

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA DE
COBÁN ALTA VERAPAZ



“FACTORES DE RIESGO QUE INCIDIERON EN LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS MUNICIPIOS DE CARCHA Y CAHABON, DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ”.

Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal con abordaje cuantitativo, realizado en los municipios de Carcha y Cahabon, Alta Verapaz durante los meses de febrero a noviembre de 2010

EDNA ANGÉLICA SUC CHOCOOJ

Carné 200321320

ASESORA: MSc. Rutilia Herrera Acajalon
REVISORA: Licda Gloria Esperanza Chegüen

TESIS

PRESENTADA A LAS AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE COBÁN, ALTA VERAPAZ.

PREVIO A OPTAR EL GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Cobán, Alta Verapaz noviembre del 2010



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA DE COBAN ALTA VERAPAZ



ARTICULO 8° RESPONSABILIDAD

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



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE COBÁN

3ª. Calle 5-18 Zona 3, Cobán, Alta Verapaz. Teléfonos 7952-1025 y 7951-2806
E-mail: enec_direccion@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 COBÁN

**AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
TITULADO**

**"FACTORES DE RIESGO QUE INCIDIERON EN LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS
MUNICIPIOS DE CAHABÓN Y CARCHÁ DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ,
DURANTE EL AÑO 2009"**

Presentado por la estudiante: **EDNA ANGELICA SUC CHOCOOJ**

Carné: 200321322

Trabajo Asesorado por: Licda. MSc. Rutilia Herrera Acajabón

Y Revisado por: Licda. Gloria Esperanza Chegüén de Choc

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

Dado en la ciudad de Cobán, Alta Verapaz a los once días del mes octubre del año 2,010.

Licda. Gilma Adalgisa Morales Marroquín
DIRECTORA, ENEC



Vo. Bo.

Dr. Jesús Benulto Ojeda Leal
DECANO





UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE COBÁN



Cobán, Alta Verapaz Noviembre 05 del 2010.

Enfermera Profesional:
EDNA ANGELICA SUC CHOCOOJ
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

"FACTORES DE RIESGO QUE INCIDIERON EN LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS MUNICIPIOS DE CAHABÓN Y CARCHÁ DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ, DURANTE EL AÑO 2009"

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse a examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licda. Gloria Chegüén
Coordinadora
Unidad de Tesis

c.c. Archivo

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
UNIDAD DE INVESTIGACION
COBAN, ALTA VERAPAZ



Cobán, Alta Verapaz Noviembre 05 del 2010.

Profesores:
UNIDAD DE TESIS
Escuela Nacional de Enfermería de Cobán, A.V.
Presente.

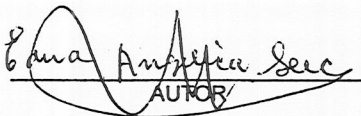
Se les informa que el Enfermera:

EDNA ANGELICA SUC CHOCOOJ

Ha presentado el Informe Final de su trabajo titulado:

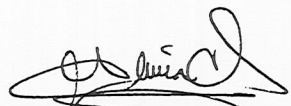
"FACTORES DE RIESGO QUE INCIDIERON EN LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS MUNICIPIOS DE CAHABÓN Y CARCHÁ DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ, DURANTE EL AÑO 2009"

Del cual autor, asesor y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


AUTOR




Licda. MSc. Rutilla Herrera Acajabón
ASESOR


Licda. Gloria Esperanza Chegúen de Choc
REVISOR

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Padre Poderoso, fuente de conocimiento, discernimiento y sabiduría, infinitas gracias por su misericordia que me permito llegar al cumplimiento de mi sueño.

A LA USAC Y ESCUELA DE ENFERMERÍA DE COBÁN: Por ser un centro de formación académica y enseñanza durante el proceso de mi formación profesional.

A LA INSTITUCION: La Jefatura de Área de Salud de Alta Verapaz y Distritos de Salud de Carcha-Campur y Cahabón por abrirme espacio para realizar mi trabajo de investigación.

A MI ASESORA Y REVISORA DE TESIS: Licenciada MSc Rútilia Herrera, Licenciada Gloria Esperanza Chegüen

A MI MADRE: Lidia Margarita Suc de Chocooj, y a mi Padre Sebastián Suc López que Dios lo tenga en su gloria.

A MIS HERMANOS: Elmer Dionicio Suc, Edgar Estuardo Suc

A MIS HERMANAS: Norma Elizabeth, Ericka Catalina, Gloria Esperanza Suc.

A MIS SOBRINOS Y SOBRINAS: con cariño y aprecio. A Ditter Pablo Caal por su colaboración y especialmente a Nestor Erick Caal Suc por su apoyo incondicional.

A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO: Doctor Moises Chen, E.P. María Antonieta López, Licda. Blanca Adelina Ac, Licda. Ruth Escobar. Gracias por su apoyo.

A USTED: Con respeto y admiración, que me acompaña hoy y por la lectura dedicada a este trabajo.

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.	2
III. JUSTIFICACIÓN	11
IV. OBJETIVO	16
V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	17
A. Mortalidad Materna	17
B. Maternidad Saludable	21
C. Factores De Riesgo Que Inciden En La Mortalidad Materna	25
D. Complicaciones Durante El Parto	32
E. Complicaciones Durante El Parto Y Post Parto	38
F. Presentaciones Obstétricas	41
G. Complicaciones Post Parto	43
H. Otros Factores De Riesgo Que Inciden En La Mortalidad Materna	45
I. Factores relacionados a los servicios de salud.	48
J. Continuación Se Detalla Los Indicadores De Salud Materna 2,009 De Los Municipios En Estudio De	54
K. Condiciones Económicas 2009	56
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	57
VII. PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	76
VIII. CONCLUSIONES	135
IX. RECOMENDACIONES	137
X. BIBLIOGRAFIA	139
XI. ANEXOS	142

RESUMEN

Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con abordaje cuantitativo cuyo objetivo es describir los Factores de riesgo que incidieron en la Mortalidad Materna en los Municipios de Carchá y Cahabón en el año 2009.

La metodología utilizada permitió establecer la población sujeta de estudio para lo cual se diseñó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas; el registro de la información recolectada se realizó de una forma sistemática, y el análisis de la información numérica, se efectuó por medio de procedimientos estadísticos, el análisis fue sustentado con lo planteado en la revisión bibliográfica.

La información recolectada se analizó en forma sistemática y los resultados reflejan los factores de riesgo que son determinantes en salvar la vida de la madre en el periodo de gestación en la atención prenatal en el embarazo, la atención del parto y las emergencias obstétricas en relación a lo biológico, factores socio culturales, educación, geográficos, medios de comunicación y los accesos a los servicios de salud.

Los resultados presentan la opción de la toma de decisiones para buscar alternativas y propuestas, para la implementación de estrategias que apoyen en la disminución de la mortalidad materna en los Municipios de Carchá y Cahabón A.V.

Entre los resultados se identificaron la relevancia en relación a que prevalece la necesidad de impulsar la atención de parto con pertinencia cultural en los servicios de salud y reclutar a los curanderos o brujos para capacitarlos en la atención de un parto limpio y seguro en el hogar.

Para finalizar se recomienda implementar estrategias que apoyen y que estén acordes a las necesidades de las usuarias que demandan atención para la disminución de las muertes maternas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V.

I. INTRODUCCION

Los factores de riesgo que inciden en la mortalidad materna son de trascendencia y un tema de actualidad para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La búsqueda de estrategias que estén acordes a la cultura y que contribuyan a disminuir las muertes Maternas y mejorar la salud reproductiva de la mujer indígena en los Municipios de Carchá y Cahabón A.V.

A través de acciones preventivas ayuden a disminuir el riesgo promoviendo el auto cuidado de la mujer en el desarrollo de información, educación y comunicación.

La justificación del estudio y el objetivo que se plantea es para identificar y resaltar los factores de riesgo que inciden en la mortalidad materna en los municipios de Carchá y Cahabón Alta Verapaz.

Se realizó revisión bibliográfica de los temas relacionados a los factores de riesgo que incidieron en la Mortalidad Materna en los Municipios de Carchá y Cahabón Alta Verapaz.

La investigación fue descriptiva retrospectiva de corte transversal porque se describió los Factores de riesgo que incidieron en la Mortalidad Materna en los Municipios de Carchá y Cahabón en el año 2009. El abordaje fue cuantitativo pues la información fue recolectada y se realizó en forma sistematizada; se analizaron los resultados por medio de procedimientos estadísticos.

La población objeto de estudio fue de 17 Muertes maternas del Municipio de Carchá y de 10 Muertes maternas del Municipio del Municipio de Cahabon A.V.

Para realizar la investigación se elaboró un cuestionario para la recolección de la información, el instrumento fue elaborado con preguntas abiertas y cerradas para recolectar la información con la técnica enunciada en la investigación.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.

A. Antecedentes

La mortalidad materna se define como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo (ectópico, intra o extra uterino), debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales".¹

La muerte de la mujer embarazada se sitúa relacionado a la falta de instrucción que posee la mujer indígena, sobre la definición descrita se determina en el momento del la atención del parto, puerperio en este periodo prevalece el riesgo de morir en cualquiera de los tres periodos.

La mortalidad materna, está inmersa dentro de las prioridades de la Salud Pública y es de interés nacional el buscar las estrategias viables de bajo costo, con participación ciudadana, educación, y fortalecimiento de los equipos básicos bajar los altos índices que nos colocan en un segundo lugar en muertes maternas a nivel nacional. Desde hace aproximadamente dos décadas, a venido aumentando considerablemente la información de las causas y circunstancias que provocan, enfermedad, muerte, y discapacidad a las mujeres, relacionadas con el proceso del embarazo parto y puerperio, las autopsias verbales, la ficha clínica de la Mujer, actas levantadas por comités de Salud a nivel de comunidad y a nivel institucional en los municipios sujetos de estudio para obtener formación por historia nos indica que la clave para reducir las muertes maternas no reside exclusivamente en el desarrollo socio económico general de la población, sino ofrecer un tratamiento eficaz y accesible a las complicaciones obstétricas.

¹Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10 1993) Washington D.C.

La Mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país. “La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad su limitado acceso de servicios sociales de salud, nutricionales y las condiciones de pobreza y extrema pobreza”.²

Las funciones de género, desequilibrios de poder entre hombres y mujeres, niveles culturales tienen implicaciones serias en la situación de la mujer y las opciones de la salud.

En el plan estratégico para reducir la mortalidad materna el Estado de Guatemala ha hecho compromisos para la reducción de la misma.³

El Marco Internacional de los Derechos Humanos proclama los principios generales de libertad e igualdad para todos los seres humanos. A pesar de ello, las mujeres han permanecido relegadas a funciones y roles reproductivo en condiciones de sub.-valoraciones, inequidad, dependencia masculina y un desarrollo humano limitado.

Guatemala ratificó su adhesión en la convención sobre la eliminación de todas formas de la discriminación de la mujer e igualmente participa en la conferencia internacional de población y desarrollo de 1994 que marcó un hito histórico colocando al centro de desarrollo a las mujeres adolescentes, niñas y población indígena. Así mismo supera la visión natalista y demográfica de desarrollo a colocar los derechos sexuales y reproductivos dentro de los Derechos Humanos.⁴

Desde el año 2001 se establece como prioridad reducir las tasas de mortalidad y morbilidad Materno Infantil para ello se creó como estrategia el Programa Nacional de Salud Reproductiva para hacer accesibles los servicios de salud

²Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos estratégicos para reducir la Mortalidad Materna. Guatemala, marzo 2003. Pág.7.

³Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Estratégico para reducir la Mortalidad Materna. Guatemala. Pág. 18-19. 2,004-2,008

⁴Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos estratégicos para reducir la Mortalidad Materna. Guatemala Pag.7 2003

reproductiva a mujeres y hombres por la que la maternidad saludable se ha convertido en una situación de urgencia nacional.

Constitucionalmente; el estado debe garantizar el Derecho a la Vida, la protección de la familia y el goce de la salud y la asistencia social de la población materna infantil. Sin perjuicio de las atribuciones y obligaciones que dispongan otras leyes y de conformidad con lo que establezca la política nacional de desarrollo social y población. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres.⁵

Tanto el Hombre y la Mujer es responsable de velar por salud de su familia y además debe de promover el auto cuidado familiar propiciando el desarrollo de los conocimientos a través de la promoción, prevención y fomento de la salud Materno Infantil con énfasis a riesgo reproductivo buscando alternativas en planificación de la familia, a demás la mujer debe de conocer sus derechos en relación a la salud reproductiva.

En enero del 2001 se suscribe la política nacional de promoción y desarrollo de las mujeres guatemaltecas y el plan de equidad de oportunidades, que incluye la promoción de la salud integral de las mujeres como base para el desarrollo. Durante el año 2002 se decretó la ley general de descentralización y se reformó la ley de los consejos de desarrollo urbano y rural y el código municipal, estos instrumentos favorecen los esfuerzos por reducir la mortalidad materna propiciando la participación de los Gobiernos Municipales y Departamentales, la sociedad civil organizada, y las comunidades en general en programas, proyectos y acciones diversas. Todos estos compromisos están detallados en el marco de los acuerdos de Paz, específicamente el acuerdo sobre aspectos socio

⁵Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos estratégicos para reducir la Mortalidad Materna. Guatemala, marzo 2003. Pág.7

económicos y situación agraria que determina el compromiso de estado de presupuestar por lo menos el 50% del gasto público en la atención preventiva y disminuir la tasa de mortalidad materna.⁶

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social firma convenios con nueve Organizaciones No Gubernamentales que desarrollan la Prestación de Servicios básicos de Salud a través del modelo en el primer nivel de atención diseñada a realizar la atención a comunidades postergadas del Área de Salud de Alta Verapaz dentro del componente ofertan con prioridad la atención integral a la mujer en la aplicación de Normas del primer y segundo nivel de atención con énfasis al adolescente y protocolos en el proceso se desarrolla estrategia de AIEPI- AINM-C con énfasis a identificación de señales de peligro en el embarazo parto- puerperio y en el segundo nivel de atención se fortalece los servicios implementándose en 2008 la red de servicios de atención las 24 horas en CAP, CENAPAS, CAIMI, con el objetivo de resolver las emergencias obstétricas en respuesta de las referencias del primer nivel para brindar una atención de calidad y calidez con servicios abiertos las 24 horas. .

Los municipios de Carchá, Cahabón sujetos a estudio ubicados en el Área de Salud de Alta Verapaz, Existe extensión de Cobertura y el apoyo de otros donantes para aunar esfuerzos en la disminución de la mortalidad materna en cumplimiento de los compromisos de Gestión para modificar los indicadores de impacto.

Los Objetivos y metas del Milenio tienen dentro del marco de prioridades en el objetivo número cinco mejorar la salud materna y la meta es reducir entre los años 1,990 y 2,015 la mortalidad materna en tres cuartas partes utilizando como indicador ; A) Tasa de mortalidad materna B) Porcentaje de partos atendidos por personal sanitario capacitado. ⁷

⁶Acuerdos de Paz. Guatemala. Editorial Universitaria. 1996. Pág. 25 P

⁷Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Editorial del Sur. 2006. Pág. 323

En relación información obtenida como fuente las autopsia verbales las causas de las muertes maternas ocurridas en dos Municipios en estudio que pertenece al área de Salud de Alta Verapaz la mayor parte de las muertes maternas incidieron en el área rural en relación con las áreas urbanas los factores condicionantes se concentra en mujeres con nivel de instrucción (escolaridad) muy bajo, edades por debajo de los veinte años y por arriba de los 34 años, características de acceso, el ingreso económico a nivel familiar es deficiente, la cultura y aunado a esto el riesgo obstétrico además de la actitud machista de la pareja, la tasa de fecundidad es más alta en el área rural que en la urbana en mujeres con escasa o nula escolaridad.

Tanto en Guatemala como a nivel internacional, se han hecho estudios relacionados con los factores que influyen en la incidencia de la mortalidad materna entre ellos: ejemplo la tesis Mortalidad Materna de Paulina Cúmes Ajú y Enfermedad y Muerte Materna en Alta Verapaz de Carranza Camey Rafael, siendo el objetivo identificar acciones operativas para modificarlas favorablemente, de este estudio caracterizar la morbilidad y mortalidad materna en Alta Verapaz, teniendo como principal conclusión que la principal causa de la muerte materna a sido atribuida a la hemorragia Vaginal. Los partos han sido atendidos por (familiar empírico) 63.4%. De igual manera se identifico en el estudio que unas de las principales dificultades que tiene la población es la falta de transporte para el traslado de las emergencias obstetricias. Se identifico que existe una barrera cultural y una buena parte de las fallecidas no aceptaron su traslado hacia los servicios de salud. Las conclusiones de Cúmes Ajú Paulina están centradas en Desigualdades de género condicionan de manera determinante una mayor carga de pobreza para la mujer, que soporta como consecuencia mayores tasas de morbi- mortalidad. La defunción materna tiene también múltiples factores, influyendo entre otros aspectos: culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica, que al sumarse las condiciones de la madre, el médico y la institución, hacen sinergia e influyen al evento de la muerte, siendo las principales causas: Pre- eclampsia-Eclampsia, Retención Placentaria, Ruptura del Útero, Atonía Uterina, Sepsis Puerperal, infección por

herida quirúrgica, Hemorragia, Placenta Previa, Óbito Fetal, Aborto Incompleto y Muertes Indirectas los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos .

La mayoría de las complicaciones maternas ocurren ya sea durante o poco después del parto. Aún así, muchas mujeres no reciben la atención esencial que su salud necesita durante estos períodos: Durante el embarazo el porcentaje de mujeres que acude a recibir cuidado prenatal por lo menos una vez es de 63% en África, 65% en Asia y 73% en América Latina y el Caribe. Sin embargo, a nivel de cada país el porcentaje de uso de estos servicios puede bajar o subir. En Nepal, por ejemplo, solamente el 15% de las mujeres recibe cuidado prenatal.⁸ En Guatemala el porcentaje de mujeres que asisten a un control prenatal alcanza 80%.⁹

El promedio de control prenatal en Alta Verapaz es de 126.48 %, reflejándose un sub-registro en el SIGSA al igual se presenta en el área sujeto de estudio

Durante el parto, cada año 60 millones de mujeres dan a luz con la ayuda de una partera tradicional no capacitada o la de un miembro de su familia o sin la ayuda de nadie. En los países en desarrollo casi la mitad de los partos ocurren sin la ayuda de una persona capacitada en atención de partos (tal como un médico, una enfermera o una partera).¹⁰ En Guatemala el 35% de partos está siendo atendido en el hogar por un familiar que no tiene ningún tipo de capacitación entre ellos se puede mencionar a las suegras, los esposos u otro familiar cercano; en el área geográfica que comprende el presente estudio, el 77% y 69% de partos son atendidos por comadronas 14.44% y 5.44 % por Curanderos, esposos y familiares cercanos que no tienen ninguna capacitación.¹¹

Después del parto, la mayoría de las mujeres en los países en desarrollo no

⁸www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s-maternal-mortality.htm 16k. 17-02-2007

⁹Ministerio Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Vigilancia Epidemiológica 2005. Pág 6.

¹⁰www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s-maternal-mortality.htm 16k. 17-02-2007

¹¹Memoria de Labores Dirección Área de Salud Alta Verapaz Unidad de Estadística 2004-2,005.

reciben atención posparto. En los países y regiones muy pobres tan solo 5% recibe dicha atención, en Guatemala desde el año 1999, se ha incrementado este porcentaje de acuerdo a las últimas evaluaciones realizadas en el 2005 y 2006 en el primer nivel de atención a nivel nacional se alcanzó el 42%¹².

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

- La distancia a los servicios de salud;
- El costo (el precio de los servicios así como del transporte, medicamentos y suministros);
- Demanda excesiva del tiempo de la mujer;
- Falta de poder de decisión de la mujer dentro de la familia.¹³

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 dichos servicios. Los municipios de Carchá, Cahabón, del Departamento de Alta Verapaz no han sido la excepción de estas situaciones que se han convertido en verdaderas barreras para el uso de los Servicios de Salud por parte de las mujeres que están en el período de embarazo, parto y puerperio.

La población urbana en el departamento de Alta Verapaz es únicamente el 21%, en los Municipios objetos de estudio la urbanización alcanza únicamente el 7% y 14% mientras que el resto de la población es rural equivalente 93% y 86%, en su mayoría son indígenas de su idioma materno es el Q'eqchi' que representa el 98.4% y 96.9% viven en pobreza 38%, 57.2% y en extrema pobreza 61.1% y el 42.8%.

¹²Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Vigilancia Epidemiológica Alta Verapaz.. Pág.7 unidad de estadística 2009.

¹³Hill K, Stanton C., y Gupta N (2001) *Medición de la Mortalidad Materna a partir de un censo: Instrucciones para los usuarios*. MEASURE. Evaluation Manual Series, No. 4 Chapel Hill, NC: Carolina Population. Center University of North Carolina. Pág. 159.

B. Definición Del Problema:

La muerte de la madre es una tragedia que puede sufrir una familia y puede afectar en forma adversa la supervivencia y desarrollo de sus hijos. Cada muerte materna debilita la estructura social en general. La mortalidad materna en Guatemala, no es solamente una desventaja sanitaria, sino también es una desventaja social.

Si bien las complicaciones que causan las muertes maternas durante el embarazo, parto o puerperio no pueden prevenirse, las muertes maternas derivadas de estas complicaciones si son prevenibles.¹⁴

Muchos factores interactúan en la problemática social actual, mencionando entre estos los socioeconómicos, demográficos, culturales, etnográficos, geográficos, organizacionales, educativos y factores como la hipertensión inducida por el embarazo, mal presentaciones Obstétricas, Pre- eclampsia-Eclampsia, Retención Placentaria, Ruptura del Útero, Atonía Uterina, Sepsis Puerperal, infección por herida quirúrgica, Hemorragia, Placenta Previa, Óbito Fetal, Aborto Incompleto y Muertes Indirectas los procesos infecciosos obstétricos, riesgo que han sido las causas más comunes de muerte en los municipios de Carcha y Cahabon que son objeto de investigación en el presente estudio en el Departamento de Alta Verapaz.

C. Delimitación del problema:

La presente investigación se realizó durante los meses de octubre y noviembre del año 2010, se investigaron las muertes maternas ocurridas en periodo de enero a diciembre del 2009. Donde se determinaron los ámbitos geográficos, institucional y los factores en socioculturales donde viven las familias de las fallecidas en los Municipios de Carchá y Cahábon Alta Verapaz.

¹⁴Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos Estratégicos para reducir la Mortalidad Materna., Guatemala, Marzo 2003.Pag. 6

D. Planteamiento Del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo que incidieron en la mortalidad materna en los municipios de Carcha y Cahábon, del departamento de Alta Verapaz durante el año 2009?

III. JUSTIFICACION

“La vida y la salud de las madres e hijos son un bien público por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional. La mortalidad materna representa un problema social. Se Promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la Razón y tasa de mortalidad materna e infantil...”¹⁵.

Es conocido que en nuestra sociedad en especial en las comunidades rurales indígenas se tiene una sobre valoración de la figura masculina (concepto machista) donde la mujer es discriminada en la distribución de recursos familiares y posibilidades de desarrollo. En la escala social la posición de la mujer se encuentra más baja que la ocupada por el hombre. Frecuentemente se le limita a optar por empleos de poca remuneración por ser los que requieren menores niveles de educación y capacitación. Estas desigualdades sociales en la salud se reflejan en las personas más pobres y menos instruidas, quienes no solo son las que viven menos sino que sufren más durante una mayor parte de su vida. Según estudios realizados por el Incap, se ha podido observar que en las comunidades rurales al varón que trabaja se le da la mejor parte de los alimentos aunque sea porción insuficiente. Es conocido que culturalmente en los municipios sujetos de estudio el cuidado integral y la educación de los hijos esta delegada a la madre quien con esmero y dedicación procura el bienestar de su familia, proveyéndole valores y principios que le permiten una conducta adecuada en la sociedad en que se desenvuelve y vive, por lo tanto al fallecer la madre los hijos quedan en total desamparo sin ninguna guía que les ayude en su crecimiento y desarrollo personal, en ausencia entonces de la madre en el momento crucial de su existencia (hijos adolescentes) corren el riesgo de involucrarse en pandillas juveniles dedicadas a la delincuencia, así como problemas nutricionales, adopciones ilegales, incestos, violaciones y otros.

¹⁵Congreso de la República. Ley de Desarrollo Social. Capitulo V, sección II. Artículo 26, numeral 15; pag. 15 -16- Guatemala.

