

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA DE OCCIDENTE  
QUETZALTENANGO



**DEMORAS Y SU INFLUENCIA EN LA  
MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO  
DE CONCEPCION TUTUAPA, SAN MARCOS  
EN LOS AÑOS 2006 AL 2009**

Estudio descriptivo retrospectivo transversal,  
realizado en los meses de  
Junio a Septiembre del año 2010

**ELSY ZITA LOPEZ OROZCO**

Asesora: Licda. Sandy Daleth Wannam Escobar  
Revisora: Msc. Mirna Isabel García Arango

**TESIS**

Presentada A Las autoridades De La Facultad De Ciencias  
Médicas De La Universidad De San Carlos De Guatemala  
y  
Escuela Nacional De Enfermería De Occidente  
Quetzaltenango

Previo a optar el grado de

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Quetzaltenango, Guatemala, Noviembre de 2011



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela Nacional de Enfermería de Occidente  
Quetzaltenango



**ARTICULO 8o. RESPONSABILIDAD**

Solamente el autor es el único responsable de los conceptos y opiniones expresados en el contenido del trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad de San Carlos de Guatemala.



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA DE OCCIDENTE  
12 Avenida 0-18 zona 1, Quetzaltenango Tel. 77612449 – 77631745  
E – mail enoxela@hotmail.com



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
GUATEMALA A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERÍA DE OCCIDENTE. QUETZALTENANGO.

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS TITULADO

“DEMORAS Y SU INFLUENCIA EN LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO  
DE CONCEPCION TUTUAPA, SAN MARCOS  
EN LOS AÑOS 2,006 AL 2,009”

Presentado por la estudiante ELSY ZITA LÓPEZ OROZCO  
Carné 199823582  
Trabajo Asesorado Por: Licda. Sandy Daleth Wannam Escobar  
Y revisado por: Msc. Mirna Isabel García Arango

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado  
académico de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 y  
9.2 del ACTA 32-2004

Dado en la ciudad de Quetzaltenango a los 9 días del mes de noviembre del  
año dos mil once.

Msc. Mirna Isabel García Arango  
DIRECTORA



Vo.Bo.

Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal  
DECANO





Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela Nacional de Enfermería de Quetzaltenango  
Unidad de Tesis



Quetzaltenango, 9 de Noviembre de 2011

Enfermera  
Elsy Zita López Orozco  
Presente

Se le da a conocer que el informe Final de su trabajo de Tesis Titulado: "DEMORAS Y SU INFLUENCIA EN LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN TUTUAPA, SAN MARCOS EN LOS AÑOS 2006 AL 2009" Ha sido REVISADO y al establecer que cumple con los requisitos establecidos por esta Unidad, se le autoriza, a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su examen privado y público.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licda. Alma Emilia Valdez de Camey  
Coordinadora  
Unidad de Tesis



c.c. Archivo  
c.c. Estudiante  
cc. Directora

## **ACTO QUE DEDICO**

### **A JESUCRISTO**

Porque de Él emana la sabiduría, y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia, por su respaldo fiel en mi vida física y espiritual permitiendo alcanzar este ideal.

### **A MI MADRE**

Roselvina Orozco de López (Q.E.P.D) este triunfo sea una rosa más para la corona de su cabeza, jamás olvidaré su apoyo, amor, bendiciones, y sabiduría que guían mi camino hoy, mañana y siempre.

### **A MI PADRE**

Ejemplo de amor, unión, tenacidad para alcanzar nuestros sueños aun en contra de las adversidades.

### **A MIS HERMANOS (AS)**

Por estar siempre unidos, especial gratitud a Hugo, Gilmy y Kelly.

### **A MI ESPOSO e HIJO**

Haroldo Antonio Hidalgo, y Ángel Antonio con respeto, y estímulo para consolidar este triunfo.

### **A MIS SOBRINOS(AS)**

Con cariño, especialmente a Fernando Josué, y Carlos Fernando.

**A**

Las 13 familias visitadas, autoridades a nivel local de las 10 comunidades visitadas (alcaldes Auxiliares de turno) al personal auxiliar de enfermería y autoridades del Centro de Atención permanente de Concepción Tutuapa por su incondicional apoyo y permitir realizar la investigación.

### **A COMITÉ DE TESIS DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA DE OCCIDENTE**

Por permitirme alcanzar este éxito.

**A**

Dra. Alma Zoemia Chew de Cárcamo, Licda. Silvia Juárez de Orozco, Dra. Elisa Barrios de León, por todo su apoyo en alcanzar este sueño.

### **A MIS AMIGAS(OS) Y COMPAÑERAS DE TRABAJO:**

Con especial aprecio a Licda. Patricia Orozco, Licda. Viridiana Ramos, Dr. Juan Pablo Velásquez y P.C. Arlyn Escobar.

### **AGRADECIMIENTO ESPECIAL**

A Msc. Mirna García Arango, Licda. Sandy Wannam Escobar, Licda. Ximena Enríquez, Licda. Alma Emilia Valdez y Licda. Celeste Fuentes por su capacidad profesional en la revisión, asesoría, y colaboración en la elaboración del presente trabajo.

### **A ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA DE OCCIDENTE, UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y PERSONAL DOCENTE**

Por brindarme la oportunidad de superarme académicamente.

## INDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA</b> .....	3
A. Antecedentes.....	3
B. Definición Del Problema.....	6
C. Delimitación Del Problema.....	8
D. Planteamiento del Problema. ....	8
<b>III. JUSTIFICACION</b> .....	9
<b>IV. OBJETIVOS</b> .....	13
<b>V. REVISIÓN TEORICA DE REFERENCIA</b> .....	15
A. Mortalidad Materna.....	15
B. Complicaciones Obstétricas.....	16
C. Influencia De Las Demoras en La Muerte Materna....	32
1. Primera demora.....	33
2. Segunda demora.....	35
3. Tercera demora.....	36
4. Cuarta demora.....	37
D. Contexto Sociocultural Del Municipio De Concepción Tutuapa. ....	38
<b>VI. MATERIAL Y METODOS</b> .....	41
A. Tipo De Estudio ....	41
B. Unidad De Análisis.....	41
C. Población.....	41
D. Operacionalización De Variables.....	43
E. Descripción Detallada De Técnicas Procedimientos e instrumento a utilizar ....	48
F. Alcances y Límites De La Investigación.....	49

## RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue identificar la influencia de las cuatro demoras en la muerte materna en el municipio de Concepción Tutuapa en los años 2006 al 2009.

Se realizó la investigación en este municipio debido a que es uno de los municipios de riesgo del departamento de San Marcos por presentar la razón de mortalidad más alta en los últimos cuatro años. Por la repercusión que tiene sobre la familia, así mismo porque la muerte de una mujer por hechos relacionados con el embarazo, parto y posparto es una experiencia devastadora para la misma y para los niños que sobreviven.

El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal obteniendo la información por medio de una entrevista estructurada la cual se aplicó a 13 familiares cercanos a las mujeres que fallecieron. Se realizaron visitas domiciliarias en las comunidades donde ocurrieron las muertes maternas se planificaron tomando en cuenta la distancia de la comunidad y domicilio del entrevistado (a) dicho estudio se realizó en el mes de junio a septiembre del 2010.

De acuerdo a la información obtenida se procedió a tabular y analizar los datos obteniendo los resultados siguientes: la tercera influyó substancialmente en la mayoría de las muertes el acceso a la vivienda de los familiares donde las pacientes murieron es difícil de transitar en regiones montañosas, veredas y caminos angostos en declive y de peligro con deslizamiento de tierra, carreteras de terracería en mal estado, y sin mantenimiento, las comunidades son lejanas de los



sobre emergencias obstétricas, que se fomente las visitas domiciliarias a pacientes con alto riesgo y en el posparto.

Dentro de las recomendaciones en base a los resultados obtenidos de la investigación están: que el distrito de salud implemente un plan de sensibilización de la situación de la mortalidad materna su incidencia consecuencias a nivel familiar, social y económica dirigido a las autoridades municipales, a los hombres y mujeres, comunidad, otros sectores de la sociedad civil, proveedores de salud para tener una respuesta integral y efectiva en acciones o intervenciones que contribuyan en su reducción.

