

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



**“Factores que influyeron en las muertes maternas
del Distrito de Salud de San Pedro Carcha, A.V
en los años 2007 al 2009”**

Estudio descriptivo... Realizado durante los meses de Julio a
Noviembre de 2010

SANTIAGO YAT CHOC

Carné: 200321346

ASESORA: MSc. Rutilia Herrera Acajalon
REVISORA: Licenciada. Gilma Adalgisa Morales Marroquin

TESIS

**PRESENTADA ANTE LAS AUTORIDADES DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS – USAC - ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA DE COBÁN, A.V.**

**PREVIO A OPTAR EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Cobán, Alta Verapaz noviembre del 2010



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



Cobán, Alta Verapaz Noviembre 05 del 2010.

Enfermero Profesional:
SANTIAGO YAT CHOC
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

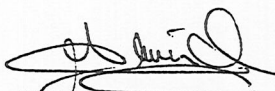
"FACTORES QUE INFLUYERON EN LAS MUERTES MATERNAS DEL DISTRITO DE SALUD DE SAN PEDRO CARCHÁ, A.V. EN LOS AÑOS 2007 AL 2009"

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"


Lidia. Gloria Chegúen
Coordinadora
Unidad de Tesis

c.c.Archivo

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
UNIDAD DE INVESTIGACION
COBAN, ALTA VERAPAZ



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



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 Enfermero:

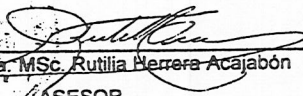
SANTIAGO YAT CHOC

Ha presentado el Informe Final de su trabajo titulado:

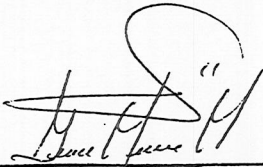
"FACTORES QUE INFLUYERON EN LAS MUERTES MATERNAS DEL DISTRITO DE SALUD DE SAN PEDRO CARCHÁ, A.V. EN LOS AÑOS 2007 AL 2009"

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. Rutilia Herrera Acajabón

ASESOR



Licda. Gilma Adalgisa Morales Marroquín

REVISOR

AGRADECIMIENTOS

A MI DIOS: Por su grandeza y su misericordia que ha manifestado en mí, a pesar de ser un hombre desordenado, siempre me hace fuerte para recibir los golpes que me da la vida y que quizás sin merecerlo me otorga un mar de bendiciones que me hace triunfar en la vida.

A MI PRESTIGIADA: ESCUELA DE ENFERMERÍA DE COBÁN, Y LA USAC, por darme la oportunidad de ser parte de su materia prima y ser formado como un capital humano distinto.

A mi MADRE JOSEFINA: Que nunca va poder leer este material por no saber leer y que se preocupó más en mí para que yo aprendiera leer y escribir y pensar para ser un hijo predilecto triunfador.

A mis Hermanos Carlos y María: Por regalarme dinero cuando era niño, por sus consejos cuando era joven, por el orgullo y aprecio ser hermano de ellos.

A mi PADRE VICENTE Y MI HERMNO HERIBERTO que ya no están conmigo, se fueron antes que yo pero trataré de hacer el bien para poder verlos después.

A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE CARCHA. Por darme la oportunidad de laborar y otorgar el espacio de realizar mi trabajo de investigación y a todo su personal que siempre me tienen un total aprecio como un amigo querido.

A mi AMIGO EMPRENDEDOR: Licenciado Carlos Barrientos, por ser la persona que me ha enseñado ser distinto, y ver la salud diferente.

A mi ASESORA: MCs. Rutilia Herrera por ser la persona sublime a mi esfuerzo y el trato justo.

A mi REVISORA: Licenciada Gilma Adalgisa Morales. Por ser tan servicial y proveedor de confianza para vencer los obstáculos.

A LA LICENCIADA GLORIA CHEGÜEN, por ser la persona que siempre te da la mano en el momento justo.

A MIS GRANDES AMIGOS EN LA MAESTRÍA, por el aprecio, y el apoyo constante hacia mi persona para mi propio avance.

A LA LICENCIADA ARACELY BRIONES: UFFFF. Me sobra lágrimas y no tengo palabras como agradecer las frases que me hace ser más humilde.

A LA LICENCIADA LETICIA JUÁREZ. Por descubrirme en el laberinto de Enfermería, y ser ejemplo de lucha dando la vida por otros.

A DORIS la amiga perfecta para un hombre y que cada día provee genios de ver diferente las diferencias.

A MIS COMPAÑERAS LUCHADORAS que día a día me animaron y me jalaron hasta llegar a la meta final. (Irma Morales, Edna Suc, Claudia, Lorena, Noemí) nunca me olvidaré de ustedes.

A USTED que tiene la oportunidad de leer este humilde trabajo, resultado de un esfuerzo de aprendizaje enfocado al valor de una mujer y la niñez que tiene derecho de una vida.

FILIPENSES: 4:13

TODO LO PUEDO EN CRISTO QUE ME FORTALECE

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Resumen	
I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	2-6
III. JUSTIFICACION.....	7-9
IV. OBJETIVO.....	10
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	11
A. REPRODUCCION HUMANA.....	11
B. PUNTO DE VISTA RELIGIOSO DE LA REPRODUCCION HUMANA.....	11-12
C. ETAPAS DE LA VIDA.....	13-15
D. EMBARAZO.....	15-16
E. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.....	17-18
F. CONTROL PRENATAL.....	19
G. PARTO.....	19-21
H. ATENCION DEL PARTO.....	21
I. MUERTE MATERNA.....	22-24
J. CAUSAS QUE PROVOCAN LA MORTALIDAD MATERNA.....	24-26
K. DEMORAS.....	27
L. SALUD.....	28
M. AUTO CUIDADO DE LA SALUD.....	28-29
N. MODELO DE AUTOCUIDADO (Dorothea Orem).....	30-33
O. OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO.....	34-35
P. CENTRO COMUNITARIO.....	35
Q. CENTROS DE ATENCION EN SALUD.....	36-37
VI. MATERIAL Y METODOS.....	38-44
VII. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	45-80
VIII. CONCLUSIONES.....	81-82
IX. RECOMENDACIONES.....	83
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84-85
XI. ANEXOS.....	86-90

RESUMEN

Con el fin de brindar un aporte al sistema nacional de salud, se realizó el presente estudio cuantitativo y con enfoque transversal, el que se desarrolló en el Distrito de Salud de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, tratando de identificar los factores que influyeron en las causas de muertes maternas sucedidas durante los años del 2007 al 2009. El objetivo trazado al inicio del estudio se alcanzó al lograr identificar los factores buscados, determinando que la situación económica familiar, el analfabetismo, la poca participación de la organización comunitaria en el área de la salud y la falta de accesibilidad a los servicios de salud, son las principales causas de la mortalidad materna, y fundamentalmente la edad, condición física y multiparidad de la madre. Es preocupante los resultados de la inversión que se hace en cada uno de los programas del Ministerio de Salud, a sí mismo las alianzas interinstitucionales que existen para disminuir la mortalidad materna en el cual no logran articular acciones concretas para lograr un impacto a corto plazo, tomando en cuenta las metas del milenio. La mujer debe ocupar su propio espacio y empoderar la importancia de su propia salud, como también los riesgos principalmente durante el embarazo, parto y después de la misma. La decisión es fundamental para prolongar la vida de ella misma y para el niño o niña. Se utilizó la visita domiciliaria para la recolección de los datos, haciendo uso de la técnica de la entrevista, durante el desarrollo de la visita domiciliaria se contó con el inconveniente de la distancia entre las comunidades, por lo que se llevó más tiempo del establecido para la recolección de los datos. La presente investigación fue viable porque para el tema a investigar existe información de base que permitió profundizarla. Factible por que las familias de las madres fallecidas, se localizaron en las comunidades, tomando como fuente de información para su localización el registro existente en el CAP de San Pedro Carchá, Alta Verapaz. Esta investigación aporta conocimientos para mejorar las estrategias del área y del distrito de salud para lograr una línea de acción que permita tomar decisiones a nivel comunitario, familiar e individual. Esta investigación le será muy útil para el distrito y para las ONGs prestadoras de servicios de salud para reforzar su línea de acción.

I. INTRODUCCION

La situación de salud en Guatemala se encuentra entre las que presentan las peores cifras más preocupante a nivel latinoamericano, en donde la tasa de mortalidad materna es una de las más elevadas y estos datos empeoran cuando se trata de poblaciones rurales, en este sentido el Departamento de Alta Verapaz es uno de los que más casos de mortalidad materna presenta, por tal motivo se tomo el Distrito de Salud de San Pedro Carchá para realizar el presente estudio, con el objetivo de identificar los factores que han influido en las causas de muerte materna. Para tal fin, se estudio la totalidad de los casos sucedidos durante el periodo comprendido de los años 2007 al 2009, realizando visitas domiciliarias a los compañeros de hogar de las 25 madres fallecidas en dicho periodo, quienes luego de haber manifestado su anuencia a través del consentimiento informado procedieron a proporcionar la información que les fue requerida durante la entrevista, la que tuvo como guía un cuestionario estructurado con 36 preguntas. Dentro del contenido del estudio se incluye la definición y análisis del problema justificación, objetivos, y el marco de teórico que sustenta el tema de investigación el cual se relaciona con la mortalidad materna tomando en cuenta el vacío que crea la ausencia de una madre dentro de una familia. Luego de recolectados los datos se procedió a su tratamiento estadístico, el que permitió graficarlos para posteriormente analizarlos e interpretarlos y que a su vez fueron la base de conclusiones y recomendaciones que se plantean. Durante el estudio se manejaron criterios de inclusión y exclusión, así como aspectos éticos entre ellos el anonimato y confidencialidad, autodeterminación, respeto a la dignidad humana y derecho a la intimidad. Por otra parte, se presenta el análisis e interpretación de resultados obtenidos a través del procesamiento de información generada de los cuestionarios a si como las conclusiones y recomendaciones que sean tomadas en cuenta de manera que se pueda disminuir la mortalidad materna en el municipio de Carcha específicamente el distrito III de salud.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

A. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

En la actualidad Guatemala ocupa un lugar preocupante en América latina, donde la historia y la estadística de cada uno de los países nos describen el panorama situacional de la muerte materna. La falta de oportunidad de las mujeres en edad fértil en el tema salud, educación, económico, social, pero sobre todas las cosas la falta de toma de decisiones de la mujeres relacionado a la salud reproductiva, y el desconocimiento de sus derechos principalmente de la ley de planificación familiar, son vacíos que afecta la salud óptima de la mujer. Aunque exista política pública, como obligaciones del Estado en reducir la mortalidad materna, más los esfuerzos de organizaciones y programas de gobierno, no han respondido a la demanda de salud integral de la mujer. Pero también la falta de coordinación de los sistemas de registros vitales y los sistemas de salud no logra articular sus métodos para tener una información eficaz para tomar decisiones de acuerdo a la realidad. Por ejemplo El INE pública con dos años de retraso los datos. Esto hace dificultar acciones y la evaluación de estrategias por las instituciones responsables como SEGEPLAN, Área de Salud, Comité de mortalidad materna etc.