Durante el año 2000, nacieron en el país 425,410 niños (as) en una población de 3, 346,937 mujeres en edad fértil (10-49 años), muriendo 651 mujeres por causas relacionados con el embarazo parto y puerperio, es decir casi dos mujeres murieron diariamente por causas maternas. Esta cifra representa una razón de mortalidad materna de 153 por cada 100,000 nacidos vivos.¹⁶

En Alta Verapaz durante el año 2009 nacieron 37,475 niños (as) en una población de 317,713 mujeres en edad fértil de 10 a 54 años, muriendo 72 mujeres por causas relacionadas con el embarazo parto y puerperio, es decir aproximadamente 6 mujeres murieron mensualmente por causas maternas. Esta cifra representa una razón de mortalidad materna de 267.89 por 100,000 nacidos vivos cifra muy superior a la presentada a nivel nacional, colocando al departamento en los primeros lugares de mortalidad materna a nivel nacional. Aunque la mortalidad materna afectó a mujeres de distintos estratos sociales y económicos, un elevado número afectó a mujeres indígenas, analfabetas, en lugares con altos índices de pobreza y extrema pobreza y de difícil acceso. En los municipios: **Cahábon** murieron 10 mujeres y **Campur-Carcha** murieron 17 mujeres, objeto del presente estudio durante el año 2009 un total de 27 mujeres, que representa el 37.5% de 72 muertes del departamento de Alta Verapaz .que comprende la presente investigación.¹⁷

En Alta Verapaz las muertes maternas todavía se deben a “causas obstétricas directas”, siendo la hemorragia la responsable del 49 % de las muertes maternas.¹⁸

Si bien las complicaciones que causan las muertes maternas durante el embarazo parto o puerperio no pueden prevenirse, las muertes maternas derivadas de estas complicaciones **si son prevenibles.**

¹⁶Ministerio Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Vigilancia Epidemiológica 2005. Pág. 8, Guatemala.

¹⁷Dirección de Área de Salud, Alta Verapaz Memoria Vigilancia Epidemiológica 2009.(Pob.INE) Cobán Alta Verapaz.

¹⁸ Dirección Área de Salud de Alta Verapaz. Memoria Vigilancia Epidemiológica. Pág. 5. 2009.

El presente estudio es viable porque la investigadora está dentro del contexto del problema, al igual que los sujetos de estudio (familiares) inmersos e interesados en esta investigación.

El estudio es importante para el Área de Salud de Alta Verapaz, tanto en el primer nivel de atención Puestos de Salud, Centros de Convergencia, Segundo nivel CAP- CAIMI y hogares maternos, tercer nivel Hospital de regional y comunidades, representa para las autoridades un conocimiento que les va a permitir tomar decisiones e implementar nuevas estrategias para la disminución de la Mortalidad Materna.

La investigación dará información para establecer los factores de riesgo que inciden en la mortalidad materna y con los resultados obtenidos se plantearan conclusiones y recomendaciones tendientes a establecer estrategias para modificar de algún modo estos factores y así incidir en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad materna.

La investigación será útil para otros departamentos, para otras disciplinas y la importancia de valorar desde el punto de vista del conocimiento del arte y la ciencia de enfermería basado en la filosofía. La cantidad de información que puedan brindar los entrevistados y encuestados serán tratados cumpliendo estrictamente con el principio de confidencialidad.

Siendo la disminución de la mortalidad materna prioridad para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es importante conocer la situación actual de este fenómeno en Alta Verapaz específicamente en los municipios sujetos a la investigación, donde es importante enfatizar que debido a los indicadores relacionados a mortalidad materna se considera importante realizar una investigación en la que los resultados sugieran tomar acciones concretas para la disminución de la razón de mortalidad y la reducción del sufrimiento social asociado con ellas, que vengán a fortalecer y a dar cumplimiento a los

compromisos de Gestión que el Estado de Guatemala ha asumido en el Plan Estratégico para la reducción de la Mortalidad Materna 2008-2012.¹⁹

Las mujeres en edad fértil de 10 a 54 años en los Municipios de Carcha y Cahabón, prevalece el riesgo obstétrico por su condición de ser mujer específicamente la mujer Indígena que están expuestas a diferentes factores: Geográficos, culturales, sociales, económicos, educación, además el mayor porcentaje viven en las áreas periurbanas y rurales con carencia de recursos a consecuencia de pobreza y extrema pobreza también la desigualdad y la falta de oportunidades predispone el riesgo su salud.

Se necesita disponer de una estrategia para hacer uso eficiente de los recursos, es necesario construir oportunidades estructurales para el despliegue de recursos para las oportunidades potenciales de la mujer y las políticas de salud deben de estar enfocadas al auto cuidado familiar en prevención y eliminación de debilidades en el entorno disminuyendo los riesgos para garantizar el bienestar Biopsicamental, socioeconómico de Mujer en Edad Fértil mejorando sus condiciones de salud y bienestar.

Para la presente Investigación se toma como base el modelo de Madeleine Leininger el cual se enfoca en el cuidado de Enfermería Transcultural Lo define como un área formal de estudio y practica de la enfermería enfocada en el cuidado holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de los individuos y grupos, con respecto a las diferencias y similitudes, en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería que sea congruente, sensible, culturalmente competente a las personas de culturas diversas Leininger : propone un modelo de Enfermería Transcultural Basada en la teoría antropológica y ciencia de enfermería: a) La universalidad y diversidad del cuidado Cultural b) La salud tienen semejanzas y

¹⁹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación Estratégica. Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud. Lineamientos Básicos y Políticas de Salud. Año 2004-2008. Pág. 7-11.

IV. OBJETIVO

- **Describir los factores de riesgo que incidieron en la mortalidad materna en los municipios de Carcha y Cahabón el Departamento de Alta Verapaz en año 2009.**

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna se define como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”.²⁰

La mortalidad materna se refiere a las “muertes que se producen en el parto, es decir aquellas en que las causas subyacentes de la muerte de la mujer es resultado de complicaciones del embarazo, parto o el puerperio”.²¹

La mortalidad y morbilidad materna se clasifica como la causa singular más grande de pérdida de vida saludable entre mujeres de edad reproductiva en países en vías de desarrollo. La Conferencia Mundial por una Maternidad sin Riesgo de 1987 realizada en Nairobi, Kenia, llamó la atención al hecho de que las razones de mortalidad materna en países en vías de desarrollo con frecuencia eran cien veces mayores que las de los países desarrollados. Reducir la mortalidad materna, especialmente en países en vías de desarrollo, es una prioridad cada vez más alta entre profesionales de salud pública, especialistas de programas y diseñadores de políticas. Durante el decenio pasado varios foros internacionales han declarado el reducir la mortalidad materna como una de sus metas, incluyendo la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de 1990, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, la Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 y la Cumbre del Milenio de 2000.

La defunción materna tiene múltiples factores, influyen entre otros aspectos: culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica que al

²⁰Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10 1993). Pág. 135. Volumen 2 Washiton DC

²¹Reeder, Martin, Koniak. Enfermería Materno-Infantil. E.E.U.U.. Editorial Interamericana McGraw Hill. Pág. 29- 1,976

sumarse las condiciones de la madre, el médico y la institución, hacen sinergia e influyen al evento de la muerte, siendo las principales causas: Preeclampsia-Eclampsia, Hemorragia Obstétrica y los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos.

El CIE, en 1,993 clasifico la mortalidad materna de la siguiente manera:

1. MUERTE OBSTÉTRICA DIRECTA

Incluye la muerte de la madre como resultado de complicaciones obstétricas el embarazo, parto o el puerperio y por intervenciones, tratamientos incorrectos o una cadena de acontecimientos resultantes de cualquiera de estos factores. Ejemplos: Hemorragia por placenta previa pre eclampsia, ruptura uterina y Sepsis Puerperal,

2. MUERTE OBSTÉTRICA INDIRECTA

Incluye la muerte materna no debida directamente a causas obstétricas sino producida como resultado de una enfermedad pre existente o de una enfermedad que se desarrolle durante el período del embarazo, el parto o el puerperio pero que fue agravada por la adaptación fisiológica materna al embarazo, un ejemplo de ello es la muerte materna por una insuficiencia cardíaca, un problema renal agudo o una enfermedad crónica como la tuberculosis

3. CAUSAS NO CLASIFICABLES, MEJOR LLAMADAS NO MATERNAS

Son aquellas que ocurren por una causa accidental o incidental no relacionada con el embarazo o su atención. Por ejemplo, accidentes y suicidios. Estas causas no se incluyen en el cálculo de la mortalidad materna.

Dentro de los indicadores más utilizados para estandarizar la presentación estadística de la mortalidad materna se encuentran:

4. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

En el numerador contienen las muertes maternas y en el denominador los nacidos vivos. Es una razón porque el denominador no contiene al numerador, pero es ampliamente utilizado el término “tasa de mortalidad materna” para referirse a este indicador.²²

5. TASA DE MORTALIDAD MATERNA

En el numerador contienen las muertes maternas y en el denominador las mujeres en edad fértil. Esta es una tasa real.²³

6. INCIDENCIA DE MORTALIDAD MATERNA

La incidencia de mortalidad materna, se define como los casos nuevos ocurridos de muerte materna en el período establecido para la investigación, relacionándolo con los factores de riesgo que afectan el proceso del embarazo, parto y puerperio.

7. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ

La razón de mortalidad materna en el Departamento de Alta Verapaz en el año 2009 fue de 267.89. Al realizar el análisis de los datos arriba mencionados la investigadora de acuerdo a su experiencia realiza los comentarios siguientes:

El estudio relacionado con los factores de riesgo que incidieron en la mortalidad materna está inmerso ámbito cultural: El machismo del hombre prevalece la toma de dediciones, las autoridades locales Organización Comunitaria, analfabetismo, ambiente familiar, las mujeres como sujeto de decisión y no como objeto, las costumbres en la atención del parto en los municipios de Carchá el 69% de partos es atendido por comadronas y por personal profesional

²²Informe Final de la Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Guatemala marzo 2003 Ministerio de Salud Pública y Asistencia social.

²³Ibid.

Medico, Enfermera 25.60%, y 5.40% recibe atención del curandero, abuela o familiar cercano de forma empírica, Cahabón: 7.23% es atendido por medico, enfermera, 77.28% atendido por comadronas y 14.44 % recibe atención del curandero, esposo, abuela o familiar cercano de forma empírica, Prevaleciendo la Primera, segunda, tercera y cuarta demora, la falta de toma dediciones y la calidad de la atención del parto por personal capacitado.

Cahábón 98.4% es población indígena el 1.6 % es ladina, viven en pobreza 38.9%, en pobreza extrema 611%, Carcha pobreza 57.2%, pobreza extrema 42.8%, 95% hablan el Idioma Q'eqchi' y el 5% el idioma castellano la población es eminentemente indígena con baja escolaridad Cahábón 81.5% analfabetismo Carcha 60% conservadora de su cultura milenaria.

Biológico: La edad, Numero de paridad o Gestas, complicaciones durante el prenatal e intra-parto por hemorragias, y pos parto sepsis puerperal por la deficiencia en la atención en el parto limpio y seguro por personal capacitado e institucional es deficiente en la aplicación de las normas y protocolos de atención.

Económico: la migración interna y externa por la falta de trabajo de los esposos, pobreza y pobreza extrema en las familias, prevaleciendo el 43.66 % de muertes ocurren en el domicilio, de las fallecidas, el 15.49% ocurre en el Hospital y el 40% ocurre en otros.

Geográfico: Las características de acceso, tenencia de tierra, dispersidad y medios de comunicación es una limitante en la atención de la mujer en el momento cuando se presenta la urgencias obstétrica en las áreas, el 7 % y 14% la población de urbana y 93 % y 86 % es Rural con accidentes geográfico montañas norte la sierra de Chama, y nor-orientes la sierra de las Minas, el fluido hídrico Rio de Cahábón, que en periodos de invierno el acceso a las comunidades es difícil por deslaves, desbordamientos de ríos y quebradas, además el acceso en relación transporte es limitado por falta de Carreteras,

prevalciendo los caminos vecinales, veredas y la falta de puentes en los ríos donde se realizara el presente estudio.

B. MATERNIDAD SALUDABLE

Para la mayoría de las mujeres, la maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria, una experiencia de vida, que en ocasiones se convierte en experiencia de muerte. La mortalidad materna como problema de salud pública no resuelto, además de su impacto desfavorable que genera en el ámbito más esencial de la sociedad, la familia, se enfrenta como una prioridad para los servicios de salud, por todas aquellas circunstancias familiares, sociales y de tipo institucional que conlleva la defunción de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio; por tal motivo, es necesario promover y favorecer la salud materna a través de una maternidad sin riesgos. En este sentido, el estatus de la mujer debe ser elevado y reconocido en todo su valor, tanto en el papel productivo y reproductivo que desempeña en la sociedad; esto entraña que la mujer se le sitúe en primer plano como persona, más que como un objeto de intervenciones.

Cada madre tiene el derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones tanto para ella como a su hijo mediante la accesibilidad de los servicios de salud, de primero y segundo nivel de atención, sin pasar por alto que un aspecto fundamental de la mujer es la inversión de tiempo y energía que emplea para que sus hijos e hijas gocen en condiciones de equidad y de pleno derecho, de los beneficios de lograr un desarrollo pleno.

Evitar la mortalidad materna, no necesariamente requiere la utilización de alta tecnología, sino del compromiso social a una cultura de la salud, orientada a la promoción y educación para la salud con apoyo de los medios masivos de comunicación, es decir: "La mujer debe ser la mejor reconocedora de su propio

riesgo reproductivo y obstétrico”.²⁴

En Guatemala en ese contexto se establece como prioridad en materia de salud reducir la tasa de mortalidad con énfasis en el grupo materno e infantil, y para ello se crea el programa de Salud Reproductiva para hacer “accesibles los servicios de salud reproductiva a hombres y mujeres, considerando la vida y la salud de las madres, hijos e hijas como un bien público, por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional, se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil...”²⁵

Cuando muere una madre, la comunidad pierde un miembro productivo y el trabajo (remunerado o no) que ésta contribuye; y el país pierde lo invertido en la salud y la educación de la mujer, y en su contribución a la economía. La gran mayoría de las mujeres que mueren o sufren lesiones serias por causas relacionadas con la maternidad, se encuentran en la plenitud de la vida.²⁶

El abordaje de la maternidad saludable es una iniciativa como posibilidades de mejorar las condiciones de salud de la mujer, mediante el incremento del mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de los servicios de salud, especialmente de los de Salud Reproductiva, mejorar la calidad de atención obstétrica esencial para los cuidados obstétricos identificando señales de peligro durante el prenatal, parto y posparto en el primer nivel de atención, fortaleciendo procesos despertando el interés en los valores culturales con el enfoque que la mujer mejor reconocedora de su propio riesgo reproductivo y obstétrico, con alternativas buscando mecanismos de: Promoción Información, Educación y Comunicación a la población en general involucrando al grupo de edad reproductiva, adolescentes en los procesos de participación social en los municipios en estudio, concierne al diagnóstico de situación identificando los problemas para el diseño o rediseño de los sistemas de atención y de las

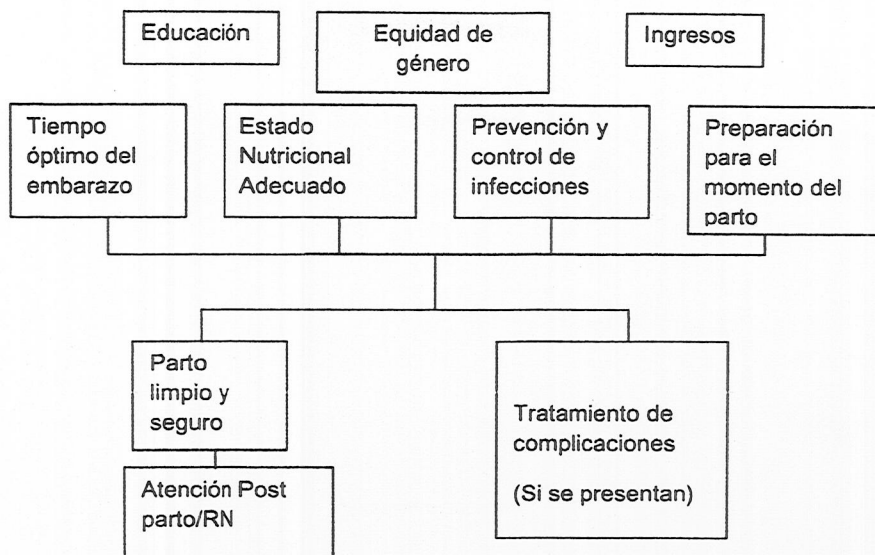
²⁴Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Guatemala. Págs. 13 y 14

²⁵Ley de Desarrollo Social. Guatemala. Pág. 18, . Capitulo V, sección I. Artículo 12, Guatemala.

²⁶Population Referente Bureau. Por una Maternidad sin Riesgos. Pág. 9 Washington DC.

intervenciones de acuerdo a la epidemiología causal de la muerte materna que se tiene la oportunidad de relacionar todos los factores de riesgo que influyen en el proceso, para lograr acciones en el primer nivel y segundo nivel de atención a través de la población para transformar las condiciones y los estilos de vidas saludables.

1. FACTORES DETERMINANTES DE UNA MATERNIDAD SALUDABLE:



FUENTE: Adaptado al Modelo Por una Maternidad sin Riesgos Población Referente Bureau. Pág. 9 Washington DC.

MADRE Y RECIÉN NACIDOS SALUDABLES

Adaptado de “Maternal Health” The Populatio Leadership Program.

La falta o deficiente educación, inequidad genero y ingreso económico a nivel familiar, la prevalencia de la mortalidad materna en los municipios en estudio está asociada a la alta tasa de fecundidad, espacio ínter genésico corto, pobreza, alta ruralidad, analfabetismo y (o) baja escolaridad, distribución geográfica inadecuada de los servicios de salud con deficiente capacidad de resolución especializada en la cabecera municipal, la prestación de los servicios

por personal poco o no capacitado y la inaccesibilidad económica y cultural de los servicios. Las mujeres no acuden en el tiempo óptimo en la atención de su embarazo, parto y puerperio, el estado nutricional es deficiente por las condiciones socio económicas, el auto cuidado familiar durante el embarazo es deficiente por la falta de reconocimiento de signos de peligro en el embarazo y en la atención del parto-posparto, muertes maternas incidieron inmersamente en las condicionantes pobreza y pobreza extrema, medios de comunicación de difícil acceso, prevaleciendo en la primera demora la falta de toma decisiones a nivel familiar la falta del Plan emergencia familiar y la deficiente participación de la organización comunitaria en contar con el plan de emergencia comunitaria.

2 CONTROL PRENATAL

Consiste en un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de la madre y del niño, se denomina control prenatal eficiente al que cumple con cuatro requisitos básicos, de acuerdo con ellos, debe ser:

3. CAPTACIÓN TEMPRANA DE LA EMBARAZADA

Deberá iniciarse lo más temprano posible en el primer trimestre de gestación (captación de la embarazada antes de las 12 semanas), esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud de la madre que constituye la razón fundamental del control prenatal, además se identifican los riesgos, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir la embarazada y el lugar en el que esta ha de realizarse.²⁷

²⁷Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Curso "Guías de Atención del embarazo, parto y puerperio y Emergencias Obstétricas" Junio 2005. Pág. 4 Guatemala.

4. ATENCIÓN PERIÓDICA

La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada, el alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número variará según el tipo de problema que presenten, las de bajo riesgo requiere un número menor, que difiere en distintos lugares o su manejo adecuado. Algunas normas fijan un mínimo de 5 consultas, entre las semanas 23, 27, una cada cuatro semana a partir de la 27 semana, luego cada dos semanas a partir de la 36 semana hasta el término del embarazo.

5. COMPLETO O INTEGRAL

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de salud de la embarazada.

6. EXTENSO.

Lo ideal es que se abarque a todas las embarazadas de esta manera se podrá disminuir las tasas de mortalidad materno-neonatal.²⁸

C. FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD MATERNA:

1. FACTOR

Es cada uno de los elementos como la: paridad, edad, etnia, escolaridad, distancia, otros, que intervienen en la incidencia de la mortalidad materna. también se define un factor de riesgo es cualquier incidencia o cosa que aumenta las probabilidades de que una persona padezca de una enfermedad o muerte que ponga en riesgo la vida del individuo es importante recalcar que los factores aumentan el riesgo de la persona, pero no siempre "causan" la enfermedad o muerte, en el caso específico de la presente investigación se

²⁸Sullivan, Milton Havens. Manual de Ginecología Ambulatoria. México. Segunda Edición, 1994. Págs.131-132

definirá cada uno de los elementos o indicadores que inciden en la mortalidad materna que prevalece en edad, etnia, escolaridad, distancia²⁹

2. RIESGO:

Es el daño potencial que puede surgir por un proceso presente o evento futuro. Diariamente en ocasiones se lo utiliza como sinónimo de probabilidad, pero en el asesoramiento profesional de riesgo, el riesgo combina la probabilidad de que ocurra un evento negativo con cuánto daño dicho evento causaría.³⁰

3. COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Se entiende como complicación a todo aquello que se sale del control humano y que requiere de una pronta intervención para evitar una tragedia.

Dentro de las complicaciones se describirán los siguientes:

4. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

La hipertensión durante el embarazo puede existir previamente o ser inducida por la gestación (denominada clásicamente toxemia del embarazo, puede manifestarse como preeclampsia o eclampsia).

El término hipertensión inducida por el embarazo abarca las afecciones específicas que se desarrollan como resultado directo del embarazo.

Aunque aún se desconoce el mecanismo que produce la hipertensión arterial inducida por embarazo se han propuesto diversas teorías para explicar su etiología. Como esta afección altera diversos sistemas es evidente que una alteración individual no basta para explicarla. Una teoría sugiere que las alteraciones del metabolismo de prostaglandinas producen la hipertensión y coagulopatía, de esta afección. En apariencia la hipertensión inducida por embarazo se asocia con la producción de tromboxano A₂.

²⁹ es wikipedia.org/wiki/riesgo 25 -05-2007 consultado 24-03-2007

³⁰ es wikipedia.org/wiki/riesgo.22-02-2007

Esta hormona es un vasoconstrictor, potente y estimulador de la agregación plaquetaria se considera que es un factor etiológico para la vasoconstricción, la hiperactividad de las plaquetas y trombosis arterial útero placentaria que caracteriza a la hipertensión inducida por embarazo.

La hipertensión arterial inducida por el embarazo se caracteriza por aumento de presión arterial y mayor resistencia vascular periférica. Se altera la circulación arterial debido a la vasoconstricción y vaso dilatación de segmentos alternados. La acción vasopástica produce daño a los vasos sanguíneos al reducir su aporte sanguíneo y al alargarlos en áreas en que se produce dilatación de segmentos. El endotelio se lesiona y en ocasiones las plaquetas y fibrinogeno, al igual que otros productos sanguíneos, se liberan al endotelio.³¹

Se produce desplazamiento general de líquidos del espacio intracelular. El vaso espasmo que se observa en las mujeres con hipertensión inducida por embarazo se atribuye a la extrema sensibilidad de la vasculatura a los vasopresores. A diferencia de las embarazadas sanas que resisten los efectos presores de infusiones de angiotensina II, las mujeres que desarrollan preeclampsia muestran aumento en la respuesta presora a la angiotensina II varias semanas antes de que se observen síntomas clínicos. Se observa una receptividad similar en mujeres que padecen hipertensión crónica antes de que desarrollen hipertensión inducida por embarazo superimpuesta.

También se observa menor actividad de renina plasmática, aldosterona y angiotensina II en mujeres con preeclampsia en comparación con mujeres embarazadas sanas. Se citan a las catecolaminas, prolactina, vasopresina y a las prostaglandinas como sustancias humorales que quizá desempeñen un papel en la patogénesis o mantenimiento de la hipertensión inducida por el embarazo. En la actualidad se estudia una teoría que indica la asociación de complejos antígeno- anticuerpo en la circulación con el desarrollo de la hipertensión inducida por el embarazo.

³¹Schwartz, Ricardo. Obstetricia. Editorial "El ATeneo". Argentina. Cuarta Edición. 1986
Págs. 131-139

Con frecuencia se desarrolla endoteliosis glomerular en los riñones de las mujeres que presentan proteinuria por hipertensión inducida por el embarazo. Esta perturbación ocasiona obstrucción parcial de los lúmenes capilares y puede relacionarse con la liberación de tromboplastina placentaria, que causa coagulación intra-vascular y formación de depósitos de fibrina. Otras alteraciones renales que se asocian con la hipertensión inducida por el embarazo y que no son típicas durante el embarazo incluyen reducción del flujo renal plasmático y de la tasa de filtración glomerular y aumento de ácido úrico en suero, creatinina en suero, creatinina en suero de urea. Se cree que la proteinuria en general acompaña a la hipertensión inducida por el embarazo se correlaciona con la gravedad de la afección renal a medida que la enfermedad avanza. También se postula que algunos cambios del mecanismo de coagulación trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada son factores causales de la hipertensión inducida por el embarazo sin embargo, aun no se establece si estas alteraciones son efecto de la hipertensión inducida por el embarazo o un factor etiológico atribuido a ella.³²

En ocasiones se producen daños hepáticos secundarios a vaso-espasmo, isquemia y necrosis en las pacientes con hipertensión inducida por el embarazo. La necrosis hemorrágica se hace evidente a lo largo del borde hepático secundario a vaso-espasmo, isquemia y necrosis en las pacientes con hipertensión inducida por el embarazo. La necrosis hemorrágica se hace evidente a lo largo del borde hepático, produce hematoma sub-capsular y posibles roturas.