## I. INTRODUCCION

Desde hace dos décadas ha venido aumentando considerablemente el conocimiento de las causas y circunstancias que provocan mortalidad, discapacidad y muerte de las mujeres, relacionadas con el proceso del embarazo, parto y puerperio. A pesar de los esfuerzos e intervenciones que se han realizado las mujeres siguen falleciendo.

Por tal razón y como respuesta a esta situación se realizó la presente investigación de campo con el objetivo de determinar la influencia de las cuatro demoras en la muerte materna en el municipio de Concepción Tutuapa, fue de tipo descriptivo debido a que se estudió un fenómeno dado permitiendo interpretar los resultados de las respuestas que indicaron las familias, y retrospectivo porque los casos objeto de estudio sucedieron en los años 2006 al 2009 y transversal porque la información se obtuvo directamente de la realidad expresada a través de una entrevista realizada en un tiempo determinado durante los meses de junio a septiembre del 2010.

Se entrevistó a los familiares de las pacientes fallecidas por causa de embarazo, parto, posparto, se realizaron visitas domiciliarias en 10 comunidades del municipio se obtuvo la información veraz y necesaria, se concluyó con los resultados representándolos y dándolos a conocer en porcentajes a través de cuadros con su respectivo análisis.

Se evidencia que poco se ha logrado en la reducción de la mortalidad materna por la magnitud tendencia e impacto que ha tenido en los años objeto de estudio concluyendo que las demoras han influido, y de manera substancial la tercera demora se refiere a que existe retraso en el

## II. DEFINICIÓN Y ANALISIS DEL PROBLEMA

### A. Antecedentes

El Municipio de Concepción Tutuapa, está ubicado al norte de la cabecera departamental de San Marcos, el cual dentro de su contexto geográfico tiene una extensión territorial de 176 kilómetros cuadrados, limita al norte con el departamento de Huehuetenango, al este con los municipios de San José Ojetenam e Ixchiguán, al sur con la Villa de Tejutla, y al oeste con el municipio de San Miguel Ixtahuacán; en su entorno socioeconómico sus mujeres se dedican a los quehaceres domésticos y apoyo en las actividades agrícolas. Existe un índice de analfabetismo del 50%, de este porcentaje las mujeres representan el 30%, dentro de los indicadores básicos de análisis en relación a salud según la memoria de informática y vigilancia epidemiológica del municipio la muerte materna ha sido predominante, especialmente en los últimos años. Afectando la integridad del grupo familiar y por consecuencia la estructura social en general.

El grupo de población más susceptible de enfermar o morir es el materno infantil, la probabilidad de daño en la mujer se debe a causas vinculadas con el proceso reproductivo que acompañan el embarazo, parto, puerperio y factores externos haciéndola potencialmente propensa de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de llegar a embarazarse.

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres que refleja la

mortalidad materna más alta en los últimos cuatro años de acuerdo a la identificación y documentación estadística es Concepción Tutuapa. Siendo un total de tres muertes en año 2006, la razón es de 163 x 100,000 nacidos vivos, en el 2007 fueron dos, la razón es de 113 x 100,000 nacidos vivos; en el 2008 fueron tres, la razón es de 163 x 100,000 Nacidos vivos; en el año 2009 ocurrieron 5 muertes la razón es de 289 x100, 000 nacidos vivos la principal causa de muerte fue la hemorragia (durante el parto, y post parto), sepsis puerperal, eclampsia y síndrome de Hellp el mayor porcentaje de las muertes han ocurrido en el hogar.

La influencia de los suegros y el esposo en la toma de decisiones para el traslado de la mujer con trabajo de parto complicado a los servicios de salud, fue un estudio realizado en el año 2009, por Francisco Baldomero Álvarez García en el cantón Chontalá del Municipio de Chichicastenango, del departamento del Quiché, esto en relación a la primera demora determinando que en esos momentos “en todas las decisiones que se toman en la familia el esposo es quien opina, indica y sugiere si la atención del parto es en el hogar y es quien decide si se traslada o no a la mujer con trabajo de parto a los servicios de salud, el nivel de participación de la mujer en esta situación es nulo las personas que deciden son: el esposo cuando se encuentra presente y la suegra en ausencia de éste.”(2)

En el año 2004 se realizó el estudio titulado: Factores de Riesgo de la Mortalidad Materna en San Marcos, Guatemala, por Elisa Barrios de León, mismo que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en ese departamento; el

muertes, dos más que en los tres años anteriores, según memoria informática, vigilancia epidemiológica (indicadores básicos de análisis de situación de salud del municipio) y vigilancia de la muerte materna por el departamento de epidemiología del área de salud de San Marcos del año 2009.

En este contexto es importante considerar que existen condicionantes, causas y factores determinantes que pueden ser prevenibles en la suscitación de muerte materna, por ejemplo: las mujeres y la familia no reconocen que el embarazo debe tratarse como una etapa especial durante la cual deben de recibir cuidados apropiados de acuerdo a su estado y ser conscientes de que en cualquier momento puede complicarse presentando signos generales de peligro que ponen en inminente riesgo su vida. Otro factor importante es que las mujeres no tienen mayor libertad para determinar su propia salud, aunque reconozcan que está en peligro su vida debido a la inequidad de género, desvalorización, dependencia masculina, y desarrollo humano limitado, lo cual no les permite participar activamente en este proceso, por lo que no asumen el derecho a decidir por sí mismas en busca de atención inmediata y oportuna. Algunas mujeres enfrentan limitaciones físicas, socioculturales, financieras, geográficas y de medios de transporte para llegar a los servicios de salud para su atención médica, siendo otros elementos de riesgo. Otro aspecto importante es que la futura madre debe recibir una atención de calidad, sin embargo esta es deficiente y retardada por falta de competencia de los proveedores de salud, falta de insumos y equipo médico quirúrgico apropiado, finalmente todos estos factores se convierten en una ruta crítica que pone a las mujeres embarazadas en

### III. JUSTIFICACIÓN

La mayoría de mujeres guatemaltecas, que viven en condiciones de pobreza, deben alternar el trabajo doméstico con múltiples actividades que ayudan a la generación de ingresos para asegurar la sobrevivencia de la familia, haciendo a un lado sus propias necesidades de prevención, promoción y atención de salud integral. Dentro de este contexto la muerte materna afecta el desarrollo humano de las comunidades y especialmente de las familias.

Se eligió este tema de estudio debido a la repercusión que tiene sobre la familia, la muerte de una mujer por hechos relacionados con el embarazo, parto y posparto, es una experiencia devastadora para la familia y para los niños que sobreviven.

Otro de los factores importantes para la elección del problema a investigar son las características del municipio, debido a que “la magnitud de la mortalidad materna puede considerarse un indicador de la desventaja social de las mujeres, de hecho, en las sociedades donde la mujer tiene mayor participación social y disfruta de un reconocimiento más amplio de sus derechos básicos, contribuye a que el índice de mortalidad materna sea más bajo.”<sup>(4)</sup>

Desde hace dos décadas ha venido aumentando considerablemente el conocimiento de las causas y circunstancias que provocan mortalidad, discapacidad y muerte de las mujeres, relacionadas con el proceso del embarazo, el parto y puerperio. A pesar de los esfuerzos e intervenciones que se han realizado, las mujeres siguen falleciendo. Por tal razón y como respuesta a esta situación se considera elemental realizar la

Siendo un compromiso de definir programas, planes estratégicos, intervenciones integrales y acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y costo efectivas, dentro de un contexto de coordinación, participación de todos los actores y sectores, unificando esfuerzos que impactarán en mejores condiciones de salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, familia, y comunidad, siendo una inversión social y económica que contribuye al desarrollo y progreso del país.

## IV. OBJETIVOS

### A. General

Determinar la influencia de las cuatro demoras en la muerte materna en el municipio de Concepción Tutuapa, en los años 2006 al 2009.

### B. Específicos

1. Determinar cuál de las cuatro demoras influyó de manera sustancial en la muerte materna.
2. Identificar otros factores que inciden en cada una de las demoras y su influencia en la mortalidad materna.
3. Identificar las causas de muerte materna más frecuentes en los cuatro años, objeto de estudio.
4. Determinar el lugar o sitio más frecuente donde ocurrió la muerte materna.
5. Identificar según la opinión de los familiares los aspectos que deben mejorar los servicios de salud para brindar una mejor atención a las mujeres durante el período del embarazo, parto y posparto.
6. Determinar qué grupo etáreo y étnico es el más afectado en las muertes maternas.