En Guatemala existen 2.200,608 hogares, de los cuales 23% están encabezados por mujeres. El 45% de los jefes de familia declaran haber aprobado algún año del nivel primario de escolaridad. Del total de habitantes del país, 35% son casados, 19% viven en unión libre, 40% son solteros y 3,7% son divorciados, separados o viudos. Cada año se registran un aproximado de 53.860 matrimonios y 1.888 divorcios por año. Los grupos indígenas constituyen 41,2% de la población nacional, y los mayas representan 95,7% de la población indígena. Los departamentos con mayor porcentaje de población indígena son: Totonicapán (98%), Sololá (96%), Alta Verapaz (93%) y El Quiché (89%). Entre las mujeres indígenas, la mayor parte de las muertes maternas se producen debido a que sus condiciones de vida son más precarias, sus tasas de fecundidad son más elevadas (tienen entre dos y tres

hijos más que las madres no indígenas) y reciben menor atención por personal médico. La razón de mortalidad materna en el grupo indígena fue tres veces mayor que en el grupo no indígena (211 por 100.000 nacidos vivos frente a 70 por 100.000 nacidos vivos).¹

Alta Verapaz ocupan el segundo lugar en mortalidad materna con una mínima porcentaje detrás de Huehuetenango, por lo consiguiente existe preocupación en los niveles de la atención, porque los esfuerzos no son lo suficientes para responder la demanda. En los últimos 5 años se han muerto 57 mujeres en el municipio de San Pedro Carcha por causa que si es posible prevenir. El 60% de las muertes maternas han sido por retención placentaria, 30% por eclampsia, y un 10% por diferentes causas, como atonía uterina, Shock hipovolémico, etc. El 95% de las muertes han sido a nivel de comunidad por lo consiguiente se desconoce el porqué las mujeres mueren, a si mismo las decisiones que se toman a nivel comunitaria en el momento de activar el plan de emergencia comunitaria.² San Pedro Carcha, tiene una población de 195,066, para ser atendida por 2 distritos de Salud, San Pedro Carchá con 142,438 y Campur con 52,628.³ En el área del Distrito de San Pedro Carchá 43,268 son mujeres en edad fértil. En el mes de mayo 2010 se registraron 1,456 embarazadas lo cual es considerada de muy alta la cantidad y que pueda ascender el numero de muertes maternas.⁴ En la comunidad de Chacalte y la Colonia La Trinidad se registraron una muerte materna por año en la cual el distrito de Carcha ha fortalecido acciones para reducir la mortalidad materna pero aun a si continua la preocupación. El distrito de Carcha, esta compuesta por diez jurisdicciones, cuatro Puestos de Salud, y el área de influencia del casco urbana. Las diez jurisdicciones están administradas por tres organizaciones locales las que están divididas de la siguiente manera: Cinco jurisdicciones pertenecen a ABK-DEC, tres a

¹ INE Guatemala 2008. Pág. 126.

² Análisis situacional de mortalidad materna 2009, Cap. Carcha. Indicador Trazador tasas.

³ Médicos del Mundo. Evaluación Interna del Proyecto. "Fortalecimiento de la atención integral de salud de la mujer en los municipios de La Tinta, Senahú, San Pedro Carchá y Cahabón del departamento de Alta Verapaz. Guatemala. 2010. Página 12.

⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Distrito de Salud de San Pedro Carchá, A. V. Listado de embazadas de obstetras neonatales, informe mensual. Guatemala. mayo 2010

FUNDAMENO, dos XNA IXIM, todas financiadas por el Ministerio de Salud, bajo el programa Extensión de Cobertura, siendo uno de sus fines reducir la mortalidad materna en cada uno de las jurisdicciones y por ende en el distrito de salud.

En el año 2009 la atención del parto estuvo a cargo por diferentes personajes; el 75 % por comadronas tradicionales, el 10% no recibió ninguna atención, el 15 % recibió atención médica. Además el 84.5% fue atendida en su propio hogar, el 0.5 fue atendido en vía pública, y 15% fueron atendido en institución de salud. (Maternidad CAP Carcha y Clínica privada)⁵. Por lo que es importante tomar acciones puntuales en mejorar la atención, pero también entregar capacidades al personal voluntario en fomentar la atención del parto limpio y seguro. Enfermería debe asumir su rol como proveedor de capacidad aplicando en ella las cuatro áreas del Ejercicio Profesional de Enfermería (cuidado directo, docencia, administración e investigación) en el programa materno infantil, con el objetivo de ayudar a reducir la mortalidad materna y sus complicaciones. En Guatemala la mortalidad materna es una de las más altas en América latina. Las mujeres mueren por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio, "el 53.3% de las muertes corresponde a hemorragias. Le siguen las infecciones 14.4%, la hipertensión inducida por el embarazo 12.1% y un 9.5% corresponde a abortos".⁶ Pudiendo evitarse estos altos porcentajes de muertes con el simple hecho que las mujeres embarazadas y las familias conozcan las cuatro demoras y/o atrasos que inciden la mortalidad materna, "la línea basal de mortalidad materna del año 2000, demostró que el 54% de muertes maternas ocurren en el hogar por no identificar las señales de peligro en el embarazo, parto y post-parto o bien en el trayecto hacia un servicio de salud."⁷

⁵ Memoria de labores 2009. Trazador producción de servicios materno infantil.

⁶ Ref. *Ibíd.* pag.8

⁷ ESTELA EMILIANA COJOC SURAM. "Participación de la enfermera/o en la promoción e implementación del plan de emergencia comunitario, para la reducción de la mortalidad materna. Guatemala. 2007.

B. DEFINICION DEL PROBLEMA.

En el municipio de San Pedro Carcha, se ha registrado mortalidad materna en los años a investigar de la siguiente manera: en el año 2007 se registraron 5, en el 2008 se registraron 10, igual número en el año 2009.⁸ Las causas de las muertes maternas en los tres años fueron, retención placentaria, hemorragia durante el parto, Sepsis puerperal y shock hipovolémico. El 90% de las muertes materna ocurrieron en la comunidad, durante la primera y segunda demora el 90% y 10% ocurrido en el hospital en la cuarta demora. En el año 2009 se atendieron en el Centro de Atención Permanente de San Pedro Carchá 810 partos, de estos 93 se refirieron por complicaciones de trabajo de parto activo al Hospital Regional de Cobán. Se atendieron 43 referencias del primer nivel de atención. Los nacimientos registrados en la población que cubre el distrito de salud, en el 2007, fueron 5,013, en el 2008, 4,995, y en el 2009 se registraron 4,069. El promedio de edad en el primer embarazo oscila entre 14 a 17 años. Y el promedio de embarazo por mujer oscila entre 6-7. De las mujeres embarazadas detectadas por año el 33% de ellas están en el rango de edad entre 39 a 44 años. Esto indica que el riesgo es mayor en las edades mencionadas.⁹ 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, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.¹⁰

⁸ Diagnostico de salud, cap. Carcha, unidad de monitoreo 2009

⁹ Memoria de labores. Trazadora producción materna. 2007 al 2009

¹⁰ ESTELA EMILIANA COJOC SURAM. "Participación de la enfermera/o en la promoción e implementación del plan de emergencia comunitario, para la reducción de la mortalidad materna. Guatemala. 2007

C. DELIMITACION DEL PROBLEMA

La presente investigación se realizó durante los meses de Junio 2010 a Noviembre de 2010, donde se terminaron los factores que influyeron en la muerte materna, en el distrito III de Salud de San Pedro Carcha, Alta Verapaz, durante los años 2007 al 2009.

D. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La mortalidad materna es una situación preocupante en el distrito III de San Pedro Carcha, tomando en cuenta las altas tasas la razón de la misma, por tal razón y considerando la importancia de prevenir la mortalidad materna se formulo el siguiente planteamiento.

¿Cuáles son los factores que influyeron en las muertes maternas del Distrito de Salud de San Pedro Carcha, A.V. durante los años 2007 al 2009?

III. JUSTIFICACION

El presente estudio se realizo en el municipio de San Pedro Carchá en las comunidades donde ocurrieron muertes maternas en los años 2007 al 2009. Nos describe los factores que influyeron en los casos de muertes maternas. En la actualidad no existía estudio en el distrito relacionado al tema, por lo tanto se desconocían los factores que provocaron o influyeron en las muertes maternas. La importancia de esta investigación fue parte del reto que busca un nuevo desafío de las líneas de acción que se debe tomar en cuenta para disminuir la mortalidad materna.

La idea de identificar los factores que influye a la decisión en el momento de una complicación de parto fue para obtener una información enfocada a la realidad y aportar sugerencias para tomar acciones que tiendan a mejorar los niveles de salud y bienestar de la mujer.

Es preocupante los resultados de la inversión que se hace en cada uno de los programas del Ministerio de Salud, a si mismo las alianzas interinstitucionales que existen para disminuir la mortalidad Materna. Mientras que uno de las metas del milenio es reducir la mortalidad materna establecida en 1990 al 2015, para que posteriormente sea evaluado el resultado si se logró lo establecido.¹¹ Las 25 muertes que ha ocurrido en los últimos tres años, en su mayoría han sucedido en la primera y segunda demoras en las cuales son tiempos donde se debe tomar una decisión clara y concreta sin embargo a un queda muchos vacios en la decisión del entorno de la mujer como también en los programas del Ministerio de Salud, puesto que no están dando los resultado esperados.

La disminución de la mortalidad materna es tarea de todos, principalmente la decisión de la mujer. Las mujeres fundamentalmente las que están en edad

¹¹ Metas del milenio. Informe 2008. Pág. 14

fértil deben conocer las complicaciones de un embarazo para estar preparadas en eso. Reconociendo que la mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigual existente entre hombres y mujeres en las diferentes áreas geográficas y sociales de Guatemala, es importante resaltar que la magnitud del problema, refleja la posición y condición de las mujeres y su limitado acceso a los servicios básicos de salud.

Los esfuerzos de las instituciones cooperantes en la reducción de mortalidad materna, sumado a lo que la organización comunitaria haga, ayuda a reducir la tasa de mortalidad materna, pero si la mujer no se preocupa de su propia salud, de auto cuidarse, la tarea de las figuras de apoyo muy poco podrán hacer. La mujer debe conocer sus propios riesgos, orientada por los proveedores de salud y que la decisión provenga de ella, porque la responsable de prolongar la salud y vida es de ella y nadie más, las personas del entorno lo único que puede hacer es apoyar. Al respecto de esto, Dorothea Orem define el Auto Cuidado: Como la "práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situacional temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar". Son todas las acciones o actividades que las personas realizan por ellos mismo y contribuyen a su salud, se aprenden inicialmente en el seno del hogar y se sigue aprendiendo en las diferentes etapas del desarrollo, la capacidad personal para la realización de esas acciones se ve afectada por creencias culturales, hábitos, costumbres familiares, sociales, edad y el estado de salud en que se encuentre el individuo.¹² Este modelo y teoría de Orem es extremadamente importante para que la mujer debe empoderar y preocuparse de su propio salud para prolongar su propia vida, sumado a las estrategias del Ministerio de salud mas la eficiencia del trabajador de los servicios de Salud, y que la contrapartida social y de apoyo que puede otorgar la organización comunitaria serán las brechas de un nuevo desafío de la salud de la mujer materna.

¹² Modelo y teoría de Enfermería. Cuarta edición, Ann Marriner Tomey, PhD, RN, FAAN Profesor School of Nursing, Indiana State University Terre Haute, Indiana.