Las manifestaciones útero placentarias de la hipertensión inducida por embarazo incluyen aumento de la resistencia vascular periférica en las arterias espiral y basal que se asocia a lesiones por la hipertensión, mala irrigación placentaria debido a disminución del flujo sanguíneo y vaso-espasmo y en ocasiones reducción del volumen del líquido amniótico. Los efectos de estos cambios

³²Schwarz, Ricardo. Obstetricia. Editorial "El Ateneo". Argentina. Cuarta Edición. 1986 Págs. 131-139

pueden producir anoxia placentaria y fetal. La actividad uterina aumenta de manera espontánea y en respuesta a la oxitócica en mujeres con hipertensión inducida por embarazo.³³

La hipertensión arterial inducida por el embarazo es un factor que pone en riesgo la vida de la mujer durante el periodo de gestación por diversos factores biológicos hepáticos y hormonales. Las toxemias relacionada con la hipertensión inducida por el embarazo es ocasionada por alteraciones hamatopoyetico, afectando órganos vitales renal, hepático que pone en riesgo en el periodo de gestación, parto y puerperio de la Mujer.

5. PREECLAMPSIA.

La preeclampsia, antes denominada toxemia, es una complicación seria caracterizada por hipertensión (alta presión arterial). Afecta a todos los órganos del cuerpo y aún se desconocen sus causas.

Los principales síntomas de la pre-eclampsia son la alta presión arterial
Sistólica : 130,140 mmhg, Diastólica: 90mmhg la presencia de proteína en la orina Las mujeres con pre-eclampsia también pueden presentar:

- hinchazón (edema) de las manos y los pies
- aumento repentino de peso (2 o más kilos en una semana)
- problemas en la vista, como visión borrosa o flashes de luz
- dolores de cabeza fuertes
- mareos
- dolor intenso en la parte superior derecha del abdomen

³³Roystan, Erika/Armstrong, Sue. Preventing Maternal Deaths. World Health Organization. Génova 1989. Págs. 45-49

Por lo general, la pre-eclampsia se produce después de las 30 semanas de embarazo aproximadamente, aunque puede tener lugar en cualquier momento después de las 20 semanas. La mayoría de los casos son leves.

En casos esporádicos, la pre-eclampsia avanza y se convierte en eclampsia. La eclampsia puede causar convulsiones y, en algunos casos, coma. Tanto la pre-eclampsia como la eclampsia pueden poner en peligro la vida de la madre y del bebé.

6. DIAGNÓSTICO DE LA PREECLAMPSIA

Por lo general, la pre-eclampsia leve no presenta síntomas obvios. Por esta razón, es posible que no se dé cuenta de que la tiene.

Normalmente, la pre-eclampsia se detecta durante las visitas de cuidados prenatales rutinarias. Ésta es una de las razones por la que es muy importante que asista a todas las visitas programadas.

Durante las visitas de cuidados prenatales, el médico mide la presión arterial de la mujer y controla el contenido de proteína en su orina. En el caso de un diagnóstico de pre-eclampsia, por lo general es posible tratarla antes de que se vuelva seria.

7. TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA

El tratamiento de la pre-eclampsia depende de:

- la gravedad del problema
- la etapa del embarazo en la que se encuentra

Si una mujer desarrolla pre-eclampsia leve antes de las 37 semanas de embarazo, su médico probablemente le recomendará que reduzca sus actividades. Aunque algunas mujeres son hospitalizadas, la mayoría puede permanecer en su casa.

Cuando la mujer lleva entre 37 y 40 semanas de embarazo, por lo general los médicos recomiendan inducir el parto si:

- la pre-eclampsia es leve
- el cuello uterino (el canal de parto) de la mujer ha comenzado a adelgazar y dilatarse, lo que indica que su cuerpo está listo para el parto

Si el cuello uterino aún no está listo para el parto, el médico puede indicarle algún medicamento para prepararlo para la inducción. En algunos casos, el médico realiza un seguimiento estricto de la mujer y del bebé hasta que el parto comienza por sí solo.

Si la mujer padece pre-eclampsia grave, será necesario hospitalizarla. Su médico probablemente le recomendará la inducción si ya ha pasado las 33 ó 34 semanas de embarazo.

Si la mujer tiene pre-eclampsia grave y lleva menos de 32 semanas de embarazo, por lo general se le realizará un seguimiento estricto en el hospital.

En algunos casos, la presión arterial de la mujer continúa aumentando aunque esté tomando medicamentos para la hipertensión. En estos casos, debe dar a luz al bebé para evitar problemas de salud graves. Los bebés nacidos antes de término pueden tener problemas por ser prematuros, como dificultades respiratorias. No obstante, a la mayoría de estos bebés les conviene más estar en una sala de cuidados intensivos que permanecer en el útero.

Se prefiere un parto vaginal ya que evita el estrés de más que genera la cirugía. Pero cuando la pre-eclampsia pone en peligro la vida de la madre o del bebé, el médico puede verse obligado a realizar una cesárea de emergencia.

En muchos casos, dar a luz al bebé es la "cura" para la pre-eclampsia. Pero la pre-eclampsia puede ocurrir hasta seis semanas después de que haya nacido el bebé.

8. LOS RIESGOS DE LA PREECLAMPSIA

La pre-eclampsia puede causar problemas graves. La alta presión arterial estrecha los vasos sanguíneos del útero que suministran oxígeno y nutrientes al bebé. Esto puede hacer que el bebé tarde más en desarrollarse. En comparación con otras mujeres embarazadas, las mujeres con pre-eclampsia tienen más probabilidades de tener un parto prematuro.

La pre-eclampsia también aumenta el riesgo de desprendimiento de la placenta. La placenta es el órgano que conecta a la mujer embarazada con su bebé. En caso de desprendimiento, la placenta se separa de la pared del útero antes del parto. La mujer puede sangrar excesivamente o entrar en shock, lo cual puede poner en peligro su vida y la del bebé. En los casos más graves, el desprendimiento de la placenta puede causar incapacidades al bebé o incluso su muerte.³⁴

La pre-eclampsia es una complicación que se presenta durante el embarazo, poniendo en riesgo la Vida de la mujer durante el periodo de gestación presentando signo de peligro relacionado con hipertensión arterial y retención de líquidos a nivel celular. Es muy importante la captación de la embarazada antes de las doce semanas para el cuidado de enfermería, seguimiento tratamiento adecuado durante el control prenatal, a través de las visitas domiciliarias y el auto cuidado de la familia

D. COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO:

1 . ECLAMPSIA

La eclampsia es la hipertensión durante el embarazo y se caracteriza por presentar convulsiones y estados de coma. Que son los síntomas que la diferencian de la pre-eclampsia. Se presenta durante el último trimestre del

³⁴Síndrome de Help www.nacersano.org./centro/950

embarazo y es frecuente que se presente durante el parto o durante las primeras 24 horas del mismo.

La eclampsia no controlada es una causa importante de muerte materna. Y solo el 5% de los casos de pre-eclampsia evolucionan a eclampsia.

No se conocen las causas que ocasionan la pre-eclampsia-eclampsia. Antes que se manifieste clínicamente el síndrome, hay vasoespasmo generalizado al parecer iniciado por la presencia de tejido coriónico. Y cuanto más prolongado es, mayor la posibilidad de alteraciones anatomopatológicas asociadas en los órganos maternos, incluyendo la placenta, lo que afecta de manera indirecta al feto.

Los síntomas de la eclampsia son los mismos que los de la pre-eclampsia grave, pero además incluye convulsiones tónicoclónicas generalizadas, coma seguido de amnesia y confusión, proteinuria de 3 a 4 +, hipertensión notable antes de una convulsión e hipotensión después de la misma y oliguria o anuria.

Al examen oftalmológico se observa espasmo arteriolar, edema ocasional en los discos ópticos y exudados cotonosos. En el laboratorio encontramos proteinuria >2,000mg/dl/24 horas, pruebas de hiperazoemia (aumento sérico de la creatinina, ácido úrico o el nitrógeno de la urea), coagulación intravascular diseminada y daño hepatocelular.

Es conveniente recordar que la combinación de datos renales, neurológicos e hipertensión en una mujer embarazada antes normal nos da el diagnóstico y diferencia al pre-eclampsia-eclampsia de la hipertensión primaria, renal o neurológica.

a. TRATAMIENTOS Y RECOMENDACIONES

La única curación es interrumpir la gestación en un momento tan favorable como sea posible para la supervivencia fetal, considerando el estado médico de la

madre. Ya que ninguna de las recomendaciones para reducir la frecuencia o gravedad del proceso han sido de valor cuando se estudia objetivamente.³⁵

Eclampsia es una complicación que se presenta en el último trimestre del embarazo, y durante el periodo de trabajo de parto, se evidencia las complicaciones: convulsiones y estados de coma seguido de amnesia, confusión, proteinuria, poniendo en riesgo de muerte a la mujer en periodo de trabajo de parto lo cual en este proceso es trascendental el cuidado de enfermería para la planeación de los cuidados intensivos y satisfacción de necesidades básicas, el parto gramma es importante su evaluación periódica en el periodo crítico.

2. HEMORRAGIAS

Como hemorragia podemos entender a la salida de la sangre de los vasos sanguíneos. Puede deberse a una alteración o a una rotura traumática de los vasos sanguíneos, además de aparecer como complicación de muchas otras enfermedades. Las hemorragias pueden darse antes o después del parto debido a múltiples causas.

La muerte por hemorragia obstétrica continúa siendo importante en la mayoría de los informes de mortalidad, y el de los países latinoamericanos es la causa más importante de mortalidad materna.

La hemorragia puede ser ante parto o post parto.

3. HEMORRAGIAS ANTE PARTO

Hemorragia del útero durante un embarazo en el cual la placenta parece presentar una situación normal, especialmente después de la semana 28. Una hemorragia se considera anormal cuando pasa los 500 ml.de sangre roja rutilante.

³⁵Castillo Gustavo. Foro. Pág. Entorno medico. Organización/Salud Enfermedad. Eclampsia Entorno médico. Guatemala 1,998

Las causas importantes de una hemorragia a consecuencia del parto son las que se encuentran relacionadas con la placenta y sus membranas.³⁶

4. PLACENTA PREVIA

La placenta previa es el desarrollo de la placenta en el segmento uterino inferior de manera que tapa en forma parcial o total la región del cérvix. Hay tres tipos que se diferencian según el grado de la afección. La placenta previa total se produce cuando la placenta tapa en su totalidad el orificio uterino. La placenta previa parcial se produce cuando la placenta tapa de modo parcial el orificio interno. La implantación baja de la placenta se produce cuando esta se encuentra muy cerca de la región del orificio interno, de manera que puede ser palpada por el médico durante la exploración digital del cérvix, pero no se extiende más allá del margen del orificio interno. El principal indicio de placenta previa es una hemorragia vaginal, indolora, y rojo brillante. Si la hemorragia resultante de esta alteración no se identifica hasta después de iniciarse el parto, las contracciones y el opérculo pueden confundir la situación. La identificación depende de una valoración precisa del grado de hemorragia vaginal. Una hemorragia evidente con abundante pérdida de sangre no resulta difícil diagnosticarla pero se requiere de un discernimiento agudo para decidir en que momento el flujo vaginal de sangre deja de ser un flujo abundante y se transforma en una hemorragia potencial.

No hay una causa determinada para la placenta previa. La multiparidad, la edad materna avanzada, los embarazos múltiples, los partos previos por cesárea y las incisiones uterinas aumentan el riesgo de la placenta previa.³⁷

³⁶Bjorklund K..Minimally invasive surgery for obstructed labour: a review of symphysiotomy. RCOG 2002. Págs. 236-248

³⁷Smith CA, Collins, CT, Cyna AM, Crowter CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Págs. 19-36.

5. DESPRENDIMIENTO PREMATURO PLACENTA NORMO INSERTA. (DPPNI)

Esta alteración puede constituir una emergencia obstétrica si la región de separación es extensa.

Es la separación de la placenta normalmente inserta después de la vigésima semana de gestación y antes de la expulsión del feto.

La clasificación es:

HEMORRAGIA MODERADA	HEMORRAGIA SEVERA:
<ul style="list-style-type: none">• Desprendimiento del 30-50%• Hemorragia externa moderada o ausente.• Cambios hemodinámicas, que no concuerdan con la cantidad de hemorragia visible.• Dolor moderado.• Aumento del tono uterino.• Sufrimiento fetal.• Coágulo retroplacentario de 500ml.	<ul style="list-style-type: none">• Desprendimiento mayor del 50%.• Hipertonía marcada.• Tetania uterina.• Dolor severo.• Hemorragia moderada o severa.• Hipovolemia.• Feto muerto• Coagulopatía (30%). <p>Las muertes maternas se suceden en este grado.</p>

FUENTE: Guías de Atención el embarazo, parto y puerperio y emergencias obstétricas. Ministerio de Salud Pública. Programa Salud Reproductiva.

6. RUPTURA UTERINA

La ruptura uterina es una complicación poco usual que ocurre en 1 de cada 2,000 embarazos. Constituye uno de los accidentes más serios en obstetricia porque la tasa de mortalidad para el feto es el del 50 al 75% y virtualmente todas las madres que no reciben tratamiento mueren de hipovolemia por hemorragia o con menor frecuencia por infección. En este trastorno el útero sencillamente estalla porque la tensión que sufre su musculatura es mayor de lo que puede tolerar. Aunque la rotura uterina puede ocurrir durante el embarazo, es mucho más frecuente durante el parto. En la actualidad la causa más frecuente se atribuye a la rotura de la cicatriz de la cesárea previa, en particular de la incisión clásica. Las mujeres que se encuentran en trabajo de parto después de haber pasado por una cesárea, deben ser observadas con cuidado, con objeto de detectar cualquier indicio de rotura uterina.

Se considera que el segundo agente etiológico más habitual es la estimulación imprudente del parto mediante oxitocina. Entre otros factores que contribuyen a esta alteración se encuentran: Cirugía previa que haya involucrado al miometrio, parto prolongado u obstruido, algunas posiciones imperfectas o anomalías fetales, multiparidad, tamaño fetal excesivo y parto traumático como inversión y extracción o el uso imprudente de fórceps. Se clasifican en:

RUPTURA UTERINA COMPLETA: Es la que comunica cavidad uterina con la cavidad peritoneal.

RUPTURA UTERINA INCOMPLETA: La cavidad uterina está separada de la abdominal por el peritoneo visceral o ligamento ancho.

RUPTURA DE CICATRIZ ANTERIOR: Ruptura de la cicatriz con ruptura de las membranas ovulares, permitiendo comunicación de cavidad uterina con la abdominal.

DEHISCENCIA DE CICATRIZ: Hay ruptura de la cicatriz anterior, las membranas ovulares se encuentran íntegras, y el feto se encuentra en cavidad uterina.

Cuando hay ruptura uterina hay hemorragia interna, anemia aguda, signos de shock hipovolémico, dolor agudo, cese de contracciones en forma repentina, presentación móvil, feto muerto, feto en abdomen, feto no palpable por vía vaginal, palpación directa de la ruptura uterina, signo de Clark (crepitación al palpar el abdomen, por hemorragia en cavidad abdominal), presencia de asas intestinales en conducto vaginal, útero lateralizado, tenesmo urinario.³⁸

E. COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO Y POST PARTO

1. HEMORRAGIAS POST PARTO

La hemorragia post parto es la pérdida de 500 ml o más de sangre por el tracto vaginal, después del nacimiento del bebé, o durante las primeras 24 horas después del parto. La hemorragia posparto es una complicación bastante frecuente del parto. Las tres causas inmediatas de hemorragia posparto son: atonía uterina, laceraciones del conducto del parto (perineo, vagina y cuello del útero) y retención de restos placentarios. Los trastornos de coagulación, tumores uterinos, infecciones y accidentes obstétricos como inversión uterina pueden clasificarse como causas de hemorragia posparto, si bien son menos frecuentes y de naturaleza más indirecta.³⁹

2. RETENCION PLACENTARIA.

Los pequeños fragmentos parcialmente separados de la placenta pueden ocasionar hemorragia posparto al interferir en las contracciones uterinas adecuadas. Durante el parto debe llevarse a cabo por rutina una cuidadosa exploración de la placenta para determinar si hace falta una parte. En caso de

³⁸Keirse MJNC, Chalmers I. In: Chalmer, Enkin, Keise. *Efective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford. University Press, Oxford. England 1989. Págs. 141-152.

³⁹Reeder, Martin, Koniak. *Enfermería Materno-Infantil*. E.E.U.U.. Editorial Interamericana McGraw Hill. Pág. 974-75

que así suceda, se recomienda examinar el útero para eliminar el resto placentario. Cuando se suscita una hemorragia posparto continua, suele descartarse la retención de restos placentarios por exploración manual. Sin embargo, esto rara vez ocasiona una hemorragia posparto inmediata y es más habitual que produzca hemorragia tardía en la que hay repentino sangrado copioso una semana o más después del parto.

La principal causa de retención placentaria es el acretismo placentario, el cual se debe a que la placenta está densamente anclada a la pared uterina. Los factores asociados son antecedentes de cesárea, legrados y multiparidad.⁴⁰

3. ATONIA UTERINA

La atonía uterina es la causa más habitual de la hemorragia posparto. El útero contiene vasos sanguíneos enormes en el interior de los intersticios de sus fibras musculares y los que se encuentran en el sitio placentario están abiertos y son profundos. Es esencial que las fibras musculares se contraigan en forma estrecha sobre estas arterias y venas para controlar la hemorragia y deben mantenerse contraídas, porque basta que tan solo se relajen durante algunos segundos para ocasionar una hemorragia repentina y copiosa. Deben permanecer bien contraídas, porque la relajación continua y ligera produce un escurrimiento continuo de sangre, una de las formas más engañosas de las hemorragias posparto.

La hemorragia por atonía uterina puede anticiparse después de partos en los que hubo excesiva distensión de útero (macrosomía, gemelos, hidramnios) en los que se utilizó anestesia profunda y en los que las contracciones fueron vigorosas o hipotónicas. La paridad elevada y una hemorragia posparto anterior también exponen a la paciente de mayor riesgo de hemorragia por atonía uterina.

El parto de un niño grande, los fórceps medios o de rotación, la manipulación intrauterina y el parto posterior a cesárea son ejemplos de situaciones en los que

⁴⁰Robinson JO, Rosen M, Evans JM, Revill SI, David H, Rees GAD. Maternal Opinion about analgesia for labour Anaesthesia 1980. Págs. 1173-1181.

el traumatismo tiene posibilidades de ocasionar una hemorragia posparto, posiblemente debido a las laceraciones del útero o del canal del parto. Los intentos por apresurar el alumbramiento durante la tercera etapa del parto también pueden ocasionar hemorragia.⁴¹

4. LACERACIONES

Las laceraciones del perineo, de la vagina y del cuello uterino son naturalmente más frecuentes después de un parto con maniobras. Los desgarros del cuello uterino tienen en particular mayor posibilidad de ocasionar hemorragias graves. El sangrado arterial rojo vivo en presencia de un útero duro y muy contraído (sin atonía uterina) sugiere que la hemorragia es consecuencia de una laceración cervical. Los desgarros del perineo y de la vagina también contribuyen a la pérdida de sangre después del parto.⁴²

Toda pérdida de sangre hemorrágica constituida que no sea de tipo quirúrgico que proviene del útero puede ser causa de atonía uterina, laceraciones del conducto del parto perineo, vagina y cuello del útero o retención de restos placentarios, presentando 500 ml de sangre o más de hemorragia, shock hipovolémico, dolor agudo en el abdomen que se presenta durante el trabajo de parto o inmediatamente después, signos de peligro que debe identificarse en el proceso de cuidado y atención del parto de la mujer en el trabajo de parto, la enfermera juega un papel importante en la toma de decisiones. El 70% de las muertes maternas las causas directas de defunción fueron hemorragias en los municipios en estudio presentándose en la primera demora.

⁴¹Reeder, Martin, Koniak. Enfermería Materno-Infantil. E.E.U.U.. Editorial Interamericana McGraw Hill. Pág. 975-977

⁴²Dystocia. SOGC Policy Statement No. 40, E.E.U.U. October 1995. Págs. 84-112

F. PRESENTACIONES OBSTETRICAS

1. PRESENTACIÓN CEFÁLICA

La presentación cefálica se considera normal y ocurre en cerca del 97% de los partos. Hay diferentes tipos de presentación cefálica que dependen de la actitud fetal. Si la cabeza del feto se extiende hacia atrás, la barbilla, la cara o la frente saldrán primero, dependiendo del grado de extensión, lo que no se considera conveniente puesto que esta parte de la cabeza fetal no es la más pequeña, aumentando así la dificultad del parto. Es preferible que la cabeza del feto esté volcada hacia el pecho para que haya un parto de "vértice", en el que sale primero la coronilla del feto. Las presentaciones cefálicas las distocias en presentación de: Cara, de frente, sincipucio el feto el estrecho superior de la pelvis materna el polo cefálico inadecuadamente flectado o deflectado, según grado de flexión del polo cefálico se distingue la presentación del sinpucio, frente y Cara.⁴³

2. PRESENTACIÓN PODÁLICA

La presentación de nalgas o podálica es aquella en la que el polo pelviano del feto se encuentra en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna. La frecuencia varía entre 3-4% y tiene relación estrecha con la edad de gestación (mayor frecuencia a menor edad). El 40% de los niños que al nacer pesan menos de 1 Kg tienen su parto en presentación de nalgas. Si se consideran todos los niños con bajo peso al nacer (<2.500g), Etiología la presentación podálica puede ser determinada por causas maternas, fetales u ovulares, Causas maternas la multiparidad, la estrechez pelviana, tumores previos, malformaciones uterinas. Causas fetales hidrocefalia, anencefalia, feto prematuro, y los tumores del cuello fetal.⁴⁴

⁴³ Perez Sanches OBSTETRICIA, 3ª edición pag.364,-367

⁴⁴ Ibid pag. 355-355

3. PRESENTACION DE HOMBROS

Esta presentación también conocida como "posición transversa", ocurre cuando el niño se encuentra, como su nombre lo indica, en posición transversal en vez de longitudinal en el útero. El hombro suele ser la parte fetal que aparece en el borde del estrecho superior, pero en ocasiones se trata de la espalda, el abdomen, las costillas o el costado, según la posición del feto. Esta es una complicación seria que aumenta los riesgos para la madre durante el parto. Un feto en posición transversal ya en la fase activa del parto por lo general es indicación de cesárea. La versión podálica interna y la extracción constituye un procedimiento peligroso que con frecuencia se relaciona con la ruptura uterina. Es importante detectar a tiempo la presentación del feto para poder determinar si el parto puede realizarse en la comunidad o ser necesario el traslado inmediato al nivel de referencia.⁴⁵

4. PRESENTACIÓN DE CARA

Estas presentaciones se observan en una de cada 600 pacientes. Los factores implícitos en estas presentaciones y la estrechez pélvica es el principal de éstos. Los niños que se encuentran en esta posición pueden expulsarse en forma espontánea si el trabajo de parto es efectivo y la pelvis adecuada. Sin embargo cuando hay indicios de estrechez pélvica o de sufrimiento fetal se recomienda la cesárea, por lo que un parto en la comunidad pondría en un riesgo de muerte inminente a la embarazada.⁴⁶

5. PRESENTACIÓN COMPUESTA

Se llama presentación compuesta, cuando una de las extremidades sufre un prolapso por un lado de la pelvis y se introduce en ella al mismo tiempo. La combinación más habitual es cuando la extremidad superior se prolapsa al lado

⁴⁵Perez Sanches OBSTETRICIA, 3ª edición pag.364,-367

⁴⁶O'Driscoll K. Folley M. MacDonald D. Active management of labour as an alternative to caesarean section for dystocia. Obstet Gyencol 1984. Págs. 63 -90

de la cabeza. Aún cuando también llega a ocurrir el prolapso de una pierna en presentaciones cefálicas o el de un brazo en las presentaciones pélvicas, estos casos no son frecuentes. El principal problema con cualquiera de estas presentaciones es que aumente el número de prolapsos de cordón umbilical. La corrección a menudo es espontánea cuando se interrumpe, pero si el progreso se interrumpe, puede intentarse la recolocación de la parte prolapsada, pero si ello resulta inútil o si hay indicios de que no debe llevarse a cabo un parto vaginal, el niño deberá nacer por cesárea.⁴⁷

Complicaciones que se presentan en el proceso de trabajo de parto en relación a las mal presentaciones fetales se presentan en las distocias de: prolapso de una pierna y en presentaciones de Cara, hombro, cefálicas con prolapsos de cordón umbilical, el de un brazo en las presentaciones pélvicas, la muerte de la Mujer surge en la primera demora por la atención del parto prologado, en el primer nivel de atención el 98% está bajo la responsabilidad de Enfermera (os) ambulatoria (os) la atención integral de la mujer es Enfermería la que Presta los Servicios Básicos en el primer nivel de atención es importante que identifique de forma precoz las señales de peligro en el embarazo y al inicio del trabajo de parto, el 2% fueron causas directas de defunciones en los municipios en estudio.

