

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

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA

**Estudio de casos y controles realizado en los municipios de San Francisco el Alto y
San Cristóbal del departamento de Totonicapán,
de mayo 2001 a abril 200**

Tesis

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

Por

MATEO TEPEU GUTIERREZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 2002

INDICE

I. Introducción	1
II. Definición del problema	2
III. Justificación	3
IV. Objetivos	4
V. Revisión bibliografía	5
VI. Metodología	14
VII. Presentación de resultados	20
VIII. Análisis de resultados	30
IX. Conclusiones	34
X. Recomendaciones	35
XI. Resumen	36
XII. Bibliografía	38
XIII. Anexo	41

I. INTRODUCCION

Existen factores que intervienen antes de la concepción y otras que surgen durante el embarazo las que pueden influir en la salud de la madre o del recién nacido , ocasionando enfermedad o muerte materna. La identificación de esos factores de riesgo así como el mejoramiento del control prenatal , atención del parto , y durante el puerperio pueden contribuir a elevar el nivel de salud de las mujeres , a disminuir la mortalidad materna .

Se han utilizado varias estrategias de detección y diagnóstico en base al concepto de mortalidad materna en diferentes regiones del país ya que la mortalidad materna es un problema de salud de los países en vías de desarrollo requiriendo que sean validadas en diversas poblaciones para mejor conocimiento de los factores que inciden en una población , siendo así que el presente trabajo de investigación de casos y controles , presenta los resultados sobre factores asociados a mortalidad materna en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristobal , del departamento de Totonicapán, durante los meses de Mayo del 2,001 a Abril del 2,002 . En dicho estudio se identificaron 3 casos de mortalidad materna , cuyo grupo etareo mas frecuente fue de 20 a 35 años de edad , de grupo étnico maya, cuya causa directa de muerte corresponde a Shock hipovolemico , secundaria a hemorragia vía vaginal como causa básica y como causa asociada se determino a la retención de restos placentarios . Por otro lado se identificaron también otras causas directas de muertes mas frecuentes entre el grupo de mujeres en edad fértil , entre ellos: insuficiencia respiratoria aguda, Shock hipovolemico , cuyas causas básicas corresponden a crisis asmática, neumonías , gastritis crónica y síndrome diarreico agudo.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La muerte materna continua siendo un problema de salud publica en los países en vías de desarrollo, resultado de las inequidades existentes en los social, económico, cultural , y acceso a los servicios básicos . Por lo que requiere de un abordaje integral y multidisciplinario que muestre transformaciones profundas en los diferentes sectores que componen la sociedad guatemalteca. Sin embargo es necesario que se de una respuesta inmediata al problema , y que utilizando el enfoque de riesgo , identifique a través de un modelo que incluye características de las dimensiones biológicas , ambientales, estilo de vida y de servicios de salud en aquellas madres que se encuentren a riesgo de sufrir muerte materna (12).

La presente investigación tiene como objetivo construir un modelo predictor de muerte materna en 2 municipios de Totonicapán, departamento de Guatemala , las cuales tiene una incidencia de 0.6 x 1,000 NV correspondiente a San Francisco el Alto y 0.8 x 1,000 NV para San Cristobal (5,7) .

En varias TESIS Y REVISTAS , se han descrito una variedad de factores de causa predisponente y desencadenante poner mas énfasis en los resultados anteriores, pero hasta la fecha no existe un modelo predictor , estableciendo o estandarizado para nuestro medio , que refleje los principales factores de riesgo de la mortalidad materna , por prevalecer en este ambiente un conjunto de factores biológicos , socioeconómicos , culturales , y educativos diferentes que influyen en la mortalidad materna (11,18).

III. JUSTIFICACION

La mortalidad materna en Guatemala para el año 2,001 fue de 94.9 x 100,000 nacidos vivos (17).

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 de gestación .

Según indicadores de mortalidad para el departamento de Totonicapán, la tasa de mortalidad materna es de 64.8 x 10,000 nacidos vivos . En los municipios de San Francisco el Alto la mortalidad materna en edad fértil (10 a 49 años) es de 0.6 x 1,000 MEF , y en el municipio de San Cristobal , la mortalidad materna es de 0.8 x 1,000 MEF . La tasa de mortalidad materna en ambos municipios no se encuentran registrados los casos (5,7).

El presente estudio de casos y controles, servirá para determinar las condiciones que exponen a mayor riesgo y caracterizar la muerte de acuerdo a causa , persona, tiempo, y lugar de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) y embarazadas. Como no se tiene registros confiables, y la causa de muerte no es certificado por el personal de salud calificado , es necesario utilizar la AUTOPSIA VERBAL , para obtener los diagnósticos reales de muertes. La información obtenida permitirá sugerir soluciones y mejoramiento de los programas de salud en esos municipios (8,16,17).

IV. OBJETIVOS

GENERALES

1. Identificar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad en la población de mujeres en edad fértil (10 a 49 años), en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristobal del departamento de Totonicapán
2. Identificar las condiciones que exponen a mayor riesgo de muerte a la población materna.

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. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. MORTALIDAD MATERNA

1. Generalidades

La muerte materna es un evento de gran impacto en el bienestar físico, social y económico de las familias y las comunidades.

Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante la gestación, el parto o el puerperio, pero aunque la atención de la salud accesible y de alta calidad ha hecho que la mortalidad materna sea un hecho esporádico en los países desarrollados, dichas complicaciones con frecuencia pueden resultar fatales en los países en desarrollo (3,4,6).

