la mayoría de los países de América Latina, la mortalidad materna se estima a partir de datos basados en la información proporcionada por los registros civiles y, por tanto, suelen ser estimaciones inferiores a la realidad. Los municipios: Santa María Chiquimula y Santa Lucía La Reforma no cuentan con registros confiables y la causa de muerte no es certificada por personal de salud calificado. Se hará uso de la autopsia verbal para proporcionar los diagnósticos de muertes reales. La información obtenida permitirá sugerir soluciones y mejoramiento de los programas de salud en estos municipios. (7, 8, 11,17).

IV OBJETIVOS

GENERALES:

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

ESPECIFICOS:

- Caracterizar la mortalidad en la población de mujeres en edad fértil de acuerdo a causa, persona, tiempo y lugar.
- Caracterizar la mortalidad materna de mujeres en edad fértil de acuerdo a causa, persona, tiempo y lugar.
- Determinar los factores que se asocian a mortalidad materna.

V REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A) GENERALIDADES:

La muerte materna se refiere al fallecimiento de una mujer por embarazo, parto y puerperio, debido a causas agravadas o no por el embarazo (Directa e indirecta), a excepción de causas fortuitas o accidentales. (5).

La defunción materna es una tragedia para mujeres individuales, familiares y sus comunidades. Los niveles elevados de mortalidad materna y su inevitable secuela afecta a todo el mundo. Las mujeres son los puntales de las familias, las aportaciones de las mujeres a la sociedad, se producirá un deterioro de la vida social y económica, un empobrecimiento de su cultura y una grave reducción de su capacidad potencial de desarrollo.

En 1,987 se celebró en Nairobi la primera conferencia internacional sobre la maternidad sin riesgo y se formuló el objetivo de una reducción del 50 % en 1,990 de la mortalidad materna para el año 2,000. Esta declaración conjunta refleja ese consenso y presenta el camino que han de seguir cuantos se preocupan por cualquiera de los aspectos de la maternidad sin riesgo.

Los derechos humanos guardan relación con la maternidad sin riesgo, ya que la mortalidad materna es una violación de los mismos. De acuerdo a la clasificación de los Derechos Humanos relacionados con la mortalidad

materna propuesta por Rebeca Cook, se pueden agrupar en cuatro categorías:

8

- **Derecho relacionado con la vida, la libertad y la seguridad de la persona.**
- **Derecho relacionado con el fundamento de la familia y de la vida familiar.**
- **Derecho relacionado con la atención de la salud y los beneficios de los progresos científicos con inclusión de información y educación sobre salud.**
- **Derecho relacionado con la igualdad y a no ser discriminado.(14)**

Latinoamérica presenta uno de los más altos índices de mortalidad materna.

A nivel mundial cada año se registra medio millón de muertes en mujeres embarazadas, de las cuales 28,000 ocurren en América Latina; comprendidas entre 15 y 49 años de edad. Grandes grupos en la sociedad de estos países latinoamericanos, viven en condiciones de pobreza y marginación, contribuyendo negativamente a la salud las condiciones culturales y sociales de la mujer. (5).

En un país como el nuestro la mujer en período reproductivo, especialmente en el área rural, donde la fecundidad es elevada, inician su vida reproductiva a temprana edad, teniendo mayor número de embarazos, aún al llegar éstas a una edad avanzada, iniciándose así una serie de limitaciones y privaciones, con una pobre escolaridad, el hogar y sociedad, en donde la mujer adolescente sin ninguna educación sexual se convertirá en una reproductora de nuevos seres, sin tener la posibilidad de decidir el

número y espaciamiento de los hijos. Se ha calculado que el 44 % de las mujeres que tienen 19 años están embarazadas o ya son madres. (5)

La mortalidad materna es un indicador de la calidad de atención en servicio de salud. Dicho indicador aunque evalúa un daño final, esconde gran parte de la morbilidad que la mujer padece durante su ciclo reproductivo y los problemas sociales y psicológicos que la familia tiene con cada muerte materna. (5)

En Guatemala la tasa de mortalidad materna en el año 2,001 se encuentra en 88.79 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos correspondiéndole al departamento de Totonicapán 64.83 muertes por 100,000 nacidos vivos.(16).

DESCRIPCIÓN GEOGRAFICA

SANTA MARIA CHIQUIMULA.

DATOS HISTORICOS

Antes de la conquista fue conocido como Tzoloché, que en quiché puede significar saúco (género Sambucus) parcialidad de la undécima rama de los reyes quichés, los Ah Tzoloché quienes fueron valientes guerreros.

Francisco Antonio De Fuentes y Guzmán escribió por la última década del siglo XVI que el pueblo de Santa María Chiquimula era adyacente al pueblo de Momostenango y se mencionó como Chiquimula.

10

La sublevación de Totonicapán tuvo su primera manifestación en Santa María Chiquimula, el 20 de febrero de 1,820, al ser compelidos los indios al pago de la cuota asignada para el sostenimiento del Cura Párroco, el presbítero José Patricio Villatoro, así como la cancelación del real tributo.

UBICACIÓN

El municipio de Santa María Chiquimula, se encuentra situado en la parte éste del departamento de Totonicapán, en la Región VI o Región Sur occidental. Se localiza en la latitud 15 grados 1 minuto 45 segundos y en la longitud 91 grados 19 minutos y 46 segundos. Limita al Norte con el municipio de Santa Lucía La Reforma (Totonicapán):

Al Sur con el municipio de Totonicapán; al Este con el municipio de San Antonio Ilotenango (Quiché); y al Oeste con el municipio de Momostenango (Totonicapán). Cuenta con una extensión de 80 kilómetros cuadrados y se encuentra a una altura de 2,130 mts sobre el nivel del mar, por lo que generalmente su clima es frío. La cabecera municipal se encuentra a una distancia de 37 Km. de la cabecera departamental.

La municipalidad es de segunda categoría, cuenta con un pueblo, que es la cabecera municipal, Santa María Chiquimula, 10 aldeas, 52 caseríos y 24 parajes. Las aldeas son: Choacorrall, Chuiaj, Chuachituj, Chuicacá, El Rancho, Patzán, Racaná, Xecachelaj, Xecajá y Xesaná.

COSTUMBRES Y TRADICIONES

En Santa María Chiquimula tienen por tradición celebrar su fiesta

11

patronal el 15 de enero, cuando veneran al Cristo Negro de Esquipulas.