G. COMPLICACIONES POST PARTO

1. ENDOMETRITIS

La endometritis es una infección local de la pared uterina interna, que a menudo comienza en el sitio placentario y puede diseminarse a todo el endometrio. Alrededor del 2% al 3% de las mujeres desarrollan endometritis después del parto vaginal. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentran parto prolongado y ruptura prematura de membranas, las cuáles conlleva una mayor colonización del segmento uterino inferior a causa de múltiples exámenes vaginales. Una tercera parte de las mujeres desarrollan infección en el líquido amniótico cuando la rotura de las membranas ocurre antes de 6 horas previas al

⁴⁷ O'Driscoll K. Folley M. MacDonald D. Active management of labour as an alternative to caesarean section for dystocia. *Obstet Gyencol* 1984. Pág. 92.

nacimiento. Cuando se desarrolla endometritis suele manifestarse entre 48 y 72 horas después del parto. En su forma más benigna, la paciente no se queja ni presenta síntomas, salvo un ascenso en temperatura superior a los 38°C que persiste varios días y que después desciende. Pero es más común que la paciente sufra dolor abdominal inferior, sensibilidad uterina, sangrado maloliente, fiebres altas, taquicardias y leucocitosis al presentarse la infección. La mujer a menudo también padece de escalofríos, malestar, pérdida de apetito, dolores de cabeza y de espalda. Los entuertos también pueden ser intensos y prolongados. El útero en general es demasiado grande (subinvolución) y en extremo sensible cuando se palpa a través del abdomen. La secreción de loquios puede disminuir en cantidad y tener apariencia rojiza y olor fétido.⁴⁸

Las complicaciones pueden ser:

- Tromboflebitis pélvica séptica.
- Absceso pélvico.
- Shock séptico.

El manejo del tercer periodo en mejorar la calidad de atención para los cuidados obstétricos en el primer nivel de atención que esta bajo la responsabilidad de la enferma (o) ambulatoria(o) que capacite prepare y monitoreo a la comadrona en la atención del parto limpio y seguro a nivel del hogar, el reconocimiento de los signos de peligro. El 13% de las causas directas de defunciones es por Sepsis Puerperal

⁴⁸ Cunningham/macDonlad/Gant/Leveno/Gilstrap/Clark. Williams. Obstetricia 20ª. Edición. Editorial Panamericana. Madrid 1997. Pág. 435.

H. OTROS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD MATERNA

1. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y ÉTNICOS

Algunos indicadores del nivel socioeconómico como ingresos familiares, educación de la madre y el padre y grupo étnico, pueden ser factores de riesgo durante el embarazo. En relación a factores étnicos, la mujeres de raza blanca reciben cuidados en etapas más tempranas del embarazo de las que son de otras razas, por referencia de Williams, Obstetricia 20ª Edición 1,977.

La mortalidad materna afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, pero un número desproporcionadamente alto de las mujeres afectadas por esta cuestión viven en la pobreza, tienen poca educación y habitan en regiones rurales. En Guatemala, la mayor parte de las muertes maternas ocurren entre mujeres indígenas que tienen poca educación, mujeres que trabajan en sus casas, y mujeres que tienen dos o más hijos.

Las mujeres indígenas son las que habitan en las condiciones de vida más precarias, las que tienen las tasas de fecundidad más altas, y el menor porcentaje de nacimientos asistidos por médicos o enfermeras- La tasa de mortalidad materna para este grupo es tres veces mayor (211 muertes por cada 100.000 nacimientos) que para el grupo no-indígena (70 por cada 100.000 nacimientos), según el informe Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000.

En el Departamento de Alta Verapaz, el mayor porcentaje de muertes maternas ha ocurrido en mujeres indígenas en donde la sociedad principalmente en las comunidades rurales, tienen una sobre valoración de la figura masculina (machismo), las mujeres son discriminadas en lo que se refiere a la distribución de recursos familiares y posibilidades de desarrollo, es una de las conclusiones de Carranza Camey en enfermedad y muerte en Alta Verapaz año 2,000. En la escala social la posición de la mujer se encuentra más baja que la ocupada por el hombre. Frecuentemente se le limita a optar empleos poco remunerados por

ser los que requieren menos niveles de educación y capacitación. Estas desigualdades se ven reflejadas en los factores condicionantes que contribuyen o determinan la muerte de las mujeres en edad fértil en los municipios sujetos a la investigación.⁴⁹

2. FACTORES DEMOGRÁFICOS

Según se afirma en la Encuesta de Demografía y Salud de Guatemala de 1995, "la mortalidad materna es un indicador del daño extremo que algunas mujeres sufren durante la etapa reproductiva de sus vidas, la baja disponibilidad y baja calidad de los servicios de salud, las malas condiciones sociales, la desnutrición y las consecuencias de la marginalización de la posición social de las mujeres". Estas mujeres mueren, por lo general, en sus casas, y tienen poco acceso a una atención de salud debidamente capacitada.

El Departamento de Alta Verapaz, cuenta con una población para el año 2009 de 1,014,421 habitantes, el 50% de su población está conformada por mujeres. Se estima que el 91% de la población es indígena y que el 84.2% de la población de Alta Verapaz, habita en comunidades rurales. El idioma local predominante es el Q'eqchi' hablado por la mayoría de la población indígena, seguida del pocomchi. Una alta cantidad de pobladores de las comunidades indígenas son monolingües, especialmente las mujeres, y por lo tanto no hablan ni entienden el idioma español, limitando el acceso de esta población a los servicios de salud, educación y medios de desarrollo social, la investigadora por ser trilingüe y conocedora la cultura Pocomchi y Q'eqchi' del Área Geográfica donde se realiza la investigación.

En los informes estadísticos de la DASAV la razón de muerte materna en los grupos atareos de: 10 a 14 años 473.93, 15 a 19 años 217.86, 20 a 24 años 143.24, 25 a 39 238.55, 40 a 49, 1,859.59 la mayoría de muertes maternas ocurrieron en el Hogar 77.28% y 69% atendidos por comadronas o personas

⁴⁹Carranza Camey, Rafael. Enfermedad y Muerte Materna en el Departamento de Alta Verapaz. Guatemala. Pág.3 año 2,000.

empíricas, lo que viene a corroborar la afirmación de la Encuesta de Demografía y Salud de Guatemala, y que según las estadísticas, esta situación no ha mejorado a pesar de los esfuerzos que se han hecho para la disminución de los riesgos.

La esperanza de vida para las mujeres de Alta Verapaz, se estima alrededor de 67.47 según memoria de labores de la DASAV.

3. FACTORES CULTURALES

El Departamento de Alta Verapaz, es eminentemente multicultural, prevaleciendo la etnia Q'eqchi' y Pocomchí, sus costumbres y tradiciones con su cosmovisión maya se interrelaciona con la salud de la mujer transmitiendo de generación en generación las prácticas y costumbres en la aplicación de la medicina tradicional. La familia está conformada de 7 a 10 miembros teniendo como base el recuento poblacional del primer nivel de atención lo actualiza el EBS bimensual y anual. El esposo toma las decisiones en el hogar, tanto los hijos como la esposa deben de respetar y obedecer al jefe de la familia. Los ancianos son considerados como las personas más sabias y respetables dentro de la comunidad. El matrimonio es una institución religioso-social importante para los Q'eqchies y pocomchies. Contraen matrimonio a la edad de 14 a 16 años. Teniendo como base la experiencia de la investigadora.⁵⁰

4. FACTORES GEOGRÁFICOS

El Departamento de Alta Verapaz se localiza al Norte de la República de Guatemala, A 15°16 35" longitud oeste. Tiene una extensión territorial de 8,686 km². Está conformado políticamente por 17 municipios, 115 aldeas y 1007 caseríos dispersos y menores de 2,000 habitantes; la densidad poblacional es de 89 habitantes por kilómetro cuadrado.

⁵⁰Ley de Desarrollo Social Artículo 15, Decreto 42-2001, pag.15

5. FACTORES EDUCATIVOS

La educación en Alta Verapaz, continúa siendo uno de los problemas grandes a resolver, se estima que hay un porcentaje de analfabetismo del 49% del cuál la mayor parte se estima que son mujeres.

Es claro que la educación determina en gran medida las oportunidades presentes y futuras de las mujeres y su familia, de tal cuenta que la limitación a la educación, además de reducir las oportunidades integrales al desarrollo, disminuye el acceso y utilización de servicios de salud.

6. PATERNIDAD RESPONSABLE

Es un vínculo permanente de sangre o relación entre el padre y la madre con sus hijos e hijas. Este vínculo que acompaña sentimientos derechos y obligaciones tiene reconocimiento social y al no ejercerlo en forma responsable se convierte en una de las causas que limita el desarrollo integral de las personas, las familias y la sociedad. Este vínculo está influenciado por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales y legales. De darse de forma negativa esta incidencia en la práctica de la paternidad y la maternidad, da origen a manifestaciones dolorosas en la niñez y juventud de la calle, embarazos no deseados, el abuso sexual, la prostitución, las adicciones, la niñez trabajadora, la morbilidad y la mortalidad materna infantil.⁵¹

I. FACTORES RELACIONADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD.

1. PERSONAL QUE ATENDIÓ EL CONTROL PRENATAL, PARTO Y PUERPERIO

La atención prenatal, parto y puerperio esta bajo la responsabilidad del personal institucional: Medico, Enfermera, Auxiliares de enfermería de calidad y calidez

⁵¹Ministerio Salud Pública y Asistencia Social. Marco Legal y Político de la Paternidad Responsable en Guatemala. Edición 2004. Pág. 12/18

2. LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO

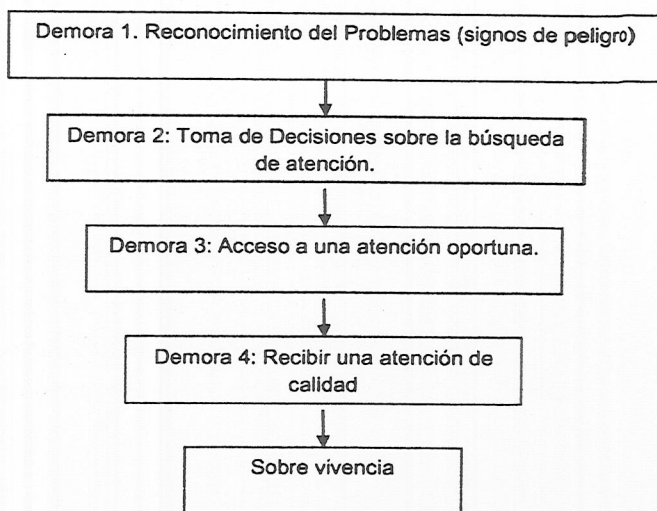
En el primer nivel se realiza en: la Vivienda atendida por la comadrona Capacitada, esposo, suegra y otros de forma empírica, las red de servicios CAP-CENAPAS, CAIMI, Hospitales Regionales Distritales y Hospital regional Departamental, Medico, Enfermera, Auxiliares de Enfermería brinda atención integral materno neonatal en el proceso de trabajo de parto-posparto

3. NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

En el primer nivel: Puestos de Salud y Centros de Convergencias: prestan atención prenatal: Enfermeras Ambulatorias, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Enfermería Materno Neonatal, médicos Ambulatorios, Segundo Nivel CAP-CENAPAS, CAIMI, Hospitales Regionales Distritales Medico, Enfermera , Auxiliares de Enfermería realizan el control prenatal y la atención del parto cuando se presentan y emergencias obstétricas.

4 . DEMORAS QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD MATERNA

Demoras que afectan la sobre vivencia materna y neonatal



FUENTE: Adaptado del modelo Deborah Maine & Serren Thadeus, Soc. Sci. Med 38: 1991-1110, 1994 y Proyecto Mother Care 1998.

El proceso de embarazo, parto y puerperio, desencadena una serie de signos de peligro que deben ser identificados al inicio de los mismos, sin embargo, debido a que ocurren repentinamente en la mayoría de los casos no los identifican, por esta causa y con la finalidad de establecer donde ocurre la tardanza de la atención, y con fines didácticos que nos ayudan a ilustrar los eventos que ocurren alrededor del proceso de embarazo, parto y puerperio aparece el esquema de las cuatro demoras cada una con un nombre específico y permite clasificarlas en los tres niveles de atención.

La ruta crítica que atraviesa una mujer durante el embarazo hacia la resolución del mismo, está compuesto por una serie de barreras y limitaciones que retardan la atención de calidad para salvar su vida.

No solamente son responsabilidad de las mujeres, sino también de las personas que les rodean como su esposo, su pareja, la comadrona, la comunidad, los centros de atención y el entorno estructural en el que se desenvuelven.⁵²

a. PRIMERA DEMORA

Las mujeres embarazadas y sus familias, generalmente no reconocen los signos de peligro que amenazan la vida de las mujeres y de los recién nacidos. A esta falta de reconocimiento se le conoce como **primera demora**. La solución es mejorar el reconocimiento de estos signos de peligro por parte de todos los involucrados (esposo, madre, familia, comadrona, comunidad, etc.) razón por la cual el IEC (Información, Educación, Comunicación) sobre la identificación de los signos de peligro debe de ir encaminado a la familia, a la comunidad, organización comunitaria y al equipo básico de salud, para la referencia oportuna a un servicio de salud donde se le presten los servicios de atención con calidad, calidez y oportunamente. Para mejorar el reconocimiento de estos signos por parte de los actores arriba mencionados se debe lograr el esfuerzo que compete no solo al sector salud, sino también a todas las instituciones locales que desarrollan o apoyan a la organización comunitaria.

b. SEGUNDA DEMORA

Aún cuando se reconozcan los signos de peligro, la condición de inequidad de género no le permite a la mujer, asumir su derecho y ejercer una toma de decisión por si misma en busca de atención adecuada y oportuna, esto se conoce como **Segunda Demora**

⁵²Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna. Guatemala. Pág 13-17 -2,003

Después de reconocer la complicación es necesario la toma de decisiones para el traslado inmediato a un centro asistencia donde pueda recibir la ayuda necesaria en Alta Verapaz esta decisión no siempre recae en la pareja, sino intervienen otros miembros de la familia y algún miembro de la comunidad debido al desconocimiento sobre donde acudir por ayuda, desconfianza en los servicios de salud, problemas de transporte, problemas por el recargo de tareas relegadas a las mujeres, problemas con las condiciones para la atención de otros hijos (as), problemas económicos, problemas de autoridad masculina y falta de poder de decisión de la mujer sobre la propia salud. Este segundo retraso evita la búsqueda de ayuda con la rapidez necesaria para salvar una vida

Para contra restar esta situación todos estos actores (Mujeres, Comunidad, la Familia , Organización Comunitaria, COCODES) deben de estar preparados y organizados de tal manera que cuando se presenten complicaciones deben contar con un plan que facilite la toma decisión para la referencia oportuna, deben apoyarse las decisiones de las mujeres de acuerdo al ejercicio de sus derechos basándose en información completa y confiable. La comunidad y las familias deben ver a la mujer como sujeto de la decisión y no solo como objeto de la misma. La comadrona tradicional debe promover la toma decisión correcta y oportuna de búsqueda de ayuda por lo que se le debe integrar al sistema de salud ya que constituye un vínculo entre los servicios y la comunidad, favorece la aceptación y la adaptación cultural de los mismos y fomenta la demanda oportuna la atención obstétrica de emergencia. La comunidad organizada debe apoyar la mejoría de los servicios de salud locales para promover la demanda de atención obstétrica de emergencia, cuando esta sea necesaria, una de las acciones más importantes es promover la participación de los hombres en la salud reproductiva.

c. TERCERA DEMORA:

Las mujeres también enfrentan limitaciones por falta de acceso a las vías de comunicación y a medios de transporte para acceder a los servicios de salud, esto constituye la **tercera demora**.

Los obstáculos con los que se pueden encontrar pueden ser: Físicos (vías de comunicación difíciles o inexistentes), financieros (alto costo del combustible, gastos relacionados a la movilización lejos del hogar) de infraestructura: (Servicios de Salud muy lejanos) esta tercera demora incide en el deterioro de la madre a tal punto que puede fallecer o llegar cuando es demasiado tarde a un servicio de salud apropiado.

La solución para disminuir los riesgos en esta tercera demora pueden ser.

- Asegurar la disponibilidad de transporte de emergencia, coordinando los recursos locales.
- Mujeres, familia y comunidad deben planificar con antelación a donde acudir, como trasladarse, quién cuida a otros miembros de la familia y como se cubrirán los gastos mínimos.
- Debe habilitarse infraestructura para acercar los servicios de atención materna y neonatal a las comunidades priorizadas.
- La comunidad debe participar en el monitoreo de la situación de salud de las mujeres y en la vigilancia de las muertes maternas.

d. CUARTA DEMORA:

Finalmente la **cuarta demora** consiste en una atención deficiente y retardada ya sea por falta de competencia de los proveedores de los servicios de salud o por falta de insumos o equipo médico apropiado.

Siendo las causas clínicas que provocan el mayor porcentaje de muertes maternas, la hemorragia, sepsis, hipertensión inducida por el embarazo las

acciones deben dirigirse directamente a la solución de estos problemas, promoviendo el enfoque de maternidad saludable basado en que “todo embarazo está en riesgo” dado que las complicaciones que causan las muertes maternas no pueden predecirse o prevenirse, de igual manera deberá procurarse la presencia de personal calificado en la atención del parto con actualizaciones periódicas relacionadas a emergencias obstétricas, y por último aumentando la cobertura de los servicios de atención materno neonatal esencial.

J. CONTINUACIÓN SE DETALLA LOS INDICADORES DE SALUD MATERNA 2,009 DE LOS MUNICIPIOS EN ESTUDIO DE:

INDICADOR	CAHABON	CARCHA
Población Total	55,423	201,347
Población de Mujeres en edad Fértil 10 a 54 años	16,628	61,755
Embarazos esperados	1,623	4,703
Mujeres embarazadas en control prenatal	154.52%	119.70%
Mujeres embarazadas suplementadas con Hierro y Acido fólico.	154.52%	119.70%
Puérperas suplementadas con Hierro y Acido fólico	87.92%	98.93%
Tasa de Natalidad	28.97	12.94%
Tasa de Fecundidad	96.58	74.47
Crecimiento Vegetativo	2.58	3.84
Razón de Mortalidad Materna	622.67	379.54
Tasa de Mortalidad en Mujeres edad fértil de 10 a 54 años	3.247	0.810
Tasa de Mortalidad Infantil	25.53	29.74
Tasa de Mortalidad General	3.14	2.68
Nacimientos	1,606	4,479

Partos atendidos por Medico	7.23%	25.60%
Partos atendidos por Comadrona Tradicional	77.28%	69%
Atención de partos por Empírico	14.44 %	5.40%

FUENTE: Unidad de Estadística Dirección de Área de Salud Alta Verapaz, Memoria de labores 2009.

Se evidencia que del total de mujeres embarazadas en control 74.11%, reciben control prenatal en los dos niveles de atención y el resto no recibe ningún control, en relación a la atención a puérperas 32.37% y el resto no recibe ningún tipo de atención demostrando la baja captación de puérperas por el Equipo Básico de Salud en el primer nivel es deficiente y de la misma forma se refleja en el personal institucional del segundo nivel de atención. En los municipios de Carchá el 69% de partos es atendido por comadronas y por personal profesional 25.60%, y 5.40% recibe atención del curandero, abuela o familiar cercano de forma empírica., Cahabón: 7.23% es atendido por medico, enfermera, 77.28% atendido por comadronas y 14.44 % recibe atención del curandero, esposo, abuela o familiar cercano de forma empírica, prevaleciendo la alta tasa de mortalidad materna por la falta de reconocimiento de los signos de peligro por el tipo de atención de parto que se brinda en el núcleo familiar de la parturienta, también se evidencia la deficiencia en el seguimiento de la embarazada y la falta de atención de parto limpio y seguro, la falta de contar con un plan de emergencia comunitario al 100% en las comunidades para la activación del comité comunitario para el funcionamiento del plan de emergencia para el traslado de las emergencias obstétricas.

K. CONDICIONES ECONOMICAS 2009

INDICADOR	CAHABON	CARCHA
Extensión Territorial en Km2	900	1,206
Población urbana	7%	14%
Población Rural	93%	86%
Población Ladina	1.6%	3.1%
Población indígena	98.4%	96.9%
Pobreza	38.9%	57.2%
Extrema pobreza	61.1%	42.8%
Tasa Analfabetismos	81.5%	60%

FUENTE: Unidad de estadística Dirección Área de Salud Alta Verapaz Memoria de labores 2009

La población urbana en el departamento de Alta Verapaz es únicamente el 21%, en los Municipios objetos de estudio la urbanización alcanza únicamente el 7 % y 14% mientras que el resto de la población es rural equivalente 93% y 86%, en su mayoría son indígenas de su idioma maternos es el Q'eqchi' que representa el 98.4% y 96.9%, viven en pobreza 38%, 57.2% y en extrema pobreza 61.1% y el 42.8% representada en la tabla siendo un factor de riesgo.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. TIPO DE ESTUDIO:

El trabajo de investigación que se realizó es un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con abordaje cuantitativo de las muertes maternas ocurridas durante el año 2009 en los municipios de Carchá y Cahabón del Departamento de Alta Verapaz. Es descriptivo porque su principal objetivo es identificar y relatar los hechos alrededor de todas las muertes ocurridas en el período en estudio, es de corte transversal porque la obtención de datos se dio en un momento específico, es cuantitativo porque la información recolectada de una forma sistemática, y el análisis de la información numérica, se efectuó por medio de procedimientos estadísticos.

B. Unidad de Análisis

En el presente estudio se utilizaron cuestionarios dirigidos a 27 familiares cercanos esposo, madre de la fallecida, hermana que estuvieron en el momento del fallecimiento de la difunta, con la cual se obtuvo información más fidedigna confiable y su veraz.

C. Población y Muestra

La población la constituyeron los 27 grupos de familiares que estuvieron en contacto directo durante el proceso de embarazo y muerte de las fallecidas que represento el 100% del universo

1. VARIABLE A ESTUDIAR

a. Definición Operacional:

Son todos aquellos elementos, actividades y actitudes que intervienen en la toma de decisiones, para que la madre tenga una buena o mala gestación y están en el contexto en donde ella se desarrolla, incidiendo ello en la mortalidad materna.

b. Indicadores

Factor edad

Factor étnico

Factor cultural

Factor estado Civil

Factor Familiar

Factor educacional

Factor económico

Factor ocupacional

Factor pobreza

Factor comunicación

Factor institucional acceso a los servicios de Salud

Factor BIOLÓGICO relacionado al Embarazo.

Factor BIOLÓGICO durante el parto

Factor BIOLÓGICO Reconocimiento de Signos de peligro.

2. CRITERIOS DE INCLUSION

a. Todos los participantes son: Familiares cercanos de la fallecida Madre/padre, Hermana/hermano, Esposo/pareja, Hijo/hija, Amiga/amigo, Otro familiar, ubicadas en las comunidades de los Municipios de Carchá y Cahabón del Departamento de Alta Verapaz.

b. Personas indígenas de la Etnia Q'eqchi' que aceptan en forma voluntaria ser sujetos del estudio de investigación.

c. Personas integrantes de las familias de las madres fallecidas que viven en diferentes comunidades de los Municipios de Carchá y Cahabón del Departamento de Alta Verapaz.