En 1990, la XXIII conferencia Panamericana de la Salud indica la mortalidad como una de las áreas prioritarias en la que desafortunadamente, se espera que las tasas de muerte aumente.

En 1987 se celebró en Nairobi la primera conferencia internacional sobre la maternidad sin riesgo y se formuló como objetivo primordial la reducción del 50%, para 1990 de la mortalidad materna para el año 2000, dicha declaración refleja y presenta el camino que han de seguir cuantos se preocupan por cualquiera de los aspectos de la maternidad sin riesgo (12).

2. Antecedentes

las estadísticas actuales para Guatemala indican que durante los últimos

25 años, ha habido una reducción en las tasas de mortalidad materna. En 1,960 la tasa de mortalidad materna era de 232/100,000 nacidos vivos. No se toma en cuenta el subregistro, para 1,986 había bajado a 131.5/100,000 nacidos vivos, lo cual indica una diferencia entre la mortalidad materna para el grupo indígena de 165.1/100,000 nacidos vivos (1,2,7)

En Guatemala se estima que el 50 a 90% de las muertes maternas son prevenibles, según la ubicación, sea este en el hogar u hospital; se da la muerte materna en casos asociados a detección tardía de las emergencias obstétricas, manejo inadecuado, problema en el sistema de referencia, inaccesibilidad, económica y cultural a los servicios y a la baja capacidad resolutive de estos. A Continuación se indican las principales causas de muerte materna:

Hemorragia

Retención de restos placentarios

Sepsis

Eclampsia (7).

El 99% de las mortalidad materna tiene lugar en países en desarrollo y en su mayor parte se pueden prevenir. La mayor parte de la mortalidad corresponde a infecciones, la perdida de sangre o el aborto sin condiciones de seguridad.

La mortalidad materna varia considerablemente en las distintas regiones del mundo; esta baja en América y muy alta en África. En muchos países de África muere una madre debido a complicaciones del embarazo y el parto por África oriental es de 660 x 100,000 NV; África central 690 x 100,000 NV;

África del norte 500 x 100,000 NV; África del sur es de 570 x 100,000 NV; África occidental es de 700 x 100,000 NV; Latinoamérica es de 270 x 100,000 NV; Islas Caribe 280 x 100,000 NV; México 54 x 100,000 NV; A nivel centroamericano : Guatemala 94.9 x 100,000 NV; Belice 82.3 x 100,000 NV; El Salvador 120 x 100,000 NV; Honduras 108 x 100,000 NV ; Costa Rica 19.1 x 100,000 NV; Nicaragua 118 x 100,000 NV; y para Panamá 65.7 x 100,000 NV (3,4).

Para el año de 1,998 la tasa de mortalidad materna para Nicaragua y El Salvador se encontraba aumentada , y se le consideraban como los primeros lugares a nivel centroamericano seguido de Honduras (2,4).

A nivel mundial la tasa de mortalidad materna es de 390 x 100,000 nacidos vivos (3).

3. MORTALIDAD MATERNA

Es la muerte de una mujer entre los 10 a 49 años de edad, debida a complicaciones del embarazo, del , y hasta un año después de ocurrido el mismo. Independientemente del sitio o resultado de la gestación .

Así también se refiere el fallecimiento de una mujer por embarazo, parto o puerperio, debida a causas agravadas o no por el embarazo (sean de causa directa o indirecta) a excepción de causa fortuita o accidentales (1,16). Las defunciones materna se subdivide en mortalidad obstétrica directa e indirecta. La mortalidad obstétrica directa : se refiere a las complicaciones obstétricas del embarazo , parto o puerperio, suele deberse a principales causas como: hemorragia en el periodo puerperal, septicemia , eclampsia, parto obstruido y complicaciones de aborto.

La mortalidad obstétrica indirecta : esta tiene su origen en enfermedades anteriormente existentes o enfermedades que aparece en el embarazo sin causa obstétrica directa , o que agravaron por causa defecto fisiológico del embarazo, las patologías que agravan estas son : paludismo, anemias , VIH (12).

Estadísticamente, la mortalidad materna en una población se considera como el numero de muertes maternas por cada 100,000 nacimientos (1,12).

La mayor parte de los países de América Latina, la mortalidad materna se estima a partir de la información proporcionada por los registros civiles y por lo tanto,, suelen ser estimaciones inferiores a la realidad (9). El subregistro en la mortalidad materna es un fenómeno universal que afecta a los países en vías de desarrollo como los países desarrollados, por lo que se sabe que la muerte materna es una verdadera tragedia, implica la desaparición de una mujer joven por causas que en una mayoría de los casos pueden prevenirse, y condena a la orfandad a niños pequeños. Las Causas estudiadas que subyacen a una muerte materna son solo unas cuantas, y se clasifica según el momento del proceso reproductivo en que se presenta. Así, las causas mas importantes durante el embarazo son las hemorragias , la hipertensión (o toxemia) y el aborto (12) . Durante el parto a las dos primeras complicaciones antes citadas se agrega el parto prolongado u obstruido, que ocurre cuando el feto no logra nacer debido a dificultades mecánicas. Durante el puerperio las mujeres fallecen por infección (generalmente derivada de una atención del parto no higiénica) o por hemorragia (5, 9, 12,16).

4. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

Las causas de muertes materna en todo el mundo básicamente son las mismas, están ligadas con complicaciones que aparecen durante el embarazo, parto o puerperio, a continuación se presentan las siguientes causas:

Hemorragias, en especial las que se presentan después del parto es imprevisible, de aparición repentina y mas peligrosa cuando una mujer padece de anemia. En el mundo el 24 % se debe a hemorragias, la perdida de sangre puede producir la muerte, causándole un Shock hipovolemico esto se da por falta de atención, cuidados especiales y rápidos, para salvar la vida de la paciente, que incluye la atención medica inmediata, administración de fármacos para control de la hipovolemia, masaje al útero, masaje de pezones que sirven como estimulo para contracciones y si fuese necesario transfusión sanguínea inmediata.

Eclampsia, como un trastorno de la hipertensión , que evoluciona hasta presentarse convulsiones, representa un 12 % de las defunciones maternas. Las muertes se pueden evitar mediante una buena anamnesis , vigilancia del parto y tratamiento anticonvulsivantes como el uso de sulfato de magnesio, que hasta la fecha ha tenido una buena aceptación .

Partos Prolongado u Obstruidos, representa el 8 % de muertes maternas , ello se debe a menudo a una desproporción cefalopelvica (es cuando la cabeza del producto no puede atravesar el canal del parto a través de la pelvis de la pelvis materna), o bien puede presentarse una presentación una presentación podálica , lo que posteriormente amerita atención por cesárea.

La mayoría de las muertes maternas ocurren ya sea durante o poco después , aun así , muchas mujeres no reciben la atención esencial que su salud necesita durante estos periodos (9).

5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA

La mayoría de las mujeres en países en vía de desarrollo no recibe atención durante la gestación , parto, y puerperio. A continuación se indican los factores que impiden a que las mujeres acuden al centro medico.

- la distancias de los servicios de salud
- el costo (transporte , medicamentos y suministros).
- Demanda excesiva del tiempo de la mujer
- Falta de la toma de decisiones de la mujer dentro de la familia

La baja calidad de estos servicios, incluyendo un trato deficiente por parte de los proveedores de la salud hace que algunas mujeres sean renuentes a utilizar estos servicios (9).

6. MEDICION DE LA MORTALIDAD MATERNA CON LA AUTOPSIA VERBAL “ MEJOR JUICIO “

El departamento de higiene tropical y servicios de salud publica del centro clínica de la Universidad de Heidelberg en Alemania , creo un instrumento de medida para la recolección de datos sobre el impacto que tenia los cambios de los servicios de salud , LA AUTOPSIA VERBAL , a 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 especifica, fue diseñada y es

utilizada para conocer las causas de muerte, las entrevistas narrada en lenguaje local son 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 dirigido a diferentes grupos de edad y la causa a investigar.

7. METODO DE CÓMO USAR

La autopsia verbal es un instrumento para identificar causas variada de muerte caracterizado por el uso de un cuestionario estandarizado dirigido a los familiares de los pacientes fallecidos (18).

B. MONOGRAFÍA DE LOS MUNICIPIOS

1. San Francisco el Alto

Extensión	:	132 kilómetros cuadrados
Clima	:	2,599.83 metros SNM
Clima	:	frió
Población total	:	49,973
Masculino	:	24,487
Femenino	:	25,486
Población indígena	:	97 %

La cabecera municipal se encuentra a una distancia de 16 Km. de la cabecera municipal. La cabecera de San Francisco el Alto, se encuentra ubicada en un cerro al norte del valle de Quetzaltenango , en la región oeste del departamento de Totonicapán, en la región VI o región suroccidental. Se localiza en la latitud 14 56' 26'' y en la longitud 91 26' 24'' . Limita al norte con el municipio de Momostenango , al sur con el municipio de San Cristóbal Totonicapán; Al oeste con los municipios de San Francisco la Unión y San Carlos Sija (Quetzaltenango) .

La municipalidad es de segunda categoría cuenta con un pueblo que es la cabecera municipal San Francisco el Alto, 10 aldeas y 6 caseríos.

Su economía se base primordialmente en la producción agrícola de trigo, maíz , y frijón (13,15). La principal vía de comunicación que es utilizada por este municipio , es la CA-1 o Interamericana que en el kilómetro 192 se desvía hacia la cabecera municipal de San Francisco el Alto. Así mismo cuenta con caminos vecinales y roderas que comunican con otros municipios y poblados rurales (13,15).

2. San Cristobal Totonicapán

Extensión : 36 kilómetros cuadrados

Altura : 2,330 metros SNM

Clima : frío

Población total : 39,003

Masculinos : 19,992

Femeninos : 19,892

Población indígena : 92 %

Se encuentra situado en la parte sur del departamento de Totonicapán, en la región VI o región suroccidental. Se localiza en la latitud 15 55' 5'' y en la longitud 91 grados 26' 36'' .

Limita al norte con el municipio de San Francisco el Alto, al sur con los municipios de Salcaja (Quetzaltenango) y San Andrés xecul (Totonicapán) ; al este con el municipio de Totonicapán; y al oeste con el municipio de San Andrés Xexul .

La municipalidad es de segunda categoría , cuenta con un pueblo que es la cabecera municipal, 6 aldeas y 7 caseríos. La economía de este municipio se basa en la producción agrícola de trigo, maíz , frijol y habas.