La presente investigación fue viable porque para el tema a investigar hay información de base que permitió profundizarla. Factible por que las familias de las madres fallecidas, que son la fuente de información de campo, se localizaron en las comunidades, tomando como fuente de información para su localización el registro existente en el CAP de San Pedro Carchá, Alta Verapaz. Esta investigación aporta conocimientos para mejorar las estrategias del área y del distrito de salud para lograr una línea de acción que permita tomar decisiones a nivel comunitario, familiar e individual.

IV. OBJETIVO

- 1. Identificar y describir los factores que influyeron en las muertes maternas del Distrito de Salud de San Pedro Carcha, Alta Verapaz en los años 2007 al 2009.**

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. REPRODUCCION HUMANA

La reproducción humana es la acción en donde intervienen dos individuos, un hombre y una mujer y consiste en la fecundación interna a través de los órganos sexuales de los dos géneros mencionados. Sin embargo, la misma no se produce y listo, ya aparecerá la descendencia, sino que por el contrario, el éxito dependerá de la acción coordinada de las hormonas masculinas y femeninas, el sistema reproductivo y el sistema nervioso.

Los testículos en el caso del hombre y los ovarios en el caso de la mujer, son los encargados de la producción de los espermatozoides y los óvulos, que son los que en definitiva tendrán a su cargo la reproducción, siendo los espermatozoides los que oportunamente en momento del período ovulatorio de la mujer tendrán la tarea de fecundarlo.

Una vez concretada la fecundación del óvulo, que dará lugar a la creación de un huevo o cigoto, se producirán una serie de divisiones mitóticas que culminarán con el desarrollo del embrión. Este tendrá tres capas germinales, ectodermo, endodermo y mesodermo las cuales darán origen a los diversos órganos del cuerpo de ese nuevo individuo.

El aparato reproductor masculino se encuentra formado por los siguientes elementos próstata, pene, testículos, epidídimo, conductos deferentes y las vesículas seminales, en tanto, el de la mujer está integrado por la vagina, la vulva, el cérvix, el útero, el endometrio, los ovarios y las trompas de Falopio.

B. PUNTO DE VISTA RELIGIOSO DE LA REPRODUCCION HUMANA.

La verdadera práctica del amor conyugal y toda la estructura de la vida familiar que de él nace, sin posponer los otros fines del matrimonio, tienden a que los

cónyuges, con fortaleza de ánimo, estén dispuestos a cooperar con el amor del Creador y del Salvador, que a través de ellos continuamente dilata y enriquece su familia.

El acto conyugal expresa la conexión indivisible entre los dos significados del acto: el significado unitivo y el significado procreativo. Los actos, en efecto, con los cuales los cónyuges se realizan plenamente e intensifican su unión, son los mismos que generan la vida y viceversa.

El amor que asume el lenguaje del cuerpo en su expresión, es al mismo tiempo unitivo y pro creativo: comporta claramente significados responsables y paternales conjuntamente. Esta conexión es intrínseca al acto conyugal, el hombre no la puede romper por su propia iniciativa, sin desmentir la dignidad propia de la persona y la verdad interior del amor conyugal.

Por tanto, mientras es lícito, por motivos graves, valerse del conocimiento de la fertilidad de la mujer, renunciando a las relaciones sexuales en los períodos de fecundidad, resulta ilícito el recurso de los medios contraceptivos.

Los métodos naturales implican un acto conyugal que, de una parte no dan lugar a una nueva vida y, de la otra, permanece todavía en sí mismo destinado a la vida. Precisamente este respeto legítimo, al servicio de la responsabilidad en la procreación, el recurso a los métodos naturales de regulación de la fertilidad: éstos han sido precisados cada vez mejor desde el punto de vista científico y ofrecen posibilidades concretas para adoptar decisiones en armonía con los valores morales.

Los medios artificiales contradicen la naturaleza del hombre y de la mujer y la de su más íntima relación. Aquí la unión sexual queda separada de la procreación: el acto se ve privado de su natural apertura a la vida. Así se deforma y falsifica el contenido originario de la sexualidad humana, y los dos significados, unitivo y pro creativo, innatos a la naturaleza misma del acto conyugal, son separados artificialmente. De este modo, se traiciona la unión, y la fecundidad se somete al arbitrio del hombre y la mujer.

C. ETAPAS DE LA VIDA

- 1. PRENATAL:** Desde el mismo momento que el ovulo y el espermatozoide se unen se producen una serie de rápidas transformaciones. A la tercera semana de concepción la cabeza del nuevo ser ya esta formada, mientras que en la cuarta el embrión mide 6mm de largo, corazón empieza a latir y ya posee una espina dorsal y un sistema nervioso. A los tres meses, los órganos más importantes del cuerpo ya están formados y se han producido la diferenciación sexual. En el quinto mes su concluye. A partir de entonces ya no se producen mayores cambios, excepto en el crecimiento del feto tanto en tamaño como en peso. Después de 9 meses en el vientre materno, el nuevo ser estará listo para salir al mundo.
- 2. INFANCIA:** Comprende desde el periodo de lactancia, a partir del nacimiento, hasta los 6-7 años aproximadamente. En este periodo se produce un crecimiento acelerado del cuerpo y asimismo se dan los primeros pasos en el desarrollo intelectual. A los 2 años, por ejemplo la mayoría de los casos ya camina con soltura y sin ninguna ayuda. En este periodo dicen sus primeras palabras y hasta reconocen su nombre. A los 3 años dicen frases enteras y comienzan a formular preguntas. Asimismo, a esa edad ya han aprendido a controlar sus funciones intestinales y urinarias. El niño depende física y emocionalmente de sus padres, sin embargo poco a poco adquiere mayor independencia conforme se va relacionando con otras personas de su entorno social. Es la edad en la que empiezan asistir a la escuela, donde aprenden a contar y a leer, y desarrollan sus habilidades motrices, para esta época el niño tiene una gran imaginación y es capaz de crear sus propios juegos en unión con otros niños de su edad. Es evidente además la gran energía que despliegan en esta época, lo que va unido a una curiosidad sin límites, al final de esta etapa el niño ya será capaz de vestirse solo, además de realizar su aseo personal sin ayuda.
- 3. NIÑEZ:** Se inicia alrededor de los 7 años y se prolonga hasta los 10-11 años. En esta edad el niño adquiere conocimientos de manera

asombrosamente rápida y es capaz de hacer uso el razonamiento para sacar conclusiones acerca de los fenómenos que lo rodean. Sin embargo esta capacidad de razonamiento significa también un menor vuelo de la fantasía y la imaginación a diferencia del periodo anterior. Muy importante es la participación en grupos, en las cuales se desarrolla la idea de respeto a las reglas, la lealtad, la responsabilidad y los valores morales. Al final de este periodo es bastante común observar que rechacen el ser tratado como niños pequeños. Para este momento ya se van diferenciando los caracteres, así como las formas de comportamiento masculinas y femeninas.

4. **ADOLESCENCIA:** Es el periodo en el cual el ser humano pasa de ser un niño para convertirse en adulto. En esta época se producen los cambios físicos conocidos como pubertad. Además de tales cambios físicos la adolescencia comprende todo un conjunto de procesos emocionales e intelectuales que llevarán al desarrollo del ser humano adulto. Si bien la maduración sexual se produce de manera más o menos rápida, no ocurre con las emociones. Es en esta época que se desarrolla el sentido de la crítica y se adquiere un mayor sentido de independencia gracias a la pertenencia a un grupo de amigos. Es también la época de los primeros enamoramientos, de las primeras relaciones sentimentales. Es muy común que los jóvenes tienda a deprimirse y a que su carácter cambie de un momento de otro.
5. **JUVENTUD:** Es la etapa que sigue a la adolescencia y se prolonga hasta aproximadamente los 25 años de edad, cuando concluye el crecimiento físico del ser humano y alcanza cierta madurez emocional. Socialmente, es la época en que la persona se prepara para insertarse en el mundo laboral mediante estudios específicos. A través el trabajo, el joven busca su relación personal, independencia económica e inserción en el medio social adulto. Las relaciones de pareja en esta etapa son más estables y se toman con mayor madurez, bajo perspectivas más amplias y duraderas con vistas a la formación de una familia.

6. **ADULTEZ:** En la edad adulta el ser humano adquiere pleno dominio de sus emociones y sus efectos lo que le permite enfrentar los distintos problemas que se le presentan. Es la etapa en que hombre y mujeres forman una familia y se independizan plenamente de sus padres. Ello implica grandes responsabilidades, en especial relacionada con la educación de sus hijos. La adultez abarca entre los 30 y los 60 – 65 años, y se divide generalmente en 2 etapas: la primera, la del adulto joven, pueden durar hasta los 40 – 45 años, la segunda, la del adulto mayor, esta asignada por una serie de cambios físicos. En las mujeres, es la época de la menopausia, cuando la menstruación cesa y con ella la capacidad generativa. Los hombres también ingresan al climaterio, aunque los cambios son menos bruscos.
7. **ANCIANIDAD:** A partir de los 60-65 años, aproximadamente, comienza una edad marcada por el desgaste progresivo de los distintos sistemas corporales. El tejido elástico del cuerpo se va perdiendo y es por ello que nota menor flexibilidad en las articulaciones. Asimismo, las capacidades sensoriales (vista, oído) disminuyen considerablemente y los huesos se hacen más frágiles y quebradizos, por lo que son comunes las fracturas debidas a las caídas. Esto no significa un declive de las capacidades cognitivas y psíquicas. De hecho, un individuo puede continuar llevando una vida sana. El progreso de la ciencia medica, por otro lado, permite hoy aumentar la esperanza de vida de los ancianos y mejorar sus condiciones de salud.

D. EMBARAZO

Estado de tener un embrión feto en desarrollo en el cuerpo, después de la unión de un huevo y un espermatozoide. En la mujer la duración aproximada del embarazo es de 266 días. El embarazo se caracteriza por el cese de los periodos menstruales, nauseas al despertar por la mañana (nauseas matutinas); aumento progresivo del abdomen. Los signos absolutos del embarazo son los movimientos fetales, ruidos cardiacos fetales y demostración del feto mediante radiografía y ultrasonido.

1. **DESARROLLO DEL EMBARAZO:** El embarazo conlleva una serie de etapas, las cuales se van desarrollando paulatinamente dentro de la mujer, básicamente se dividen en función del tiempo de su desarrollo, siendo estos en 3 trimestres los que se describen a continuación.

a. **Primer Trimestre:**

A partir del momento en que el óvulo es fecundado comienza un rápido crecimiento; al final del primer mes el niño mide un poco más de medio centímetro. Al final del tercer mes ha crecido hasta 7.5 cms., aproximadamente y pesa unos 28 gramos. Durante esta primera etapa ya se han formado sus órganos vitales: corazón, pulmones, intestinos, cerebro, ojos, oídos y esqueleto.

b. **Segundo Trimestre:**

El bebé alcanza unos 35 cms. y pesa 900 grs. Es en esta etapa cuando la mujer va a sentir realmente la presencia viva del niño en su interior y percibe sus movimientos. El corazón se oye claramente, los huesos crecen, se forman las articulaciones de brazos y piernas, se inicia la formación de los dientes, se forman los párpados, pestañas, cejas, uñas y pelo.

c. **Tercer Trimestre:**

Este es un período de crecimiento y maduración del niño ya formado para que sus órganos adquieran más fuerza y peso.

En resumen, durante el primer trimestre el bebé en formación crece muy rápidamente; durante el segundo trimestre el niño continúa su desarrollo y en el tercer trimestre el niño es más activo y la madre está esperando que nazca.

E. COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO.

Son los riesgos que se presentan fuera de lo normal de un embarazo ocurrido durante el proceso de embarazo hasta al momento de la segunda etapa del parto. El embarazo provoca cambio fisiológico en todo los sistemas del organismo. La mayoría de los cuales vuelven a la normalidad tras el parto. En general, los embarazos se desarrollan sin problemas y la mayoría de las complicaciones pueden ser tratadas. Las complicaciones incluyen abortos, embarazo ectópico, anemia, incompatibilidad de Rh, problemas con la placenta, vómitos, pre eclampsia y eclampsia y erupciones cutáneas, así como parto pre término y rotura de membranas. Después de un aborto, la mayoría de las mujeres consiguen tener embarazos sin complicaciones.

1. **PREECLAMPSIA:** La pre eclampsia, también llamada toxemia, es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Puede ocurrir durante la segunda mitad del embarazo. Siendo los siguientes síntomas de la pre eclampsia: presión arterial alta, hinchazón que no se va, y grandes cantidades de proteínas en su orina (encontradas durante las pruebas de orina).
2. **PRESENTACION PODALICA:** Por lo general, unas semanas antes del nacimiento, la mayoría de los bebés se moverá a la posición de entrega, con la cabeza se mueve cerca del canal de parto. Si esto no sucede, las nalgas del bebé y / o los pies, será en el lugar para ser entregado en primer lugar. Esto se llama una presentación de nalgas. Nacidos de nalgas se presentan en aproximadamente 1 de 25 nacimientos plazo completo.
3. **ABORTO:** Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas. Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la

concepción. A veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas.

4. **ECLAMPSIA:** Eclampsia (en griego, "resplandor"), una complicación potencialmente mortal y aguda de embarazo, se caracteriza por la aparición de convulsiones clónicas, tónicas, por lo general en un paciente que había desarrollado pre eclampsia. (Pre eclampsia y la eclampsia son denominadas colectivamente como trastornos hipertensivos del embarazo y la toxemia del embarazo).
5. **ANEMIA:** Las anemias son trastornos en los que el número de glóbulos rojos (eritrocitos) o la cantidad de hemoglobina (la proteína que transporta oxígeno) que éstos contienen se encuentra por debajo de los valores normales. El volumen de sangre aumenta durante el embarazo, por lo que una disminución moderada en la concentración de eritrocitos y hemoglobina (hemodilución) es normal. Como la madre debe producir sangre tanto para el feto como para ella misma, durante la gestación se precisa de un mayor aporte de hierro para producir glóbulos rojos. Por ello, el tipo más frecuente de anemia durante el embarazo es la anemia por deficiencia de hierro que, por lo general, se debe a una inadecuada cantidad de este elemento en la dieta. Sin embargo, puede deberse a una deficiencia de hierro ya existente provocada por la pérdida de hierro por las menstruaciones o por un embarazo previo. Con menos frecuencia, la anemia es consecuencia de una dieta deficiente en ácido fólico (folato), una vitamina B que también es necesaria para producir glóbulos rojos.
6. **PLACENTA PREVIA:** La placenta previa es la implantación de la placenta en el cuello del útero (la parte interior del útero) o cerca del mismo. Dentro del útero, la placenta puede cubrir el orificio cervical de forma completa o parcial. La placenta previa tiene lugar en 1 de cada 200 partos, por lo general, en mujeres que han tenido más de un embarazo o presentan anomalías en el útero, como fibromas.

F. CONTROL PRENATAL.

Es la atención que brinda al médico para iniciar su control prenatal, él proveedor de salud procederá a confeccionar su historia clínica, incluyendo los antecedentes de su familia como: hipertensión, diabetes, alergias, problemas genéticos, embarazos gemelares y si usted toma bebidas alcohólicas, entre otros. Le preguntará qué enfermedades u operaciones ha sufrido, los detalles de embarazos anteriores, la condición de su embarazo actual y si toma algún medicamento. En este control prenatal y en cada una de las visitas que realice al centro de atención médica podrá ver la evolución de embarazo, le deben tomar el peso y la presión arterial; además, le deben medir el tamaño del útero para determinar el crecimiento del niño y oír su corazoncito para saber si está normal. En cada una de las visitas, de la embarazada, el personal de salud aprovechará para enseñarle o recordarle ciertos conocimientos que necesita la embarazada con el fin de que los dos gocen de buena salud. Seguidamente se hará reconocimiento físico completo y le ordenarán exámenes de laboratorio (sangre y orina) para identificar mejor el estado de salud de la embarazada.

G. PARTO

El parto normal, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del infante del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino. El proceso del parto humano natural se categoriza en tres estadios: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos como oxitócicos y ciertos anestésicos y una posible episiotomía, todo esto no debe hacer nunca de manera rutinaria, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene

innecesariamente. En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por una cesárea que es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, en vez del parto vaginal.

1. COMPLICACIONES DEL PARTO.

Las complicaciones del parto pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la madre y en su bebé.

a. No progresión del trabajo de parto

Puede deberse a contracciones uterinas muy débiles o irregulares que no producen la dilatación cervical y se trata generalmente con oxitocina sintética intravenosa o con prostaglandina en gel tópico cervical. También puede deberse a una desproporción feto pélvico debido a macrostomia fetal o a estrechez del canal pélvico.

b. Sufrimiento fetal

Es la aparición de signos que indican el deterioro biofísico del feto. El término de sufrimiento fetal está últimamente cayendo en desuso en la bibliografía clínica, y se están usando los de «sospecha de pérdida de bienestar fetal» o «pérdida definitiva de bienestar fetal». Los signos a los que hacíamos antes referencia son básicamente la alteración del patrón normal del ritmo cardíaco fetal. Para ello se monitoriza a la madre con una tococardiografía fetal la cual establece cierta relación de dos variables que son, la frecuencia cardíaca fetal y la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas. A su vez otro signo que hace pensar en la pérdida de bienestar fetal, es la aparición de líquido amniótico de color verde o teñido de meconio (heces fetales), el cual es expulsado cuando el feto circunstancialmente o de forma crónica tiene un déficit en el aporte de oxígeno.

c. Desprendimiento prematuro de la placenta.

La placenta puede llegar a desprenderse de las paredes uterinas antes o durante el trabajo de parto. Esto podría causar sangrado o hemorragias vaginales. Sólo el 1 por ciento de todas las mujeres embarazadas han experimentado desprendimiento prematuro de la placenta. El mismo por lo general ocurre durante las últimas 12 semanas del embarazo. Los síntomas que lo acompañan son dolores estomacales; incluso si no hubiera presencia concreta de sangrado o de hemorragia.

H. ATENCION DEL PARTO.

Durante la mecánica del parto, los diámetros menores del feto pasan por los diámetros mayores de la pelvis materna. Con el fin de no quedar encajado en algún punto durante su trayectoria fuera del útero, el neonato pasa por una serie de movimientos naturales que constituyen el mecanismo del parto. La primera etapa del parto se inicia con la dilatación del cuello del útero o matriz para que pueda salir la cabeza del niño.

Esta dilatación del cuello se produce gracias a las contracciones.

En la segunda etapa las contracciones se presentan con mayor intensidad y frecuencia (cada 2-3 minutos) y con cada contracción el bebé irá saliendo con la ayuda de la madre quien se esfuerza por pujar para que el niño nazca.

Inmediatamente después del nacimiento se inicia la tercera etapa del parto, en donde expulsa la placenta. De inmediato se da el niño a la madre para que lo acaricie contra su pecho e inicie la lactancia. Usted va a tener la oportunidad de lograr el apego materno, a través del acercamiento y cariño que le brinde al niño durante el alojamiento conjunto.

En algunas ocasiones, por motivos especiales, el niño no puede nacer en su forma normal (por vía vaginal), entonces es necesario realizar una operación para extraer al niño del útero (cesárea).

I. MUERTE MATERNA

Desde un punto de vista genérico, la muerte es la finalización de las actividades vitales de un organismo. En el caso particular de la realidad humana, la definición vigente desde un punto de vista médico y legal alude a la cesación de toda actividad en el encéfalo, demandándose además que esta finalización sea completamente irreversible.

Es preciso señalar que la definición de muerte ha sufrido una serie de variaciones a lo largo de la historia. En el pasado, el criterio para declarar clínicamente muerta a una persona era la ausencia de respiración y de latidos en el corazón. Con la evolución de la tecnología empleada, que permitió la conservación artificial de la actividad cardiaca y respiratoria en pacientes, este criterio debió ser revisado. Además, otra circunstancia hacía necesaria esta revisión: la posibilidad de utilizar los órganos de pacientes carentes de actividad cerebral para salvar vidas.

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales". Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como lo son las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer. Se ha

reportado además que cerca del 10% de las muertes maternas ocurren más allá que los 42 días del puerperio, por lo que algunas definiciones se extienden más allá del puerperio tardío e incluyen hasta un año post-parto. Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son una importante minoría de los eventos reales, siendo que menos del 40% de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna.¹³

La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud. La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".¹⁴

La muerte materna es el resultado último y más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que viven un sector de las mujeres Guatemaltecos por parte de las personas que conviven con ellas, del personal de salud y de autoridades gubernamentales. Asimismo, da cuenta de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a la mujer en una posición de franca desventaja. Detrás de cada muerte materna se ocultan también graves problemas socioeconómicos, como elevada mortalidad y morbilidad infantil, deserción escolar, desnutrición, orfandad e ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. Por estas razones, el fallecimiento de una mujer por causas asociadas a la maternidad, una tragedia en gran medida evitable, se utiliza como un indicador de desarrollo.¹⁵

¹³ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: Día Mundial de la Salud 2005

¹⁴ E. Gómez, "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques", *Serie Mujer y Desarrollo*, CEPAL, Santiago de Chile, abril 1997.

¹⁵ M., Castañeda, et al., *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*, Fundar-UAM Xochimilco, México, 2004, p. 18.

La Organización Mundial de la Salud, define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como lo son las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer. Se ha reportado además que cerca del 10% de las muertes maternas ocurren más allá que los 42 días del puerperio, por lo que algunas definiciones se extienden más allá del puerperio tardío e incluyen hasta un año post-parto. Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son una importante minoría de los eventos reales, siendo que menos del 40% de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna

J. CAUSAS QUE PROVOCAN LA MORTALIDAD MATERNA.

Las principales causas de muerte materna son las infecciones bacterianas, toxemia del embarazo, hemorragias obstétricas, embarazo ectópico, sepsis durante el puerperio, embolismo del líquido amniótico y complicaciones de un aborto. Algunas causas secundarias o indirectas que causan muertes maternas incluyen la malaria, anemia, infección por VIH o SIDA, suicidio y enfermedades cardiovasculares que complican al embarazo o son agravados por el embarazo.

Las principales razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, incluyen el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano.

1. La pobreza: La pobreza es un factor que contribuye a la mortalidad materna evitable especialmente en el caso de mujeres sin recursos económicos que viven en zonas rurales y se enfrentan a obstáculos tanto de índole económica como geográfica para acceder a la asistencia médica.
2. La desigualdad de acceso a centros de salud adecuados –especialmente en las zonas rurales–, la escasez de suministros médicos y de personal formado y las actitudes negativas o discriminatorias de los trabajadores de la salud también son impedimentos para que las mujeres reciban asistencia.
3. Pobreza y El Desarrollo Humano. La Pobreza es la carencia de recursos necesarios para satisfacer las necesidades de una población o grupo de personas específicas, sin tampoco tener la capacidad y oportunidad de como producir esos recursos necesarios. Sin duda la pobreza es relativa y se mide de diferentes formas. La definición de pobreza exige el análisis previo de la situación socioeconómica general de cada área o región, y de los patrones culturales que expresan el estilo de vida dominante en ella.