VIAS DE COMUNICACIÓN

Por la carretera Interamericana CA-1 hasta San Francisco El Alto, luego por carretera de terracería, hasta llegar al entronque que comunica a Momostenango por la carretera departamental Totonicapán 2 y a Santa María Chiquimula por la carretera departamental Totonicapán 4. (12)

DATOS DE LA POBLACIÓN DE SANTA MARIA CHIQUIMULA

Población Total 2001	41,515
----------------------	--------

Población Masculina 2001	19,927
--------------------------	--------

Población Femenina 2001	21,588
-------------------------	--------

Población Indígena	98 %
--------------------	------

Densidad Poblacional	59.50 habitantes x Km cuadrado.
----------------------	---------------------------------

Esperanza de Vida	53.5 años
-------------------	-----------

Tasa de Analfabetismo	53.1 %
-----------------------	--------

Tasa Global de Fecundidad	6.1 %
Hospitales	0
12	
Centros de Salud	9
Puestos de Salud	22
Longitud de la Red Vial (Km.)	3
Carreteras Asfaltadas	0
Carreteras de Terracería	3

SANTA LUCIA LA REFORMA

HISTORIA

Santa Lucía La Reforma fue creado por acuerdo gubernativo del 12 de octubre de 1904, según los informes emitidos por el Jefe Político de Totonicapán y por la Dirección General de Estadística, indicando que la aldea Santa Lucía La Reforma, de la jurisdicción municipal de Santa María Chiquimula, reúne las condiciones legales y posee los elementos necesarios para erigirse en municipio independiente.

La Cabecera Municipal está situada en un pintoresco valle de agradable clima. Tiene la peculiaridad de contar relativamente con pocos habitantes, debido a la característica de los indígenas de vivir diseminados por los

entornos, costumbre que ha variado relativamente poco en los últimos siglos.

UBICACIÓN

Esta situado en la parte Norte del departamento de Totonicapán, en la Región VI o Región Sur occidental. Se localiza en la latitud 15 grados, 7 minutos y 38 segundos y en la longitud 91 grados 14 minutos 8 segundos. Limita al Norte con el municipio de Huehuetenango; al Sur con los municipios de Santa María Chiquimula y Momostenango (Totonicapán); al éste con el municipio de San Pedro Xocopilas (Quiché) y al Oeste con Momostenango, San Bartolo (Totonicapán) y Malacatancito (Huehuetenango). Cuenta con una extensión de 136 Km. cuadrados y se encuentra a una altura de 1,890 mts SNM, por lo que generalmente se clima es cálido. La cabecera municipal se encuentra a una distancia de 61 Km. de la cabecera departamental.

La municipalidad es de 4ta. Categoría, cuenta con un pueblo que es la cabecera municipal, Santa Lucía La Reforma., con 6 aldeas, 12 caseríos y 3 parajes. Las aldeas son: Chiguan, Gualtux, Ichamchaj, Oxlajuj, Pamaría y Sacsiguán. (11)

VIAS DE COMUNICACIÓN

Por la carretera Interamericana CA-1 hasta San Francisco El Alto, luego por carretera de terracería, hasta llegar al entronque que comunica a Momostenango, posteriormente continúa por la carretera departamental

Totonicapán 2. Así mismo cuenta con caminos vecinales, veredas y roderas que lo comunican con otros municipios y poblados rurales. (11)

14

DATOS DE POBLACIÓN DE SANTA LUCIA LA REFORMA

Población Total 2001	13,223
Población Masculina 2001	6,744
Población Femenina 2001	6,479
Población Indígena	97 %
Densidad Poblacional	95 habitantes x Km. cuadrado
Esperanza de vida	59.5 años
Tasa de Analfabetismo	67.3 %
Tasa Global de Fecundidad	6.10
Hospitales	0
Centros de Salud	9
Puestos de Salud	22

Longitud de la Red Vial (Km.)	16
Carreteras de Asfalto	0
	15
Carreteras de Terracería	14
Caminos Rurales	16

B) ANTECEDENTES

En Guatemala se estima que el 50 a 90 % de las muertes maternas son prevenibles, según la ubicación (hospital-hogar). Se da la muerte materna en caso asociado a detección tardía de la emergencia obstétrica, manejo inadecuado, problema en el sistema de referencia, inaccesibilidad económica y cultural a los servicios y baja capacidad resolutive de éstos. Las principales causas de muerte son:

- **Hemorragias.**
- **Complicaciones.**
- **Sepsis.**
- **Eclampsia.(1)**

La tasa de mortalidad materna en el ámbito mundial, 390 x 100,000 NV; en países más desarrollados 30 x 100,000 NV; en países en vías de desarrollo 450 x 100,000 NV; **la tasa de mortalidad materna por regiones son:** En Africa Oriental es de 660 x 100,000 NV, Norafrika es de 500 x 100,000 NV, Sur Africa es de 570 x 100,000 NV; Africa Occidental es de 700 x 100,000 NV; Latinoamérica es de 270 x 100,000 NV. Caribe es de 220 x 100,000 NV. Centro América es de 240 x 100,000 NV. Sur

América 280 x 100,000 NV. Asia es de 420 x 100,000 NV. Asia Oriental 55 x100,000 NV. Asia Sur Este es de 420 x 100,000 NV. Asia Sur es de 650 x 100,000 NV. Asia Occidental es de 340 x 100,000 NV. (16).

16

La tasa de mortalidad materna a nivel de Centro América: Belice es de 82.3 x 100,000 NV. Costa Rica es de 19.1 x 100,000 NV. El Salvador es de 120 x 100,000 NV. Guatemala es de 94.9 x 100,000 NV. Honduras es de 108 x 100,000 NV. Nicaragua es de 118 x 100,000 NV. Panamá es de 65.7 x 100,000 NV. (15)

Un análisis realizado en el año de 1998 sobre mortalidad materna reporta de los países de Centro América a Nicaragua y El Salvador como los países con más alta tasa de mortalidad materna. (4).

C) MORTALIDAD MATERNA

Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del parto.

Por lo menos el 40 % de mujeres tienen complicaciones durante el embarazo, el parto y el postparto. Se estima que el 15 % de dichas mujeres se ven afectadas con complicaciones que posiblemente puedan poner su vida en peligro. Entre las complicaciones a largo plazo se encuentran: dolor crónico, movilidad limitada, deterioro del sistema reproductivo e infertilidad.(14,!5).