Por el territorio de San Cristobal , Totonicapán , transita la carretera CA-1 o Interamericana , que al llegar al cruce llamado Cuatro caminos, se separa en varios ramares: Hacia Guatemala , hacia la Mesilla, la ruta para Totonicapán y la que se dirige hacia la ciudad de Quetzaltenango . Así mismo cuenta con caminos vecinales , veredas y roderas que lo comunican con otros municipios y poblados rurales (15).

VI. METODOLOGÍA

1.- Tipo de diseño

Casos y controles

2.- Área de estudio

Municipios de San Francisco el Alto y San Cristobal del departamento de Totonicapán .

3.- Universo

Mujeres en edad fértil

4.- Población de estudio

Defunciones de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) por causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio (hasta 42 días post parto) y muertes no relacionadas con la gestación (incidentales o accidentales).

5.- Tamaño de muestra:

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

6.- Tipo de muestreo:

Si el numero de controles es alto se realizara un muestreo tipo aleatorio para su selección.

7.- Definición de caso

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

8- Definición de control

Toda paciente que cumpla con los criterios de la definición de casos y que durante el trimestre en donde ocurrió del deceso del caso haya culminado su gestación sin sufrir mortalidad.

9.- Criterios de inclusión :

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

10.- Criterios de exclusión :

- a) Casos de muerte que no fallecieron por causa de embarazo, parto o puerperio.
- b) Casos de muerte en mujeres menores de 10 años y mayores de 49 años de edad.

11. Operacionalización De Las Variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Instrumento de medición
Muerte Materna	Muerte materna 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 defunción de la municipalidad. Para los controles hasta el último año cumplido.	Numérica	Años	Entrevista estructurada boleta No.3
Ocupación	Genero de trabajo habitual de una persona.	Actividad desempeñada por la paciente fallecida y/o su control.	Nominal	Ama de casa Comerciante Obrera Artesana Profesional Otros	Entrevista estructurada boleta No.3
Estado Civil	Estado marital en el momento de la defunción. Para los controles estado marital que tienen actualmente.	Situación civil que tenía la paciente la 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 alcanzo la paciente fallecida y que tiene actualmente el control.	Nominal	Ninguna Primaria Secundaria Diversificado Universitaria	Entrevista estructurada boleta No.3

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Instrumento de medición
Grupo étnico	Etnia a la cual pertenece una persona.	Genero social del caso y/o el control.	Nominal	Maya Ladino Garífuna	Entrevista estructurada boleta No.3
No. De integrantes de familia	Numero de personas que integran el hogar.	Numero de personas que viven en el hogar de la paciente fallecida o el control	Numérica	Numero de personas	Entrevista estructurada boleta No.3
Ingreso Económico Familiar	Salario de una persona	No Pobre: >Q389.00 PPM Pobreza: Q389.00 por persona por mes. Pobreza: Q195.00 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 numero de hijos nacidos vivos y fetos muertos de mas de 28 semanas de gestación que tuvo o tienen para los controles	Numero de partos que tuvo la paciente fallecida. Para los controles numero de partos que tiene.	Numérica	Numero de partos	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 ó mas abortos	nominal	Si No	Entrevista estructurada boleta No.3

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Instrumento de medición
Espacio Intergenesico	Periodo de tiempo entre un embarazo y otro	Años entre el ultimo parto y el parto anterior de la paciente fallecida y la paciente control	Numérica	Meses	Entrevista estructurada boleta No.3
Embarazo Deseado	Dicese del anhelo de procrear	Actitud de querer el embarazo	Nominal	Deseado No deseado	Entrevista estructurada boleta No.3
Numero de controles prenatales	Numero de veces que se le realizo un control médico a la gestante	Numero de veces que fueron examinados por enfermera o médico, la paciente y el feto durante la gestación.	Numérica	Controles asistidos	Entrevista estructurada boleta No.3
Complicaciones Prenatales	Problemas médicos relacionados con el embarazo sufrido por la paciente gestante	Problema medico relacionado con el embarazo que sufrió la paciente fallecida y/o gestante	Nominal	Hemorragia del 3er trimestre Preeclampsia Eclampsia Oligohidramnios	Entrevista estructurada boleta No.3
Persona que atendió el control prenatal	Persona que dio atención a la embarazada así 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	Medico Enfermera Comadrona Otra persona ninguna	Entrevista estructurada boleta No.3
Persona que Atendió el Parto	Partera, medico o persona que recibe al niño al momento de nacer	Persona que ayudo a la mujer en el parto	Nominal	Medico Enfermera Comadrona Otra persona ninguna	Entrevista estructurada boleta No.3
Lugar de atención del parto	Área donde se atiende el parto	Lugar donde se atendió él ultimo parto de la paciente fallecida y su control.	Nominal	Casa Hospital Centro de salud Vía publica otro	Entrevista estructurada boleta No.3

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Instrumento de medición
Persona que atendió el puerperio	Partera, medico 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	Medico Enfermera Comadrona Otra persona ninguna	Entrevista estructurada boleta No.3
Antecedentes de padecimientos crónicos	Se aplica a la enfermedad o proceso que se desarrolla lentamente y persiste durante largo periodo 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 control o caso hasta el lugar mas cercano de atención medica.	Numérica	Kilómetros	Entrevista estructurada boleta No.3

12. 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.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

Distribución por municipio de muertes maternas y muertes de mujeres en edad fértil durante el periodo de mayo del año 2001 al mes de abril del año 2002 en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristobal del departamento de Totonicapán

Municipio	Muertes maternas	Muertes en Edad Fértil	Total
San Francisco el Alto	2 (5.7 %)	14 (40 %)	16 (45.7 %)
San Cristobal	1 (2.8 %)	18 (51.4%)	19 (54.3%)
Total	3 (8.6%)	32 (91.4%)	35 (100%)

Fuente: boletas 1, 2 , 3, autopsia verbal.