## V. REVISIÓN TEORICA Y DE REFERENCIA

### A. Mortalidad Materna

La muerte materna es definida por la Organización Mundial de la Salud como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto, puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales independientemente de la duración y lugar de la gestación.

Esta mortalidad es un importante indicador del desarrollo humano alcanzado en los países industrializados, debido a que la mayoría de sus causas son evitables. La décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades define una muerte materna como “la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.” (8)

Esta clasificación permite establecer la magnitud y tendencia de la mortalidad y morbilidad materna y descartar aquella que no cumpla con la definición del caso, es decir no relacionada con el embarazo o su atención (accidente de tránsito, mujeres de otras edades sin historia de embarazo o aborto.)

Las causas de muerte materna pueden ser:

sangrado después del parto (ruptura y atonía uterina, desgarros del tracto genital, retención de placenta o fragmentos) infección (aborto realizado en condiciones de riesgo o séptico, amnionitis, metritis, y pielonefritis) traumatismo (lesión del útero o intestino durante el aborto, ruptura uterina, desgarro del tracto genital).

### 1. Shock

Se caracteriza por “la incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo adecuado de los órganos vitales. Que requiere tratamiento inmediato e intensivo por ser una afección potencialmente mortal.”(9) Se debe sospechar shock si se presentan al menos una de estas manifestaciones:

- a. “Pulso rápido y débil (110 por minuto o más)
- b. Presión arterial baja (sistólica menos de 90 mm de Hg)
- c. Palidez (especialmente en el interior de los párpados, la palma de las manos y alrededor de la boca)
- d. Sudoración o piel fría y húmeda
- e. Respiración rápida (frecuencia de 30 respiraciones por minuto o más)
- f. Ansiedad, confusión o inconsciencia
- g. Producción escasa de orina (menos de 30 ml por hora).”(10)

### 2. Hemorragia antenatal

Durante un embarazo normal la placenta está firmemente unida a la pared del útero y no debe de ocurrir ninguna hemorragia vaginal. Cualquier cantidad de hemorragia vaginal es conocida como hemorragia antenatal. Es señal de que algo anda mal e indica un peligro serio para la madre y/o el niño en riesgo.

Cuando un sangrado vaginal se presenta durante las primeras 22 semanas de embarazo debe considerarse como un embarazo ectópico, aborto, amenaza de aborto, embarazo molar.

#### 4. Aborto

“Se llama aborto a la interrupción del embarazo antes de que el producto de la concepción alcance las 22 semanas de vida intrauterina o un peso de 500 gramos.”<sup>(13)</sup>

Tipos de aborto: signos clínicos

- a. Amenaza de aborto sangrado genital escaso en pacientes con embarazo demostrado acompañado de dolor tipo cólico y orificio cervical cerrado.
- b. Aborto en curso dilatación cervical y se toca el producto de la gestación en el conducto cervical.
- c. Aborto inevitable además de lo anterior ruptura espontánea de membranas ovulares.
- d. Aborto incompleto el producto de la gestación ha sido expulsado parcialmente, orificios cervicales dilatados. Útero se mantiene blando y grande, hemorragia persistente.
- e. Aborto completo: el producto de la gestación se ha expulsado en su totalidad el útero disminuye de tamaño, se retrae y cierran los orificios cervicales disminuye o desaparece la hemorragia uterina y el dolor hipogástrico.
- f. Aborto recurrente cuando se han perdido tres gestaciones consecutivas
- g. Aborto séptico, aborto complicado por infección, caracterizado por malestar general, fiebre, secreción vaginal con mal olor, secreción purulenta del cuello uterino.

La cantidad de hemorragia corresponde al grado de desprendimiento el cual depende del sitio de inserción y del grado de estiramiento del útero que aumentará cuando crezca el feto.

La hemorragia vaginal por placenta previa usualmente no provoca dolor, puede ser profusa y detenerse espontáneamente pero suele presentarse severamente en fases posteriores del embarazo o durante el trabajo de parto.

Dependiendo de su localización, una placenta previa puede obstaculizar el descenso fetal o bloquear el cérvix por completo a la hora del parto. La placenta previa es una condición que puede ser mortal.

Por esta razón las señoras con hemorragia (aunque aparentemente haya cesado) siempre debe ser referida al hospital.

#### 7. Desprendimiento prematuro de placenta

“Se denomina a una placenta implantada en el lugar correcto pero que se separa de la pared uterina antes del parto, usualmente se desconoce la causa de esta separación, aunque frecuentemente se asocia con la hipertensión.”(16)

Algunas veces la hemorragia se queda atrapada adentro del útero detrás de la placenta y no sale sangre o sale muy poca, en este caso el útero se dilata, se siente dolor y duro al tacto, si la hemorragia sale, entonces es posible que el útero se sienta suave al tacto y no duela.

- d. Dehiscencia de cicatriz hay rotura de la cicatriz anterior las membranas ovulares se encuentran intactas y el feto se encuentra en cavidad uterina.

Sintomatología de rotura uterina: “signo de bandl (anillo de contracción patológica que se visualiza en el abdomen), ligamentos redondos tensos y dolorosos, edema vulvar, signo de Chiari, (Hemorragia vaginal).”<sup>(18)</sup> Puede presentarse muerte fetal, difícil palpación del feto vía abdominal, hemorragia oscura y escasa, presencia de hemorragia interna, shock hipovolémico, dolor agudo, cese de contracciones en forma repentina, útero lateralizado, tenesmo urinario.

#### 9. Sangrado vaginal después del parto

“La hemorragia del posparto es un evento potencialmente mortal que puede aparecer casi inesperadamente y que a menudo pasa desapercibido hasta que la madre tiene síntomas profundos, esta complicación requiere de un tratamiento intensivo y sistemático para evitar la morbilidad y mortalidad materna.”<sup>(19)</sup>

La hemorragia del posparto es la causa más común de mortalidad materna y puede deberse a atonía uterina, retención de placenta o fragmentos de placenta, lesiones y rasgaduras ocasionadas durante el parto.

La hemorragia puede ser súbita y a menudo catastrófica según la definición tradicional contempla una pérdida de sangre superior a 500 ml para un parto y 1,000 ml para una cesárea. “La hemorragia posparto se ha clasificado de comienzo precoz

12. Retención de fragmentos placentarios

Es cuando parte de la placenta uno o más lóbulos quedan retenidos, ello impide que el útero se contraiga eficazmente los esfuerzos que se hagan para extraer una placenta que no se separa fácilmente puede producir un sangrado profuso o una perforación uterina que requiere histerectomía. La atención inmediata y con competencia profesional puede evitar complicaciones más graves que comprometa aun más la vida de la mujer.

13. Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo

Los desgarros del canal de parto son la segunda causa más frecuente de hemorragia posparto. Los desgarros pueden coexistir con un útero atónico la hemorragia posparto con útero contraído se debe generalmente a un desgarramiento del cuello, del útero o de la vagina.

14. Inversión uterina

Se dice que el útero se ha invertido cuando se vuelve del revés, es decir la parte interna se convierte en parte externa durante la expulsión de la placenta.”<sup>(23)</sup> Entre sus signos y síntomas están dolor pélvico abdominal, hemorragia, ausencia del fondo uterino en abdomen, shock hipovolémico. Esta complicación se puede prevenir con el manejo correcto del tercer período de acuerdo al protocolo de atención y su restitución es manual por proveedores competentes a nivel hospitalario.

15. Toxemia (pre-eclampsia-eclampsia)

“Es la hipertensión que aparece en el último trimestre del embarazo con una presión arterial arriba de 140/ 90, con

feto que no son de vértice y conlleva riesgo para la vida de la madre y del niño(a) durante el trabajo de parto.”(26)

En un parto en podálica primero se presentan los glúteos, las rodillas, o los pies del niño(a). En esta presentación las partes del feto que aparecen no son duras, ni redondas como la cabeza, por lo tanto, no estimulan la dilatación. Además, los miembros inferiores y glúteos del feto tienen un diámetro más pequeño que la cabeza por lo que pueden deslizarse a través del cuello del útero, permitiendo que el descenso principie antes que se complete la dilatación cervical. Esta es una situación delicada porque es probable que la parte más proporcional del cuerpo (la cabeza) no pase a través del cuello del útero y se quede allí, cuando sucede esto frecuentemente el cordón umbilical se comprime entre la cabeza del niño(a) y los huesos pélvicos de la madre impidiendo que fluya la sangre al feto, lo que le provoca la muerte.