Una muerte materna es el fallecimiento de una mujer mientras está en período de gestación o dentro de los 42 días siguientes a la finalización del embarazo o su tratamiento. Las defunciones maternas se subdividen en:

Mortalidad obstétrica directa: Son las que resultan de complicaciones

17

obstétricas del embarazo, parto o puerperio, las principales causas que la producen: La hemorragia en el período puerperal, septicemia, eclampsia, parto obstruido y complicaciones de aborto peligroso: Así también como intervenciones, omisiones, tratamiento no correcto o cualquiera de los datos antes mencionados.

Mortalidad obstétrica indirecta tiene su origen en enfermedades preexistentes o enfermedades que aparecen en el embarazo sin causa obstétrica directa, o que se agravaron por efecto fisiológico del embarazo, las patologías que se pueden mencionar:

Paludismo, anemia, VIH, ICC, insuficiencia renal, hepatitis, tuberculosis, HTA.(14, 15).

D) CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

Las causas de defunciones generalmente coinciden en todo el mundo, a nivel general el 80 % de las mortalidades maternas están completamente ligadas con complicaciones que aparecen durante el embarazo, parto y puerperio, la causa más común es la hemorragia grave por lo general es un problema que se presenta después del parto.

Hemorragia, especialmente las hemorragias postparto son imprevisibles, de parición súbita y más peligrosa cuando la mujer que la presenta padece de anemia. En el mundo el 25 % de muertes maternas se deben a hemorragias. La pérdida de sangre puede producir rápidamente la muerte causando un shock hipovolémico, lo cual sucede por la falta de

18

atención médica, administración de fármacos que ayudan a detener la hemorragia, masaje del útero, masaje de pezones para estimular la producción de contracciones y de ser necesario utilizar la transfusión sanguínea.

Septicemia, esta patología se produce por mala higiene durante el parto o por una enfermedad de transmisión sexual no tratada previamente. Esta representa aproximadamente el 15 % de las muertes maternas. Esta se puede prevenir mediante un excesivo cuidado para poder llevar a cabo el parto en las mejores condiciones higiénicas, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo por medio del control prenatal.

Eclampsia, el trastorno hipertensivo del embarazo, que provoca convulsiones, coma y muerte. La causa de mortalidad materna que ocupa ésta patología es del 12 % de las defunciones totales. La muerte se puede evitar durante la vigilancia en el embarazo y el tratamiento con fármacos anticonvulsivos el cual es relativamente sencillo como el sulfato de magnesio para éste caso.

Los partos prolongados u obstruidos, representan alrededor del 8 % de las muertes maternas. Esto se debe a menudo a una desproporción entre el contenido y el continente (relación feto-pelvis), por lo que el feto no puede atravesar el canal del parto a través de la pelvis materna. O por la presentación fetal (podálico).

Aborto, la mortalidad materna debida a ésta patología es de

19

aproximadamente 13%, debido a complicaciones. Las mujeres lo pueden prevenir teniendo información básica y servicio de planificación familiar.

Anemia, es la causa de muerte indirecta más importante, debido a que puede provocar muerte materna por paro cardiovascular. (14, 15).

E) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA

Las mujeres corren riesgo de muerte o discapacidades cada vez que quedan embarazadas y éste problema se agrava mientras más hijos tienen. El riesgo de morir para las mujeres que viven en países en vías de desarrollo es de 1 en 48. En África es de 1 en 16. Asia es de 1 en 65. América Latina y el Caribe es de 1 en 65. En todos los países en desarrollo es de 1 en 1,800. Europa es de 1 en 1,400 y en América del Norte es de 1 en 3,700.

Las mujeres mueren por no recibir atención esencial de salud que necesita en éstos períodos de su vida. Durante el embarazo el porcentaje de mujeres que acuden a recibir control prenatal por lo menos una vez es de 63

% en África, en Asia es de 65 % y 73 % en América Latina y el Caribe. Sin embargo en cada país la cifra de estos servicios puede ser aún más bajo.

Durante el parto cada año 60 millones dan a luz con la ayuda de una partera tradicional no capacitada o la de un miembro de su familia o sin la ayuda de nadie. En los países en desarrollo casi la mitad de los partos ocurren sin la ayuda de una persona entrenada en la atención de partos.

20

La mayoría de las mujeres de países en vías de desarrollo no reciben atención post-parto. En los países y regiones muy pobres tan solo 5 % recibe dicha atención.

Los factores que impiden a las mujeres acudir a un centro médico son:

- **La distancia de los servicios de salud**
- **El costo (transporte, medicamentos y suministro)**
- **Demanda excesiva del tiempo de la mujer.**
- **Falta de la toma de decisiones de la mujer dentro de la familia**

La baja calidad de éstos servicios, incluyendo un trato deficiente por parte de los proveedores de la salud, hace que algunas mujeres sean renuentes a utilizar estos servicios.(3)

Las madres solteras tienen mayores probabilidades de sufrir complicaciones durante el embarazo y de morir por ésta causa a comparación de las que tienen pareja.(17)

La baja posición social y económica de las mujeres es causa fundamental de la mortalidad materna en muchos países, como consecuencia de la poca escolaridad y educación, nutrición inadecuada, falta o deficiencia de los servicios de atención sanitaria y de planificación familiar. A algunas mujeres se les niega el acceso a la asistencia sanitaria cuando la necesitan debido a prácticas culturales de reclusión y a la falta de decisiones que ella podría tomar como miembro de la familia. El esfuerzo excesivo debido a un régimen alimenticio inadecuado, contribuye a los desenlaces fatales maternos.

21

El retraso de crecimiento durante la niñez expone a las mujeres al riesgo de un parto obstruido debido a la desproporción céfalo pélvico.

La anemia puede deberse a múltiples causas como pueden ser: Ingesta insuficiente o inadecuada de macro y micro nutrientes, la pérdida de sangre obstétrica, presencia de parasitismo intestinal, paludismo. Aproximadamente el 50 % de todas las mujeres embarazadas de todo el mundo sufren anemia. Las mujeres que manifiestan anemia durante el embarazo y en el momento del parto, corren el riesgo de morir por hemorragia obstétrica, así como graves riesgos operatorios. (14)

F) MEDICION DE LA MORTALIDAD MATERNA CON LA AUTOPSIA VERBAL “MEJOR JUICIO”

El departamento de higiene tropical y servicios de salud pública del Centro Clínico de la Universidad de Heidelberg en Alemania, creó un instrumento de medida para la recolección de datos sobre el impacto que tenían los cambios de los servicios de salud, **la autopsia Verbal**, la cual fue aprobada por medio de una muestra estimativa, presentando resultado de

análisis de sobre vivencia, lo que dio origen a la creación de **autopsia verbal por su causa específica**, fue diseñada y es actualmente utilizada para conocer las causas de muerte.