CUADRO 2

Tasas de mortalidad materna y de mujeres en edad fértil por municipio durante el periodo de mayo del año 2001 al mes de abril del año 2002 en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristobal del departamento de Totonicapán

Municipio	Muertes maternas	Numero de población (nacidos vivos)	Tasa de mortalidad materna x 100,000 NV	Tasa de mortalidad materna x 10,000 NV.
San Francisco el Alto	2	1870	106.9	10.6
San Cristobal	1	1485	67.3	6.7

Fuente: Sigsa Jefatura de área de Totonicapán.

CUADRO 3

Distribución de mortalidad de mujeres en edad fértil de acuerdo a variables persona, tiempo y lugar, durante el periodo de mayo del año 2001 a abril del año 2002 en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristobal del departamento de Totonicapán

Total	Edad en años			Estado Civil	Ocupación	Escolaridad	Grupo Étnico	Ingreso económico	Lugar de defunción
	<20	20-35	>35						
32	1 (3.1%)	13 (40.7%)	18 (56.2%)	Casada 10 (31.3%)	Ama de casa 25 (78.1%)	Ninguna 17 (53.1%)	Maya 31 (96.9%)	No Pobreza 10 (31.3%)	Casa 26 (84.1%)
				Soltera 11 (34.4%)	Comerciante 5 (15.6%)	Primaria 15 (47 %)	Ladina 1 (3.1%)	pobreza 19 (59.4%)	servicio de salud 3 (9.7%)
				Unida 5 (15.6%)				extrema pobreza 3 (9.4 %)	transito (9.7 %)
				divorciada 6 (18.8%)					

Fuente: boleta No.

CUADRO 4

Distribución por frecuencia y diagnóstico de muerte de mujeres en edad fértil, durante el periodo de mayo de año 2001 al mes de abril del año 2002 en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristóbal del departamento de Totonicapán

Causa Directa	Fx	Causa Básica	Fx	Causa Asociada	Fx
Insuficiencia respiratoria aguda (25%)	8	Crisis asmática (6.3%)	2	Asma Bronquial (6.3%)	2
		Neumonía (19%)	6	Desnutrición Crónica (34%)	11
Shock hipovolemico (22.3%)		Gastritis crónica (15.6%)	5	Úlcera Gástrica perforada (9.4%)	3
		Sx Diarreico agudo (6.3%)	2	Desnutrición crónica	
Edema agudo del pulmón (16%) Varices esofágicas rotas (3.1%)	5	Alcoholismo crónico (18.8%)	6	Cirrosis hepática (18.8%)	6
	1				
Hipertensión intracraneal (9.4%)	3	Politraumatismo (9.4%)	3	Trauma craneoencefálico III (9.4%)	3
Ruptura de aneurisma (6.3%)	2	Hipertensión arterial (15.6%)	5	ACV Hemorrágico (6.3%)	2
Cetoacidosis diabética (6.3%)	2	Hipertensión arterial		DM. Tipo II (6.3%)	2
Sx. Hepatorrenal (3.1%)	1	Hipertensión arterial		Insuf. Renal Crónica (3.1%)	1
Hematoma subaracnoidea (6.3%)	2	Crisis convulsiva (6.3%)	2	T.C.E. Grado III (6.3%)	2
Paro cardiaco (3.1%)	1	I.C.C. (3.1%)	1	Desnutrición crónica	

Fuente: Boleta # 2

CUADRO 5

Caracterización de casos y controles

Distribución de casos y controles conforme a variables de persona durante el periodo de mayo 2001-abril 2002 en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristobal del departamento de Totonicapán

Total	Edad en años			Estado Civil	Ocupación	Escolaridad	Grupo Étnico	Ingreso económico	Lugar de defunción
	<20	20-35	>35						
Casos	0	3 100%	0	Casada 2 (66.6%) Unida 1 (33.3%)	Ama de casa 3 (100%)	Ninguna 1 (33.3%) Primaria 2 (66%)	Maya 3 (100%)	Pobreza 2 (66.6%) No pobreza 1 (33.3%)	Casa 3 (100%)
Controles	0	3 100%	0	Casada 2 (66.6%) Soltera 1 (33.3%)	Ama de casa 3 (100%)	Ninguna 1 (33.3%) Primaria 2 (66%)	Maya 3 (100%)	Pobreza 1 (33.3%) No pobreza 2 (66.6%)	

Fuente: boleta No. 3

CUADRO 6

Distribución por frecuencia y diagnóstico de muertes maternas durante el periodo de mayo 2001-abril 2002 en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristóbal del departamento de Totonicapán

Frecuencia de muerte en edad fértil		Causa Directa	Causa Básica	Causa Asociada
Numero	(%)			
3	100	Shock hipovolemico (100 %)	Retención de restos placentarios (100 %)	Hemorragia de vía vaginal (100 %)

Fuente: Boleta No. 2 , Autopsia Verbal.