En una presentación de hombros o posición transversa se presenta un brazo, un hombro o espalda, con la cabeza a un lado y las piernas al otro lado del abdomen de la señora. El niño(a) en posición transversa nunca puede nacer por vía vaginal, la conducta es hacer una intervención quirúrgica cesárea inmediata y oportuna, de lo contrario se romperá el útero de la señora y morirá, no solo ella sino también el niño(a).

#### 17. Trabajo de parto obstruido

“Fallo en el descenso del feto por el canal de parto por razones mecánicas, a pesar de buenas contracciones uterinas.”(27) Los

La sepsis post-parto es una infección sistémica extremadamente seria, que provocará la muerte de la madre o infertilidad si no se le da tratamiento oportunamente.

## 19. Enfermedades pre-existentes

### a. Cardiopatías

La presencia de una enfermedad cardíaca hace más difícil la decisión de la mujer de tener un embarazo. Sin embargo una embarazada con problema cardíaco durante todo el período requiere una valoración detallada para terminar el potencial de una salud materna óptima y un feto viable.

Las cardiopatías durante el embarazo son cada vez menos frecuentes principalmente debido a la importante disminución de las cardiopatías reumáticas y de otros tipos; con la utilización de mejores métodos diagnósticos y tratamiento están permitiendo que mayor número de estas pacientes puedan llegar del embarazo hasta el parto. Las cardiopatías en el embarazo son fundamentalmente enfermedades congénitas que con frecuencia se han corregido mediante cirugía.

El embarazo produce un aumento significativo en la frecuencia del pulso, aumento del gasto cardíaco mayor del 30%, un aumento del volumen plasmático y sanguíneo. Tanto la capacidad vital como el consumo de oxígeno aumentan solo en forma ligera durante el embarazo.

“El esfuerzo físico del trabajo del parto, el parto y el puerperio imponen una sobrecarga al corazón materno que puede ser



### c. Nefropatías

En ocasiones algunos embarazos se complican con una disminución significativa de la función renal debida a anomalías renales congénitas o neuropatías adquiridas. “En general, una paciente con una disfunción significativa (creatinina sérica >3 mg/dL o BUN > 30 mg/dL ) antes del embarazo no puede llegar a término. Sin embargo algunas mujeres con nefropatías más graves han tenido niños más viables. También se ha observado un éxito similar en pacientes con diálisis de mantenimiento o después de un trasplante renal.”(32)

En la mayoría de las mujeres que padecen el síndrome nefrótico, el embarazo tiene un resultado exitoso siempre y cuando no presenten hipertensión o insuficiencia renal grave.

### d. Infección urinaria

Son infecciones bacterianas que se encuentran con mayor frecuencia durante el embarazo, la infección sintomática puede afectar la parte baja de las vías urinarias y causar cistitis los microorganismos causantes son los que provienen de la flora perineal normal. “Las Infecciones urinarias son frecuentes en el embarazo, aparentemente porque la dilatación y el hipo peristaltismo uretrales de causa hormonal y la presión del útero gestante sobre los uréteres provocan estasis de la orina. Se produce bacteriuria asintomática en alrededor del 15% de los embarazos y en algunos casos progresa a cistitis o pielonefritis sintomática.”(33) El diagnóstico y tratamiento de la Infección urinaria es similar a los de las pacientes no embarazadas, excepto en que se deben evitar los fármacos que pueden afectar al feto.

embarazo y después de este causando daños irreversibles e irreparables.

Para enfocar esta problemática y para implementar las estrategias y acciones específicas para reducir la mortalidad materna neonatal en el país, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del plan estratégico toma como base el modelo de las cuatro demoras adaptado del modelo de Deborah Maine y Proyecto Mother Care el cual aborda el problema de la mortalidad materna de la siguiente manera las demoras son todos aquellos factores que inciden negativamente en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, posparto y en atención del recién nacido/a, a continuación se describe cada una de ellas:

#### 1. Primera demora

Es el desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales generales de peligro hemorragia vaginal, dolor intenso de la cabeza acompañada de otras manifestaciones clínicas (mareos, visión borrosa), dificultad para respirar, fiebre, dolor intenso del epigastrio (la boca del estómago) y convulsiones que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, posparto, y del recién nacido/a por la influencia de otras condicionantes generalmente por la falta de orientación a los familiares comadrona y comunidad por parte de los proveedores de salud para la detección de los signos y señales de peligro, y la actitud que toman los familiares por la influencia de costumbres, creencias y prácticas restándole importancia a la maternidad no como un proceso sino más bien como un acontecimiento que se centra en el momento del parto y casi exclusivamente en la

comparte su responsabilidad con la suegra, comadrona o quienes están ayudando a la madre en el parto y se consideran con experiencia y capacitadas para determinar la gravedad de las complicaciones.”<sup>(36)</sup> Es por eso la tardanza en acudir a los servicios de salud agravando la complicación. En el posparto inmediato en el hogar el rol de la suegra, partera, y el esposo es importante para identificar complicaciones; cuando el parto es en el hogar generalmente no se acude a los servicios de salud porque es la suegra más que la comadrona y es quien determina la gravedad de la complicación debido a su experiencia, confiando plenamente en ella para resolver cualquier situación.

## 2. Segunda demora

Aun cuando se reconozcan las señales de peligro hay falta en la toma de decisiones inmediatas y oportunas para buscar ayuda, en el proceso del embarazo recae mas bajo la responsabilidad de la madre que del esposo ella tiene más la autonomía de decisión para acudir a los servicios de salud o comadrona para confirmar el embarazo, recibir atención prenatal, para saber si el niño/a está bien o para cerciorarse que no existen complicaciones.

En el proceso del parto la madre comienza con el proceso de reconocimiento de complicaciones y la gravedad de las mismas pero va perdiendo el rol central de decisión especialmente cuando se trata de etapas consideradas como importantes parto, posparto inmediato, quienes asumen ese rol importante y clave en ese momento crucial de vida o muerte es el esposo, quien concentra esta responsabilidad pero después de hacer la

transporte, o combustible, gastos relacionados a la movilización lejos del hogar, pobreza y extrema pobreza de las familias) de infraestructura (servicios de salud lejanos, desconocimiento de existencia de un servicio de salud), falta de organización comunitaria, sensibilización e involucramiento de autoridades de nivel local, estos son imperantes en el área rural que inciden en el deterioro de la madre a tal punto que puede no llegar con vida o llegar demasiado tarde al servicio de salud apropiado.

#### 4. Cuarta demora

La cuarta demora se puede dar en la atención deficiente y retardada en los servicios de salud, por falta de personal para atender a la población, falta de proveedores calificados (con habilidades o competencias básicas para la atención materna neonatal esencial) falta de insumos y equipo médico quirúrgico, para atender las complicaciones obstétricas y recibir una atención oportuna y de calidad, tomando en cuenta que las causas clínicas que provocan el mayor porcentaje de muertes maternas son las hemorragias, la sepsis, hipertensión inducida por el embarazo y abortos. Acciones que deben dirigirse a la solución de estos problemas.

Además es necesario una respuesta integral y efectiva que involucre la sensibilidad de los hombres y el empoderamiento de las mujeres, con la participación de todos los sectores a nivel comunitario servicios de salud cercanos con capacidad resolutive, además de la respuesta eficiente de los proveedores de los servicios de salud para la promoción, prevención y atención en salud reproductiva, con adecuada y oportuna atención a las emergencias obstétricas y con personal

extrema, la población económicamente activa es el 66% (ocupada el 18% no ocupada el 8%) las comunidades más lejanas a la cabecera municipal están a 34 kms.

#### 1. Prestación de servicios de salud

En cuanto a la infraestructura y organización de los servicios de salud el municipio cuenta con nueve unidades mínimas funcionando como puestos de salud, seis financiadas por la municipalidad y tres por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cinco puestos de salud, un Centro de Atención Permanente (con resolución de partos normales de emergencia). El personal humano con que cuenta para brindar la atención son: 20 auxiliares de enfermería, cuatro enfermeras, cuatro médicos, un estadígrafo, una oficinista, dos pilotos, seis educadores, dos guardianes, un bodeguero, un operativo de mantenimiento.