Por ejemplo para un habitante de un país desarrollado ser pobre tal vez signifique no tener automóvil, casa de verano, etcétera, mientras que en un país no desarrollado, en vías de desarrollo o subdesarrollado, signifique no tener que comer, vestir o con que curarse. Sin embargo, en sus respectivas sociedades, ambos son pobres, porque pertenecen al escalón más bajo de la distribución del ingreso

4. Características de La Pobreza: Las características de la pobreza son sus mismas cualidades intrínsecas y va arraigada y sujeta a la falta de uno u otro renglón socioeconómico:

1. Falta de Salud
2. Falta de Vivienda
3. Falta de Ingresos
4. Falta de Empleo
5. Falta de Agricultura estable
6. Falta de Nutrición
7. Falta de Tecnología
8. Falta de Educación
9. Mortalidad materna e infantil

5. Sepsis Puerperal: Se denomina sepsis puerperal a un proceso infeccioso septicémico y grave, que afecta a todo el organismo y que desencadena una respuesta inflamatoria general, que puede afectar a las mujeres tras un parto o un aborto, y al recién nacido, está causado habitualmente por gérmenes como el *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pyogenes* o *Escherichia coli* que colonizan e infectan el tracto genitourinario durante la expulsión del feto. Con la invasión del endometrio la infección se extiende a la circulación linfática y al torrente sanguíneo. Esto provoca un cuadro de septicemia: fiebre alta y afectación del estado general. También pueden producirse complicaciones locales como celulitis pélvica, tromboflebitis pélvica de origen séptico, peritonitis o abscesos pélvicos. La transmisión se produce habitualmente desde el personal sanitario portador del microorganismo que atiende al parto. Con mayor frecuencia se trata de estreptococos del grupo B, aunque también puede producirse por microorganismos anaerobios. A menudo la sepsis puerperal se acompaña con signos de shock: taquicardia con pulso débil, hipotensión, frialdad cutánea, mal estado general y oliguria.

K. DEMORAS.

1. La primera demora: Consiste en la identificación de los signos de peligro en el embarazo, parto y postparto oportunamente. Las mujeres embarazadas y las familias generalmente no reconocen los signos de peligro que amenazan la vida tanto de la madre como del recién nacido lo que pone en riesgo la vida de ambos.

2. Segundas demora: Consiste en la toma decisión sobre la búsqueda de atención adecuada y oportuna, reconociendo que por la condición de inequidad de género, esta decisión no siempre la sume la mujer sino que el esposo, madre, suegra, comadrona u otro miembro de la familia. Este atraso evita la búsqueda de ayuda con rapidez para salvar una vida.

3. Tercera demora: Es el acceso a una atención oportuna, encontrando limitaciones en las vías de comunicación, falta de transporte, recursos financieros, y de infraestructura: incidiendo en que la madre puede no llegar con vida o demasiado tarde al servicio de salud apropiado.

4. Cuarto demora: Consiste en recibir una atención deficiente, pudiendo deberse a la falta de competencia técnica de los proveedores de salud, y retardada por falta de insumos o equipos médico quirúrgico apropiado.¹⁶

Estas demoras pueden rendirse con la participación comunitaria asumiendo como compromiso y responsabilidad de las personas que son parte del ambiente cotidiano de las mujeres y sus familias. Para asegurar la disponibilidad de transporte de emergencia, ya que las mujeres enfrentan limitaciones por falta de acceso a vías de comunicación, medios de transporte, falta de recurso económico.

¹⁶ Tesis 2007, tema: participación de la enfermera/o en la promoción e implementación del plan de emergencia comunitario, para la reducción de la mortalidad materna. Autor. Estela Emiliana cojoc suram

L. LA SALUD

La salud es un completo estado de bienestar físico, psíquico y social transitorio, decir que el hombre es un ser bio-psico-social, expresa que no sólo está condicionado por sus cromosomas, sino también por los vínculos que adquiere con otros seres (familia y sociedad). tiene un soporte biológico constituido por su cuerpo, el que está sometido a un programa genético y a la función de un aparato inmunitario que condicionará del desarrollo del proceso de salud-enfermedad (predisposición a contraer determinadas enfermedades).

El concepto de salud incluye al programa genético que proviene de sus progenitores y de sus ancestros, y es responsable de características constitucionales, tanto físicas como psíquicas.

Además se puede decir que salud es la situación armónica de equilibrio dinámico (pues se modifica constantemente sin caer en el desequilibrio), e inestable (pues se suceden situaciones placenteras y displacenteras en las distintas áreas, que van cambiando aún en un mismo día) de las esferas física, mental, espiritual y social del ser humano. Quien posee y conserva ese equilibrio es un individuo sano, el que lo pierde, (hallándose en situación disármónica con su físico, su psiquis o su medio social), es un enfermo.

M. AUTOCUIDADO DE LA SALUD

El auto-cuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

Los objetivos que deben de ser alcanzados mediante los tipos de acciones calificadas de auto-cuidados estos son comunes a todos los seres humanos e incluyen el mantenimiento del agua, la comida, la eliminación, la actividad

y el descanso, la interacción social, la prevención de accidentes y el fomento del funcionamiento humano.

Se pueden considerar una diversidad de categorías del autocuidado, entre las que cabe mencionar la ingesta de alimentos adecuados, equilibrio entre actividades y descanso, entre soledad y comunicación social, prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar y ser normal con las normas del grupo.

1. EL AUTOCUIDADO PARA EL DESARROLLO: Este es importante porque favorecen el proceso de vida y maduración, e impiden las condiciones perjudiciales para la maduración, o mitigan sus efectos.

Estas acciones de autocuidado se dan en cada una de las etapas del desarrollo y crecimiento del ser humano, las que se pueden agrupar en las siguientes: embarazo, lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta, la menopausia y la andropausia, para continuar con el envejecimiento y por último la muerte.

La enfermedad y las lesiones no solo afectan a estructuras específicas y mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino también al funcionamiento humano íntegro. Cuando un cambio en la salud produce una dependencia total o casi total de otros debido a la necesidad de mantener la vida o el bienestar, la persona, pasa de la posición de agente de autocuidado a la de paciente o receptor de cuidados. La evidencia de una desviación de la salud conduce a la necesidad de determinar que se debe de hacer para restituir la normalidad del cuerpo.

Si las personas con desviaciones de la salud pueden ser competentes en el manejo de un sistema de auto-cuidados, también pueden ser capaces de aplicar a sus propios cuidados los conocimientos médicos pertinentes, entendiéndose estos como educación en salud o educación sanitaria.

2. CATEGORÍAS DE LOS AUTO-CUIDADOS DERIVADOS DE LAS DESVIACIONES DE SALUD

- ✓ Enfermedades bajo diagnóstico y tratamiento médico.
- ✓ Dependencia total o parcial ocasionada por estados de salud
- ✓ Condiciones que limitan la movilidad física
- ✓ Medidas terapéuticas de asistencia señaladas por los médicos.
- ✓ La sintomatología de enfermedad, la enfermedad en sí que hace el no poder funcionar normalmente.

N. MODELO DE AUTO CUIDADO (Dorothea Orem)

El auto cuidado es una actividad del individuo aprendida por esta orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida salud o bienestar.

Dorothea Orem define el Auto Cuidado: Como la “práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situacional temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar”. Son todas las acciones o actividades que las personas realizan por ellos mismo y contribuyen a su salud, se aprenden inicialmente en el seno del hogar y se sigue aprendiendo en las diferentes etapas del desarrollo, la capacidad personal para la realización de esas acciones se ve afectada por creencias culturales, hábitos, costumbres familiares, sociales, edad y el estado de salud en que se encuentre el individuo.

Requisitos de necesidades de auto cuidado: Universales: Son las acciones naturales que se necesitan para vivir que permite a todo ser humano la satisfacción de sus necesidades básicas como la higiene persona, física y mental, comprende el aire, agua, alimentación, eliminación, actividad y reposo, subdesarrollo personal dentro de grupos sociales: la satisfacción de estas necesidades son de forma persona.

Cuando no se tiene salud es cuando el individuo requiere apoyo de otras personas para satisfacer sus necesidades personales de auto cuidado que no las puede realizar por el mismo y estas surgen en caso de enfermedad,, agresión o sufrimiento. Estas acciones están encaminadas a prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada. Por lo que se hace necesaria la participación de un agente de salud, enfermería como tal puede ayudar a satisfacer las necesidades de auto cuidado o enseñar al individuo o paciente como realizarlas.

Sistema de enfermería: Serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las de las personas que se están asistiendo y que esta dirigidas a identificas las demandas de auto cuidado terapéutico de esas personas o a regular la acción de su auto cuidado.

Dorothea Elizabeth Orem. Sugieren tres sistemas de cuidado de enfermería.

- ✓ Sistema compensatorio Total: Es cuando el paciente no puede realizar su necesidad por sí mismo por lo que la enfermera debe actuar por él, compensando la incapacidad del paciente de conseguir el auto cuidado lo apoya y protege.
- ✓ Sistema Compensatorio Parcial: en este participa tanto la enfermera como el paciente la enfermera lo ayuda a satisfacer algunas de sus necesidades de auto cuidado.
- ✓ Sistema Educativo y de Apoyo: en este el paciente realiza las acciones de auto cuidado y puede ser ayudado por la enfermera ya sea apoyándolo o brindándole enseñanza.

El auto cuidado es muy importante realizado en las diferentes etapas del desarrollo del ser humano con el fin de prolongar la salud y conservar su bienestar, por lo que se puede decir que es muy importante la enseñanza y educación del auto cuidado en las diferentes etapas de la vida y que el personal de enfermería juega un papel muy importante ya que no importa en el lugar y momento donde se encuentre debe brindar educación en salud a personas sanas o enfermas, en las diferentes etapas del desarrollo humano. Además se debe dirigir y supervisar que el personal que está bajo su cargo este consiente y por ende brinda educación al usuario que atiende.

1) Sistema de apoyo educativo para el autocuidado:

Son para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede o debe aprender a realizar las medidas requeridas de auto cuidado terapéutico interno o externo pero que no puede hacerlo con ayuda.

La promoción de la salud es una tarea que no compete a todos y no solo los profesionales de la salud. Más aun, el actor principal en el proceso salud enfermedad, es la misma persona, toda vez que sus actitudes y estilo de vida inciden directamente en su estado de salud para disminución del riesgo de

enfermar y prevenir complicaciones. Por lo que es importante tomar en cuenta la importancia de auto cuidado en la promoción de la vida y bienestar de los seres humanos.

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidarse contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo que esta se mantenga, continúe y se desarrolle.¹⁷

El autocuidado es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiene a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requerir ayuda.

La promoción de auto cuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto el auto cuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado.

Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relaciona con la dimensión emocional, física, estética, intelectual, y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades efectivas, cognitivas y sociales.