CUADRO 7

Distribución de atención materna a casos y controles durante el periodo de mayo 2001-abril 2002 en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristobal del departamento de Totonicapán

	Control prenatal			Atención del parto			Atención del puerperio		
	Medico	Comadrona	Ninguno	Medico	Comadrona	Ninguno	Medico	Comadrona	Ninguno
Caso	0	3	0	0	3	0	0	3	0
Control	0	3	0	0	3	0	0	3	0
Total	0	6	0	0	6	0	0	6	0

Fuente: boleta No. 3

VIII. . ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio se realizo en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristobal del departamento de Totonicapán y trato sobre factores de riesgo asociados a mortalidad materna , cuyo estudio demostrando que la mayor parte de los registros de defunciones revisados en los distritos municipales corresponde a la edad de 35 a 49 años en un 56 % , aunque también se demostró que en segundo lugar de las defunciones, afecto a las mujeres comprendidas en intervalo de 20 a 35 años de edad en un 41 % .

En relación a los factores asociados a mortalidad materna existen una diversidad de influencias tales como cultura deficiente , pobreza, los medios de comunicación , y la baja cobertura de atención prenatal , parto y atención durante el puerperio . Al momento de la entrevista o bien a la realización de la autopsia verbal se pregunto al familiar mas cercano acerca del fallecimiento de la misma, respondiendo este que existe varios factores que la llevaron a su muerte, la mayoría entrevistada eran solteras en un 34 % , seguidos de mujeres casadas 31 % y divorciadas en un 18 % ; Todas ellas en gran parte de ocupación ama de casa, escolaridad nula en un 53 % y con pobreza en un 59 % , no se sabe con exactitud de los fallecimientos , que suscitaron durante el periodo de estudio, ya que a la realización de una buena anamnesis se obtuvieron valiosa información de las distintas causas de muerte. Por otro lado se identificaron las causas directas de muerte mas frecuentes en mujeres en edad fértil; Dentro de ellas tenemos : Shock hipovolemico en un 16 % ,

seguido de insuficiencia respiratoria aguda en un 25 % , como causa básica crisis asmática 6.3 % , neumonías en 19 % , seguidas de las causas asociadas mas frecuentes asma bronquial en un 6.3 % y desnutrición crónica en un 34 % no podemos olvidar que muchas mujeres ya fallecidas se pasaban la mayor parte del tiempo trabajando en el campo para ayudar a la familia en la adquisición de insumos necesarios para subsistir.

Con relación a la edad de las mujeres fallecidas , la mayoría se encuentran entre los 35 a 49 años de edad , algunas con padecimientos crónicos que a la larga deterioraba su estado de salud, otras con problemas conyugales a familiares que lo hacían frustrarse o hasta deprimirse y buscaban la manera de olvidarse de sus problemas a través de la ingestión de bebidas alcohólicas en un 19 % , por lo que no se preocupan en consultar a los servicios de salud para su diagnóstico y tratamiento .

Es importante resaltar que la edad comprendida entre los 20 a 35 años de edad ocupaba el 2do. Lugar en frecuencia 41 % ; Esto da la pauta de que son vulnerables a presentar diversos factores de riesgo y los lleva posteriormente a mortalidad materna.

Respecto a la escolaridad de las mujeres fallecidas es nula en un 53 % , es analfabeta, y 47 % de las cuales la mayoría no lograron cursar el 6to. Año primaria , en tanto en el área urbana y rural.

A través de la realización de este estudio se logro identificar que la mayor parte de las comunidades son analfabetas en un 53 % , con escasos recursos en un 59 % , siendo ama de casa un 78 % , pero esto no significa que prevalece la utilización de patrones de crianza negativa, ya que en realidad no refleja la escolaridad de la persona fallecida.

Con relación a los casos y controles, se realizó únicamente 3 controles, de los 3 casos encontrados, que corresponde a los 20 a 35 años de edad en un 100 % , cuyo estado civil casada en un 67 % , con ocupación ama de casa en 100 % , con escolaridad 67 % , pero que no lograron terminar el 6to. Año primaria, y que se clasificaban como pobres de la región 67 % ; Estos datos indagados nos da la pauta de que influyen diversas circunstancias que no permita tener un nivel de vida adecuado, es decir, tanto la cultura como el estatus social y económico; Que por ende generan un problema en cuanto a responsabilidad de procrear, y de acudir a los servicios de salud , en cuanto a mujeres embarazadas para llevar a cabo su control prenatal , parto y puerperio; Con este estudio , de acuerdo a la realización de la autopsia verbal y una buena anamnesis se logro determinar a juicio personal que lo mas probable, como causa directa de muerte fue Shock hipovolemico en un 100 % , cuya causa asociada hemorragia vaginal en un 100 % , y como causa básica fue la retención de restos placentarios en un 100 % .

Por otro lado el estudio indico 3 controles de mujeres de 20 a 35 años de edad , que culminaron su gestación sin sufrir complicaciones o mortalidad materna en un 100 % , y que vivían en la localidad donde ocurrió la muerte materna .