#### 2. Aspecto sociocultural

Según datos estadísticos del Registro Civil del municipio el número total de partos en el 2009 fue de 1380, y de acuerdo a la atención recibida la comadrona atendió 1258 partos representando el 92%, el médico 61, representando el 4%, por ninguna persona 54, representando el 3%, por comadrona empírica 7, representando el 1%. Otro aspecto importante es que la mujer a partir de los 15 años contrae matrimonio o unión de hecho, las mujeres son sumisas y su salud depende del esposo / pareja (machismo). La mayoría de mujeres en la comunidad tiene una atención de parto en posición de rodillas, o sentada.

## **VI. MATERIAL Y METODOS**

### **A. Tipo De Estudio**

Se realizó un estudio descriptivo porque el objetivo principal fue determinar cuál de las cuatro demoras influyeron de manera substancial en la muerte materna y permitió ordenar el resultado de las respuestas que indicaron las familias. Retrospectivo, porque los casos objeto de estudios sucedieron en los años 2006 al 2009 y transversal porque la información se obtuvo directamente de la realidad y expresada a través de un cuestionario realizado en un tiempo determinado durante los meses de junio a septiembre de 2010.

### **B. Unidad De Análisis**

Las familias de pacientes que fallecieron en los años 2006 al 2009 por causas de embarazo, parto, posparto en el municipio de Concepción Tutuapa San Marcos en las comunidades de Huispache, Lacandón, Saquichinlaj, Sichivilá, Ixcanichel, San Antonio Antigua Tutuapa, Nimchim, Tictucabe, El Remate, y Yamo.

### **C. Población**

1 familiar de las 13 pacientes objeto de estudio que fallecieron por causa de embarazo, parto, posparto realizando la visita domiciliaria a cada familiar en 10 comunidades del municipio de Concepción Tutuapa alcanzando el 100%.



VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DIMENSION	INDICADOR	PRE-INSTRUMENTO
				<p>b) ¿Hubo necesidad de transportar a la madre? Si___ NO___</p> <p>c) Si la respuesta es positiva ¿a qué lugar? _____</p> <p>d) ¿A que distancia queda del domicilio al lugar donde la llevaron? A pie___Kilometros___Horas___ En carro___Kilometros___Horas___ En Bus___kilometros___Horas___ Otro(especifique)___Kilómetros___</p> <p>e)¿ Cual es la vía de transporte del lugar al servicio de salud? Carretera de terracería_____ Carretera Asfaltada_____ Camino de herradura_____ Otro_____</p> <p>f) ¿Existía el transporte para el traslado de la paciente antes de la muerte? Si___NO___ NO recuerda___</p> <p>Si la respuesta fue positiva:</p> <p>g) ¿Cuál fue el medio de transporte _____ El transporte era: Propio_____ Particular_____ Otro_____ Si la respuesta fue negativa: Que Hicieron_____</p> <p>h) ¿Existía en el momento de la complicación materna comité de emergencia en el lugar? Si___NO___NO Sabe___</p> <p>i) ¿La familia recibió apoyo del comité de emergencia en caso de necesitarlo Si___NO___ por qué_____</p>



VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DIMENSION	INDICADOR	PRE-INSTRUMENTO
			Calidad de atención recibida por el servicio y el personal	<p>c) La atención que el servicio de salud le brindó a la madre fue?  Oportuna _____  Retardada _____  Ninguna _____  ¿Por qué? _____</p> <p>d) El trato que recibió la paciente por el personal del servicio asistencial fue?  Muy Bueno _____  Regular _____  Deficiente _____  ¿Por qué? _____</p> <p>e) ¿Los medicamentos que necesitó la señora fueron proporcionados por el servicio de salud? Si _____ NO _____  Los tuvo que comprar _____  No recuerda _____</p> <p>f) ¿ Si la madre necesitó otros exámenes tuvieron algún costo Si _____ No _____  Cuánto _____ No recuerda _____</p> <p>g) ¿Con sus propias palabras, explique más recuerda respecto a la atención en el servicio de salud y no se le preguntó? _____  _____</p> <p>j) ¿Algún comentario especial referente a la atención del servicio y cómo le gustaría que fueran atendidos? _____  _____</p> <p>a) Según su opinión ¿Qué aspectos deben de mejorar los servicios de salud para brindar atención adecuada a las mujeres y sus familias?  En el embarazo _____  Durante el parto _____  En el Postparto _____</p>

se les solicitó el apoyo para localizar la vivienda de cada familia, y el acompañamiento para realizar las 13 visitas domiciliarias confirmando por unanimidad su colaboración, seguidamente se procedió a la planificación de las visitas de acuerdo a la distancia de cada comunidad y localización de las viviendas de los familiares y en consenso se acordó realizar 2 visitas cada semana.

Se entrevistó a los familiares en su casa para obtener la información veraz, confidencial y voluntaria previa explicación del objetivo del estudio y consentimiento informado, al estar de acuerdo firmaron para participar en el estudio y contestar las preguntas plasmadas en el instrumento. Una vez recolectada la información se procedió a la tabulación de datos en forma manual, luego se vació la información en forma electrónica en el programa Word en cuadros, determinando porcentajes para realizar un análisis descriptivo de cada una de las variables.

## **F. Alcances y Límites De La Investigación**

1. **Ámbito Geográfico**  
10 comunidades de Concepción Tutuapa, San Marcos.
2. **Ámbito Institucional**  
Domicilio de familiares, y Servicios de Salud
3. **Ámbito Personal**  
Familiares de mujeres fallecidas en los años 2006 al 2009
4. **Ámbito temporal**  
De Junio a septiembre 2010

## VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis de resultados de la investigación realizada con familiares (hermanos, esposos, padres, madres e hijos) sobre las demoras y su influencia en la mortalidad materna en el municipio de Concepción Tutuapa del año 2006 al 2009 en base a los resultados obtenidos a través del cuestionario estructurado aplicado en las comunidades de Huispache, Yamo, Sichivilá Saquichinlaj, Ixcanichel, San Antonio, Nimchím, Tictúcabe, Lacandón, y el Remate.

En 10 comunidades de las 72 que geográficamente tiene el municipio de Concepción Tutuapa han ocurrido 13 muertes maternas en los últimos cuatro años, siendo de mayor incidencia en las comunidades de Huispache, Yamo y Sichivilá que representa el 15 % en cada una, en el resto de las comunidades el 8%. Las comunidades antes mencionadas son aisladas, con casas muy dispersas, lejanas, de difícil acceso geográfico del domicilio de cada familia a los servicios de salud, representando un alto riesgo (veredas y caminos accidentados, montañosos de alto y bajo relieve con deslizamiento y hundimiento de tierra) las viviendas de las familias visitadas son propias construidas de adobe, con piso de tierra, hacinamiento, propietarios de varias cuerdas de terreno en declive, el 100% de las mujeres fallecidas eran del grupo étnico maya, bilingüe (idioma mam – español).

La edad de las madres fallecidas 46% de 20 a 35 años; 39% mayores de 35 años siendo los dos grupos etareos más afectados y son las mujeres con mayor número de gestas, partos, y de alto riesgo a sufrir complicaciones por su historia reproductiva o materna.

61% de las madres tenían un vínculo de unión de hecho, 31% matrimonial y 8% madre soltera; esto indica que culturalmente en este

**CUADRO No. 2**  
**ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS MUERTES MATERNAS AÑOS**  
**2006-2009. MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN TUTUAPA SAN MARCOS**

No. de pacientes	No. embarazos	%	No. de pacientes	No. de partos	%	No. de pacientes	No. abortos	%	No. de pacientes	No. cesáreas	%	No. pacientes	No. hijos vivos	%
4	1	31	3	1	23	2	1	15	1	1	8	1	1	8
3	2 a3	23	3	2 a 3	23	1	2	8	1	1	8	5	2 a 3	38
4	4 a7	31	3	4 a 6	23	1	3	8	11	0	84	4	4 a 6	23
2	10 a13	15	2	9 a 10	15	9	0	69				2	9 a 10	15
			2	0	15							2	0	15
13	57	100	13	49	100	13	6	100	13	2	100	13	51	100

Fuente: Trabajo de campo. Junio a Septiembre 2010

31% de las pacientes que fallecieron era su primer embarazo; otro 31% de 4 a 7 gestas, 23% eran primíparas, el 23% multíparas. 15% tuvo 1 aborto, 8% 2 abortos, otro 8% 3 abortos, 8% 1 cesárea, 38 % dejaron de 2 a 3 hijos, 23% de 4 a 6 hijos, el 15% de 9 a 10 hijos vivos. Este resultado indica que la mayoría de embarazos y partos transcurren sin incidentes sin embargo en algunas ocasiones representa riesgo al presentarse una complicación que puede tener consecuencia mortal lo cual podría evitarse al planear cuántos hijos tener y cuando tenerlos, pero existe la creencia ancestral y religiosa que la mujer debe tener los hijos que Dios quiera. El número de hijos que quedaron vivos son 51 algunos están al cuidado de los abuelos, otros al cuidado de familiares, papá o madrastra, en el caso de los niños recién nacidos que están vivos se quedaron al cuidado de abuelos, amigas de la madre o vecinos en calidad de adopción o regalo y los padres ante la incapacidad de no poderlos cuidar, alimentar y evitar que se mueran toman esa conducta aunque no quieran, lo cual afecta a todos al ocurrir la desintegración de la familia.