La entrevista narrada en lenguaje local es un instrumento adicional para describir los factores de riesgo contribuyentes y encontrar el comportamiento de las familias y de los servicios de salud. Este instrumento fue creado para determinar la causa de muerte específica y diseñada para ser dirigida a diferentes grupos de edad y la causa a investigar.

22

Método de cómo usar: La autopsia verbal es un instrumento para identificar causas variadas de muerte caracterizados por el uso de un cuestionario estandarizado dirigido a los familiares de las pacientes fallecidas. (6)

VI HIPÓTESIS

Hipótesis nula:

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

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

Hipótesis Alterna:

La proporción de casos expuestos a un factor es mayor que la proporción de controles expuestos al mismo factor.

Expresión: $\frac{a}{a + c} > \frac{b}{b + d}$

VII MATERIAL Y METODOS:

A) METODOLOGÍA

1. Tipo de diseño:

Casos y controles.

2. Área de estudio:

Municipio de Santa María Chiquimula y Santa Lucía La Reforma.
Departamento
De Totonicapán.

3. Universo de estudio:

Población de mujeres en edad fértil (10 – 49 años)

4. Población de estudio:

Defunciones de mujeres en edad fértil (10 – 49 años) por causas relacionadas

con el embarazo, parto o puerperio (hasta 42 días de puerperio) y muertes no

relacionadas con la gestación (incidentales o accidentales). Los controles son todas

aquellas mujeres embarazadas en ese mismo período que no sufrieron mortalidad.

Durante el período del mes de mayo del año 2001 a el mes de abril de 2002.

25

5. Tamaño de muestra:

No se define tamaño de muestra, ya que se trabajara con el universo.

6. Tipo de muestreo:

Si el número de controles es alto se realizará un muestreo tipo aleatorio para su selección.

7. Criterios de inclusión

- a. Mujeres que fallecieron por causa de embarazo (casos) durante el período del mes de mayo de 2001 al mes de abril 2002.
- b. Mujeres que no fallecieron por causa de embarazo (controles durante el período del mes de mayo de 2001 al mes de abril de 2002) pero gestantes en el período.
- c. Familiares de los casos.

8. Criterios de exclusión

- Familiares que no quisieron participar en el estudio.
- Comunidad que no tuvo mortalidad materna.
- Comunidad que no tuvo muertes de mujeres en edad fértil (10 a 49 años).
- Que la muerte no tuvo relación con el embarazo.
- Mortalidad fuera de la fecha establecida.
- Que estuvo fuera de los rangos de edad en estudio.

9. Definición de caso:

Se define como muerte materna la ocurrida en mujeres en edad fértil

26

comprendida entre las edades de 10 a 49 años, asociada a embarazo, parto y puerperio a los 42 días siguientes a la terminación del parto, por causas relacionadas o agravadas por la gestación, pero no por causas accidentales o fortuitas.

10. Definición de control:

Todo paciente que cumpla con criterios de la definición de caso y que reside en la localidad donde ocurrió la muerte materna.

11. Fuentes de información:

Se tomarán archivos de registro de defunción de municipalidades, registros médicos de puestos y centros de salud de los dos municipios.

12. Recolección de la información:

La información se recolectará a través de la boleta 1, sobre la mortalidad de la población de mujeres en edad fértil (10 a 49 años)

La boleta 2 clasificará las muertes registradas en la población de mujeres en edad fértil, en muertes materna y muertes no asociadas con el embarazo, parto, puerperio y aborto. A la vez caracterizar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad en edad fértil, por tiempo, persona y lugar.

Se diseñará la boleta 3, que contemple la información sobre las condiciones de riesgos de las muertes maternas (casos) y de sus controles respectivos, la relación será de un control por cada caso.

27

La información de los casos se recolectará a través de entrevistas estructuradas para familiares (esposo, padres, y/o hermanos).

En lo referente a los controles, la entrevista se hará a dicho grupo de interés y en su defecto a los familiares más cercanos.

13. Procesamiento y Análisis de Datos:

Dicha información se ingresó a la base de datos construida en el programa EPIINFO para realizar los diferentes análisis univariados, no se realizó análisis bivariado, ya que no existieron variables que demostraran asociación significativa. Se calculó la fracción etiológica poblacional. Debido a que la casuística es muy baja, se construyeron razones de tasas (proporción de casos expuestos dividido proporción de controles expuestos), con sus respectivos intervalos de confianza.

14. Variable a considerar en el estudio:

a) Variable dependiente

Muerte materna que cumpla con los criterios de la definición de casos.

b) Variable independiente

- **Biológico**

La edad, paridad, edad gestacional, espacio intergenésico, antecedentes de padecimientos crónicos

.

28

- **Estilo de vida**

Estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso económico, deseo de embarazo, agresión durante la gestación, acompañamiento por parte de la pareja a la asistencia médica.

- **Servicio de salud**

- a) Personal que atendió el control prenatal, parto y puerperio.
- b) Lugar de atención del parto.
- c) Número de controles prenatales.
- d) Ganancia de peso.
- e) Complicaciones prenatales.
- f) Accesibilidad geográfica.

15. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Instrumento de medición
Muerte Materna	Muerte ocurrida en mujeres en edad fértil asociada a embarazo, parto y puerperio	Toda paciente que cumple con los criterios de muerte materna comprendida en las edades de 10 a 49 años. Para el control toda mujer que haya culminado con su gestación sin sufrir mortalidad	Nominal	Si - No	Entrevista estructurada, boleta No.3
Edad	Tiempo transcurrido en años desde su nacimiento hasta la defunción. Para los controles hasta el último año cumplido	Años de vida de la fallecida registrados en el libro de defunciones de la municipalidad. Para los controles hasta el último año cumplido.	Numérica	Años	Entrevista estructurada, boleta No.3
Ocupación	Género de trabajo habitual de una persona	Actividad desempeñada por la paciente fallecida	Nominal	Ama de casa, comerciante, obrera,	Entrevista estructurada, boleta No.3

		y/o su control		artesana, profesional, otros	
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, viuda, unida, divorciada	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

Grupo étnico	Etnia a la cual pertenece una persona	Género social del caso y/o el control	Nominal	Maya, ladino, Garífuna.	Entrevista estructurada, boleta No.3
No. De integrantes de familia	Número de persona que integran un hogar.	Número de personas que viven en el hogar de la paciente fallecida y su control	Numérica	Número de personas.	Entrevista estructurada, boleta No.3
Ingreso económico familiar	Salario de una persona	No pobre: >Q389 PPM Pobreza: Q389 PPM Extrema pobreza: Q195 PPM (PPM = Por persona por mes)	Nominal	No pobre, pobre, extrema pobreza.	Entrevista estructurada, boleta No.3
Tipo de parto	Condición en la cual se dio a luz	Distinción entre parto eutósico y operación cesárea.	Nominal	Vaginal- Cesárea	Entrevista estructurada, boleta No.3

Nulípara	Mujer que no ha parido nunca	Mujer primigesta que no ha tenido un parto	Nominal	Si – No	Entrevista estructurada, boleta no.3
Paridad	Estado de una mujer por número de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 28 sem. De gestación que tuvo o tienen para los controles.	Número de partos que tuvo la paciente fallecida. Para los controles número de partos que tiene.	Numérica	Número de partos	Entrevista estructurada, boleta No.3

Mas de dos 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 intergenésico	Período de tiempo entre un embarazo y otro	Años entre el último parto y el parto anterior de la paciente fallecida y de la paciente control	Numérica	Meses	Entrevista estructurada, boleta No.3
Embarazo deseado	Dícese del anhelo de procrear	Actitud de querer el embarazo	Nominal	Deseado, no deseado	Entrevista estructurada, boleta No.3
Número de controles prenatales	Número de veces que se le realizó un control médico a la gestante	Número de veces que fue examinada por enfermera o médico a la paciente y al feto	Numérica	Controles asistidos	Entrevista estructurada, boleta No.3

		durante la gestación			
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 dio atención 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 persona, ninguna.	Entrevista estructurada, boleta No.3

Persona que atendió el parto	Partera, médico o persona que recibe al niño al momento de nacer	Persona que ayudó a la mujer en el parto.	Nominal	Médico, enfermera, comadrona, otra persona, ninguna.	Entrevista estructurada, boleta No.3
Lugar de atención del parto	Área donde se atiende un parto	Lugar donde se atendió el último parto de la paciente fallecida y su control	Nominal	Casa, hospital, centro de salud, otros.	Entrevista estructurada, boleta No.3
Persona que atendió el puerperio	Partera, médico o persona que atiende a la mujer posparto y durante 6 semanas después	Persona que atendió a la mujer posparto hasta los 42 días	Nominal	Médico, enfermera, comadrona, otra persona, ninguna	Entrevista estructurada, boleta No.3
Antecedentes de padecimientos crónicos	Se aplica a la enfermedad	Historial de enfermedades de larga duración.	Nominal	Hipertensión, diabetes, desnutrición,	Entrevista estructurada, boleta No.3

	o proceso que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo.			enfermedad cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva	
Accesibilidad geográfica	Situación de acceso de una persona a un servicio de salud en un lugar determinado	Distancia en kilómetros desde la vivienda del control o caso hasta el lugar más cercano de atención médica.	Numérica		Entrevista estructurada, boleta No.3

16 SESGOS CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO

- Sesgo de memoria
- Sesgo de información
- Sesgo de observación
- Sesgo de clasificación

17. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Con el consentimiento informado para todos los que participen.
- Explicar a los sujetos incluidos en el estudio que la investigación no puede modificar las condiciones de riesgo a las que se encuentre expuestas y que: La información es estrictamente confidencial.

VIII PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

Distribución por municipio de muertes maternas y muertes de mujeres en edad fértil durante el período de mayo de 2001 a abril de 2002.

Municipio	Muerte Materna	%	Muerte en Edad fértil	%	Total	%
Santa María Chiquimula	1	3.03	15	45.45	16	48.48
Santa Lucía La Reforma	0	0	17	51.52	17	51.52
Total	1	3.03	32	96.97	33	100

FUENTE: Autopsia verbal

CUADRO 2

Tasas de mortalidad materna y de mujeres en edad fértil por municipio durante el período de mayo de 2001 a abril de 2002.

Municipio	Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil por 10,000
Santa María Chiquimula	81.16	10.49
Santa Lucía La Reforma	0	41.48

FUENTE: Autopsia verbal

Memoria de Labores 2001

Santa María Chiquimula: Nacidos Vivos: 1,232

Mujeres en edad fértil: 14,288

Santa Lucía La Reforma: Mujeres en edad fértil: 4,098

CUADRO 3

Caracterización de muertes de mujeres en edad fértil.

Distribución de mortalidad de mujeres en edad fértil de acuerdo a variables persona durante el período de mayo de 2001 a abril de 2002.

Total	Edad en años			Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Grupo étnico	Ingreso económico	Lugar de defunción
	< 20	20-35	> 35						
33	10	12	11	Casada 15 (44%)	Ama de casa 26 (77%)	Ninguna 17 (50%)	Maya 34 (100%)	Extrema pobreza 30 (91%)	Casa 33 (100%)
	(30%)	(36%)	(33%)	Soltera 13 (38%)		Primaria 17 (50%)		Pobreza 3 (9%)	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Boleta No.2

37

CUADRO 4

Distribución por frecuencia y diagnóstico de muerte de mujeres en edad fértil, durante el período de mayo 2001 a abril 2002.

CAUSA DIRECTA	Fx	NUMERO Y % DE FALLECIDAS EN RELACION A CAUSA DIRECTA			
		CAUSA BASICA	Fx	CAUSA ASOCIADA	Fx
Insuficiencia respiratoria aguda (33%)	11	Neumonía (30%)	10	Desnutrición crónica (45%)	10
		Crisis asmática (3%)	1	Asma bronquial (3%)	1
Shock hipovolémico (36%)	12	Deshidratación hidro electrolítica (24%)	8	Síndrome diarreico agudo (27%)	8
		Hemorragia gastrointestinal superior (6%)	2	Úlcera gástrica perforada (6%)	2
		Hemorragia vaginal (3%)	1	Aborto incompleto (3%)	1
		Hemorragia vaginal (3%)	1	Cáncer cervicouterino (3%)	1

Paro cardiorrespiratorio (24 %) 7	Edema pulmonar agudo (24%) 8	Insuficiencia cardiaca congestiva (40%) 8
Trauma craneoencefálico (3%) 1	Estado convulsivo (3%) 1	Epilepsia (3%) 1
Coma diabético (3%) 1	Cetoacidosis diabética (3%) 1	Diabetes mellitus (3%) 1

Fuente: Autopsia verbal.