¹⁷ Coliere MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana, 1993 pág. 385

2. Principios que se deben tomar en cuenta para la promoción del auto cuidado:

- ❖ Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo mismo.
- ❖ Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la vida diaria y a las experiencias vividas de las personas.
- ❖ Es una práctica social que implica cierto grado de conocimientos y elaboración que intervienen en el proceso de producción bien.

Ñ. OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO

El país de Guatemala, como miembro de Naciones Unidas, es garante de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015. A mitad de camino, la mortalidad materna y el analfabetismo se muestran como los males más persistentes.

Para lograr sus metas, el gobierno como parte estratégica a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha establecido una serie de programas que permitan cumplir con los objetivos que le competen al área de salud.

Políticas de Salud para el logro de los Objetivos del Milenio.

Política No. 1: Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Política No. 2: Satisfacción de las necesidades de salud de la población Guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención.

Política No. 3: Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de competencias, responsabilidades, recursos y autoridades a las Áreas de Salud y Hospitales.

Política No. 4: Adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Política No. 5: Modernización del sistema de gestión administrativa y financiera del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como elemento básico de apoyo para la prestación de servicios.

Política No. 6: Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud.

Política No. 7: Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población.

Política No. 8: Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancias nocivas a la salud.

O. CENTRO COMUNITARIO DE SALUD

Se entiende por Centro Comunitario de Salud, el establecimiento de menor complejidad de la red de servicios, que tiene bajo su área de responsabilidad programática una población menor de mil quinientos habitantes. En la prestación de servicios de salud del Centro Comunitario participan directamente miembros de la propia comunidad así como personal del Ministerio. Los recursos humanos propios de estos centros son los siguientes:

Por la Comunidad:

- a) El guardián de Salud
- b) El colaborador voluntario de vectores

c) La comadrona tradicional capacitada

y por el Ministerio de Salud personal ambulatorio:

a) Auxiliar de enfermería/auxiliares de enfermería materno neonatales

b) educadores/as comunitarios/as en salud y educación

c) El técnico de salud rural

d) médico o enfermero/a.

Las funciones de quienes intervienen en la prestación de servicios de salud en el Centro Comunitario, serán ejercidas de acuerdo a normas previamente establecidas.

P. CENTROS DE ATENCION EN SALUD DENTRO DE ESTOS ESTAN:

1). PUESTO DE SALUD

El Puesto de Salud es el establecimiento de servicios públicos de salud de Primer Nivel de Atención ubicados en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios. Cubre dos mil habitantes como promedio y sirve de enlace entre la red institucional y el nivel comunitario. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud definidos según normas en un horario de 8 horas de lunes a viernes; y el recurso humano básico conformado por el/la auxiliar de enfermería y el/la técnico/a de salud rural.

2). **PUESTO DE SALUD FORTALECIDO** Establecimiento de mayor complejidad del primer nivel de atención, ubicado en aldeas, cantones, caseríos, barrios o en algunas cabeceras municipales. Cubre una población promedio de 5,000 habitantes. Sirve de enlace entre la red institucional y la comunidad. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud según normas, con horario de 8 horas, de lunes a viernes; y el recurso humano básico conformado por médico y /o enfermero/a., auxiliar de enfermería, técnico/a de

salud rural y personal de apoyo administrativo. Presta servicios de promoción, prevención y curación de enfermedades

3). CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA PERMANENTE (CAP). Establecimiento de salud de atención medica permanente, con resolución de parto no complicado y estabilización y referencia de urgencias; se ubican en áreas geográficas seleccionadas, con centros urbanos de alta concentración poblacional que deban contar con establecimientos con disponibilidad de encamamiento para atención materna e infantil. Desarrolla actividades de consulta externa, atención ambulatoria extramuros vinculada fundamentalmente a los hogares maternos. Las acciones que brinda son de promoción, prevención, curación y recuperación. Cuentan con encamamiento (de seis a diez camas) y sala de atención de parto. Funcionan las veinticuatro horas del día.

Los recursos humanos básicos son: médico general, médico obstetra, médico pediatra, odontólogo, psicólogo, enfermera graduada, auxiliar de enfermería, técnico de salud rural, inspector de saneamiento ambiental; técnicos de laboratorio, y personal administrativo y operativo de apoyo.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. TIPO DE ESTUDIO.

La presente investigación es de tipo descriptivo - retrospectivo, porque su principal objetivo fue identificar y describir los factores que influyeron en las muertes maternas del Distrito de Salud de San Pedro Carcha, durante los años 2007 al 2009 con abordaje cuantitativo por que la información que se recolecto se da a conocer en forma sistemática y 2007 al 2009 su presentación numérica a través de procedimientos estadísticos El estudio es transversal porque se dio en un tiempo determinado que sucedió el evento, el cual inicia en el mes de enero de 2007 a diciembre de 2009.

El estudio además posee la característica de ser retrospectivo, puesto que los casos investigados ya sucedieron.

B. UNIDAD DE ANALISIS.

Constituido por familiares directos de las madres fallecidas y consideradas muerte materna, pudiendo ser esposo, hijos, madre, padre, suegra o suegro, y que sean mayores de edad. Para tal efecto se tomo la totalidad de los casos que son 25 familias.

C. POBLACION Y MUESTRA.

En el presente estudio la población total es de 25 casos de fallecimiento, por lo que no fue recomendable sacar una muestra, pues aunque el grupo se encuentra bastante disperso, se tomo al 100%, de la población a estudiar pretendiendo con ello obtener información confiable, la cual le dio la validación respectiva al estudio.

1. CRITERIOS DE INCLUSION:

Que la muerte de la madre haya ocurrido en el período comprendido del 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2009.

Que el fallecimiento de la madre se encuentre registrado en el Centro de Atención Permanente de San Pedro Carchá.

- ✓ Que el informante o la informante sea familia directa con la madre fallecida, pudiendo ser esposo, hijo/a, madre, padre, suegra, suegro, hermano, hermana.
- ✓ Que la familia radique en cualquiera de las comunidades que cubre el área de influencia del Centro de Atención Permanente de San Pedro Carchá, Alta Verapaz.
- ✓ Que las o los informantes deseen su voluntad de participar en el presente estudio a través de la firma del consentimiento informado.

2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- ✓ Que la causa del fallecimiento de la madre no haya sido catalogada como muerte materna.
- ✓ Que el fallecimiento haya sucedido en un período anterior a enero del 2007 y posterior a diciembre del 2009.
- ✓ Familias de los casos de muertes maternas que se encuentren dentro del período de tiempo a estudiar y no radiquen en el área del Centro de Atención Permanente de San Pedro Carchá.
- ✓ Que no expresen voluntariamente su deseo de participar en la investigación.

D. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
Factores que influyeron en las muertes maternas del Distrito de Salud de San Pedro Carchá, Alta Verapaz.	Condiciones que provocan el riesgo durante el proceso del embarazo, parto y puerperio de las mujeres en edad fértil.	Son todos aquellos factores que influyen para que mujeres del municipio de San Pedro Carcha, A.V. mueran por causas materna.	<p>1. Factor cultural.</p> <p>2. Factor social.</p> <p>3. Factor de conocimientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escolaridad del esposo ✓ Cuál era la escolaridad de la difunta ✓ Religión que profesan ✓ Edad que tenía la difunta cuando falleció ✓ Dónde ocurrió el fallecimiento de la madre ✓ En qué momento ocurrió el fallecimiento ✓ Quién o quienes estaban con la parturienta al momento de su muerte ✓ Quién decidió que la mujer quedara embarazada ✓ En qué momento detectaron que la mujer estaba embarazada ✓ Cuántos embarazos tuvo la fallecida ✓ Quiénes de los agentes voluntarios participaron durante el embarazo ✓ Quiénes de los agentes voluntarios participaron durante el parto ✓ A la fallecida le realizaron algún procedimiento tradicional durante el embarazo ✓ En el hogar durante el parto le realizaron algún procedimiento tradicional ✓ Si ocurrió después del parto ¿Al cuanto tiempo fue? ✓ Cuántas horas duro el trabajo de parto ✓ Cuál fue la causa de la muerte de la parturienta ✓ Existe comité de salud dentro de su comunidad. ✓ Le ayudo el comité de salud durante el parto de la embarazada. ✓ Si el comité de salud le ayudo, ¿en qué le ayudo? ✓ ¿Cuántos partos tuvo la fallecida? ✓ Le realizaron controles prenatales

			<p>4. Factor de accesibilidad a los servicios de salud.</p> <p>5. Factor de salud de la fallecida</p> <p>6. Factor económico.</p> <p>7. Factor de accesibilidad a su comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quién realizó los controles prenatales ✓ En donde se realizaron los controles prenatales ✓ Existen agentes voluntarios de salud en su comunidad. ✓ Existe centro de convergencia dentro de su comunidad. ✓ Qué institución de salud se encuentra más cercana a su comunidad. ✓ Qué enfermedades padecía la embarazada antes de su muerte ✓ Sabía si existía algún riesgo que tuviera la difunta cuando estaba embarazada ✓ Cuál era su ocupación cuando ocurrió el fallecimiento de su señora ✓ Cuál era la ocupación de la difunta ✓ Tenía contemplado ahorros para la atención del parto ✓ Si su respuesta es no, ¿a qué distancia de la comunidad se encuentra el centro de convergencia más cercano?. ✓ Con que tipo de comunicación contaba su comunidad cuando ocurrió el fallecimiento ✓ Hay carretera para vehículo a su comunidad ✓ Qué medio de transporte utilizaban cuando ocurrió el fallecimiento.
--	--	--	---	---

E. DESCRIPCION DETALLADA DE LAS TECNICAS, Y PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS A UTILIZAR.

1. Técnicas: Para la realización del presente estudio se utilizaron diversas técnicas, inicialmente la consulta bibliográfica, la cual consistió en hacer todo tipo de consultas en documentos, libros, y todo tipo de publicación que contiene material de apoyo y que aporte información necesaria para la formulación del marco de referencia bibliográfico. Además como aquellos que sirvieron de guía para el proceso metodológico del estudio.

Se utilizó la visita domiciliaria como estrategia para la obtención de la anuencia a participar en el presente estudio (consentimiento informado) y para la recolección de datos a través de la técnica de la entrevista, en la cual se aplicó un cuestionario conformado por preguntas cerradas.

2. **Procedimientos:** Posteriormente a contar con la aprobación del protocolo, se procedió a realizar los trámites administrativos respectivos ante las autoridades de los Distritos de Salud de San Pedro Carchá y Campur obteniendo la autorización necesaria para consultar los documentos de registro respectivos, así como tener acceso a la información de los casos de muertes maternas durante los años 2007 a 2009. Identificadas las familias de las madres fallecidas, se realizó una visita domiciliaria en donde se dio a conocer el objetivo del estudio. Se utilizó el Distrito de Salud de Campur durante la prueba piloto y el de San Pedro Carchá para la investigación propiamente dicha. Durante la primera visita se aplicó solamente el consentimiento informado y se determinó la fecha para la segunda visita, en la que se recolectó la información del presente estudio.

A partir de haber obtenido el 100% de la información, se procedió a tabularla y se presentan en tablas porcentuales y gráficas segmentadas y de barras, las que fueron analizadas e interpretadas para arribar a las conclusiones y recomendaciones que forman parte de los capítulos VIII y IX del presente estudio.

Instrumentos: En el presente estudio se utilizó un formato para el consentimiento informado, en el cual se les dio a conocer a los familiares de las madres fallecidas sobre el motivo y los objetivos del estudio, así como la voluntariedad de participación (se adjunta copia del mismo en la sección final de anexos).