3. CRITERIOS DE EXCLUSION.

- a. Familiares que no estuvieron presentes en o desconocían la causa de la muerte de la madre fallecida.**
- b. Líderes comunitarios que no conocían a la madre fallecida.**

D. DEFINICIÓN DE Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
Factores de riesgo que incidieron en la mortalidad materna en los Municipios de Cahabon y Carcha de Departamento Alta Verapaz	La edad es un factor de riesgo en la mujer especifica en la adolescencia	Son todos aquellos aspectos que intervinieron para que ocurrieran las muertes de las madres en los Municipios de Cahabón y Carcha A.V. de Enero a Diciembre del 2009	Factor Edad	Edad de la madre fallecida 10 a 14 años, 15 a 19 años 20 a 24 años, 25 a 29 años 30 a 34 años, 35 a 39 años 40 a 44 años, 45 a 49 años 50 a 54 años.
	La etnia y las costumbres hace vulnerable especificament e en edad reproductiva		Factor Étnico y Factor Cultural	Grupo étnico de la madre fallecida Indígena, ___ No Indígena ___ otro, ___ No sabe ___
	El estado civil de la mujer son factores inciden en la toma decisiones de la mujer en su periodo de Embarazo, parto y puerperio		Factor Estado civil	Estado civil de la madre fallecida: Soltera, Casada, Unida, otro.

	<p>La toma de decisiones en el traslado o el auto cuidado de la salud de la mujer indígena en periodo de gestación, en la atención del parto está sujeta a las decisiones de la familia prevaleciendo como un factor de riesgo en la primera y segunda demora</p>		<p>Factor familiar</p>	<p>Parentesco de la persona entrevistada con la madre fallecida:</p> <p>Madre/padre, Hermana/hermano, Esposo/pareja,</p> <p>Hijo/hija, Amiga/amigo,</p> <p>Otro familiar No hay parentesco,</p> <p>Número de Hijos e Hijas que deja la madre fallecida:</p> <p>Hijos____Hijas____</p> <p>¿Quién detectó la señal de peligro?</p> <p>Esposo/pareja____ - Madre/padre_____ Madre/padre_____ Hermana/hermano_____ Suegros____Coma drona_ Otros_____</p> <p>¿Quién tomó la decisión de</p>
--	---	--	------------------------	--

				trasladaría al centro asistencial? Esposo/pareja____ - Madre/padre_____ Madre/padre_____ Hermana/hermano _____ Suegros___ Coma drona_ Otros_____ Lugar donde ocurrió la muerte Domicilio:_____ Hospital San Juan de Dios (Guatemala)_____ - Hospital Privado_____ Hospital Regional de Cobán_____ Hospital Privado_____ IGSS____ Otros:_ _____ ¿Razones por las cuales no fue llevada a un
--	--	--	--	---

				<p>centro asistencial? Dificil acceso___</p> <p>No existía una persona que acompañe a la madre_____</p> <p>El esposo no la dejó ir y no buscó ayuda_____</p> <p>No sabía que existía un centro asistencial_____ -</p> <p>Por ser siempre atendida en el hogar_____</p> <p>Falta de recurso económico_____</p> <p>Porque la familia no la dejó ir_____</p> <p>Otro especifique:_____</p> <p>¿Número de integrantes de la familia?</p>
--	--	--	--	---

Factores de riesgo que incidieron en la mortalidad materna en los Municipios de Cahabon y Carcha de Departamento Alta Verapaz	La falta de Información Educación limita a la Mujer en edad fértil tener conocimiento en relación al auto cuidado a su salud. .	Son todos aquellos aspectos que intervinieron para que ocurrieran las muertes de las madres en los Municipios de Cahabón y Carcha A.V. de Enero a Diciembre del 2009	Factor Educativo :	¿Sabe leer y escribir? SI__NO__ Nivel educacional 1° a 3° Primaria 4° a 6° Primaria Básicos, Otro____ Ninguno__
	El factor socio económico pobreza, extrema es un indicador que refleja las condiciones de vida en que viven las familias en las comunidades donde se presentaron las muertes maternas de los Municipios de Carchá y Cahabón en el año 2009		Factor económico Factor Pobreza	¿Cuál es el ingreso económico mensual familiar? Extrema Pobreza: Q200.00 por persona Pobreza: Q400.00 por persona. No pobreza: Q660.00 por persona ¿Cuánto cuesta el transporte de su casa para la unidad más cercana? A pié____ De Q51.00 a Q100.00____ Más de Q500.00____ De Q10.00 a Q50.00____ De Q101.00 a Q500.00__
	El poco ingreso económico al hogar de las familias es por las pocas oportunidades que se tiene en relación al acceso al trabajo a nivel rural no permite tener condiciones de		Factor ocupacional	Ocupación del esposo: Jornalero:____ Agricultor:____Otro _____ Ocupación de la madre fallecida Ama de casa,____ oficios domésticos____ otros_____

	<p>vida son precarias de las familias indígenas que viven en el are rural.</p>			
	<p>El poco acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención donde prevalece las muertes maternas es un riesgo para la atención de las emergencias obstétricas para salvar vidas de las madres que son referidas al segundo nivel de atención para su asistencia médica.</p>		<p>Factor institucional acceso a los servicios de Salud</p>	<p>¿Existe Centro de Convergencia cercano al domicilio de la madre fallecida? SI__NO__ No sabe____</p> <p>¿Existe puesto de Salud cercano del domicilio de la madre fallecida? SI__NO__ No sabe__</p> <p>¿Existe Hospital Nacional cercano del domicilio de la madre fallecida? SI__NO__ No sabe__</p> <p>¿Existe Hospital Privado cercano del domicilio de la madre fallecida? SI__NO__</p>

				<p>No sabe___</p> <p>A qué distancia está el Hospital más cercano: Menos de 20Km, 21 a 40 Km 41 a 60 Km, 61 a 80 Km, 81 a 100 Km, Más de 100 Km</p> <p>¿Quién atendió el parto o aborto? Comadrona____ Medico____ Enfermera____ Auxiliar_____ de Enfermería____ Enfermera/o____Otro _____</p> <p>Al llegar al centro asistencial fue atendida: De inmediato y con cortesía De inmediato y con malos tratos____ No fue atendida__ La hicieron esperas mucho tiempo____ No sabe_____</p> <p>¿Cuánto tiempo se tarda en llegar de su casa a la unidad de salud más cercana? Menos de 15 minutos____ De 16 a 30 minutos____ De 31 minutos a 1 hora Más de 1 hora____ Más de 2 horas_____</p>
--	--	--	--	--

				<p>¿A qué centro asistencial fue llevada la madre antes de morir?</p> <p>Centro de convergencia____</p> <p>Puesto de Salud_____</p> <p>Centro de Salud_____</p> <p>Hospital_____</p> <p>Otros__</p>
<p>Factores de riesgo que incidieron en la mortalidad materna en los Municipios de Cahabon y Carcha de Departamento Alta Verapaz</p>	<p>El acceso geográfico y los medios de comunicación son factores condicionantes que por la falta o deficiente de los mismos es difícil salvarle la vida a la madre en proceso de trabajo de embarazo, en la atención de parto y su seguimiento para sus controles.</p>	<p>Son todos aquellos aspectos que intervinieron para que ocurrieran las muertes de las madres en los Municipios de Cahabón y Carcha A.V. de Enero a Diciembre del 2009</p>	<p>Factor comunicación y Geográfico</p>	<p>¿Sabe usted si existió la necesidad de transportar a algún lugar asistencial a la madre fallecida antes de su muerte?</p> <p>SI__NO__ No sabe__</p> <p>Si la respuesta anterior es SÍ, ¿qué tipo de transporte existía para el traslado de la madre antes de su</p> <p>Fallecimiento?</p> <p>Vehículo particular__</p> <p>Ambulancia__</p> <p>No había vehículo__</p> <p>Medios de transporte que existen de comunidades a la cabecera municipal y/o departamental</p> <p>Vereda__</p>

				Vía acuática____ - Terracería_____ Asfalto_____ Lugar de residencia (municipio y departamento)
Factores de riesgo que incidieron en la mortalidad materna en los Municipios de Cahabon y Carcha de Departamento Alta Verapaz	La Multiparidad es una condicionante que altera el sistema reproductor de la mujer en periodo de gestación es un factor de riesgo	Son todos aquellos aspectos que intervinieron para que ocurrieran las muertes de las madres en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. de Enero a Diciembre del 2009	Factor Biologico relacionado con el embarazo	¿Mes en que ocurrió la muerte de la madre? Número de embarazos de las madre fallecida:___ Número de cesáreas en la madre fallecida:___ Número de pérdidas o abortos que tuvo la madre fallecida:_____ Número de hijos e hijas que deja la madre fallecida: Hijas___Hijos____ Momento en que falleció la madre: Durante _____ el embarazo__ En trabajo de parto___- En el parto En el post parto inmediato En el post parto mediato En el traslado ¿La madre padecía alguna enfermedad? Si___ NO___¿Cual?___ Cuando ocurrió la hemorragia en el

				embarazo se presentó en: Primer Trimestre___ Segundo Trimestre_____ Tercer Trimestre:_____ ¿La madre fallecida padecía de ataques o convulsiones? SI___ NO_____ La madre que falleció por presión alta, sabe usted si solo fue este su padecimiento: Siempre había tenido este padecimiento_____ Durante el embarazo___- Ya presentaba molestias_ No sabe_____ La muerte de la madre fue causada por: Aborto_____ Parto complicado _____ Hemorragia_____
Factores de riesgo que incidieron en la mortalidad materna en los Municipios de Cahabon y Carcha de Departamento Alta Verapaz	Las hemorragias, toxemias, fiebres que se presenta durante el trabajo de parto, atención del parto, pone un alto porcentaje el riesgo la vida de la madre a que se desencadene la muerte	Son todos aquellos aspectos que intervinieron para que ocurrieran las muertes de las madres en los Municipios de Cahabón y Carcha A.V. de Enero a Diciembre del 2009	Factor Biológico durante el Parto	Causas por las que murió la madre: Hemorragia___ Presión alta ___ Convulsiones_____ Fiebre__ Otra causa_____ De los casos que presentaron hemorragia ¿Tuvo parto o aborto incompleto? SI___NO__

				<p>La hemorragia vaginal se presentó: Durante el embarazo__ En el trabajo de parto__ En el parto____ - Después del parto__</p>
Factores de riesgo que incidieron en la mortalidad materna en los Municipios de Cahabon y Carcha de Departamento Alta Verapaz	Alteraciones biológicas que se desarrolla en el embarazo, parto y posparto que ponen en riesgo la vida de la mujer en este periodo.	Son todos aquellos aspectos que intervinieron para que ocurrieran las muertes de las madres en los Municipios de Cahabón y Carcha A.V. de Enero a Diciembre del 2009	Factor Biológico reconocimiento de Signos de Peligro	<p>¿Qué señales de peligro se reconocieron en el embarazo, parto o posparto? Hemorragia vaginal____ Fiebre y coágulos con mal olor._____ Le cuesta respirar_____ Dolor fuerte de cabeza o visión borrosa_____ Dolor fuerte del Estomago_____ La placenta no sale en 30 minutos:_____ Niño(a) atravesado o de nalgas_____ Salida de mano o pie del niño(a) por la vagina___ La placenta no sale en 30 minutos_____</p>

				<p>¿Quién detectó la señal de peligro? Esposo/pareja____ Madre/padre_____ Madre/padre_____ Hermana/hermano__ _____ Suegros____ Comadrona_ Otro_____ - Diagnóstico final de la causa de la muerte de las madres en estudio: Causa Directa _____ Causa Indirecta _____</p> <p>¿Quién reconoció la gravedad del problema que estaba relacionado con la muerte materna? Comadrona__ Esposo o compañero____ Suegra/o_____ Madre_____ otros____ _____</p>
--	--	--	--	---

E. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE UTILIZARON.

Para realizar la investigación de campo se elaboró un instrumento consistente de un cuestionario para recolectar la información sobre Factores de riesgo que incidieron en la mortalidad materna en los Municipios de Carchá y Cahabón del Departamento de Alta Verapaz.

El instrumento se elaboró con preguntas abiertas con selección múltiple y cerradas basada en la técnica de investigación enunciada, la prueba piloto que se realizó en el Municipio de Puralha Baja Verapaz la muestra fue muertes maternas ocurridas en el año 2007 por las características similares con el estudio de campo de los Municipios de Carchá y Cahabón del Departamento de Alta Verapaz.

El estudio piloto fue de utilidad para detectar debilidades en el protocolo y especialmente en el instrumento con cual se realizó las enmiendas correspondientes oportunamente para mejorar el proceso de la presente investigación.

F. ALCANCES Y LÍMITES DE INVESTIGACIÓN

- 1. Ámbito Personal:** Familiares de las mujeres fallecidas durante el período de embarazo, parto y puerperio, que estuvieron en contacto durante el proceso de muerte.
- 2. Ámbito Geográfico:** dos municipios: Carchá, Cahabón donde se presentaron muertes maternas año 2009 que pertenecen al Área de Salud de Departamento de Alta Verapaz.
- 3. Ámbito Institucional:** Distritos de salud Carchá-Campur, Cahabón, del Área de Salud de Alta Verapaz, que reportaron muertes maternas año 2009.
- 4. Ámbito temporal:** 12 meses. Enero a diciembre del 2009.

G. PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Al ordenar y tabular los datos obtenidos en el cuestionario, se procedió a construir las tablas porcentuales que facilitaron el análisis de los resultados de la investigación y al socializar la información se logro hacerla de manera clara y concreta, posteriormente se elaboraron las conclusiones y recomendaciones para sustentar los resultados obtenidos.

H. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

El presente estudio se basó en conducta ética y profesionales dentro de las cuales están:

1. CONFIABILIDAD:

La confiabilidad de este estudio radica en las respuestas que se obtuvieron a través de los instrumentos utilizados en la investigación, describiendo sustantivamente cada una de las respuestas aportadas por nuestros interlocutores que en este caso específicamente los familiares más cercanos que facilitaron la información.

2. VALIDEZ:

La validez de esta investigación salió del análisis de los factores y su aplicación estadística, misma que fue de utilidad para construir las conclusiones y recomendaciones.

Las familias, ejercieron su libre voluntad para acceder o declinar voluntariamente la participación en las entrevistas.

3. VERACIDAD:

Este estudio pretendió demostrar la realidad que se vive en cada una de las comunidades donde los factores de riesgo que influyen en la incidencia de la

mortalidad materna fueron recopilados textualmente de acuerdo a la percepción de cada uno de los entrevistados.

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Este estudio se realizó contando con el consentimiento del Director Área de Salud de A.V. y Directores de los Distritos de Salud de Carchá –Campur y Cahabón y cada uno de los familiares cercanos de las fallecidas, los participantes tuvieron previo conocimiento y comprensión de los hechos pertinentes donde se realizó la investigación.

El consentimiento los participantes lo otorgaron por libre voluntad y no mediante incentivos especiales, como pagos en efectivo, comisiones, coacción o acciones indirectas de presión.

5. BENEFICENCIA:

Con el beneficio de la información obtenida no se puso en riesgo la vida de ninguna persona, se pretende crear estrategias que permitan la disminución de la mortalidad materna en los municipios de Carchá y Cahabón, sujetos de estudio del Departamento de Alta Verapaz la información obtenida de los entrevistados se maneja con confidencialidad en reserva a la entidad de la persona que participaron en la entrevista y anonimato de quienes respondieron los planteamientos.

6. JUSTICIA:

La encuesta se dirigió a los familiares de las 27 fallecidas sin discriminación alguna, tomando en consideración el idioma, cultura y respetando la decisión de participar libremente en la investigación.

7. CONFIDENCIALIDAD.

La información que se obtuvo sirvió de análisis y se utilizó de manera confidencial.

8. AUTONOMIA O AUTO DETERMINACION:

Es la libertad que posee cada familiar en la decisión de participar o no en este estudio.

9. AUTORIZACION INSTITUCIONAL.

Se solicito por escrito permiso al Director de Área de Salud de A.V., Directores Municipales de Salud de los Municipios de Carcha-Campur y Cahabón, para realizar la investigación en las comunidades bajo la responsabilidad de Prestadoras Servicios Básicos de Salud, Puestos de Salud y el Área de influencia Institucional de los Municipios para la autorización del estudio.

**VII. PRESENTACION ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
CUESTIONARIO DIRIGIDO A FAMILIARES CERCANOS QUE
ESTUVIERON PRESENTES EN EL PROCESO DE TRABAJO DE
PARTO, POS PARTO DE LAS MADRES FALLECIDAS EN
COMUNIDADES UBICADAS EN LOS MUNICIPIO DE CARCHA Y
CAHABON A.V. EN EL AÑO 2009**

CUADRO No. 1

¿MES EN QUE OCURRIÓ LA MUERTE DE LA MADRE?

MESES	Carchá	%	Cahabón	%
Enero	0	0	1	10
Febrero	1	6	0	0
Marzo	0	0	1	10
Abril	1	6	1	10
Mayo	1	6	0	0
Junio	2	12	3	30
Julio	1	6	0	0
Agosto	3	18	1	10
Septiembre	2	12	1	10
Octubre	1	6	1	10
Noviembre	3	18	0	0
Diciembre	2	12	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de trabajo de parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Las muertes maternas ocurridas en el Municipio de Carcha y Cahábon A.V. se presentaron en diferentes fechas y meses del año 2009, lo que indica que el riesgo de morir es latente en las mujeres embarazadas y en el parto he hi la importancia de la detección oportuna de la embarazada antes de las 12 semanas para su primer control prenatal, 26 semanas segundo control, tercer control 32 semanas, entre las 36 y 38 semanas, en los controles prenatales es importante enfatizar la detección temprana de signos y señales de peligro⁵³, la orientacion a la embarazada preparandole el plan de emergencia familiar para ayudar a la mujer a identificar signos y señales de peligro también establecer a dónde ir en caso de una complicación, es importante que el primer nivel y segundo nivel de atención cuente con un mapeo de fechas probables de parto, para realizar acciones preventivas durante el embarazo para prevenir las complicaciones durante el parto y posparto.

⁵³ Norma de atención integral par primero y segundo nivel pag. Consult. 17 y 18.edicion 2010

CUADRO No.2
¿EDAD DE LA MADRE FALLECIDA?

Edad	Carchá	%	Cahabón	%
10 a 14 años	0	0	0	0
15 a 19 años	1	6	0	0
20 a 24 años	3	18	0	0
25 a 29 años	4	24	2	20
30 a 34 años	3	17	2	20
35 a 39 años	1	6	1	10
40 a 44 años	5	29	5	50
45 a 49 años	0	0	0	0
50 a 54 años	0	0	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de trabajo de parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Los resultados de las entrevistas realizadas reflejan en relacionados a la edad de las madres fallecidas en el municipio de Carchá de: 15 a 19 años 6%, 20 a 24 años 18%, 25 a 29 años 24%, 30 a 34 años 17%, 35 a 39 años 6%, 40 a 44 años 29% y en el Municipio de Cahabón fallecieron en las edades de: 25 a 29 años 20%, 30 a 34 años 20%, 40 a 44 años 50%, la edad reproductiva es un factor que pone en riesgo la vida de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, en el Municipio de Carchá de la edad 40 a 44 años 29% y en Cahabón 40 a 44 años 50%, prevalece la vulnerabilidad por la deficiencia de Información, educación que ella desconoce, la maternidad en la mujer indígena

específicamente carece de de protección de su pareja por falta de apoyo emocional y comunicación entre ambos, su vida carente de oportunidades para desarrollarse no identifica la importancia de valorar su vida como madre y en la toma decisiones en relación a sus derechos a decidir en la planificación de su familia, cualquier patología importante que afecte al órgano mismo materno como infecciones sistémicas que pueda asociarse ponga en riesgo su salud.

CUADRO No.3
¿GRUPO ÉTNICO DE LA MADRE FALLECIDA?

Grupo étnico	Carcha	%	Cahabón	%
Indígena	17	100	10	100
No indígena	0	0	0	0
Otro	0	0	0	0
No sabe	0	0	0	0
Total	17	0	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de trabajo de parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En el Municipio de Carchá y Cahabón en el año 2009 el 100% de las muertes materna pertenecen al grupo etnico Q'eqchi', manifestando los entrevistados del municipio de Carcha en 7 casos y en Cahabon 6 casos solicitaron la atencion al curandero para que le realizara ritos, la sobaran les dieron a beber hierva antes de consultar a los servicios de salud, y otros casos buscaron a la comadrona, la mujer indígena es más vulnerable por sus costumbres y tradiciones que se transmite de generaciones siendo factor de riesgo que afecta a las mujeres en edad reproductiva. Es importante promover en los servicios de salud materna perinatal el cuidado culturalmente adecuado, y la estandarización de conocimientos en las prácticas del cuidado de la salud de madre conociendo su cultura con el propósito de continuar ampliando y profundizando el conocimiento en el cuidado transcultural materno perinatal.⁵⁴

⁵⁴XXIII CONGRESO NACIONAL UNIVERSIDAD NACIONAL COLOMBIA FAC. ENFERMERIA
pag.23-26

CUADRO No.4
¿ESTADO CIVIL DE LA MADRE FALLECIDA?

Estado civil	Carcha	%	Cahabón	%
Soltera	1	6	0	0
Casada	13	76	9	90
Unida	3	18	1	10
Otro	0	0	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de trabajo de parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

El estado civil de las mujeres en el momento de fallecer en el Municipio de Carchá: 6% estaba soltera, el 76% casadas, el 18 % unida, y en el Municipio de Cahabón el 90% casada el 10% unida, condicionantes en que las mujeres están sujetas a las decisiones del hombre en relación a la salud de la Mujer, la madre soltera que cumple llevar a cabo la crianza de los hijos y el manejo del hogar sin la compañía o apoyo de una pareja, o por decisión propia o circunstancias de su entorno se presenta casos especiales en la mujer indígena, constitucionalmente el estado debe de garantizar el derecho a la vida, la protección de la familia y el goce de la salud la asistencias social, las mujeres en edad fértil desconocen sus derechos. El papel de la mujer como reproductora es considerado más importante que como productora en mercado. Esto hace que la mujer cambie de papel y pase de productora a reproductora al cambiar de estado civil, el estado velará por la salud y la asistencia social, desarrollando a través de sus instituciones acciones preventivas, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles mas completo bienestar físico, mental y social.⁵⁵

⁵⁵ Artículo 94 obligaciones del estado salud y asistencia social, CONSTITUCION POLITICA DE GATEMALA pag.16.

CUADRO Y GRAFICA No.5
¿OCUPACIÓN DE LA MADRE FALLECIDA?

Ocupación	Carcha	%	Cahabón	%
Ama de casa	8	47	10	100
Domestica	8	47	0	0
Otros	1	6	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de trabajo de parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En el Municipio de Carcha las mujeres indígenas fallecidas el 47% eran amas de casa, 47% desarrollaban oficios domésticos y 6% realizaba otro tipo de oficio de comerciante y en el Municipio de Cahabón el 100% eran amas de casa, prevaleciendo en los Municipios las mujeres fallecidas se dedicaban a cuidado de la familia esperando el aporte del esposo para la economía familiar, la falta de oportunidades, la inequidad en relación en el desarrollo integral de las mujeres en edad fértil, la discriminación en el mercado laboral la mujer indígena es expuesta en ámbito social y laboral al ser comparada con el hombre, la posición de la mujer en el mercado de trabajo, puede ser visualizada como parte del sistema social en su conjunto, en el cual las mujeres se encuentran en una situación subordinada, la primera opresión de clases es la del sexo femenino oprimido por el masculino. En el caso de las poblaciones indígenas la relaciones de género se basan por un lado el comportamiento culturalmente adecuado identificando para cada sexo, es resultado de una construcción cultural propia, pero a su vez existe una apropiación de comportamiento impuesto por las sociedades llamadas hegemónicas.⁵⁶

⁵⁶ http://www.convencion.org.uy/10Indigenas/Brechas_de_genero_o_de_etnia.pdf

CUADRO No.6
¿OCUPACIÓN DEL ESPOSO?

Ocupación	Carchá	%	Cahabón	%
Jornalero	3	18	1	10
Agricultor	11	64	9	90
Otro	3	18	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de trabajo de parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

El nivel ocupacional de los esposos de las fallecidas en el Municipio de Carchá: jornalero 18%, agricultor 64% otro 18%, y en el Municipio de Cahabón: jornalero 10%, agricultor 90%, en los dos municipios se dedican a cultivar su propia tierra produciendo maíz, frijol, chile, cardamomo, café y cacao, existiendo un grupo que trabaja como jornalero y otros se dedican otras actividades que les genera ingresos para cubrir sus necesidades básicas, además informaron que en épocas de cosechas migran otros municipios del departamentos o fuera del mismo, la falta de trabajo refleja la baja calidad de vida siendo un factor de riesgo y poca oportunidad de trabajo que se presenta en estas personas. Indica que son pocas las oportunidades que tienen los esposos de las mujeres fallecidas para el aporte a la economía para la familia para cubrir sus necesidades básicas de salud. El desafío de un cambio profundo en el país pasa por hacer de las supuestas desigualdades la base de un tratamiento legal diferencial: acomodar la diversidad cultural en el interior de una sociedad formalmente diseñada para ciudadanos iguales, no diferentes frente a la ley, pero si profundamente desiguales en sus experiencias de vida. Una política de reconocimiento igualitario por parte del estado es solo el enunciado de una necesidad, para que sea posible, deberán crearse condiciones socioeconómicas, políticas y distributivas que debiliten las desigualdades⁵⁷

⁵⁷ INFORME NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO PNUD 2005-Pag 292

CUADRO No.7
¿LUGAR DE RESIDENCIA MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO?