38

IX “INTERPRETACION, ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS”

El número total de muertes de mujeres en edad fértil fue de 33 según los libros de defunciones de ambas municipalidades, sin hallar en los mismos una sola muerte materna como tal, siendo consciente del subregistro existente.

De éstas 33 muertes solamente una fue materna, teniendo la paciente aproximadamente cinco meses de embarazo. Como causa básica **hemorragia vaginal severa**, según datos recabados por autopsia verbal, siendo el padre de la fallecida quien proporcionó la información, ésta muerte tuvo como causa asociada **el aborto incompleto**, además de padecer de **desnutrición crónica**, debido a que vivía en extrema pobreza, ya que perciben menos de Q195.00 por persona mensualmente. La causa directa fue el **shock hipovolémico**, debido a que presentó hemorragia vaginal

severa después de expulsar algunos coágulos. No pudiendo contener la hemorragia la paciente sangró aproximadamente de las 4 a.m. a las 7 a.m. no pudiendo los familiares trasladarla al hospital de Totonicapán que es el más cercano debido a que no existe transporte a esas horas y el centro de salud más cercano está a 8 Km. y atienden a partir de las 8 a.m. En ésta aldea no existe puesto de salud ni comadronas capacitadas.

Comparando la muerte materna con el control: La primera de 34 años de edad, es ama de casa, casada, analfabeta, vivía en extrema pobreza, con antecedentes obstétricos de Gestas: 6. Partos: 5. Abortos: 0 Cesáreas: 0

39

Hijos vivos: 5. Espacio intergenésico menor de 24 meses, no era embarazo deseado, no tuvo control prenatal y la accesibilidad al servicio de salud más cercano que es el centro de salud es de 8 Km. aproximadamente. Para el control, de 30 años de edad, es unida, comerciante, sabe leer y escribir los antecedentes obstétricos son así: Gestas: 4 Partos:4 Abortos:0 Cesáreas: 0
Hijos vivos: 4. Espacio intergenésico mayor de 24 meses, embarazo deseado, no tuvo control prenatal, el parto fue atendido por comadrona y el servicio de salud más cercano es el centro de salud que se encuentra aproximadamente a 9 Km. de distancia. Ambas viven en extrema pobreza.

En base a lo anterior puedo decir que: la falta de educación, la desnutrición crónica debida a la pobreza extrema, la alta paridad, el poco espacio intergenésico y la dificultad para el acceso a los servicios de salud son factores de riesgo que predisponen a muerte materna. Lo cual concuerda con lo descrito por la literatura acerca de las personas que viven en el área rural son las más afectadas debido al poco ingreso económico y a la falta de

educación escolar, en salud y sexual, familias numerosas, por lo que considero que se debe fomentar la planificación familiar.

Con respecto a las muertes de mujeres en edad fértil, el 48 % ocurrió en Santa María Chiquimula y el resto en Santa Lucía La Reforma.

La tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos para Santa María Chiquimula es de 81.16 y la tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil por 10,000 nacidos vivos es de: 10.49.

La tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil para Santa Lucía La

40

Reforma es de 41.48. Comparando entre ambos municipios se puede apreciar que en Santa Lucía La Reforma la tasa de muertes de mujeres en edad fértil es mayor, no solo porque la población es menor sino que existen mayor número de muertes, lo cual puede ser debido a que éstas comunidades son más lejanas a las de Santa María Chiquimula y el acceso a los servicios de salud es menor.

En relación al cuadro 3 se determinó que las mujeres entre 20-35 años de edad (36%) fueron la mayoría que sufrió muerte, seguidas por las mujeres mayores de 35 años en un 33%, seguida por las mujeres menores de 20 años que fallecieron en un 30%. Del 100% el 44% eran casadas, y el 38 % solteras, lo cual no hace ninguna diferencia, ya que casadas o solteras siempre dependen del hombre para vivir ya que es éste el que aporta el ingreso económico al hogar.

La escolaridad es otro factor predisponente, ya que el 52 % de las fallecidas era analfabeta, tomando en cuenta que el 48 % restante tiene estudios de primaria sin completar.

El 100 % de las fallecidas eran de etnia maya, lo cual indica que existen tradiciones y costumbres que perjudican el desarrollo personal en el caso de la mujer y prácticas ortodoxas que al final solo conducen al fracaso del restablecimiento oportuno de la salud y en éste caso de la salvación de la vida. El 91% de las fallecidas vivían en extrema pobreza, lo cual indica que el acceso a los alimentos básicos para la familia es muy limitado aunque ellos tengan sus propias cosechas de maíz. Esto conlleva a la desnutrición

41

crónica, lo cual predispone a la persona a enfermarse más fácilmente y esto hace que el proceso de recuperación sea más lento o en el peor de los casos que no se logre.

El 100 % de las mujeres en edad fértil incluyendo la muerte materna, fallecieron en su casa, lo cual puede ser debido a las costumbres de la etnia

maya que la mayoría de veces son de conformismo, aunado a esto la ignorancia que ya se ha descrito por el bajo nivel escolar, sin dejar de mencionar el acceso a los servicios de salud, a medicamentos debido a el costo de los mismos.

El cuadro 4 presenta las causas por las que fallecieron las mujeres en edad fértil: como causa directa el mayor porcentaje fue debido a shock hipovolémico (36%), teniendo como causa asociadas el síndrome diarréico

agudo (27%), la úlcera gástrica perforada, el aborto incompleto y el cáncer cervicouterino con 3% cada uno. Las causas básicas son la deshidratación hidroelectrolítica (24%), la hemorragia gastrointestinal superior (6%) y la hemorragia vaginal severa (6%).

La insuficiencia respiratoria aguda (33%), fue la segunda causa directa de muerte materna, teniendo como causas asociadas la desnutrición crónica en un 45% y asma bronquial en un 3%. La causa básica fue Neumonía en un 30 % y Crisis asmática en un 3%.