Además se aplicó un cuestionario de 36 preguntas cerradas con posibles respuestas ya definidas y de las cuales el entrevistador registró según las respuestas que proporcionaron los informantes, también se adjunta copia del mismo al presente.

F. ALCANCES Y LIMITES DE LA INVESTIGACION

1. Dimensión Geográfica: Municipio de San Pedro Carcha, A.V.
2. Dimensión Institucional: Centro de Atención Permanente de San Pedro Carchá, Alta Verapaz.
3. Dimensión Personal: Esposos, hijos e hijas y familiares de las mujeres fallecidas por muertes maternas.
4. Dimensión temporal: Enero de 2007 a diciembre de 2009

G. PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Identificadas las familias de las madres fallecidas, se realizo una visita domiciliaria en donde se dio a conocer el objetivo del estudio. Se utilizo el Distrito de Salud de Campur durante la prueba piloto y el de San Pedro Carchá para la investigación propiamente dicha. Durante la primera visita se aplico solamente el consentimiento informado y se determino la fecha para la segunda visita, en la que se recolecto la información del presente estudio.

A partir de haber obtenido el 100% de la información, se procedió a tabularla y se presentan en tablas porcentuales y graficas segmentadas y de barras, las que fueron analizadas e interpretadas para arribar a las conclusiones y recomendaciones que forman parte de los capitulo VIII y IX del presente estudio.

H. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

1. ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD: Se informo a los sujetos de estudio que la información que ellos proporcionaron es utilizada únicamente con fines académicos, reservando en todo momento la identidad de los informantes, así como características particulares como lugar de residencia actual, y estado civil.

2. AUTODETERMINACION Y RESPETO A LA DIGNIDAD

HUMANA: Se les informo a los sujetos de estudio sobre el objetivo del presente estudio de investigación, y que su participación fue voluntaria y que no era obligatorio participar, así mismo que si en el transcurso de la entrevista consideraba que se ofendía la memoria de la madre fallecida o a algún miembro de su familiar, podría dejar de participar en la misma, sin que esto represente alguna falta o delito por el cual se le pudiera hacer cargos de cualquier índole.

3. **DERECHO A LA INTIMIDAD:** Se les hizo saber que tenían derecho a determinar el lugar y momento en el que se aplico el instrumento para la recolección de datos, así como determinar quienes estuvieron presentes durante la entrevista y que pudieron opinar al respecto, además se considero que si alguna de la preguntas del cuestionario son muy personales o bien ofensivas para la memoria de la madre fallecida podrían ser obviadas y no responderlas.

VII. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

TABLA No. 1

Ocupación del esposo

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Jornalero	15	60
Agricultor	6	24
Comerciante	3	12
Otros	1	4
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

La principal ocupación de los padres de familiar de los hogares que sufrieron el fallecimiento de la madre es la agricultura, puesto que el 84% se dedica a realizar este tipo de actividades, y de los cuales el 60% es trabajador dependiente, debido a que se desempeña como jornalero, lo que indica que el ingreso económico familiar es relativamente bajo, puesto que regularmente el salario que devengan es de Q50.00 diarios por día efectivo laborado, 24% que se desempeña como agricultor posee mejores ingresos porque cultivan en terreno propio, por lo tanto son parte activa del comercio y según el producto que cultiven (café, cardamomo, pimienta, pacaya, maíz o frijol –que son los cultivos más comunes en el área-), así será los ingresos que posean, un 12% se dedican al comercio, lo cual también les da un buen ingreso en comparación con los jornaleros y un 4% que se desempeña como ayudante de bus. Esta situación permite indicar que en general el promedio de las familias tienen un ingreso económico bajo, considerando la ocupación de los jefes de familia.

TABLA No. 2

Ocupación de la madre fallecida

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Ama de casa	23	92
Oficios domésticos	1	4
Comerciante	1	4
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

La economía familiar depende de cuánto es su ingreso, convirtiéndose tanto el padre y la madre en los principales actores de las finanzas del hogar, el 92% de las madres fallecidas no aportaban económicamente a esta situación, puesto que no desempeñaban actividad alguna que representara remuneración alguna, mas que dedicarse a las tareas propias de la casa, situación característica de las comunidades del área de estudio. Solamente un 8% aportaba, puesto que realizaba actividades del hogar pero con otra familia, por lo tanto contribuir al sostenimiento de los hijos en un 4% y el otro 4% se dedicaba a realizar actividades comerciales al atender un comercio propiedad del esposo, por lo tanto no contaba con salario pero si colaboraba directamente en la búsqueda de ingresos al hogar. Integrando el presente análisis con el de la tabla anterior, vemos sustentado el criterio de que las familias son de un nivel económico relativamente bajo, y por lo tanto tienen limitantes que les dificultan mantener un nivel de salud adecuado.

TABLA No. 3
Escolaridad del esposo

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Primaria completa	1	4
Básico completo	1	4
Primaria incompleta	3	12
Ninguna	20	80
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El 20% de los esposos de las madres fallecidas son alfabetos, pudiendo considerar que están por debajo de los índices de alfabetismo nacional. Puesto que según SEGEPLAN, esta se encontraba en promedio para el departamento de Alta Verapaz en 59.7%¹⁸, lo que indica que no tuvieron acceso a una educación, además de ellos el 12% no concluyó la primaria. El hecho de que vivan en el área rural, hace que sea una población eminentemente agrícola y además por la baja oferta de trabajo, desde una temprana edad inician el proceso de incorporación al proceso económico del área a través de desempeñar un trabajo. Es preocupante el hecho que un 80% de la población es analfabeta, por lo que toda aquella información que se les desee transmitir tiene que ser en forma oral.

¹⁸ Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Informe sobre alcance de Objetivos del Milenio. Guatemala. 2010. Página 106

TABLA No. 4

Escolaridad de la madre fallecida

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Primaria incompleta	2	8
Ninguna	23	92
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Las madres fallecidas, eran analfabetas, puesto que solamente un 8% de ellas asistió a la escuela y nadie culminó la educación primaria, por lo tanto, cualquier información que se les pudo haber hecho llegar en esta forma, no fue entendida y por consiguiente utilizada. Si comparamos esta información con la de la tabla anterior, se puede concluir en que el nivel de escolaridad de los padres de familia es bajo, incluso se encuentran muy por debajo de la media nacional del alfabetismo, por lo que se confirma el hecho de que la mayoría de casos de muertes maternas se presentan en madres analfabetas.¹⁹

¹⁹ E. Gómez, "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques", Serie *Mujer y Desarrollo*, CEPAL, Santiago de Chile, 1997.

TABLA No. 5
Religión que profesan a nivel familiar

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Católica	13	52
Evangélica	11	44
Otras	1	4
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

De la totalidad de las familias encuestadas la mayoría profesa la religión católica, aunque la diferencia proporcional con la evangélica es mínima, quedando demostrado de esta manera que continúan siendo las predominantes en el área de estudio, puesto que un 4% indicó que practica la religión maya. En las familias tienen el hecho de que realicen prácticas religiosas, permite tener una base fundamentada en moralidad y esta a su vez les da principios, los cuales dependiendo del grado de identificación con ellos así será la aceptación de acciones de salud que tiendan a mejorar sus condiciones de vida, o bien a modificarlas, están estarían en función de la aceptación de métodos de planificación familiar, administración de medicamentos por vía inyectable u otros.

TABLA No. 6

Edad de la madre cuando falleció

RESPUESTA	CANTIDAD	%
15 a 20 años	1	4
21 a 30 años	5	20
31 a 40 años	15	60
41 a 50 años	4	16
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

La edad de las madres fallecidas muestra que solamente un 20% se encontraba dentro de una edad que no se puede considerar como factor de riesgo, porque partir de los 25 años el cuerpo de la mujer ya esta en la edad adulta,²⁰ mientras que el grupo poblacional mayor de 30 años se puede decir que es de riesgo, debido a que a esa edad y por las costumbres de la región, las mujeres ya han tenido más de 3 hijos, lo que hace que la multiparidad sea un atenuante a la mortalidad materna y en el caso de los menores de 25 porque debido a la deficiente dieta alimentaria el desarrollo físico de la población es lento y por consiguiente tardío, por lo que la adultez corporal no se logra desarrollar antes del primer parto. Un 16% de las madres fallecidas según la edad presentaban un alto riesgo para el embarazo, por lo tanto la edad de la madre si fue factor determinante para que se presentaran problemas durante el embarazo y/o parto.

²⁰ [www.proyecto.salutia.com/salud/.factores determinantes de la salud.](http://www.proyecto.salutia.com/salud/.factores%20determinantes%20de%20la%20salud)

TABLA No. 7

Lugar en donde ocurrió el fallecimiento de la madre.

RESPUESTA	CANTIDAD	%
En la casa	18	72
En el trayecto al Hospital	2	8
En el hospital	5	20
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El 72% de las defunciones ocurrieron en la vivienda, por lo que se confirma que las muertes ocurrieron durante la primera y segunda demora, situación que se pudo prevenir si cada uno de los involucrados en el proceso hubiese tomado con responsabilidad su papel a desempeñar, iniciando con el proceso de la previsión con el plan de emergencia o contingencia familiar. Hace pensar además que no tuvieron un control prenatal, además que debido a las costumbres y desconocimiento de los riesgos pudo haberse dado una detección tardía del embarazo.

Un 8% de los casos ocurrió durante la tercera demora y el 20% restante durante la cuarta demora, pudiendo deberse esta situación a que se tomaron las medidas correspondientes a destiempo, entendiéndose que la toma de decisiones y el traslado de la parturienta no fueron adecuados ni en su momento.

TABLA No. 8

Momento en el que ocurrió el fallecimiento de la madre.

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Antes del parto	1	4
Durante el parto	5	20
Después del parto	19	76
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El 76% de los fallecimientos se dieron posterior al parto, lo que indica que durante el embarazo y el parto no se tomaron en cuenta los signos o señales de peligro que amenazaban la vida de la parturienta,²¹ además que un 4% se presentó en la fase inicial del parto que fue durante la primera demora y podría tener algún tipo de antecedentes de salud que hayan generado una muerte muy cercana al parto, como la desnutrición, hipertensión arterial o la anemia, un 20% durante el parto, por lo que aunque la mayoría de muertes hayan sucedido en la segunda demora, la participación, compromisos y responsabilidad de las personas alrededor de la madre no fue asumido con prontitud y celeridad necesaria para evitar la situación vivida.

²¹ M. Castañeda. et. al. "La mortalidad materna en México, cuatro visiones críticas". México. 2004. Páginas 18-24.

TABLA No. 9

Tiempo después del parto en que ocurrió el fallecimiento de la madre

RESPUESTA	CANTIDAD	%
1 a 2 horas	2	8
3 a 5 horas	9	36
6 a 24 horas	12	48
1 a 8 días	1	4
9 a 42 días	1	4
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El 92% de las muertes maternas sucedieron durante las primeras 24 horas posteriores al parto, situación que indica que durante el embarazo las madres fallecidas tuvieron signos de complicaciones, pero estas debido a desconocimiento no pudieron ser detectadas, además la falta de controles prenatales, la baja condición económica, estado nutricional de la madre, la accesibilidad a los servicios de salud y la negligencia pudieron haber sido factores atenuantes a dicha problemática. Un 8% manifestó que sucedieron posterior a las 24 horas, incluso sobrepasaron los 8 días, sucediendo dichos fenómenos dentro de una institución hospitalaria, situación que hace pensar que aunque las hayan trasladado a dicho centro asistencial ya fue cuando la madre estaba en un estado crítico.