Lugar	Carcha	%	Cahabón	%
Municipio	17	100	10	100
Departamento	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de trabajo de parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Las respuestas de los entrevistados familiares cercanos de las fallecidas En relación al Municipio y Departamento lugar de residencia el 100% de las fallecidas eran originarias de Carchá y el 100% de Cahabón del Departamento de Alta Verapaz ubicadas en comunidades con características de dispersidad y de difícil acceso a los servicios de salud y medios de comunicación de los municipios y departamento es deficiente, el estado tiene la obligación de fomentar la participación activa de las municipalidades para el planteamiento de estrategias para mejorar la atención en salud.

CUADRO No.8
¿NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA?

Integrantes	Carcha	%	Cahabón	%
0 a 3	7	41	1	10
4 a 6	3	18	5	50
7 a 10	6	35	3	30
Más de 12	1	6	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de trabajo de parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En relación al número de integrantes de las familias de las madres fallecidas en el Municipio de Carchá 0 a 3 el 41%, 4 a 6 el 18%,7 a 10 el 35%, Más de 12 el 6% y en el Municipio de Cahabón : 0 a 3 el 10%,4 a 6 el 50%,7 a 10 el 30% y Más de 12 el 10%, el núcleo familiar de la etnia Q'eqchi' es numerosa, es necesario ofertar los métodos de planificación familiar a través de la consejería balanceada para el espaciamiento de los embarazos con el objetivo de disminución el riesgo obstétrico en las mujeres en edad reproductiva.

CUADRO No.9
¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

RESPUESTA	Carcha	%	Cahabón	%
Sí	10	59	6	60
No	7	41	4	40
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de trabajo de parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

La información de familiares entrevistados que estuvieron cerca de las madres antes de fallecer informaron en el Municipio de Carchá: SI sabían leer y escribir 59%, NO sabían leer y escribir el 41% y en el Municipio de Cahabón SI sabían leer y escribir el 60%, NO sabían leer y escribir el 40%, en la Mujer indígena prevalece el analfabetismos y el desconocimiento en conocer y decidir libremente de manera informada de forma veraz y ética el numero de espaciamiento de sus hijos e hijas, el momento de tenerlos, y así como el deber de los padres y madres en la atención y la educación adecuada en las necesidades de su desarrollo integral de la mujer. El índice de desarrollo humano Municipio de Carchá 0.524, salud 0.679, educación 0.409, ingreso 0.486.y en Cahabón 0.541, salud 0.629, educación 0.390, ingreso 0.493, El desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían en las oportunidades de los individuos, una vida prolongada, saludable con acceso a la educación, otros beneficios y el disfrute de un nivel de vida decente⁵⁸

⁵⁸ PNUD Guatemala INFORME NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO 2005 Índice de desarrollo humano pag.320-321

CUADRO No.10
¿NIVEL EDUCACIONAL?

Nivel educacional	Carcha	%	Cahabón	%
1° a 3° Primaria	5	29	5	50
4° a 6° Primaria	5	29	0	0
Básicos	0	0	0	0
Otro	0	0	0	0
Ninguno	7	42	5	50
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009

La repuesta de los familiares entrevistados en relación al nivel educacional de las madres fallecidas en el Municipio de Carcha: 1° a 3° Primaria: 29%, 4° a 6°: Primaria: 29%, Ninguno 42% y en el Municipio de Cahabón: 1° a 3° 50% Ninguno: 50% , es evidente la deficiencia el nivel de educación en la mujer indígena es deficiente, prevaleciendo el analfabetismos siendo un factor de riesgo, la mayoría desconoces sus derechos en relación a la salud reproductiva y las pocas oportunidades en desarrollarse, la mujer indígena específicamente en el área rural por la falta de acceso a los medios de información, educación, comunicación y otras oportunidades. Las personas constituyen el objetivo fundamental de las acciones relacionadas con el desarrollo integral y sostenible. El acceso al desarrollo es un derecho inalienable de la persona, es importante promover medidas y acciones que promuevan la plena participación de la población indígena en el desarrollo Municipal y Departamental A.V para la disminución de las muertes maternas.

CUADRO No.11
¿CUÁL ES EL INGRESO ECONÓMICO MENSUAL FAMILIAR?

Ingreso	Carchá	%	Cahabón	%
Extrema Pobreza: Q200.00 por persona	4	24	1	10
Pobreza:Q400.00 por persona	6	35	6	60
No pobreza 660.00 por persona	7	41	3	30
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Las familias cercanas entrevistadas de las fallecidas respondieron en relación al ingreso económico mensual familiar en Carcha: extrema Pobreza: Q200.00 por persona 24%, Pobreza: Q400.00 por persona el 35%, No pobreza 660.00 por persona, en Cahabón: extrema Pobreza: Q200.00 por persona 10%, Pobreza: Q400.00 por persona el 60%, No pobreza 660.00 por persona 30%, manifestaron que el ingreso y aporte a la familia lo realiza únicamente el jefe de familia, los hijos a temprana edad los apoyan en el cultivo de la tierra y que el jornal actualmente es de Q30.00 diarios la falta de trabajo y pocas oportunidades que tienen en la comunidad migran a otros municipios a buscar trabajo finalmente son explotados,

la situación económica actual y la falta de trabajo y el alto costo de la canasta básica no alcanza para cubrir la necesidades básicas de la familia, no tienen el apoyo de parte de las autoridades locales, población rural indígena de Municipio de Carcha es 96.9 población indígena, 92.0 población rural, 42.8 viven en pobreza extrema, Cahabón: 90.1 población rural, 61.1 vive en pobreza extrema,

población indígena es 98.4,⁵⁹ es importante que la autoridades Municipales formulen estrategias de desarrollo comunitario orientadas a la reducción de la pobreza y lograr para lograr el desarrollo social y mejorar la calidad de vida de la población a nivel de los municipios de Carcha y Cahabón A.V.

⁵⁹ INFORME NACIONAL DESARROLLO HUMANO 2005, PNUD Pag.332

CUADRO No.12

¿EXISTE CENTRO DE CONVERGENCIA CERCANO AL DOMICILIO DE LA MADRE FALLECIDA?

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Sí	9	53	8	80
No	8	47	2	20
No sabe	0	0	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En relación a la entrevista a los familiares cercanos de las fallecidas respondieron en la existencia de Centro de Convergencia cercano al domicilio de la madre fallecida respondieron en el Municipio de Carcha: SI 53%, NO 47%, y en el Municipio de Cahabón: SI el 80%, NO: 20%, se evidencia que en el primer nivel de atención el acceso a los servicios básicos de salud existe en los dos municipios, manifestando los entrevistados que la Enfermera ambulatoria no permanece en los centros de convergencia, la consulta médica lo realiza una vez al mes y en algunos casos lo realiza cada dos meses indicando que esta situación no resuelve las situaciones de emergencias obstétricas, únicamente cuenta con el apoyo de la comadrona cuando vive en la comunidad, y el Vigilante de salud su apoyo en buscar ayuda o aconsejar a la familia para realizar la referencia a otro nivel en situaciones de emergencia.

CUADRO No.13

¿EXISTE PUESTO DE SALUD CERCANO DEL DOMICILIO DE LA MADRE FALLECIDA?

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Sí	2	12	1	10
No	15	88	9	90
No sabe	0	0	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En relación a respuesta de los familiares cercanos de las fallecidas en la existencia de un puesto de Salud cercano del domicilio de la madre fallecida respondieron en el Municipio de Carcha: SI 12%, NO 88% y en el Municipio de Cahabón SI 10%, NO 90%, el acceso a los Puestos de salud es bajo en el municipio de Carcha y Cahabón, manifiestan los entrevistados que el Puesto de salud es atendido por una Auxiliar de Enfermería que permanece de forma ocasional no vive en la comunidad, cuando se presenta situaciones de emergencias obstétricas no hay resolución por la misma condición de preparación de la persona que atiende, se busca ayuda con el comité de salud para el traslado de pacientes y en situaciones de trabajo de parto cuando se complica la decisión de traslado de la parturienta la mayoría de casos el esposo los familiares se oponen a llevarlo a Centro de Atención Permanente (centro de salud) y las mujeres se trasladan cuando están muy graves. Los servicios de salud Reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto de Seguridad Social, por medio de sus dependencias, hospitales, Centros de Salud, Puestos de Salud, y demás unidades administrativas y de atención al público, están obligados a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de los servicios de

salud reproductiva, incluyendo los servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico-uterino y el mama, Tratamiento y prevención del las infecciones de transmisión sexual (ITS) del Virus inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y atención a la población en edad adolescente.⁶⁰

⁶⁰ Ley de Desarrollo Social Decreto 42 - 2001 Pag.21 y22

CUADRO No.14
¿EXISTE HOSPITAL NACIONAL CERCAÑO DEL DOMICILIO DE LA MADRE FALLECIDA?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Sí	3	18	0	0
No	14	82	10	100
No sabe	0	0	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En relación al acceso de Hospital Nacional cercano del domicilio de la madre fallecida: Carcha SI 18% el acceso es bajo NO 82%, mientras que el Municipio de Cahabón NO tienen acceso: el 100% y Carcha 82% las comunidades a nivel municipal el acceso es deficiente por las características geográficas de dispersidad, el acceso a los servicios de salud es un factor de riesgo en relación a la atención de emergencias obstétricas para salvar vidas, aun ambulancias u otro medio para trasladar .

CUADRO No.15**¿EXISTE HOSPITAL PRIVADO CERCA DEL DOMICILIO DE LA MADRE FALLECIDA?**

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Sí	0	0	0	0
No	17	100	10	100
No sabe	0	0	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En relación a la respuesta de si existe Hospital Privado cercano del domicilio de la madre fallecida la respuesta de los familiares cercanos de las madres fallecidas en los Municipios de Carcha y Cahabón manifestaron el 100% no existe, además informan que las condiciones socio económicas de las familias no cuentan con suficiente dinero para cubrir gastos de atención en hospitales privados por el poco ingreso económico que cuenta cada familia.

CUADRO No.16
¿A QUÉ DISTANCIA ESTÁ EL HOSPITAL MÁS CERCANO?

Distancia	Carchá	%	Cahabón	%
Menos de 20Km	6	35	1	10
21 a 40 Km	1	6	0	0
41 a 60 Km	2	12	1	10
61 a 80 Km	1	6	1	10
81 a 100 Km	4	24	7	70
Más de 100 Km	3	18	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En relación a la distancia del domicilio o comunidad de las madres fallecidas informaron los familiares que el Hospital más cercano esta de Carcha: 35% Menos de 20Km, 6% 21 a 40 Km, 12% 41 a 60 Km, 6% 61 a 80 Km, 18% 81 a 100 Km, Más de 100 Km, Cahabón: 10% Menos de 20Km, 10% 41 a 60 Km, 10% 61 a 80 Km, 70% 81 a 100 Km, el acceso al hospital regional en la mayoría de casos las distancias el trayecto es largo por la características geográficas el acceso es difícil para llegar pronto para la atención de las emergencias obstétricas para salvar la vida de la madre y el neonato.

CUADRO No.17
¿SABE USTED SI EXISTIÓ LA NECESIDAD DE TRANSPORTAR A ALGÚN LUGAR ASISTENCIAL A LA MADRE FALLECIDA ANTES DE SU MUERTE?

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Sí	13	76	8	80
No	2	12	2	20
No sabe	2	12	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Los familiares cercanos que estuvieron cerca de las difuntas antes de fallecer los revistados respondieron en Municipio de Carchá: SI el 76%, NO 12%, No sabe 12% y en el Municipio de Cahabón SI el 80%, NO 20% No sabe 12%, prevalece la falta de toma de decisiones por el esposo y /o por familiares cercanos en el trasladar a mujer en trabajo de parto, manifestando la mayoría es porque sus partos siempre fueron atendidos en el hogar por su suegra y por la comadrona o por el curandero, además a última hora se decidió sacarla de la comunidad, en algunos casos fallecieron en el camino, Prevaleciendo la primera demora, y la falta de reconocimiento de de los signos de peligro que amenaza la vida de la madre y recién nacido, la Segunda demora condición de inequidad de género no le permite a la mujer, asumir sus derechos y ejercer toma decisión por sí misma. Tercera demora la falta de acceso de medios de comunicación limita el acceso a los servicios de salud , cuarta demora la falta de competencia de los proveedores de los servicios de salud o por falta de insumos o equipo médico especializado y las causas clínicas provocan mayor porcentaje de muertes maternas

CUADRO No.18

SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SÍ, ¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE EXISTÍA PARA EL TRASLADO DE LA MADRE ANTES DE SU FALLECIMIENTO?

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Ambulancia	4	24	4	40
Vehículo particular	9	53	2	20
No había vehículo	4	24	4	40
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Los familiares cercanos de las madres fallecidas entrevistados informaron que en el Municipio de Carcha: 24% contaban con Ambulancia, 53% con Vehículo particular, 24% No había vehículo en la comunidad para el traslado de la parturienta, y en el Municipio de Cahabón: 40 % si tenían el apoyo de contar con la ambulancia del Centro de Atención Permanente y de la Municipalidad, 20% Vehículo particular en la comunidad, 40% No había vehículo para el traslado de la madre antes de fallecer, la falta de vehículo y comunicación por medio de telefonía es un indicador para salvar vidas. Las carreteras de terracería, la falta de vehículo en la comunidad para trasladado de emergencias limita la toma decisiones, la falta de transporte es un factor determinante para salvar la vida de la madre y el neonato, es importante realizar las acciones preventivas a nivel comunitario en la activación de planes de emergencia familiar y comunitario con el objetivo de facilitar el acceso a los servicios de salud en los casos de presentarse complicaciones maternas, es importante garantizar el transporte es necesario promover el apoyo a libre elección y la toma decisiones informando a la mujeres en aspectos de salud sexual y reproductiva.

CUADRO No.19

¿LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA FUE RECONOCIDA POR UN FAMILIAR?

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Sí	12	71	8	80
No	5	29	2	20
No sabe	0	0	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En relación a las respuestas de los familiares cercanos entrevistados en el Municipio de Carcha SI 71% la gravedad del problema fue reconocida por un familiar y el 24% NO reconoció, y en el Municipio de Cahabón SI 80% la gravedad del problema fue reconocida por un familiar y NO el 20%, existe el reconocimiento de signos de peligro por los familiares la falta de toma decisiones pone en riesgo la vida de la madre y desconocimiento de la mujer de sus derechos en relación a la sexualidad, La Política de Desarrollo Social y Población considerará, promoverá e impulsará planes, programas y acciones para garantizar, el ejercicio libre y pleno de la paternidad y maternidad responsable, entendidas éstas como el derecho básico e inalienable de las personas a decidir libremente y de manera informada, veraz y ética el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, el momento para tenerlos, así como el deber de los padres y madres en la educación y atención adecuada de las necesidades para su desarrollo integral; para tal efecto, el Estado fortalecerá la salud pública, la asistencia social⁶¹.

⁶¹ Ley Desarrollo Social Decreto42- 2001 pag.15

CUADRO No.20

¿QUIÉN RECONOCIÓ LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA QUE ESTABA RELACIONADO CON LA MUERTE MATERNA?

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Comadróna	7	41	3	30
Esposo o compañero	5	29	6	60
Madre	2	12	0	0
Suegra	2	12	1	10
Otro	0	0	0	0
Ninguno	1	6	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En el Municipio de Carcha: 41% la Comadróna reconoció la gravedad del problema que estaba relacionado con la muerte materna, 29% por el Esposo o compañero, 12 % reconoció que su vida estaba en peligro la misma Madre, 12% fue reconocido por la Suegra y el 6 % Ninguno reconoció la gravedad de la madre no supo qué hacer manifestando que para ellos la atención del parto, debe ser en el hogar y no en uno servicio de salud allí se mueren los enfermos, y en el Municipio de Cahabón el 60% el esposo o compañero reconoció la gravedad del problema que estaba relacionado con la muerte materna, 30% Comadróna y 10% reconoció el riesgo la Suegra, lo que indica que existe el conocimiento de identificación de signos y señales de peligro en proceso de: Embarazo, parto y puerperio la toma de decisiones por los familiares cercanos no se realiza de forma oportuna para salvar la vidas, las acciones se realiza de forma tardía poniendo en riesgo la vida de la madre.

Estos resultados dan la pauta que a los esposos y los integrantes de la familia que protagonizan en la toma de decisiones deben capacitárseles sobre las demoras para que identifiquen a tiempo los problemas y le dé tiempo a buscar

ayuda. Y a las comadronas capacitarlas en emergencias obstétricas para la atención del parto limpio y seguro en el hogar con pertinencia cultural.

CUADRO No.21**¿A QUÉ CENTRO ASISTENCIAL FUE LLEVADA LA MADRE ANTES DE MORIR?**

Centro asistencial	Carcha	%	Cahabón	%
Centro de convergencia	0	0	0	0
Puesto de Salud	0	0	0	0
Centro de Salud	2	12	2	20
Hospital	6	35	2	20
Otro	2	12	0	0
Ninguno	7	41	6	60
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

Los familiares cercanos entrevistados que estuvieron presentes antes que fallecieran las mujeres respondieron en relación a qué centro asistencial fue llevada la madre antes de morir en el Municipio de Carcha: 12% al Centro de Salud 35% en Hospital 12% Otro 41% Ninguno, y en el Municipio de Cahabón 20% Centro de Salud, 20% Hospital, el 60% no recibe ninguna atención.

Es preocupante los resultados reflejados en los dos Municipios Carcha y Cahabón en total: el 49% no recibieron ninguna atención, 14%. Atendidas en Centro de Salud, 30% fueron referidas al hospital regional y al san Juan de Dios y el 7% fueron atendidas en IGSS y otro hospital privado, Prevalciendo la deficiencia y la desconfianza en demandar atención en los servicios de salud lo cual es preocupante en los dos Municipios la magnitud del problema está en la toma decisiones de la familia y su entorno. La situación de salud de las mujeres está articulada con diversos procesos: persistencia de las inequidades, violencia de género, limitado en conocimientos sobre el auto

cuidado de la salud, sexualidad y derechos humanos y reproductivos, servicios de salud que no responden a la diversidad cultural del Municipio y Departamento, limitada participación de las mujeres, especialmente indígenas, es importante reconocer la implementación de un diseño de estrategias que estén ligadas a las políticas de salud dirigidas a la mujer con la participación del hombre enfatizando en la población en edad reproductiva con énfasis al adolescente, con el compromiso multisectorial, traducido en esfuerzos coordinados y consensuados liderados por la rectoría de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz.⁶²

⁶² INICIATIVA DE POLITICAS DE SALUD Estudio de Casos en Alta Verapaz agosto 2009,USAID(2010)

CUADRO No.22

¿RAZONES POR LAS CUALES NO FUE LLEVADA A UN CENTRO ASISTENCIAL?

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Difícil acceso	4	24	2	20
No sabía que existía un centro asistencial	0	0	0	0
Falta de recurso económico	5	30	3	30
No existía una persona que acompañe a la madre	1	5	0	0
Por ser siempre atendida en el hogar	6	36	3	30
Porque la familia no la dejó ir	1	5	1	10
El esposo no la dejó ir y no buscó ayuda	0	0	1	10
Otro, especifique:	0	0	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Los familiares de las madres fallecidas entrevistadas en relación a las Razones por las cuales no fue llevada a un centro asistencial en el Municipio de Carcha: 24% Difícil acceso, 30% Falta de recurso económico 5% No existía una persona que acompañe a la madre, 36% por ser siempre atendida en el hogar, 5% Porque la familia no la dejó ir, y en el Municipio de Cahabón respondieron: el 20% Difícil acceso, el 30% falta de recurso económico, el 30% por siempre atendida en el hogar, y el 10% el esposo no la dejó ir y no buscó ayuda. Factores condicionantes que ponen en riesgo a cada madre que tenga el derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo riesgo y complicación tanto para ella como a su hijo mediante la accesibilidad de los servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención

sin pasar por alto un aspecto fundamental la inversión de tiempo y energía que emplea que sus hijos e hijas gocen en condiciones de equidad y de pleno derecho, de los beneficios de lograr un desarrollo pleno y una maternidad saludable.

CUADRO Y GRAFICA No.23

¿MEDIOS DE TRANSPORTE QUE EXISTEN DE COMUNIDADES A LA CABECERA MUNICIPAL Y/O DEPARTAMENTAL?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Vereda	4	24	1	10
Vía acuática	0	0	0	0
Terracería	11	65	9	90
Asfalto	2	12	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En relación a la respuesta de los familiares cercanos entrevistados informaron en relación al acceso de los medios de transporte que existen de comunidades a la cabecera municipal de Carcha: 24% Vereda, 65% Terracería, 12% Asfalto y el Municipio de Cahabón: 10% Vereda, 90% Terracería. Es evidente que el acceso a los servicios de salud es un reto para las familias rurales indígenas específicamente en mujeres embarazadas para su control prenatal, en la atención de su parto cuando se presentan complicaciones y ameriten traslado, además manifestaron que el costo del traslado es alto y le ocasiona gastos al esposo que no está planificado en su presupuesto para la sustentar las necesidades de la familia. Es necesaria la intervención de los alcaldes Municipales de Carcha y Cahabón para el mantenimiento de las carreteras de Terracería para facilitar el traslado de las mujeres con complicaciones obstétricas.

CUADRO No.24
¿LUGAR DONDE OCURRIÓ LA MUERTE?

Lugar	Carcha	%	Cahabón	%
Domicilio	7	41	6	60
Centro de Salud	1	6	1	10
Hospital Regional de Cobán	4	23	1	10
Hospital San Juan de Dios (Guatemala)	2	12	1	10
Hospital Privado	1	6	0	0
IGSS	1	6	0	0
Otro- en tránsito	1	6	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En relación Lugar donde ocurrió la muerte los familiares cercanos que estuvieron presente en antes que falleciera la madre respondieron en el Municipio de: Carcha 41% en el domicilio, 6% en el Centro de Salud, 23% en el Hospital Regional de Cobán, 12% Hospital San Juan de Dios (Guatemala), 6% Hospital Privado, 6% IGSS, 6% Otro- en tránsito y Cahabón 60% Domicilio, 10% en el Centro de Salud, 10% en el Hospital Regional de Cobán, 10% en el Hospital San Juan de Dios (Guatemala), 10 % Otro- en tránsito, la mayoría de las muertes maternas se presentaron en los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención lo que indica que es importante realizar el análisis de la cuarta Demora en relación la atención de partos y sus complicaciones por profesionales, es necesario la provisión de servicios integrales de calidad por el personal con habilidades y /o competencias básicas para la atención materna neonatal en ambientes favorables, por la complicaciones obstétricas que se presentan y

costo que representa a los servicios de salud alta complejidad y a la familia por su condición económica precaria la mayoría viven en condiciones económicas de pobreza y pobreza extrema.

Manifestando los entrevistados que el traslado a otro nivel les implica gastos para el traslado que es muy alto el costo y gasto no previsto en la familia en algunos casos tienen que vender sus tierras para sustentar los gastos de traslado específicamente cuando fallecen el San Juan de Dios u otro Hospital fuera del departamento de Alta Verapaz.

CUADRO No.25
¿QUIÉN ATENDIÓ EL PARTO O ABORTO?

Atención	Carcha	%	Cahabón	%
Comadrona	6	35	3	30
Médico	8	47	2	20
Enfermera/o	1	6	0	0
Auxiliar de Enfermería	0	0	0	0
Otro (Empírico)	2	12	5	50
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Los familiares cercanos entrevistados que estuvieron presentes en proceso de embarazo, trabajo de parto, atención del parto y posparto de las madres fallecidas informaron en relación al Municipio de Carcha: el 35% a la atención recibida fue por Comadrona, el 47% por Médico, el 6% por Enfermera/o, 12% Otro (Empírico) y en el Municipio de Cahabón : 30% la atención fue por Comadrona, el 20% por Médico y 50% la atención fue por Otro (Empírico) informando los esposos que por costumbre el parto debe de atenderse en el hogar por tradición la suegra o la madre de la parturienta y el esposo está presente en la atención del parto, aun buscan la atención de los curanderos, por costumbre la atención del parto en el hogar es vertical en cuclillas, agarrada de un lazo guindado de un viga de la casa, el calor, las bebidas calientes que le dan a beber a la madre para ellos es importante según sus creencias, es importante la sensibilización y promoción de la atención del parto vertical en los servicios de salud que los proveedores para ofertar e informar a la mujer la opción que existe en cuanto a posición para la atención del parto, es necesario identificar a los curanderos para capacitarlos en identificación de signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.