El paro cardiorrespiratorio (24%) como tercera causa directa, teniendo como causa asociada la insuficiencia cardiaca congestiva (40%) y

42

como causa básica edema pulmonar agudo (24%). Ocupando el cuarto lugar se encuentran el trauma craneoencefálico y el Coma diabético como causas directas (3%) cada cual, teniendo como causas básicas el estado convulsivo y la cetoacidosis diabética (3%) respectivamente y como causas asociadas la epilepsia y la diabetes mellitus con 3% para cada una.

De lo anterior se puede decir que la desnutrición crónica debida a la pobreza extrema y a cuestiones de género son factores determinantes para que se esté predispuesto a padecer enfermedades y que se haga más difícil solventarlas debido al compromiso inmunológico, lo que en la mayoría de veces conduce a desenlaces fatales.

Otro factor predisponente es el acceso a los servicios de salud, tomando en cuenta que existen aldeas que no tienen puestos de salud y que si las personas llegan a enfermarse en días inhábiles tienen que viajar hasta

Totonicapán para conseguir atención médica. Además debido a la pobreza, aunque se consiga atención médica se hace sumamente difícil obtener los medicamentos necesarios para la pronta recuperación de la salud, aunado a esto el deterioro de la salud en el caso de las madres con varias gestas y alta paridad.

X CONCLUSIONES

1. La edad de mujeres en edad fértil que sufrió más muertes es la que se encuentra en el rango de 20-35 años (36%), seguida de las mujeres mayores de 35 años (33%).
2. Entre los factores asociados a las muertes en edad fértil y muerte materna se encuentran la extrema pobreza (91%) debida al desempleo o a los bajos salarios que devengan los padres de familia, el acceso a los servicios de salud y la ignorancia debido al analfabetismo (52%), bajo nivel escolar (48%) y a las costumbres y tradiciones debido a que el 100% de la población es de etnia maya.

3. De los factores anteriores se derivan la desnutrición crónica, la alta paridad, el no acudir a los servicios de salud cuando aun se está a tiempo y de no preferir la atención en salud calificada.
4. El 60% de la población en estudio presentó desnutrición crónica y el 25 % anemia severa, lo que indica la extrema pobreza. El 30% enfermó de neumonía, algunos acudieron al servicio de salud más cercano pero por no haber medicamentos y no tener el dinero suficiente para comprarlos se trataron con remedios caseros y los que no tuvieron acceso al servicio de salud solamente dejaron seguir el curso de la enfermedad lo que las llevó a la muerte. El 27% se enfermó de diarrea, lo cual indica el poco nivel educativo en salud, la extrema pobreza y el difícil acceso a los servicios de salud.

44

5. Se investigó el ingreso económico por familia encontrándose que el 91% de las mujeres fallecidas vivían en extrema pobreza y el 9% restante en pobreza. Esto debido a que la mayoría de veces los salarios son bajos y al desempleo, sin dejar de tomar en cuenta que son varios los integrantes de la familia.
6. Se determinó que el estado civil no tiene influencia en la mortalidad de mujeres en edad fértil ni en las muertes maternas, ya que éstas siempre dependen de los ingresos que trae el padre o esposo al hogar por que ellas no desempeñan labores que sean remuneradas la mayoría de veces.

XI RECOMENDACIONES

1. Se hace necesario que las personas relacionadas con el aspecto de salud de los guatemaltecos enfoquen su interés en conocer la problemática de la mortalidad materna así como también de la problemática nutricional de la población de mujeres en edad fértil, para poder realizar acciones tendientes al mejoramiento y sobre todo a la prevención de este gran mal.
2. Que se realice “Autopsias verbales” a los comparecientes en los centros de salud para evitar el subregistro de mortalidad materna y lograr que los diagnósticos de muertes de mujeres en edad fértil sean los correctos.

3. Seguir realizando estudios como éste para reducir el subregistro no solo en este ámbito de la salud sino en todo lo correspondiente a salud pública.
4. Fomentar la atención primaria en salud a nivel hospitalario y que personal médico y paramédico realice programas comunitarios.
5. Si se continúa realizando estudios como éste es mejor si se está acompañado de personal de salud de la zona o líderes comunitarios y de equipo médico, ya que es una de las formas de ganar la confianza de la persona que da la información para que esta sea lo más fidedigna posible.

XII RESUMEN

Se define como mortalidad materna a la que es ocasionado por el embarazo, parto o puerperio, la que en último término se traduce en falta de atención médica, acceso a los servicios de salud, extrema pobreza, ignorancia y a la marginación de las áreas rurales que es donde ocurre más a menudo.

El presente estudio realizado en los municipios de Santa María Chiquimula y Santa Lucía La Reforma departamento de Totonicapán del mes de mayo de 2001 a abril de 2002, consiste en la investigación de los factores asociados a mortalidad materna. El estudio se basa varias boletas, la primera que sirvió para recolectar datos de los libros de defunciones de las municipalidades de ambos municipios, la boleta No.2 sirvió para encuestar a

los familiares de la persona fallecida para caracterizar la muerte de mujeres en edad fértil. La boleta No.3 se llenaba solamente si a partir de la boleta No.2 se caracterizaba alguna muerte materna. Por último la “Autopsia verbal”, la cual se llena para caracterizar la muerte.

Concluyéndose que las mujeres más propensas a sufrir muerte son aquellas entre los 20 y 35 años de edad (36%), seguidas por las mayores de 35 años (33%), las cuales tienen en común las siguientes características: Familias numerosas de recursos económicos limitados, analfabetismo, etnia maya y vivir en zonas rurales con poco o difícil acceso a los servicios de salud además de su condición de mujeres.

La investigación dio como resultado subregistro de mortalidad materna y diagnósticos erróneos por parte del personal encargado, ya que inicialmente en los centros de salud se dijo que no existía ninguna muerte materna registrada en dicho período, aunado a lo anterior que las personas que comparecen ante el registrador civil o en los centros o puestos de salud muchas veces cambian los signos o síntomas de la fallecida lo cual se puede deber a temor, ignorancia, o creencias.