Se determino también su estado civil en un 67 % , predominantemente casada, con grupo étnico indígena en un 100 % , ocupación ama de casa 100 % , de escolaridad primaria, alfabeto 67 % , solo que no todas lograron cursar el 6to. Año primaria, y se clasifico dentro del estatus no pobreza . En cuanto a lo anterior se indica que el grado de cultura de las pacientes controles si

influye mucho en la responsabilidad de si mismas, ya que si consultaban con las comadronas adiestradas, para llevar su control prenatal en un 100 % , conforme avanza la gestación; Además indicaron que la atención del parto son efectuadas por las comadronas en un 100 % quien presto atención prenatal y son las mismas quienes siguen observando a la paciente durante el puerperio también, también en un 100 % . Esto es a diferencia de lo que sucedía con los casos encontrados durante la investigación , ya que las mujeres fallecidas realizaban solamente el primer control prenatal en un 100 % y que posteriormente dejaban de hacerlo hasta concebir , sus partos eran atendidas exclusivamente por comadronas en un 100 % y algunas recibían atención durante el puerperio en un 100 % .

En este estudio de casos y controles no se selecciono ningún tipo de muestreo aleatorio , debido a que el numero de controles es sumamente bajo.

Es importante indicar de lo beneficioso de acudir a los servicios de salud, ya que si los casos encontrados en este estudio, hubieran llevado completamente su control prenatal, parto , y puerperio se hubiese logrado detectar a tiempo complicaciones prenatales . postnatales , y se hubiese llegado a un diagnostico y tratamiento adecuado.

IX. CONCLUSIONES

- 1- En este estudio el estado civil de las fallecidas (casos) fueron reportadas como mayoría solteras , con ocupación ama de casa, y la edad de las mismas esta comprendida entre 20 a 35 años de edad.

- 2- En ambas áreas el 100 % represento como causa directa de mortalidad materna fue sin lugar a duda Shock hipovolemico como causa asociada fue hemorragia vaginal 100 % , y como causa básica retención de restos placentarios también 100 %.

- 3- En ambas áreas el 59 % de las mujeres fallecidas fueron analfabetas y con escasos recursos económicos el 69 % .

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Dar seguimiento el estudio factores de riesgo asociados a mortalidad materna en el área urbana y rural por parte de estudiantes que están realizando su ejercicio profesional supervisado (EPS) en la facultad de ciencias medicas de la universidad de San Carlos de Guatemala

- 2.- Crear y fomentar mensajes sobre factores de riesgo asociados a mortalidad materna en los medios de comunicación mas sintonizados (radio y televisión).

- 3.- Implementar estrategias de intervención que evitaran mas muertes materna por parte del comité nacional de prevención de mortalidad materna

- 4.- Fomentar en los servicios de salud una adecuada atención prenatal, parto , y puerperio mediante programas especiales en centros, puestos y hospitales regionales.

XI. RESUMEN

El presente trabajo es un estudio de casos y controles de factores de riesgo asociados a mortalidad materna y muertes de mujeres en edad fértil (10 a 49 años), en los municipios de San Francisco el Alto y San Cristobal del departamento de Totonicapán, durante el mes de Mayo del 2,001 a Abril del 2,002.

Los objetivos del estudio fueron:

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

La población se obtuvo mediante el universo de todas las fallecidas en edad fértil (10 a 49 años) por causa relacionada con el embarazo, parto y puerperio y muertes no relacionada con la gestación , que suscitaron durante el periodo de estudio y que fueron registrados en las municipalidades de los municipios a estudio.

Se registraron 35 defunciones en ambas regiones, entre ellas 3 casos de mortalidad materna, con sus respectivos controles , y el resto fueron muertes en edad fértil , llama la atención que la mayoría de las defunciones y controles se definieron dentro de los 20 a 35 años de edad en un 44 %, Además se indica que existe una gran diferencia entre los casos y controles, esto es debido a que pacientes ya fallecidas (casos) no consultaban a los servicios de

salud, por la falta de conocimientos, es decir a la nula escolaridad; La causa directa de muerte fue Shock hipovolemico en un 100 % a consecuencia de hemorragia vaginal 100 % y retención de restos placentarios en un 100 % , en cambio sucedía lo contrario entre los controles que eran madres que en su totalidad casadas 100 % , acudían a los servicios de salud para su control prenatal, parto y puerperio ; estas pacientes si asistieron a las escuelas , aunque no todas terminaban el 6to. Año primaria, por lo que si tiene gran influencia el tener un mejor conocimiento .

XII. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ministerio de Salud Publica departamento de epidemiología .
Memorias anual de vigilancia epidemiológica. Indicadores básicos de análisis de situación de salud republica de Guatemala, 2,001 área de salud; Tonicapán , San Cristobal , Pág. 5.

- 2.- Ministerio de Salud Publica de epidemiología. Memorias Anual de Vigilancia Epidemiológica. Indicadores básico de análisis de situación de salud Republica de Guatemala, 2,001area: Tonicapán, municipio San Francisco el Alto. Pág.4

- 3.-Population Council, Mortalidad Materna: perinatal- Infantil.
<http://newweb.www.panp.org/spanish.crap/ht>

- 4.-Ramírez, Helena. Indicadores de salud Materna y perinatal.
<http://popul.eest.ucr.ac/curso web/332 list.htm>.

- 5.-Razum, Oliver . Mortalidad Materna. <http://www. Salud Publica. Com>.

6.-World Health Organization. Et al. Health situation in The American basic indicators, 2,001. [Http://www.paho.org/sha](http://www.paho.org/sha).

7.-Shieber, Barbara. Estimulación de la Mortalidad Materna en Guatemala. GSD. Consultores Asociados /Guatemala, Marzo 2,000. Pág. 11.