**CUADRO No. 4**  
**LUGAR DONDE OCURRIO EL FALLECIMIENTO DE LAS MUJERES,**  
**AÑOS 2006-2009. MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN TUTUAPA SAN**  
**MARCOS**

Criterios	No.	%
Servicios de Salud	2	15
Hospital privado	2	15
En el hogar	6	46
En tránsito	3	24
Total	13	100

Fuente: Trabajo de campo. Junio a Septiembre 2010

El 46% de las muertes ocurrieron en el hogar, 24 % en tránsito, 15% en un centro asistencial público, y 15% en un centro asistencial privado. Este resultado permite identificar otras condicionantes: las emergencias se dieron en horas de la noche, difícil acceso geográfico, falta de apoyo de vecinos para trasladar a las pacientes a la carretera de terracería y transportarlas en vehículo a los servicios de salud, viviendas dispersas, una de las mujeres vivía sola con sus hijos, falta de recursos económicos.

**CUADRO No. 6**  
**LOS FAMILIARES RECONOCEN LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL**  
**EMBARAZO, PARTO, Y POSPARTO AÑOS 2006-2009. MUNICIPIO DE**  
**CONCEPCIÓN TUTUAPA SAN MARCOS**

Tipo de señal de peligro que reconoce	Reconoce señales de peligro durante el embarazo				Reconoce señales de peligro durante el parto				Reconoce señales de peligro durante el posparto			
	Si	%	N0	%	Si	%	N0	%	Si	%	N0	%
	7	54	6	46	6	46	7	54	7	54	6	46
Hemorragia	5	71			5	83			7	100		
Dolor de cabeza intenso	4	57			5	83			7	100		
fiebre	5	71			5	83			4	57		
Dolor en la boca del estomago	3	42			3	50			4	57		
Dificultad para respirar	3	42			1	17						
Convulsiones	1	14			2	33						
Edema de los pies , cara y manos	1	14										
Trabajo de parto prolongado					1	17						
Mal olor									3	42		

Fuente: Trabajo de campo Junio a septiembre del 2010

54% de los familiares encuestados reconocen siete señales de peligro en el embarazo tipo de señales que reconocen: el 71% Hemorragia y fiebre, 57% dolor de cabeza, 42% dolor en la boca del estómago y dificultad para respirar, 14% convulsiones y edema de los pies, cara y manos. El 46% no reconocen ninguna señal. En el parto 46% reconoce siete señales de peligro Hemorragia, dolor de cabeza intenso, fiebre el 83%, dolor en la boca del estómago, el 50% convulsiones el 33%, dificultad para respirar y trabajo de parto prolongado y no reconocen ninguna señal el 54%. En el post parto 54% reconoce 5 señales de

doce de los 13 casos de muerte materna si fueron reconocidas señales de peligro especialmente por la comadrona que ya tiene el conocimiento y la experiencia para identificarlas. En el caso de los esposos, la familia, y la misma paciente fue importante que hayan reconocido señales de peligro, porque todos jugaron un papel importante al momento de tomar alguna decisión.

Los familiares entrevistados manifestaron que no conocen todas las señales de peligro pero en el momento que se presentó la emergencia se dieron cuenta que lo que tenía la madre no era normal y consideran que es la comadrona quien las conoce mejor, pero por su tardanza en llegar porque vive lejos y por la confianza que le tienen esperaron su opinión, circunstancia que demoró que la toma de decisión de trasladarla a un servicio de salud no fue inmediata, otra de las razones en alguno de los casos se atendieron el parto solas, prestándoles auxilio tarde.

**CUADRO No. 9**  
**NECESIDAD DE TRANSPORTAR A LA MADRE Y LA DISTANCIA EN HORAS DE LUGAR O SERVICIO DONDE LA TRASLADARON, AÑOS 2006-2009. MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN TUTUAPA SAN MARCOS.**

<b>Criterio</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>Criterio</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>Distancia</b>	<b>Horas</b>
SI	7	54	Centro de atención permanente	4	57	3 a 14 Kms.	30 minutos a 1 hora
N0	6	46	Hospital nacional y privado	3	43	30 a 72 Kms.	3 Horas
Total	13	100		7	100		

Fuente: Trabajo de campo. Junio a Septiembre 2010

54% de los casos de muerte materna fueron llevadas a un centro asistencial para su atención, mientras que 46% no, porque según refieren los familiares entrevistados en alguno de los casos las mujeres ya habían fallecido, otros casos por lo accidentado del camino murieron en tránsito (difícil acceso), por falta de recursos económicos disponibles por las condiciones de pobreza que viven teniendo que hacer préstamos.

57% fueron llevadas al Centro de Atención Permanente que se localiza en el área urbana del municipio por estar más cercano, con el inconveniente que en este servicio para las emergencias de mayor complejidad no hay capacidad resolutive. La distancia de la comunidad es de 3 a 14 kilómetros tiempo para el recorrido de 30 minutos a una hora, 33% de los casos fueron llevados al Hospital Nacional y privado en la cabecera departamental de San Marcos y Huehuetenango la distancia de la comunidad al servicio es de 30 a 72 kilómetros. Tiempo de recorrido 3 horas.



**CUADRO No. 10**  
**VIA Y MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA LLEVAR**  
**A LA PACIENTE AL SERVICIO DE SALUD AÑOS 2006-2009.**  
**MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN TUTUAPA SAN MARCOS**

Vía de transporte	SI	%	Medio de transporte	SI	%
Carretera de terracería, camino de herradura y vereda camino de herradura,	8	62	Propio	3	23
Camino de herradura y vereda	3	23	Particular	9	69
Carretera de terracería y asfaltada	2	15	Otros camilla	1	8
Total	13	100	Total	13	100

Fuente: Trabajo de campo. Junio a Septiembre 2010

62% la vía de transporte al servicio de salud donde llevaron a las pacientes es carretera de terracería transitable para vehículos en la época de verano, difícil en la época de invierno con caminos de herradura accidentados y veredas reducidas en declive, donde solo las personas pueden caminar a pie o en caballo. Siendo un factor determinante en la tardanza de trasladar a las pacientes al servicio de salud más cercano, 23% camino de herradura y veredas angostas y quebradas siendo más difícil el traslado de las pacientes, en relación al medio de transporte 69% fue vehículo particular, 23% vehículo propio con el inconveniente que están en otra vivienda particular en la carretera de terracería por no tener acceso a su residencia, el 8% el medio fue una camilla. El costo del transporte del domicilio de la paciente a los servicios de salud y dependiendo de la distancia al centro de atención permanente es de Q150.00 a Q300.00 y al Hospital Nacional más cercano Q800.00 esto refleja que aunque se tome la decisión oportuna, estas barreras contribuyeron al fallecimiento de algunas pacientes

decisiones con énfasis en el proceso de embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

**CUADRO No. 12**  
**PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO SI ACONTECIÓ EN EL**  
**HOGAR O EN LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**AÑOS 2006-2009. MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN TUTUAPA, SAN**  
**MARCOS**

<i>Lugar del parto</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>Persona que la atendió</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>Capacitada</i>	<i>NO</i>	<i>%</i>
<i>En el Hogar</i>	10	83	<i>Comadrona</i>	8	66	<i>SI</i>	6	75
			<i>ninguno</i>	2	17	<i>NO</i>	2	25
<i>En los servicios de Salud</i>	2	17	<i>Médico</i>	2	17			
<i>Total</i>	12	100	<i>Total</i>	12	100	<i>Total</i>	8	100

Fuente: Trabajo de campo. Junio a Septiembre 2010

83% de los partos fueron atendidos por comadrona, esto refleja parte de la cultura ancestral siendo una figura importante por su experiencia, es de la comunidad, inspira confianza en sus pacientes, comparten las mismas costumbres y creencias, carecen de evidencia científica pero son reconocidas para la atención de la mujer y del recién nacido en casa, el costo de la atención es bajo, le da seguimiento a las mujeres a través de la visita domiciliaria, adecuación cultural en la atención del parto y esté capacitada o no ejerce este trabajo, la mujer está en la casa con sus hijos, mientras que a nivel hospitalario el porcentaje es del 17% atendido por médico.