XIII BIBLIOGRAFÍA

1. Shieber, Bárbara. Estimación de la Mortalidad Materna en Guatemala. GSD. Consultores Asociados/Guatemala, Marzo 2000. 11 Pág.
2. Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM): Mortalidad Materna: El índice en el país es uno de los más altos de Latinoamérica. <http://www.saludpublica.com/Ampl.///amp107/Abrl55.htm>.
3. Family Care International: La Mortalidad Materna. Email 10 @ familycarent.org

4. Investigación + documentación S.A. La mortalidad materna aumento en 59 % en cinco años.
<http://www.saludpublica.com/ampl//106/feb089.htm>.
5. Bernal Recinos, Karen Dallana. Mortalidad Materna y su Perfil Epidemiológico. Tesis (Medica y Cirujana) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala septiembre de 2001.
6. Méndez Salguero, Ángela Magdalena. Uso de Autopsia Verbal en Mortalidad Materna. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, julio de 1998.

7. Ministerio de Salud Pública, Departamento de Epidemiología. Memorias Anuales de Vigilancia Epidemiológica. Indicadores básicos de Análisis en Situación de salud República de Guatemala, 2001 área de salud. Totonicapán. 8 Pág.
8. Ministerio de Salud Pública Departamento de Epidemiología. Memorias Anuales de vigilancia Epidemiológica. Indicadores Básicos de análisis de Situación de salud República de Guatemala, 2001 área de salud: Totonicapán. Municipio de Santa María Chiquimula. 8 Pág.

9. Ministerio de Salud Pública Departamento de Epidemiología. Memorias Anuales de vigilancia Epidemiológica. Indicadores Básicos de análisis de Situación de salud República de Guatemala, 2001 área de salud: Totonicapán. Municipio de Santa Lucía La Reforma. 8 Pág.

10. Municipalidad de Totonicapán. Diagnóstico del departamento de Totonicapán. Instituto Nacional de Estadística INE 2001. 30 Pág.

11. Municipalidad de Santa María Chiquimula. Diagnóstico del Municipio del Santa María Chiquimula. Departamento de Totonicapán. Instituto Nacional de Estadística INE 2001. 24,25 y 26 Págs.

50

12. Municipalidad de Santa Lucía La Reforma. Diagnóstico del Municipio Santa Lucía La Reforma. Departamento de Totonicapán Instituto Nacional de Estadística INE 2001. 21,22 y 23 Págs.

13. OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Reducción de la mortalidad Materna. Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Ginebra OMS 1999. 23 Págs.

14. Population Council. Mortalidad Materna: Perinatal-Infantil.
<http://newweb.www.panp.org/Spanish/crap/htm>.

15. Ramírez. Helena. Indicadores de salud Materna y Peri natal.
<http://populi.eest.ucr.ac.cr/cursos/web/332list.htm>

16. Razum, Oliver. Mortalidad Materna.

<http://www.Salud pública.com>.

17. World Health Organization. Et al. Health Situation In The America
Basic Indicators 2001.<Http://www.paho.org/sha>.

XIV ANEXOS

52

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

Boleta 1

Pesquisa sobre mortalidad de mujeres en edad fértil

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

A-Identificación de la Localidad

A1-Departamento	
A2-Municipio	

A3-Numero de casos	
--------------------	--

B-Información de la fallecida

B1- Nombre de la fallecida	
B2- Fecha de nacimiento	
B3- Fecha de defunción	
B4- Lugar de muerte	
B5- Edad en años de la fallecida	
B6- Residencia de la fallecida	
B7- Diagnóstico de muerte según libro de defunciones	

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

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

Boleta 2

Entrevista a familiares de la fallecida

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

A-Datos sociodemográficos

A1-Código de 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- Agricultora	

A6- Estado civil	1- Soltera	2- Casada	3- Unida
	4- Divorciada	5- Viuda	
A7- Escolaridad	1- Ninguna	2- Primaria	3- Secundaria
	4- Diversificado	5- Universitaria	
A8-Grupo étnico	1- Maya	2- Xinca	
	3- Gaïfuna	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-Antecedentes obstétricos

B1-No. de gestas		B2- No. de partos	
B3-Número de cesáreas		B4-No. de abortos	
B5- Número de hijos vivos			
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)

	4- Textiles	5- Comerciante	6- Agricultora
A6- Estado civil	1- Soltera	2- Casada	3- Unida
	4- Unida	5- Viuda	
A7- Escolaridad	1- Ninguna	2- Primaria	3- Secundaria
	4- Diversificado	5- Universitaria	
A8- Grupo étnico	1- Maya	2- Xinca	
	3- Garífuna	4- Ladino	
A9- Número de integrantes en la familia			
A10- Ingreso económico			
	1- No pobreza	> Q. 389.00 por persona	
	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 vaginal	V	Cesárea	C
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- Enf. Cardíaca 4- Enf. Pulmonar 5- Desnutrición 6- Otros (especifique)
B15- Accesibilidad a servicios de salud (distancia en kilómetros de la casa al centro asistencial más cercano)	1- < 5 km. 2- 5 a 15 km. 3- 16 a 20 km. 4- > 20 km.

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

AUTOPSIA VERBAL

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

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

Instrucciones:

- Realice la presente entrevista en compañía de personal institucional o voluntario en salud.

- Explique a los familiares de la persona fallecida el propósito de su visita, utilice lenguaje sencillo y respetuoso a los entrevistados.

A- Datos generales de la persona entrevistada

Si se niega a dar la información obviar este componente

A1- Nombre		
A2- Edad		
A3- Escolaridad		
A4- Parentesco		
A5- Habla y entiende español	Si	No
A6- Utilizó traductor	Si	No
El entrevistado se percibe: A7- Colaborador (a)	Si	No
A8- Poco colaborador (a)	Si	No

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

Instrucciones:

- 1- Deberá 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- Después de nacido el niño	Si	No
C5- Cuanto tiempo después	Horas	Días

D- Signos, síntomas y morbilidades relevantes

Instrucciones:

- Utilice la siguiente lista marcando con una X si se encontraba presente el signo, síntoma o padecimientos crónicos en la fallecida.
- Cuando pregunte sobre de éstos 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 vaginal post examen
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 sustancias tóxicas
D19- Alteración de la conciencia	D41- Antecedentes de padecer del corazón
D20- Ataques	D42- Antecedentes de padecer diabetes
D21- Exposición a agroquímicos	D43- Antecedentes de padecer cáncer
D22- Ictericia	D44- Antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas

E- Diagnóstico de muerte

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

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

Nota: Inicie el llenado de la boleta 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 concluyen con la muerte.

EJEMPLO:

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

Causa directa: varices esofágicas rotas.

Causa asociada: cirrosis alcohólica.

Causa básica: alcoholismo crónico.