CUADRO No.26

¿PARENTESCO DE LA PERSONA ENTREVISTADA CON LA MADRE FALLECIDA?

Parentesco	Carcha	%	Cahabón	%
Madre/padre	2	12	1	10
Hermana/hermano	2	12	0	0
Esposo/pareja	10	58	7	70
Hijo/hija	1	6	1	10
Amiga/amigo	1	6	0	0
Otro familiar	1	6	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

El parentesco que tuvo la fallecida o relación interpersonal directa de quien informa en el Municipio de: Carchá el 12% la Madre/padre, 12% Hermana/hermano, 58% el Esposo/pareja, 6% Hijo/hija, 6% Amiga/amigo, 6% Otro familiar y el Municipio de Cahabón 10% la Madre/padre, 70% el Esposo/pareja, 10% Hijo/hija, 10% Otro familiar, las familias en las comunidades son numerosas viven en una mismas vivienda comparten experiencias y están informadas en relación a la salud y atención de la familia, todos se involucran en apoyar a los familiares cercanos y conviven experiencias de salud y la relación interpersonales de las familias conocen sus recursos comunitarios tienen iniciativa en organizarse para el desarrollo de la comunidad para su entorno saludable y en la vivienda.

CUADRO No.27**¿NÚMERO DE EMBARAZOS DE LA MADRE FALLECIDA?**

Embarazos	Carcha	%	Cahabón	%
1 a 4 emb.	8	47	3	30
5 a 7 emb.	4	24	3	30
8 a 12 emb.	5	29	3	30
13 a mas	0	0	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Los familiares cercanos entrevistados de las madres fallecidas informaron en relación al número de embarazos que tuvieron antes de morir en el Municipio de Carcha: de 1 a 4 embarazos el 47%, de 5 a 7 embarazos el 24%, de 8 a 12 embarazos 29%, y en el Municipio de Cahabón: de 1 a 4 embarazos 30%, de 5 a 7 embarazos el 30%, de 8 a 12 embarazos el 30% y de 13 a más embarazos 10%, prevalece la alta incidencia de embarazos en la Mujer indígena por baja escolaridad y/o analfabeta, el poco acceso a la información, comunicación y educación en promover programas orientados los beneficios de posponer o evitar los embarazos a edades muy tempranas o tardías y otros riesgos, así como las ventajas de ampliar el espacio intergenésico a dos o más años ofertando métodos de planificación familiar.

CUADRO No.28

¿NÚMERO DE CESÁREAS EN LA MADRE FALLECIDA?

Número de cesáreas	Carcha	%	Cahabón	%
1 a 3	4	24	0	0
Ninguna	13	76	10	100
Total	17	100	0	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Los familiares cercanos entrevistados en relación al Número de cesáreas en la madre fallecida en el Municipio de Carcha: respondieron el 24% 1 a 3 tenían antecedentes de haberles realizado Cesárea, segmentaria trans peritoneal, y el 76% Ninguna, manifestaron que desconocían los riesgo que se tenía una mujer al tener antecedentes de lo Cesárea, cual ello no lo identificaban como un riesgo en el embarazo y en el Municipio de Cahabón: 1 a 3, Ninguna tenía antecedentes de Cesárea, manifestaron que tenían miedo a que los partos fueran atendidos en el centro de salud pues tenían conocimiento que cuando les realizaban cesáreas en el hospital de Cobán las mujeres se morían, por tal razón preferían quedarse en la casa para la atención del parto fuera atendida por comadrona, curandero y en algunos casos dijeron los esposos ellos atendía a sus esposas o la suegra, es evidente que los esposos de las fallecidas algunos no identifican los signos y señales de peligro porque no acompañan a las esposas a su control prenatal, por lo consiguiente es necesario impulsar estrategias involucrando formado grupos de hombres cuidadores que orienten a fomentar el auto cuidado de la salud de la esposa y familia a través de la consejería.

CUADRO No.29
¿NÚMERO DE PÉRDIDAS O ABORTOS QUE TUVO LA MADRE FALLECIDA?

Número de abortos	Carcha	%	Cahabón	%
1 a 3	4	24	3	30
Ninguno	13	76	7	70
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

Los familiares cercanos entrevistados en relación al número de pérdidas o abortos que tuvo la madre fallecida respondieron en el Municipio de Carchá de 1 a 3 abortos 24%, Ninguno aborto el 76% y el Municipio de Cahabón de : 1 a 3, abortos 30%, Ninguno aborto el 70% es evidente la baja incidencia de abortos en la mujer indígena a pesar de su condición y su cultura, es necesario la existencia y el acceso a los cuidados obstétricos esenciales básicos a todas las mujeres gestantes para realizar acciones preventivas y tratamiento de los problemas del embarazo cuando se presenten complicaciones.

CUADRO No.30

¿NÚMERO DE HIJOS E HIJAS QUE DEJA LA MADRE FALLECIDA?

Número de hijas	Carchá	%	Cahabón	%
0 a 3 hijas	11	65	7	80
4 a 8 hijas	5	29	2	10
9 a mas hijas	1	6	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En la entrevista a los familiares cercanos respondieron en relación al número de hijas que deja huérfanos la madre fallecida en el Municipio de Carcha: de 0 a 3 hijas 65%, 4 a 8 hijas el 29%, de 9 a mas hijas 6%, y en el Municipio de Cahabón: 0 a 3 hijas 90% , 4 a 8 hijas 10%, de 9 a mas hijas 10%, las hijas quedan a temprana edad desprotegidas en su desarrollo y crecimiento asumiendo responsabilidades del cuidado de los hermanos(as) pequeños y de mayor edad, manifestando los entrevistados que las niñas son las más explotadas por las madrastras que actualmente ya tienen la mayoría de los viudos tienen una nueva pareja. Es importante impulsar programas dirigidos a niñas (hijas-huérfanas) realizando acciones preventivas en Salud Mental.

CUADRO Y GRAFICA No.30 a.

¿NÚMERO DE HIJOS?

Número de hijos	Carchá	%	Cahabón	%
0 a 3 hijos	15	88	5	50
4 a 8 hijos	2	12	4	40
9 a mas hijos	0	0	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En la entrevista a los familiares cercanos de la madre fallecida respondieron en relación al número de hijos que deja huérfanos la madre fallecida en el Municipio de Carcha: 0 a 3 hijos el 88%, 4 a 8 hijos 12%, y en el Municipio Cahabón 0 a 3 el 50% hijos, 4 a 8 hijos 40%, de 9 a mas hijos 10%, es representativo la cantidad de hijos que quedan huérfanos sin el cuidado, protección y orientación de la madre, la mayoría sufre la falta de la presencia de la madre manifiestan los entrevistados que el hijo se mantiene triste, sentimental, susceptible por la ausencia de la madre que le cuesta entender la causa de la ausencia de la mamá, la atención que brinda la abuela, tía, hermana es poco y en algunos casos la madrastra los maltratan y los hijos adolescentes migraron a buscar trabajo a otros municipios para sobrevivir y aportar para la alimentación de los hermanos y uno de los hijos manifiesta que al cumplir los 18 años ingresara al ejército para prestar servicios. Es importante implementar o impulsar un programa para los hijos huérfanos para realizar acciones preventivas para su propio auto cuidado, promoviendo la en Salud Mental.

CUADRO No.31
¿MOMENTO EN QUE FALLECIÓ LA MADRE?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Durante el embarazo	0	0	1	10
En trabajo de parto	2	12	1	10
En el parto	3	18	0	0
En el post parto inmediato	3	18	3	30
En el post parto mediato	5	28	4	40
En el traslado	4	24	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en el Municipio de Carcha: 12% en trabajo de parto, 18% en el parto, 18% en el post parto inmediato, 28% en el post parto mediato, 24% en el traslado y en el Municipio de Cahabón: 10% Durante el embarazo, 10% en trabajo de parto 30% en el post parto inmediato, 40% en el post parto mediato, 10% en el traslado, lo que indica que las acciones preventivas durante el embarazo y parto son trascendentales. Cualquier patología que afecte al órgano materno puede alterar el desarrollo del embarazo, la hipertensión inducida por el embarazo puede poner en riesgo la vida de la madre es importante la identificación de los signos de alarma en la atención del parto manejo activo del tercer periodo⁶³

⁶³ MSPAS Guía de Atención del embarazo, parto, puerperio y Emergencias obstétricas. Pag. 13-15- 2006

CUADRO No.32
¿LA MADRE PADECÍA ALGUNA ENFERMEDAD?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Sí	3	18	3	30
No	14	82	7	70
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación la madre padecía alguna enfermedad en el Municipio de Carcha respondieron SI el 18% NO el 82 % y en el Municipio de Cahabón. SI el 30%, NO el 70%, la morbilidad en proceso de embarazo de la mujer puede desencadenar una complicación lo cual es un factor de riesgo en la salud de la Mujer.

Además, los servicios de planificación familiar pueden desempeñar una función importante en la prevención de las defunciones maternas mediante la reducción de los riesgos de salud relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

CUADRO No.32a**¿CUÁL?**

Enfermedad	Carchá	%	Cahabón	%
Presión alta	3	75	1	25
Anemia	1	25	2	50
Asma	0	0	1	25
Total	4	100	4	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron las enfermedades que padecían antes de morir en el Municipio de: Carcha: 75% Presión alta, 25% anemia, y en el Municipio de Cahabón 25% Presión alta, 50% anemia, 25% asma. Las enfermedades maternas que presentaron en embarazadas en ambos municipios fueron prevenibles. Se propone la atención integral del embarazo con énfasis en adolescentes y acciones educativas y preventivas para disminuir la frecuencia de las complicaciones en él: Embarazo, trabajo de parto, parto y posparto.

CUADRO No.33
¿CAUSAS POR LA QUE MURIÓ LA MADRE?

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Hemorragia	7	41	7	70
Presión alta	2	12	1	10
Convulsiones	2	12	0	0
Fiebre	5	29	2	20
Otra causa	1	6	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en el Municipio de Carcha: el 41% hemorragia, 12 % presión alta, 12% Convulsiones, 29% Fiebre, 6% por infección herida Cesárea y en el Municipio de Cahabón: 70% Hemorragia, 10% presión alta, 20% Fiebre, el porcentaje de muertes maternas en los dos Municipios se evidencia que las hemorragia es la causa directa de las muertes maternas, manifestándose la misma situación en relación a la fiebre puerperal y la presión alta con complicaciones en convulsiones, lo cual es importante realizar un análisis más profundo para detectar los eslabones críticos las fallas detectadas durante el proceso de prevención, información, comunicación, educación, y acceso a los medios, atención, que deber ser solucionadas para evitar muchas muertes materna, es importante que los comités de análisis municipales en conjunto realicen planteamientos estratégicos que permitan definir e implementar intervenciones en corto, mediano y largo plazo para la disminución de las Muertes maternas en los Municipios de Carchá y Cahabón.

CUADRO No.33a
¿TUVO PARTO O ABORTO INCOMPLETO?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Sí	0	0	1	10
No	17	100	9	90
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron el Municipio de Carcha el 100% respondieron NO se presentó aborto, y en el municipio de Cahabón el 10% presentó aborto en primer trimestre del embarazo manifestando los entrevistados que consultaron con un curandero y no consulto a los servicios de salud para que fuera evaluada por el médico, prevaleciendo en las familias con las prácticas de sus creencias y tradiciones en relación a sus costumbres. Lo que nos indica que riesgo de presentarse abortos en el embarazo es mínimo, es importante la proposición de la identificación de los signos y señales de peligro en el embarazo y la identificación de los curanderos para capacitarlos y se integren al equipo básica comunitario, que los distritos de salud les acompañamiento para fortalecer los conocimientos de estos líderes.

CUADRO No.33b
¿LA HEMORRAGIA VAGINAL SE PRESENTÓ?

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Durante el embarazo	0	0	1	10
En el trabajo de parto	1	6	0	0
En el parto	4	24	1	10
Después del parto	3	18	6	60
No hubo hemorragia	9	52	2	20
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación la hemorragia vaginal se presentó en los casos del Municipio de Carcha: 6% en el trabajo de parto, 24% en el parto, 18% después del parto, 52 % No hubo hemorragia en el Municipio de Cahabón: 10% durante el embarazo, 10% en el parto, 60% después del parto, el 20% No hubo hemorragia, es evidente que las hemorragias es la consecuencia de la muertes de las madres siendo prevenibles, la hemorragia es la perdida sanguínea mayor de 500 ml. Disminuye el hematocrito el 10%, y el resto de los casos son complicaciones asociadas, es importante realizar medidas preventivas dirigidas a la mujeres en edad fértil o en el proceso de atención prenatal para garantizar la atención del parto a nivel institucional o en hogar la atención del parto limpio y seguro, la promoción del auto-cuidado familiar por diferentes medios de comunicación.

CUADRO No.33c

¿CUANDO OCURRIÓ LA HEMORRAGIA EN EL EMBARAZO SE PRESENTÓ EN?

Hemorragia en el embarazo	Carcha	%	Cahabón	%
Primer Trimestre	0	0	1	10
Segundo Trimestre	0	0	0	0
Tercer Trimestre	0	0	0	0
No hubo	17	100	9	90
Total	17	100	10	10

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación a Cuando ocurrió la hemorragia en el embarazo se presentó en el Municipio de Carcha el 100% no hubo, y en el Municipio de Cahabón el 10% se presentó en el Primer Trimestre del embarazo, informando la madre de la fallecida fue referida y estuvo internada en el hospital regional de Cobán por problemas gástricos se recuperó y no sabía que tenía un embarazo de tres meses además estaba muy pálida, al finalizar el tercer mes presentó hemorragia abundante y no quiso consultar al Centro de salud, buscó a un curandero le dio hierbas a beber luego empezó a presentar fiebre y falleció en la casa sin recibir atención médica, el esposo de la fallecida no le tiene confianza a solicitar atención en el centro de salud de Cahabón, el 90% no hubo, es evidente un verdadero reto para las familias rurales e indígenas embarazadas y con complicaciones consultar cuando se presentan complicaciones durante el embarazo para realizar su control prenatal, aun contando con el acceso a los servicios de salud más cercano que en este caso es el Centro de Salud de Cahabón. El Aborto es la pérdida del embrión o del feto antes de que este haya llegado a un desarrollo suficiente que le permite vivir de un modo independiente.

CUADRO No.33d**¿LA MADRE FALLECIDA PADECÍA DE ATAQUES O CONVULSIONES?**

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Sí	0	0	1	10
No	17	100	9	90
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación en el Municipio de Carcha informaron el 100 respondió que ninguna de las fallecidas padecía de ataques o convulsiones, y en el Municipio de Cahabón 10% padeció la madre fallecida de ataques o convulsiones manifestaron que ella presentaba convulsiones cada 4 meses antes de estar embarazada pero en el embarazo aumento las convulsiones. Y el 90% no padeció de ataques o convulsiones.

CUADRO No.33e**¿LA MADRE FALLECIÓ POR PRESIÓN ALTA, SABE USTED SI SOLO FUE ESTE SU PADECIMIENTO?**

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Siempre había tenido este padecimiento	0	0	0	0
Durante el embarazo	2	12	1	10
Ya presentaba molestias	0	0	0	0
No sabe	15	88	9	90
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación a la madre falleció por presión alta, sabe usted si solo fue este su padecimiento en el Municipio de Carchá el 12% durante el embarazo, 88% No sabe, Municipio de Cahabón el 10% durante el embarazo, 90% No sabe prevalece la falta o deficiencia en la identificación de signos y señales de peligro en la embarazada en los controles prenatales pues en los casos que se presentaron una recibió atención prenatal en la comunidad por referencia de los familiares y otros casos consultaron en la clínica de APROFAN y clínica privada pero no tuvo seguimiento manifestando que la consulta en los centros de convergencias lo realiza la enfermera ambulatoria cada mes o cada dos meses, es evidente que el acceso a la atención en los servicios de salud en el primer nivel es deficiente por diversos factores específicamente en la falta de recurso humano y el escaso presupuesto asignado por la gestión actual no se puede ofertar una atención de calidad a la mujer, normalmente la pre-eclamsia se detecta dura las visitas de cuidados prenatales de rutina, esta es la importancia de la captación de la embarazada antes de las 12 semanas para sus siguientes controles prenatales el seguimiento para que asista a sus visitas programadas, la clasificación de los trastornos hipertensivos durante el

embarazo la preclamsia se presenta hipertensión arterial y proteinuria después de 20 semana de gestación, la presión sistólica 120-130 y diastólica 80-89, la conducta restringir el consumo de sal y monitoreo de la presión arterial y el aparecimiento de signos y síntomas de hipertensión debe ser referida al segundo nivel de atención⁶⁴.

⁶⁴ MSPAS -NORMAS DE ATENCION INTEGRAL del primero y segundo nivel de atención 2009 pag.42

CUADRO No.34
¿MUERTE DE LA MADRE FUE CAUSADA POR?

Respuesta	Carchá	%	Cahabón	%
Aborto	0	0	1	10
Parto complicado	10	59	2	20
Hemorragia	7	41	7	70
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación la muerte de la madre fue causada por en el Municipio de Carcha : 59% fue por parto complicado, 41% por hemorragia y en el Municipio de Cahabón el 10% por aborto, 20% por parto complicado y el 70% por hemorragias, lo que nos indica que prevalece la identificación de signos y señales de peligro en y complicaciones en la atención prenatal, trabajo de parto, parto y puerperio en la mujer embarazadas, la familia, la comadrona, y la oferta de los servicios para la atención del parto personal institucional con pertinencia cultural por lo consiguiente es importante implementar estrategias que estén acordes a cultura, necesidades en impulsar los hogares maternos para que la madre llegue a esperar su parto y ser atendida de forma estratificada de acuerdo al riesgo obstétrico que presente por personal institucional capacitado para la resolución del problema para evitar las muertes maternas.

CUADRO No.35
¿QUÉ SEÑALES DE PELIGRO SE RECONOCIERON EN EL EMBARAZO, PARTO O POSPARTO?

Señales de peligro	Carcha	%	Cahabón	%
Hemorragia vaginal	3	18	3	30
Fiebre y coágulos con mal olor.	0	0	1	10
Le cuesta respirar	3	18	2	20
Dolor fuerte de cabeza o visión borrosa	2	12	0	0
Dolor fuerte del estomago	1	6	2	20
Dolor de parto mas 12 horas	0	0	0	0
La placenta no sale en 30 minutos	4	22	2	20
Niño(a) atravesado o de nalgas	0	0	0	0
Salida de mano o pie del niño(a) por la vagina.	0	0	0	0
Convulsiones	1	6	0	0
No sabe	3	18	0	0
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación a qué señales de peligro se reconocieron en el embarazo, parto o posparto antes de fallecer la madre en el : Municipio de Carchá informaron: el 18% Hemorragia vaginal, 18% le cuesta respirar, 12% Dolor fuerte de cabeza o visión borrosa, 6% Dolor fuerte del estomago, 22% La placenta no sale en 30 minutos , 6% Convulsiones, 18% No sabe. En el Municipio de Cahabón : manifestaron el 30% Hemorragia vaginal, 10% Fiebre y coágulos con mal olor, 20% le cuesta respirar, 20 % Dolor fuerte del estomago, 20%La placenta no sale en 30 minutos, es deficiente el reconocimiento de señales de peligro el embarazo parto y puerperio en la familia, la ruta crítica

que atraviesa una mujer durante el embarazo hacia la resolución del mismo, está compuesta por una serie de barreras y limitantes que demoran en la atención de calidad para salvarle la vida, las mujeres embarazadas y su familia generalmente no reconocen los signos de peligro que amenaza la vida de las mujeres y recién nacidos prevalece la demora⁶⁵, es importante la elaboración del plan de emergencia familiar en el primer contacto que se tiene con la embarazada y verificar que los comités de emergencias estén activados contando con un fondo semilla para el traslado de la paciente al segundo o tercer nivel de atención para salvarle la vida a la madre.

⁶⁵ PLAN ESTRATEGICO PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA 2004-2008, pag. 12-13

CUADRO NO.36
¿QUIÉN DETECTÓ LA SEÑAL DE PELIGRO?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Esposo/pareja	6	35	4	40
Madre/padre	2	12	1	10
Hermana/hermano	1	6	1	10
Suegros	1	6	1	10
Comadrona	4	24	2	20
Otros	3	18	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación a la respuesta quién detectó la señal de peligro en el Municipio de Carchá: informaron el 35% Esposo/pareja, 12% Madre/padre, 6% Hermana/hermano, 6% Suegros, 24% Comadrona, 18% Otros, en el Municipio de Cahabón 40% Esposo/pareja, 10% Madre/padre, 10% Hermana/hermano, 10% Suegros, 20% Comadrona, 10% Otros aun cuando se reconoce los signos y señales de peligro la integridad de la madre está en riesgo es importante la valoración de estado general de la madre en el proceso de trabajo de parto por un médico o profesional de Enfermería en el segundo nivel de atención. Por la falta de las vías de acceso de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud.

CUADRO No.37
¿QUIÉN TOMÓ LA DECISIÓN DE TRASLADARLA AL CENTRO ASISTENCIAL?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Esposo/pareja	7	41	3	30
Madre/padre	0	0	0	0
Hermana/hermano	1	6	0	0
Suegros	0	0	0	0
Comadrona	4	24	2	20
Otros	1	6	1	10
Ninguno	4	24	4	40
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación a quién tomó la decisión de trasladarla al centro asistencial a la madre respondieron en el Municipio de Carchá: el 41% el Esposo/pareja, 6% Madre/padre Hermana/hermano, 24% Comadrona, 6% Otros, 24% ninguno; Municipio de Cahabón: el 30% Esposo/pareja, 20% Comadrona, 10% Otros, 40% ninguno; la condición de inequidad de género no le permite a la mujer indígena, asumir su derecho y ejercer su decisión por sí misma en busca de la atención adecuada y oportuna,

CUADRO No.38

¿AL LLEGAR AL CENTRO ASISTENCIAL FUE ATENDIDA?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
De inmediato y con cortesía	6	35	2	20
De inmediato y con malos tratos	3	18	1	10
No fue atendida	0	0	0	0
La hicieron esperas mucho tiempo	1	6	0	0
No sabe	0	0	1	10
No llego al Centro asistencial	7	41	6	60
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación al llegar al centro asistencial fue atendida en el Municipio de Carcha: 35% De inmediato y con cortesía en el Centro de Salud y Hospital regional, 18% De inmediato y con malos tratos en el Hospital regional de Coban, 6% la hicieron esperas mucho tiempo en el Hospital regional de Cobán, 41% No llego a ningún Centro asistencial, en el Municipio de Cahabón respondieron 20% De inmediato y con cortesía en el Centro de Salud, 10% De inmediato y con malos tratos en el Hospital Regional de Cobán, 10% No sabe, 60% No llego al Centro asistencial, manifestaron los familiares que prefieren no llegar a los servicios de salud pues el idioma es una barrera que sean atendidos de forma humanizada, el personal que los atiende no hablan el idioma Q'eqchi', además la atención del parto para ellos no es con las costumbres que tienen en la comunidad.

CUADRO NO.39
¿DIAGNÓSTICO FINAL DE LA CAUSA DE LA MUERTE DE LAS MADRES
EN LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Causa Directa	16	94	9	90
Causa Indirecta	1	6	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación Diagnóstico final de la causa de la muerte de las madres en la investigación de campo en el Municipio de Carcha: el 94% por Causa Directa, Hemorragias, eclampsia, fiebre puerperal, 6% la Causa Indirecta por una infección sobre abdominal por cesárea segmentaria trans-peritoneal realizada en hospital, en el Municipio de Cahabón : 90% por Causa Directa por hemorragias ocasionadas por atonía uterina, retención placentaria, 10 % Causa Indirecta la causa fue por diarrea aguda, el reto es aumentar las posibilidades de atención de estas complicaciones a través de intervenciones dirigidas a extender la cobertura donde se presentan más las muertes maternas, es realizar la captación de embarazadas para su atención obstétrica esencial y ayudar a las mujeres y a sus familias a reconocer los signos de peligro, promover la búsqueda de atención oportuna y facilitar el acceso a servicios de salud que brinden una atención humanizada con calidez y calidad.