**CUADRO No. 14**  
**TRATO QUE RECIBIO LA PACIENTE POR EL PERSONAL DEL**  
**SERVICIO ASISTENCIAL**  
**AÑOS 2006-2009. MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN TUTUAPA SAN**  
**MARCOS.**

Crterios	No.	%
Muy Bueno	2	28
Regular	2	28
No aplica	3	43%
Total	7	100

Fuente: Trabajo de campo. Junio a Septiembre 2010

Con respecto al trato que recibieron las pacientes que llegaron a los servicios de salud 43% de las mujeres murieron en el camino por lo que no tuvieron ningún contacto con proveedores de salud, 28% el trato fue muy bueno ya que aún hay personal con actitudes positivas y sensibilizadas, con espíritu de servicio para atender a las personas, los familiares manifestaron que las trataron con respeto, amabilidad en uno de los servicios les hablaron en su idioma, permitieron el acompañamiento de un familiar y comadrona con la paciente, 28% el trato fue regular porque hay personal con actitudes negativas limitando la atención de calidad, y equidad para todas las mujeres, lo primero que se hace es llamarle la atención a la familia y a la comadrona por la tardanza en acudir a los servicios de Salud.

no está la persona que la autoriza. En el caso de las madres que murieron es difícil aceptarlo pero una de las condiciones fue que se enfermaron en la noche y sacarla era rápido pero a esta hora cuesta salir a buscar ayuda de los vecinos, buscar vehículo, buscar a la comadrona, y caminar también muy complicado por eso no llegaron a tiempo al servicio de salud, el personal atiende muy bien pero no hay medicinas.

## VIII. CONCLUSIONES

Después de haber realizado el análisis de resultados del tema de investigación “Las Demoras y su Influencia en la Mortalidad Materna en el Municipio de Concepción Tutuapa en los años 2006 al 2009”. Se evidencia que poco se ha logrado en la reducción de la mortalidad por la magnitud, tendencia e impacto que ha tenido en los años objeto de estudio, concluyendo en lo siguiente:

1. De las cuatro demoras se determina que la tercera influyó substancialmente en la muerte materna en el municipio, la investigadora personalmente verificó que el acceso a la vivienda de los familiares, donde las pacientes murieron es difícil, son regiones montañosas, veredas y caminos en declive, angostos y de peligro con deslizamiento de tierra, carreteras de terracería en mal estado sin mantenimiento para asegurar el traslado de la paciente a un servicio de salud hay que caminar del domicilio a la carretera de terracería y abordar el vehículo de 15 a 45 minutos, las comunidades son lejanas, la distancia es de 14,18 20 kilómetros de la cabecera municipal, en su mayoría aisladas de los servicios de salud, el medio de transporte es esporádico durante la semana con más afluencia únicamente el día de transacciones comerciales, el costo que pagaron por transporte a un servicio de salud fue desde Q 150.00, hasta Q 800.00 al hospital nacional o privado que se encuentra a 72 kilómetros siendo imposible tenerlo a la mano en el momento de la emergencia y perder tiempo al buscar agenciarse de este recurso entre los vecinos, por esta razón hubo casos en que la madre no

En los factores sociales se encuentra falta de empoderamiento de la mujer en el cuidado de su salud, impotencia para tomar decisiones libres sobre su vida, desigualdad en exigencias múltiples en su actividad diaria, acceso a fondos, a educación. En lo económico los familiares en su mayoría son de escasos recursos esto refleja que la mayoría de mujeres fallecidas vivían en estas condiciones siendo una limitante para tomar decisiones de trasladar a la paciente a un centro asistencial por el costo que representa.

Otro factor que incidió las emergencias fue que se dieron por la noche, hubo retardo en pedir apoyo a los vecinos porque viven dispersos, las comunidades no están organizadas ante una emergencia y si lo están no están activos. En el área urbana actualmente existe un centro de atención permanente de (24 horas) como parte del segundo nivel de atención de la red de servicios de salud para brindar atención de la salud materno neonatal sin tener la capacidad resolutive de las complicaciones maternas donde la mayoría de casos objeto de estudio acudieron de emergencia por hemorragia por tal razón tampoco cuentan con insumos, y medicamentos, sangre, oxígeno, y las ambulancias del servicio sin combustible.

3. Las causas de muerte materna más frecuentes en los cuatro años objeto de estudio fueron: las hemorragias (retención placentaria, atonía uterina) trabajo de parto obstruido, sepsis posparto, aborto, eclampsia, y el síndrome de Hellp demostrando que las muertes se debieron a causas obstétricas directas dentro de las 24 horas subsiguientes a la terminación del embarazo multicausales y prevenibles.

que necesitan los niños y las mujeres embarazadas, para mejorar la atención de las mujeres durante el embarazo que vuelvan los centros de convergencia que existían antes en las comunidades más lejanas, orientar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de asistir a su atención prenatal por medio de comunicación radial y en idioma mam, que el personal cumpla con el horario de trabajo y permanezca todos los días y la atención sea de mañana y tarde. Que durante el parto en el centro de atención permanente hayan medicamentos, oxígeno, sangre para atender las emergencias de las mujeres porque el hospital está lejos, que se oriente a las mujeres, a las familias, a las comadronas sobre señales de peligro para llevar a la mujer oportunamente al servicio de salud más cercano, que el personal trate bien a las personas, y que atiendan sin regañar. Durante el posparto: que el personal realice visita domiciliaria a las mujeres después del parto, orientar a las familias y a la misma mujer sobre señales de peligro porque también se puede morir.

6. Se determina que el grupo étnico y etéreo más afectado de las muertes maternas en el municipio de Concepción Tutuapa fueron las indígenas de origen maya, entre las edades de 20 a 35 años, con mayor número de gestas y partos, con bajo nivel educativo (primeros 3 grados de educación primaria) y analfabetas, de bajas condiciones económicas los familiares en su mayoría son de escasos recursos económicos los familiares lo reflejan en su mayoría.

## IX. RECOMENDACIONES

1. El Distrito de Salud de Concepción Tutuapa a través del comité de análisis de mortalidad materna a nivel local implemente un plan de sensibilización de la situación de la mortalidad materna, su incidencia, consecuencias a nivel familiar, social, y económica dirigido al gobierno municipal, autoridades a nivel local, a los hombres y mujeres, comunidad, otros sectores de la sociedad civil, proveedores de salud para tener una respuesta integral y efectiva en acciones o intervenciones que contribuyan para su reducción.
2. El distrito de salud a través del comité de análisis de mortalidad materna a nivel local y como rectores de la salud en el municipio sensibilizar al gobierno municipal, autoridades locales, familias, comunidades sociedad civil sobre el difícil acceso geográfico de las comunidades factor determinante en las muertes maternas y realizar proyectos de mantenimiento de carreteras de terracería, ampliación de caminos o veredas para mejorar el tránsito peatonal y paso de vehículos. Específicamente en las comunidades más lejanas y donde se dieron las muertes maternas.
3. Los proveedores de salud del programa de promoción, educación del distrito de salud con apoyo de líderes religiosos, magisterio, grupos organizados, oriente a los miembros de la familia, comadrona y comunidad sobre la importancia de buscar atención oportuna e inmediata promocionando el plan de emergencia familiar de la embarazada involucrando al esposo para mejor aceptación y uso en el momento adecuado.



comadronas nuevas jóvenes en emergencias obstétricas. y darle el seguimiento educativo sobre el manejo de las emergencias obstétricas a las comadronas que están activas porque, culturalmente ellas independientemente de sus deficiencias físicas, y de conocimiento siguen realizando su trabajo en las comunidades y en sus manos está la vida de las mujeres y recién nacidos (as).