8.-Centro o Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM): Mortalidad Materna: El índice en el país es uno de los mas alto de Latinoamérica .

[http://www. Salud publica.com/Ampl./amp107abril 55.htm](http://www.Salud publica.com/Ampl./amp107abril 55.htm).

9-Investigación mas documentación S.A. La mortalidad materna aumento en 59 % en cinco años. <http://www. Salud publica .com/amp106/feb 089.htm>.

10.- Family care international : la mortalidad materna. Email 10 @ familycarent . Org.

11.-Bernal Recinos, Karen Dallon.. Mortalidad Materna y su perfil epidemiológico, tesis (medico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de Ciencias Medicas. Guatemala Septiembre de 2,001.

12.-OMS/FNUAP/UNICEF/ banco Mundial, reducción de la Mortalidad Materna. Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/ Banco Mundial. Ginebra OMS 1,999 Pág. 17.

13.- Municipalidad de San Francisco el Alto . Diagnostico del departamento Totonicapán, Fundación Centro Americana de desarrollo FONAPAZ. de Guatemala, centro América 1997, Pág. 18.

14.-Plan de acción para la reducción de Mortalidad Materna en las Americas. Bol. Of.sanit.psanam. 1,997. 110(5), 448-54.

15.-Evaluación del Sistema de Vigilancia epidemiológica activa para mortalidad Mortalidad: Republica de Guatemala, Enero, 1,999. Pág. 53.

16.-Municipalidad de San Cristobal, Departamento de Totonicapán. Fundación Centro Americana de desarrollo FONAPAZ. Guatemala, centro América. Pág. 18.

17.-Ministerio de salud publica departamento de Epidemiológica. Indicadores básico de análisis de situación de salud Republica de Guatemala , 2,001 área de salud: Totonicapán, Pág. 4.

18.-Méndez Salguero, Ángela Magdalena. Uso de la autopsia verbal en Mortalidad Materna. Tesis (Medico y cirujano)

XIII. ANEXOS

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 caso	

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- Diagnostico de muerte según libro de defunciones.	

Nota: La boleta no se ingresara 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.

Boleta 2

Criterio: Debe contener los datos de todas la 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- Comerciantes	6- Agricultura
A6 Estado civil	1- Soltera	2- Casada	3- Unida
	4- Divorciada	5- Viuda	
A7 Escolaridad	1- Ninguna	2- Primaria	3- Secundaria
	3- Diversificada	5- Universitaria	
A8 Grupo Étnico	1- Maya	2- Xinca	3- Garifuna
	4- Ladino		
A9 No. De integrantes en la familia			
A10 Ingreso económico			
1- No pobre	> 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 Numero de cesáreas		B4 No. De abortos	
B5 Numero de hijos vivos		B6 Numero de hijos muertos	
B7 Fecha de ultimo parto			

C- Diagnostico de muerte

Nota: complete 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- Transito 4- Otros

Boleta 3

Entrevista a familiares de la fallecida sobre factores de riesgo

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

A- Datos Sociodemográficos

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

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- Comerciantes	6- Agricultura
A6 Estado civil	1- Soltera	2- Casada	3- Unida
	4- Divorciada	5- Viuda	
A7 Escolaridad	1- Ninguna	2- Primaria	3- Secundaria
	3- Diversificada	5- Universitaria	
A8 Grupo Étnico	1- Maya	2- Xinca	3- Garifuna
	4- Ladino		
A9 No. De integrantes en la familia			
A10 Ingreso económico			
1- No pobre	> 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 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 no 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 Kms 2- 5 a 15 Kms 3- 16 a 20 Kms 4- > 20 Kms		

AUTOPSIA VERBAL

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL DIAGNOSTICO DE MUERTE EN 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 de salud institución voluntario de salud.
- Explique a los familiares de la persona fallecida, el propósito de su visita, utilice lenguaje sencillo y respetuoso hacia los entrevistados.

A- Datos generales de la persona entrevistada

Si se niega a dar información, obviar este componente

A1 Nombre		
A2 Edad		
A3 Escolaridad		
A4 Parentesco		
A5 Habla y entiende español	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
A6 Utilizo traductor	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
El entrevistado se percibe	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
A7 Colaborador		
A8 Poco colaborador	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

B- Relato de la historia de la enfermedad que ocasiono 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 sino hay alguna información que considere de importancia.

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

C- Antecedentes obstétricos relacionados con la muerte.

C1 Estaba embarazada	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
C2 Murió durante el embarazo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
C3 Murió durante el parto	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
C4 Después de nacido el niño	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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, síntomas o padecimientos crónicos en la fallecida.
- Cuando pregunte sobre la presencia de estos signos, síntomas o morbilidades procure utilizar un lenguaje simple y en el mejor de los casos, de uso común en la comunidad de la persona entrevistada.

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 para respirar	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 embarazo
D17 Tétanos	D39 Uso indiscriminado de medicamentos
D18 Cuello rígido	D40 Ingestión de sustancias toxicas
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 enfermedades crónicas degenerativas

Diagnostico de la muerte

Con la información obtenida, durante la entrevista, indique cual es su diagnostico 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.
- Varices esofágicas rotas.
- Pielonefritis crónica.
- Alcoholismo crónico.

Causa directa: varices esofágicas rotas.

Causa asociada: Cirrosis alcohólica

Causa básica: alcoholismo crónico.