CUADRO NO.40
¿CUÁNTO TIEMPO SE TARDA EN LLEGAR DE SU CASA A LA UNIDAD DE
SALUD MÁS CERCANA?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
Menos de 15 minutos	0	0	0	0
De 16 a 30 minutos	2	12	2	20
De 31 minutos a 1 hora	2	12	0	0
Más de 1 hora	6	35	5	50
Más de 2 horas	7	41	3	30
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipios de Carcha y Cahabón A.V. en el año 2009

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación Cuánto tiempo se tarda en llegar de su casa a la unidad de salud más cercana en el Municipio de Carcha respondieron. 12% De 16 a 30 minutos, 12% De 31 minutos a 1 hora, 35% Más de 1 hora, 41% Más de 2 horas y el Municipio de Cahabón 20% De 16 a 30 minutos, 50% Más de 1 hora, 30% Más de 2 horas, el acceso a los servicios de salud es evidente la dificultad que tienen las familias rurales e indígenas para demandar la atención prenatal a los Centros de Convergencias, Puestos de Salud que supuestamente es accesible y se no diga para la atención de su parto para llegar a un Centro de Atención Permanente, Centro de Atención Integral Materno Infantil y Hospital Regional, las condiciones geográficas de los Municipios investigados son de difícil acceso, los medios de comunicación las carreteras de terracería con o sin mantenimiento no facilita el traslado inmediato de las pacientes con problemas de riesgo obstétrico, en relación a la señal la telefonía celular el 70%(TULA SALUD) de las comunidades cuentan con señal, es necesario la activación de las comisiones de Salud con planes de emergencia que cuenten con fondo semilla para cubrir las emergencias obstétricas.

CUADRO No.41

¿CUÁNTO CUESTA EL TRANSPORTE DE SU CASA PARA LA UNIDAD MÁS CERCANA?

Respuesta	Carcha	%	Cahabón	%
De Q10.00 a Q50.00	0	0	3	30
De Q51.00 a Q100.00	5	29	2	20
De Q101.00 a Q500.00	9	53	4	40
Más de Q500.00	3	18	1	10
Total	17	100	10	100

Fuente: Cuestionario dirigido a familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto, pos parto de las madres fallecidas en comunidades ubicadas en los Municipio de Carcha y Cahabon A.V. en el año 2009.

En la entrevista realizada a los familiares cercanos de la madre fallecida informaron en relación a Cuánto cuesta el transporte de su casa para la unidad de Salud más cercana o distante del Municipio de Carcha : 29% De Q51.00 a Q100.00, 53% De Q101.00 a Q500.00, 18% Más de Q500.00 y el Municipio de Cahabón 30% De Q10.00 a Q50.00, 20% De Q51.00 a Q100.00, 40% De Q101.00 a Q500.00, 10% Más de Q500.00 manifestaron los familiares entrevistados que el costo del transporte de la comunidad el traslado de las pacientes a los servicios de salud es caro además otros gastos como la alimentación y el hospedaje de los que los acompañan ellos no disponen del dinero en efectivo, aparte que en el Centro de Salud y Hospital les piden que compren medicamentos de emergencia que necesitan administrarle a la paciente en el momento de su ingreso Centro de Salud y/o Hospital, ellos no cuentan con el dinero en efectivo para sustentar los gastos que les representa, además cuando fallecen en los hospitales ubicados en Guatemala el costo del traslado les implica mucho más alto el gasto, para cubrir esta necesidad tienen que acudir a vender sus pocas pertenencias de valor que tienen y aun se quedan con deudas, por tal razón prefieren quedarse en su casa y morir en ella esperar la disposición de Dios, la problemática de la pobreza y pobreza extrema es un factor de riesgo para la salud de la población en edad fértil por las pocas

oportunidades que se cuenta para desarrollarse y las fuentes de trabajo a nivel rural es deficiente. El gobierno en gestión con las políticas actuales en relación programa de Mi familia Progresas Consejo de Cohesión Social no llena las expectativas planteadas los objetivos en la Guía para el /la trabajador /a de Salud, es necesario la revisión y replanteamiento de la estrategia del programa.⁶⁶

⁶⁶ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, MI FAMILIA PROGRESA PRGRAMA COORDINADO POR CONSEJO DE COHESION SOCIAL, Guía para el/la trabajador/a de Salud, (URC)/ Calidad en Salud en Guatemala 2008.pag.1-32.

VIII. CONCLUSIONES

1. Las muertes maternas en el Municipio de Carcha se presentaron en el grupo etáreo de 20 a 44 años el 100%, el grado de escolaridad nivel primario 1° a 3° grado 29% y 4° a 6° 29% y el 42% analfabeta y en el Municipio de Cahabón el grupo de mujeres fallecidas en su totalidad es de 25 a 44 años. Su nivel primario 1° a 3° el 50% y 50% no tuvo ninguna escolaridad, la probabilidad de morir es alta por falta de o deficiente educación, factor que pone en riesgo la vida de la mujer indígena en los Municipios de Carchá y Cahabón

2. En los Municipio de Carchá y Cahabón el 100% de las muertes maternas son mujeres indígenas. Las costumbres y tradiciones son trasmitidas a través de las generaciones y aún prevalece el hábito de consultar con un curandero antes de solicitar la atención a los servicios de salud. Predominando así la vulnerabilidad de morir.

3. En su mayoría las fallecidas fueron casadas y unidas y se ha observado que la convivencia conyugal representa estar sujeta en las decisiones de la pareja y la familia que interviene.

4. Se evidencian la vulnerabilidad por las condiciones socio económica en que viven, siendo precario el ingreso económico a nivel familiar.

5. El acceso a los servicios de salud para estos dos municipios es dificultoso por lo que se convierte en un factor de riesgo alto que repercute en la muerte de las madres estudiadas.

6. Las demoras constituyen un conjunto de barreras y limitaciones que retrasan la atención de calidad que demandan para salvarle la vida de la Mujeres en el Municipio de Carchá y Cahabón Alta Verapaz la mayoría de muertes maternas se presentaron por hemorragias Obstétricas, complicaciones posparto, poco

acceso a los servicios de salud, el acceso geográfico, cultural y económico son otros aspectos que contribuyen a estas muertes maternas que están asociadas a las demoras en: (1) el reconocimiento de las señales de peligro; (2) la toma de la decisión para la búsqueda de ayuda; (3) el acceso atención oportuna; y (4) recibir atención de calidad

IX. RECOMENDACIONES

1. Implementar estrategias de información, comunicación y educación a las mujeres en edad fértil, con énfasis a la atención en adolescentes involucrando a los hombres, difundiendo la identificación de signos y señales de peligro y que conozcan sus derechos en relación a la sexualidad.

2. Promover la atención de parto con pertinencia cultural en los servicios de salud, la identificación y mapeo de los curanderos para capacitarlos en la identificación de signos y señales de peligro combinando la atención con la medicina tradicional al igual que fortalecer a la comadrona en conocimientos y reconocimiento de riesgos en la atención prenatal, del parto en el hogar para garantizar el parto limpio y seguro, así como en el post parto.

3. Es necesario que los alcaldes municipales implementen o gestionen proyectos de desarrollo, buscando alternativas para facilitar la venta de sus productos pues la mayoría de los esposos de las fallecidas son agricultores, para mejorar el ingreso económico de las familias contribuyendo con la disminución de la pobreza y pobreza extrema.

4. Es necesario buscar alternativas para la atención de los servicios de salud específicamente en primer nivel de atención debe evaluarse que los puestos de salud cuenten con una enfermera profesional y en extensión de cobertura aumentar la atención con 4 enfermeras ambulatorias por cada 10,000 habitantes para mejorar la calidad de atención y la resolución de emergencias obstétricas.

5. Es necesario promover la participación de la organización comunitaria para la gestión del mantenimiento de carreteras de terracería y presentar proyectos para que todas las comunidades cuenten con carreteras para facilitar la movilización y la venta de los productos tradicionales de las comunidades de Carchá y Cahabón a través de apoyo de los alcaldes municipales.

6. Se recomienda a la Universidad de San Carlos y la Escuela de enfermería realizar propuestas de la profesionalización de Licenciadas con especialidad de enfermeras Obstetras Neonatales para mejorar la calidad de atención en el primer y segundo nivel de atención para garantizar y brindar una atención de calidad en la resolución de las emergencias obstétricas en los Municipios de Carchá y Cahabón que son considerados municipios de alto riesgo obstétrico

X. BIBLIOGRAFIA

Acuerdos de Paz. Guatemala. Editorial Universitaria. 1996. P.P.149

Bjorklund K..Minimally invasive surgery for obstructed labour: a review of physiostomy. RCOG 2002. P.P. 319.

Carranza Carney, Rafael. Enfermedad y Muerte Materna en el Departamento de Alta Verapaz. Guatemala. Cunnigahm/macDonld/Gant/ Leveno /Gilstrap/Clark. Williams. Obstetricia. 20ed. Editorial panamericana. Madrid 1997. P.P. 29

Congreso de la República. Ley de Desarrollo Social. Año 2001. P.P. 31

Cumes Aju, Paulina. Mortalidad Materna. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultas de Ciencias Médicas. Guatemala. 1995. PENDIENTE

Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10 1993).Volumen II. P.P. 162.

Dirección Área de Salud de Alta Verapaz. Memoria de labores 2005. P.P. 18

Dystocia. SOGC Policy Statement No. 40, October 1995. P.P. 423

Downie, N.M. y Heal, R.W. Métodos Estadísticos aplicados. Editorial Harla, S.A. México, 1978.P.P.342

Enciclopedia de la Enfermería. Volumen 5. Océano Grupo editorial, 8ª. Edición 2000. P.P 130.

F. Politt Dense. Investigación científica en ciencias de la salud. 3ª. Edición P. Hungler Bernabé. P.P 715

Gálvez, Gilma. Factores asociados a mortalidad materno fetal durante el embarazo y el parto. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1998. pendiente

Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Carlos, Pilar Lucio. Metodología de la Investigación 3ª. Edición año 2000. P.P.705

Hill K, Stanton C., y Gupta N (2001) Medición de la Mortalidad Materna a partir de un censo: Instrucciones para los usuarios. MEASURE. Evaluation Manual Series, No. 4 Chapel Hill, NC: Carolina Population. Center University of North Carolina. P.P.287

- Instituto Nacional de Estadística /Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/UNICEF/USAID. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala. 1999. P.P.74
- Juárez Aldana, Daniel. Mortalidad Materna. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1994. P.P.74
- Keirse MJNC, Chalmers I. In: Chalmer, Enkin, Keise. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford. University Press, Oxford. England 1989. P.P 850.
- Medina, Haroldo. Estudio de Mortalidad Materna en Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. 1989. P.P.68
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos estratégicos para reducir la Mortalidad Materna. Guatemala, marzo 2003. P.P.25
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Estratégico para reducir la Mortalidad Materna. Guatemala. P.P.30
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación Estratégica. Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud. Lineamientos Básicos y Políticas de Salud. Año 2004-2008. P.P.11
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Guatemala. P.P. 96
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Curso "Guías de Atención del embarazo, parto y puerperio y Emergencias Obstétricas" Junio 2005. P.P 105
- Ministerio Salud Pública y Asistencia Social. Marco Legal y Político de la Paternidad Responsable en Guatemala. Edición 2004. P.P.PENDIENTE
- O'Driscoll K. Folley M. MacDonald D. Active management of labour as an alternative to caesarean section for dystocia. Obstet Gyencol 1984.P.P.650
- OPS/OMS. Evaluación del Plan de Acción Regional Para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington. 1996.PENDIENTE
- OPS/OMS. Fuentes de Datos y Definiciones Utilizados en Salud Pública. Washington 1994. P.P.33

- OPS/OMS. Prevención y Manejo de la Hemorragia post parto. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay. 1989. P.P.85
- OPS/OMS/UNICEF. Reducción de la Mortalidad Materna. Ginebra. 1999. P.P. 8
- Organización Panamericana de la Salud. Guía para la Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Washington. 1998. P.P. 52
- Organización Panamericana de la Salud. Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Washington, 1999. P.P.8
- Politt Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª. Edición. P.P. 715
- Population Referente Bureau. Por una Maternidad sin Riesgos. P.P.8
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Editorial del Sur. 2006. P.P. 423
- Reeder, Martin, Koniak. Enfermería Materno-Infantil. E.E.U.U.. Editorial Interamericana McGraw Hill. P.P.2309
- Robinson JO Rosen, M Evans JM, Revill SI, David h, Rees GAD. Maternal Opinion about analgesia for labour Anaesthesia 1980.P.P.428
- Roystan, Erika/Armstrong, Sue. Preventing Maternal Deaths. World Health Organization. Génova 1989. P.P.318
- SEGEPLAN. (Planificación y Programación) Política de Desarrollo Social y población. Edición 2000.P.P. 58
- Smith CA, Collins, CT, Cyna AM, Crowter CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. P.P.411
- Sullivan, Milton Havens. Manual de Ginecología Ambulatoria. México. Segunda Edición, 1994. P.P 380
- Universidad San Carlos de Guatemala. Apuntes técnicos de la investigación. Documental 1987. Guatemala.

XI. ANEXO

INDICE DE CUADROS

No.	Descripción	Página
1	Mes en que ocurrió la muerte de la madre	76
2	Edad de la madre fallecida	78
3	Grupo étnico de la madre fallecida	80
4	Estado civil de la madre fallecida	81
5	Ocupación de la madre fallecida	82
6	Ocupación del esposo	83
7	Lugar de residencia (municipio y departamento)	84
8	Número de integrantes de la familia	85
9	¿Sabe leer y escribir?	86
10	Nivel educacional	87
11	¿Cuál es el ingreso económico mensual familiar?	88
12	¿Existe Centro de Convergencia cercano al domicilio de la madre fallecida?	90
13	¿Existe puesto de Salud cercano del domicilio de la madre fallecida?	91
14	¿Existe Hospital Nacional cercano del domicilio de la madre fallecida?	93
15	¿Existe Hospital Privado cercano del domicilio de la madre fallecida?	94
16	A qué distancia está el Hospital más cercano	95
17	¿Sabe usted si existió la necesidad de transportar a algún lugar asistencial a la madre fallecida antes de su muerte?	96
18	Si la respuesta anterior es Sí, ¿qué tipo de transporte existía para el traslado de la madre antes de su fallecimiento?	97
19	¿La gravedad del problema fue reconocida por un familiar?	98
20	¿Quién reconoció la gravedad del problema que estaba relacionado con la muerte materna?	99

21	¿A qué centro asistencial fue llevada la madre antes de morir?	101
22	¿Razones por las cuales no fue llevada a un centro asistencial?	103
23	Medios de transporte que existen de comunidades a la cabecera municipal y/o departamental	105
24	Lugar donde ocurrió la muerte	106
25	¿Quién atendió el parto o aborto?	108
26	Parentesco de la persona entrevistada con la madre fallecida	109
27	Número de embarazos de las madre fallecida	110
28	Número de cesáreas en la madre fallecida	111
29	Número de pérdidas o abortos que tuvo la madre fallecida	112
30	Número de hijos e hijas que deja la madre fallecida	113
30.a	¿Número de hijos?	114
31	Momento en que falleció la madre	115
32	¿La madre padecía alguna enfermedad?	116
32.a	¿Cuál?	117
33	Causas por las que murió la madre	118
33.a	¿Tuvo parto o aborto incompleto?	119
33.b	La hemorragia vaginal se presentó	120
33.c	Cuando ocurrió la hemorragia en el embarazo se presentó en	121
33.d	¿La madre fallecida padecía de ataques o convulsiones?	122
33.e	La madre que falleció por presión alta, sabe usted si solo fue este su padecimiento	123
34	La muerte de la madre fue causada por	125
35	¿Qué señales de peligro se reconocieron en el embarazo, parto o post parto?	126
36	¿Quién detectó la señal de peligro?	128
37	¿Quién tomó la decisión de trasladarla al centro asistencial?	129
38	Al llegar al centro asistencial fue atendida	130
39	Diagnóstico final de la causa de la muerte de las madres en estudio	131

- | | | |
|----|--|-----|
| 40 | ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar de su casa a la unidad de salud más cercana? | 132 |
| 41 | ¿Cuánto cuesta el transporte de su casa para la unidad más cercana? | 133 |



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA GUATEMALA

6 Avenida 3-35 zona 11, Teléfono 24404477,2472-13292

E-mail guatenfria@yahoo.com Guatemala C. A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio Yo, Edna Angélica Suc Chocooj Carné 200321320, me permito informarle que estoy anuente a participar en estudio de investigación FACTORES DE RIESGO QUE INCIDIERON EN LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS MUNICIPIOS DE CAHABON Y CARCHA DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ DURANRE EL AÑO 2009, que desarrollo como estudiante de Licenciatura de Enfermería decimo semestre en la Universidad de San Carlos de Guatemala y que utilizare la información con fines académicos.

Firma del entrevistado:

Firma del entrevistador



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE COBÁN, ALTA VERAPAZ**

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A FAMILIARES DE LAS MADRES FALLECIDAS
POR CAUSAS MATERNAS**

***FACTORES DE RIESGO QUE INCIDIERON EN LA MORTALIDAD MATERNA
EN LOS MUNICIPIOS DE CAHABÓN Y CARCHÁ EN EL DEPARTAMENTO DE
ALTA VERAPAZ DURANTE EL AÑO 2009***

Información:

A continuación se le realizarán algunas preguntas de situaciones que servirán de información para la realización de la investigación del estudio de tesis **FACTORES DE RIESGO QUE INCIDIERON EN LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS MUNICIPIOS DE CAHABÓN Y CARCHÁ EN EL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ DURANTE EL AÑO 2009**, desarrollado por la estudiante Edna Angélica Suc Chocooj para lo cual se pide su colaboración y si no está conforme está en su derecho de no participar.

I. DATOS GENERALES

1. Mes en que ocurrió la muerte de la madre _____/_____

2. Edad de la madre fallecida

- 10 a 14 años 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años
 35 a 39 años 40 a 44 años 45 a 49 años 50 a 54 años

3. Grupo étnico de la madre fallecida

- Indígena No indígena Otro No sabe

4. Estado civil de la madre fallecida

- Soltera Casada Unida Otro

5. Ocupación de la madre fallecida

- Ama de casa Domestica Otro _____

6. Ocupación del esposo

- Jornalero Agricultor Otro _____

7. Lugar de residencia (municipio y departamento)

8. Número de integrantes de la familia _____

9. ¿Sabe leer y escribir?

Sí No

10. Nivel educacional

1° a 3° Primaria 4° a 6° Primaria Básicos
 Otro Ninguno

INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR

11. ¿Cuál es el ingreso económico mensual familiar?

Extrema Pobreza: Q200.00 por persona Pobreza: Q400.00 por persona No pobreza: Q660.00 por persona

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

12. ¿Existe Centro de Convergencia cercano al domicilio de la madre fallecida?

Sí No No sabe |

13. Existe puesto de Salud cercano del domicilio de la madre fallecida?

Sí No No sabe |

14. ¿Existe Hospital Nacional cercano del domicilio de la madre fallecida?

Sí No No sabe |

15. ¿Existe Hospital Privado cercano del domicilio de la madre fallecida?

Sí No No sabe |

16. A qué distancia está el Hospital más cercano

Menos de 20Km 21 a 40 Km 41 a 60 Km

61 a 80 Km 81 a 100 Km Más de 100 Km

17. ¿Sabe usted si existió la necesidad de transportar a algún lugar asistencial a la madre fallecida antes de su muerte?

Sí No No sabe

18. Si la respuesta anterior es Sí, ¿qué tipo de transporte existía para el traslado de la madre antes de su fallecimiento?

Vehículo particular Ambulancia No había vehículo

19. ¿La gravedad del problema fue reconocida por un familiar?

Sí No

20. ¿Quién reconoció la gravedad del problema que estaba relacionado con la muerte materna?

Comadrona Esposo o compañero Madre
 Suegra Otro _____

21. ¿A qué centro asistencial fue llevada la madre antes de morir?

Centro de convergencia Puesto de Salud Centro de Salud
 Hospital Otro _____

22. ¿Razones por las cuales no fue llevada a un centro asistencial?

Dificil acceso No sabía que existía un centro asistencial Falta de recurso económico
 No existía una persona que acompañe a la madre Por ser siempre atendida en el hogar Porque la familia no la dejó ir
 El esposo no la dejó ir y no buscó ayuda Otro, especifique: _____

COMUNICACIÓN

23. Medios de transporte que existen de comunidades a la cabecera municipal y/o departamental

Vereda Vía acuática Terracería Asfalto

24. Lugar donde ocurrió la muerte

Domicilio Centro de Salud Hospital Regional de Cobán
 Hospital San Juan de Dios (Guatemala) Hospital Privado IGSS
 Otro _____

25. ¿Quién atendió el parto o aborto?

Comadrona Médico Enfermera/o
 Auxiliar de Enfermería Otro _____

26. Parentesco de la persona entrevistada con la madre fallecida

Madre/padre Hermana/hermano Esposo/pareja
 Hijo/hija Amiga/amigo Otro familiar
 No hay parentesco

27. Número de embarazos de las madre fallecida: _____

28. Número de cesáreas en la madre fallecida: _____

29. Número de pérdidas o abortos que tuvo la madre fallecida: _____

30. Número de hijos e hijas que deja la madre fallecida:

Hijos _____

30 a. Hijas _____

31. Momento en que falleció la madre:

- Durante el embarazo En trabajo de parto En el parto
 En el post parto inmediato En el post parto mediano En el traslado

32. ¿La madre padecía alguna enfermedad?

- Sí No ¿Cuál? _____

33. Causas por las que murió la madre:

- Hemorragia Presión alta Convulsiones
 Fiebre Otra causa

De los casos que presentaron hemorragia

33a. ¿Tuvo parto o aborto incompleto?

- Sí No

33b. La hemorragia vaginal se presentó:

- Durante el embarazo En el trabajo de parto En el parto
 Después del parto

33c. Cuando ocurrió la hemorragia en el embarazo se presentó en

- Primer Trimestre Segundo Trimestre Tercer Trimestre

33d. ¿La madre fallecida padecía de ataques o convulsiones?

- Sí No

33e. La madre que falleció por presión alta, sabe usted si solo fue este su padecimiento:

Siempre había tenido este padecimiento Durante el embarazo

Ya presentaba molestias No sabe

34. La muerte de la madre fue causada por:

Aborto Parto complicado Hemorragia

35. ¿Qué señales de peligro se reconocieron en el embarazo, parto o posparto?

Hemorragia vaginal Fiebre y coágulos con mal olor. Le cuesta respirar
 Dolor fuerte de cabeza o visión borrosa Dolor fuerte del estomago Dolor de parto mas 12 horas
 La placenta no sale en 30 minutos Niño(a) atravesado o de nalgas Salida de mano o pie del niño(a) por la vagina.
 Convulsiones

36. ¿Quién detectó la señal de peligro?

Esposo/pareja Madre/padre Hermana/hermano
 Suegros Comadrona Otro

37. ¿Quién tomó la decisión de trasladarla al centro asistencial?

Esposo/pareja Madre/padre Hermana/hermano
 Suegros Comadrona Otro
 Ninguno

38. Al llegar al centro asistencial fue atendida:

De inmediato y con cortesía De inmediato y con malos tratos
 No fue atendida La hicieron esperar mucho tiempo

No sabe

39. Diagnóstico final de la causa de la muerte de las madres en estudio:

Causa Directa Causa Indirecta |

40. ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar de su casa a la unidad de salud más cercana?

Menos de 15 minutos

De 16 a 30 minutos

De 31 minutos a 1 hora

Más de 1 hora

Más de 2 horas

41. ¿Cuánto cuesta el transporte de su casa para la unidad más cercana?

A pie

De Q10.00 a Q50.00

De Q51.00 a Q100.00

De Q101.00 a Q500.00

Más de Q500.00

Doy un sincero agradecimiento por la colaboración brindada al responder este instrumento.



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA GUATEMALA
6 Avenida 3-35 zona 11, Teléfono 24404477,2472-13292
E-mail guatenfria@yahoo.com Guatemala C. A.



Cobán 16 de junio del 2010.

Doctor;
José Alidio Hernández
Director de Área de Salud de Alta Verapaz
Cobán Alta Verapaz

Por medio de la presente le envió un cordial saludo

El objetivo de la presente es para solicitarle permiso para desarrollar Proyecto de investigación de tesis en los Municipios de Cahabón y Carchá con el tema de : FACTORES DE RIESGO QUE INCIDIERON EN LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS MUNICIPIOS DE CAHABON Y CARCHA DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ DURANRE EL AÑO 2009.

Solicito su autorización para realizar la encuesta dirigida a los familiares cercanos que estuvieron presentes en el proceso de embarazo, parto y puerperio de las muertes maternas ocurridas en ese periodo, me comprometo a que el estudio sea exclusivamente con fines académicos y en todo momento se respetara el derecho de anonimato.

Atentamente:

Edna Angélica Suc Ch.
Estudiante de la Licenciatura de Enfermería