7. A través del comité de educación permanente y comité de análisis de mortalidad materna de la dirección de área de salud proporcionar y fomentar servicios de calidad con personal con habilidades clínicas o competencia básica para la atención de las mujeres con complicaciones durante el embarazo, parto, y postparto brindarles una buena atención personalizada aplicando las 10 reglas de oro del buen trato al paciente respetando sus creencias y costumbres es decir una atención con enfoque intercultural.
8. A través del departamento de promoción de la dirección de área de salud del departamento de San Marcos se elaboren planes de capacitación al personal de los servicios del primero, segundo nivel de atención del municipio y tercer nivel sobre temas de interculturalidad, derechos de las mujeres, equidad de género para que las mujeres reciban un trato digno.
9. La coordinación municipal de salud de Concepción Tutuapa, como rectores de la salud a nivel municipal, autoridades del gobierno municipal representantes de la sociedad civil a través de reuniones de diálogo con autoridades de nivel administrativo, gerencial de

espaciamiento de embarazos para mejorar la salud materna y de la niñez en todas las comunidades.

13. El distrito de salud a través del comité de mortalidad materna del municipio promuevan con el gobierno municipal local, ministerial, otras organizaciones locales nacionales e internacionales el proyecto de infraestructura, equipamiento y funcionamiento de la Casa Materna con pertinencia cultural, para permitir a las embarazadas de comunidades lejanas de difícil acceso hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud, y ante una complicación recibir atención oportuna e inmediata para salvarle la vida.
14. A través del departamento de psicología de la dirección de área de salud de San Marcos darle seguimiento a las familias con atención psicológica por el impacto que causa la muerte materna para el esposo e hijos que puede repercutir para toda la vida.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000 Guatemala Marzo. 2003. Pág. 9
2. Álvarez García, Francisco Baldomero, influencia de los suegros y el esposo en la toma de decisiones en el traslado de la mujer con trabajo de parto complicado a los servicios de salud, Cantón Chontalá del Municipio de Chichicastenango del departamento de El Quiché, 2009, Pág. 59-60
3. Barrios De León, Elisa Factores de Riesgo de la Mortalidad Materna en San Marcos. Presentación en Power Point. Guatemala. 2004, Diapositivas Número 15 y 17. [desastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/293/seccionc7a.pdf](http://desastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/293/seccionc7a.pdf)
4. Organización Panamericana de la Salud. Género, mujer y salud en las Américas. Washington, D.C. 1993. Pág. 69
5. Ley de desarrollo social Decreto 42-2001. Guatemala. 2,005. Pag.13
6. Constitución Política de la República de Guatemala Artículo 94 sección séptima
7. [Pages.Wikipedia.org/mortalidad materna](http://Pages.Wikipedia.org/mortalidad%20materna) definición Mortalidad Materna

18. IBID Pág. 36
19. Enfermería Materno Infantil/Lowder Milk Perry Bobak trastornos Hemorrágicos Maternos. Pág. 813
20. IBID Pág. 813
21. Proyecto Mother care/John Snow Inc. Manual para capacitaciones, Guatemala, 1993. Pág. 37
22. Op.Cit, Trastornos hemorrágicos Maternos. Pág.817
23. IBID Pág. 817
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolos de Manejo de las principales Emergencias Obstétricas y perinatales. Guatemala. 1996. Pág. 47
25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Departamento Materno Infantil Guías para capacitadores de comadronas. Guatemala. 1996. Pág.53
26. Op.Cit, Guías para facilitadores de comadronas. Pág.49
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de Salud Reproductiva guías de Atención del Embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas, Guatemala. 2006. Pág.22
28. IBID Pág.23

## XI. ANEXOS



**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Escuela Nacional de Enfermería de Occidente**  
**Quetzaltenango**



### A. Consentimiento Informado

Mi nombre es Elsy Zita López Orozco, actualmente me encuentro realizando el estudio DEMORAS Y SU INFLUENCIA EN LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE CONCEPCION TUTUAPA SAN MARCOS EN LOS AÑOS 2006 al 2009 como requisito previo a optar el título de enfermera en el grado de Licenciada; por ello solicito su valiosa participación, para responder una entrevista al estudio. La información que usted proporcione es totalmente confidencial, por lo que su identidad no será revelada, y puede suspender su participación en el momento que lo desee; además puede tomarse el tiempo que crea necesario.

Es importante que firme y/o coloque su huella digital en la presente hoja, como constancia de su disposición para participar en este estudio.

F) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

c) Escolaridad

Ninguno \_\_\_\_\_  
Primaria \_\_\_\_\_  
Secundaria \_\_\_\_\_  
Superior \_\_\_\_\_

2. Antecedentes obstétricos:

Número de Gestas \_\_\_\_\_  
Partos \_\_\_\_\_  
Abortos \_\_\_\_\_  
Cesáreas \_\_\_\_\_  
Número de Hijos vivos \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurrió la Muerte:

Hospital Público \_\_\_\_\_  
Hospital Privado \_\_\_\_\_  
En el Hogar \_\_\_\_\_  
En tránsito \_\_\_\_\_  
Otro Especifique \_\_\_\_\_

Año en que murió la madre \_\_\_\_\_

Causa de fallecimiento de la madre \_\_\_\_\_

La paciente recibió atención prenatal:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es positiva, ubique el lugar:

En el Centro de Salud \_\_\_\_\_  
En el Puesto de Salud \_\_\_\_\_  
En la Unidad mínima \_\_\_\_\_  
Con Comadrona \_\_\_\_\_  
Otros, especifique \_\_\_\_\_

b) ¿Quiénes reconocieron las señales de peligro cuando la paciente se enfermó?

	SI	NO	Tipo de Señal que reconoció	No recuerda
Madre de la paciente				
Suegra de la paciente				
Esposo de la paciente				
La misma paciente				
Comadrona				
Otro familiar				
Ninguno				

c) Con sus propias palabras explique ¿Qué más recuerda de esta situación y no se le preguntó?

---

2. Segunda demora:

a) ¿Ante la gravedad de la madre se tomó la decisión de trasladarla a un servicio de salud?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí, quienes tomaron la decisión?

Esposo \_\_\_\_\_  
 Suegra Suegra/o \_\_\_\_\_  
 Papa / o mamá \_\_\_\_\_  
 Comadrona \_\_\_\_\_

b) ¿Hubo necesidad de transportar a la madre?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

c) Si la respuesta es positiva ¿a qué lugar?

\_\_\_\_\_

d) ¿A cuánta distancia y horas queda de su domicilio el lugar donde la llevaron?

A pie \_\_\_\_\_ Kilómetros: \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

En Carro \_\_\_\_\_ Kilómetros \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

En Bus (camioneta) \_\_\_\_\_ Kilómetros \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

Otro (especifique) \_\_\_\_\_ Kilómetros \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

e) ¿Cuál es la vía de transporte del lugar al servicio de Salud?

Carretera de terracería \_\_\_\_\_

Carretera Asfaltada \_\_\_\_\_

Camino de herradura \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

f) ¿Existía el transporte para el traslado de la paciente antes de la muerte?

Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ No Recuerda \_\_\_\_\_

Si la respuesta fue positiva:

g) ¿Cuál fue el medio de transporte? \_\_\_\_\_

El transporte era:

Propio \_\_\_\_\_

Particular \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Si la respuesta fue negativa:

Que hicieron \_\_\_\_\_



4. Cuarta Demora

a) ¿A qué servicio de salud fue llevada la madre?

Hospital \_\_\_\_\_  
 CAP. \_\_\_\_\_  
 CAIMI \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

b) ¿Quién atendió el parto si aconteció en el hogar o en los servicios de salud?

Lugar del parto	Persona que atendió el parto		Capacitada	Si	No
En el hogar	Comadrona				
	Otro				
En los servicios de salud	Ninguno				
	Médico				
	Enfermera				
	Aux.de Enfermería				
	otro				

c) ¿La atención que el personal del servicio de salud le brindó a la madre fue?

Oportuna \_\_\_\_\_  
 Retardada \_\_\_\_\_  
 Ninguna \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

d) ¿El trato que recibió la paciente por el personal del servicio asistencial fue?

Muy bueno \_\_\_\_\_  
 Regular \_\_\_\_\_  
 Deficiente \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_