TABLA No. 10

Tiempo en horas que duro el trabajo de parto

RESPUESTA	CANTIDAD	%
De 2 a 8 horas	20	80
Más de 8 horas	5	20
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El trabajo de parto de las madres fallecidas, tuvieron un tiempo mínimo de dos horas, lo que manifiesta que durante todo el proceso de parto se presentaron las complicaciones, llama poderosamente la atención el hecho de que un 20% indicó que el trabajo de parto duro más de 8 horas, lo que hace pensar que no logran identificar el periodo que abarca el tiempo del trabajo de parto. Es importante que las mujeres identifiquen los signos de alarma desde el primer período del trabajo de parto hasta llegar al alumbramiento (expulsión de la placenta)²², pero también al no llegar a la etapa final es una de las principales causas de mortalidad materna al presentarse casos de retención de placenta y/o de restos placentarios.²³

²² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Guías de atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas. Guatemala. 2006. Página 9.

²³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Guías de atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas. Guatemala. 2006. Páginas 33-51.

TABLA No. 11
Causa del fallecimiento de la madre.

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Hemorragia profusa	7	28
Posición de la criatura	3	12
Ataques	4	16
No expulso placenta	11	44
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

La información proporcionada permite deducir que un 12% de los casos al manifestar que la posición de la criatura fue la causa del fallecimiento de la madre indica que desconocen concretamente la diferencia entra causa y factor, además que no tuvieron controles prenatales específicos puesto que de haber sido así se hubiera detectado esta situación a tiempo. Un 16% manifestó que se debió a que la madre tuvo ataques, lo cual no lo asocian con una eclampsia, un 28% indica que debido a una hemorragia profusa, la cual puede ser generada por problemas placentarios y el 44% si específico que debido a la no expulsión de la placenta, placenta previa, retención de placenta y/o de restos placentarios.²⁴ Lo que indica que un 72% está asociado con la bolsa placentaria que es la más común, puesto que del 75% del 2006, paso a 100% en el 2008 como causa de mortalidad materna en el distrito de salud de San Pedro Carchá.²⁵ Llamo poderosamente la atención el hecho que durante el proceso de recolección de datos, el 72% manifestó que no pudieron trasladar a la madre fallecida al hospital para que fuera atendida, debido a diversas causas, pero fundamentalmente a accesibilidad a la comunidad y la falta de dinero.

²⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Guías de atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas. Guatemala. 2006. Páginas 33-51.

²⁵ Médicos del Mundo. Evaluación interna. Fortalecimiento de la atención integral en salud de la mujer en los municipios de La Tinta, Senahú, Carchá y Campur del Depto. De Alta Verapaz. Guatemala. 2010.

TABLA No. 12

Personas que acompañaban a la madre al momento de su fallecimiento

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Esposo	10	40
Madre	5	20
Suegra	9	36
Hijos	1	4
Comadrona	20	80
Curandero	3	12
Ministros de iglesia	1	4
Personal del hospital	5	20
Ninguno	3	12

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El 80% de los casos de muertes maternas durante el parto recibieron atención de comadrona, lo que demuestra que esta práctica se sigue desarrollando como una instancia a la carencia de la existencia de instituciones y que el Estado no logra cubrir las demandas de este servicio, además de que “son las más populares y las que atienden más pacientes”²⁶. La comadrona surge como condición imperante, por el hecho de que viven en áreas alejadas a la población humana, sin medios de comunicación accesibles y estas en ocasiones basan sus conocimientos en base a transmisiones orales.²⁷ El esposo y la suegra también son de los personajes que más estuvieron, lo que indica que a pesar de la influencia occidental en las comunidades, en el aspecto de salud se siguen las prácticas ancestrales heredadas de generación en generación y en donde el esposo y la madre de este juega un papel importante en todo el proceso de gestación, parto y pos-parto de la nuera.

²⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Conociendo la medicina tradicional en Guatemala”. Guatemala. 2007. Página 55

²⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “La adecuación intercultural del parto natural y sus distintas posiciones, en el marco multiétnico de Guatemala. Guatemala. 2009. Páginas 17-18.

TABLA No. 13

Quién decidió que la mujer quedara embarazada

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Ella	3	12
El esposo	1	4
Los dos	5	20
Dios	14	56
No respondió	2	8
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El número de hijos que desean tener en las familias es visto como algo divino, puesto que un 56% manifestó que nadie y que es la voluntad de Dios, pudiéndose entender que no tienen el conocimiento y no asumen el espaciamiento de los embarazos como una instancia que permita mejorar y elevar la calidad de vida de la mujer. Solamente un 20% indico que los dos deciden los embarazos, aspecto que demuestra que es un porcentaje muy bajo el que tiene conocimiento de sus deberes y derechos como pareja de elegir el número de hijos que deseen,²⁸ aunque solamente un 4% indico que es el hombre, muestra que el machismo es una característica que se da en el área rural, el 12% indico que fue la mujer la que decidió quedar embarazada y esta podría ser considerada por el hombre como un acto de desobediencia hacia el, lo que pudiera generar la poca importancia que el hombre le pudo haber dado al estado estacionario de la mujer y dejar toda la responsabilidad en ella.

²⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Guías Nacionales de Salud Reproductiva". Guatemala. 2007. Páginas 13-15.

TABLA No. 14

Momento en que fue detectado el embarazo

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Antes de los 3 meses de gestación	3	12
Después de los 3 meses de gestación	22	88
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Los informantes manifestaron que el embarazo fue detectado después de los 3 meses de gestación, situación que hace pensar que se da una detección tardía del mismo, lo cual también es un factor de riesgo para desencadenar en complicaciones durante el parto las que en el peor de los casos podría provocar una muerte materna o infantil. El hecho que la detección se de dentro de los primero 3 meses ayuda a programar y planificar la atención y controles que requiera la madre para poder llevar el embarazo a un feliz término, y así poder tener una previsión adecuada de las acciones a seguir y desarrollar una paternidad y maternidad responsables a través del plan de emergencia familiar y que ayude a reducir el riesgo de las cuatro demoras²⁹

²⁹ Médicos del Mundo-España. Programa sobre Salud Reproductiva. Manual de capacitación para agentes comunitarios de salud. Guatemala. 2006. Páginas 35-37.

TABLA No. 15

Embarazos que tuvo la madre fallecida

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Cinco	8	32
Cuatro	6	24
Dos	4	16
Siete	5	20
Tres	2	8
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Las madres fallecidas en un 24% tuvieron de dos a tres embarazos, cantidad que es adecuada y conveniente según el espaciamiento que se de entre ellos, esta situación nos manifiesta que el 76% de las madres fallecidas eran poseedoras de una alto riesgo de sufrir problemas durante el embarazo o el parto, puesto que tienen de cuatro a siete, por lo que la multiparidad es también un factor de riesgo para la muerte materna, además de ser pre disponentes generadores de infecciones del tracto urinario durante el embarazo³⁰. Ante esta situación se hace inminente la necesidad de promocionar de una forma adecuada y efectiva los beneficios del programa de salud reproductiva que ejecutan las instituciones de salud y con ello espaciar los embarazos dentro de la población y tratar de alcanzar un nivel de vida con mejores condiciones.

³⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolos de Salud Reproductiva. Guatemala. 2003. Pag. 47.

TABLA No. 16

Número de partos que tuvo la madre fallecida

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Cinco	5	20
Seis	4	16
Siete	3	12
Ocho	6	24
Nueve	4	16
Diez	3	12
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El 20% de los fallecimientos corresponden a las mujeres con cinco partos y un 80% a más de seis, lo que demuestra que eran multiparas y por lo tanto desde el comienzo del embarazo ya estaban en riesgo de mortalidad. Otra de las situaciones que se pueden observar es que existieron partos gemelares, lo que hace que a nivel del aparato reproductor se deberan de tener más atención y cuidados para disminuir los riesgos, pero conjugando esto con las edades de la parturienta, vemos que por ser de 20 años o menores también es un riesgo, porque la madurez física se logra a partir de los 25 años.³¹ Ante tal situación, se confirma que el 100% de las fallecidas contaban dentro de sus factores de riesgo de mortalidad la edad y la multiparidad.

³¹ www.proyectosalutia.com/salud/factores-determinantes-de-la-salud

TABLA No. 17

Controles prenatales que le realizaron a la madre

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Dos	25	100
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El 100% indico que solamente se efectuaron dos de controles prenatales, y estos fueron en la vivienda o en el centro de convergencia comunitarios, lo que hace pensar que se debió a que según las costumbres Q'qchies "que las múltiparas o aquellas que no tienen molestias buscan a la comadrona entre el quinto a séptimo mes de gestación"³², Esta situación pareciera manifestar que en las familias consideran los embarazos como iguales y que no tienen cambios entre sí, situación misma para los partos. Además, en la región existe la costumbre que es la suegra la que decide cuando se debe visitar a la comadrona o al agente de salud y el que considere conveniente, con el fin de confirmar el embarazo³³, situación que se da posterior al tercer mes de embarazo y en ocasiones hasta más tiempo, por lo que se da una detección tardía del embarazo y no siguen las recomendaciones del MSP cuando presenta la frecuencia con que la comadrona debe referir a consulta a nivel institucional a la gestante³⁴,

³² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "La adecuación intercultural del parto natural y sus distintas posiciones, en el marco multiétnico de Guatemala. Guatemala. 2009. Página 22.

³³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "La adecuación intercultural del parto natural y sus distintas posiciones, en el marco multiétnico de Guatemala. Guatemala. 2009. Página 20.

³⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Guías de atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas. Guatemala. Página 4.

TABLA No. 18

Personal de salud que realizo los controles prenatales

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Comadrona	5	20
Curandero	1	4
Auxiliar de Enfermería	13	52
Enfermera(o) profesional	10	40
Medico	2	8

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

La mayoría de controles prenatales fue realizado por personal de salud capacitado, lo que indica que fueron realizados en un centro de convergencia o bien en un puesto de salud, porque las ONGs que hacen actividades de prestación de servicios comunitarios cuentan con personal para ello y son las que regularmente asisten a las concentraciones de personal a dichos lugares. Llama poderosamente la atención el hecho de que aunque la comadrona esta presente durante el parto, no aparecen como quien realiza los controles prenatales, lo que hace pensar que de las familias no ven a este personaje comunitario como un elemento más del equipo de salud, sino como alguien que forma parte de la familia y de la comunidad.³⁵

³⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Conociendo la medicina tradicional en Guatemala". Guatemala. 2007. Páginas 55-65.

TABLA No. 19

Institución de salud en donde se realizaron los controles prenatales.

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Casa	1	4
Centro de convergencia	20	80
Puesto de salud	1	4
CAP	3	12
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El 84% de las madres tuvieron los controles prenatales en la casa y el centro de convergencia, lo que refuerza el hecho de que no fueron remitidas a otro nivel de atención como se indico en la tabla 18. Es importante resaltar este hecho, porque demuestra la anuencia a presentarse a los centros de atención comunitarios, situación que deberá considerarse para poder tener mejores coberturas en cuanto a los diversos programas de los servicios de salud. Además se detecta que aunque las madres fallecidas contaban con altos factores de riesgos, no fueron remitidos a otra instancia para los controles, en la cual se les hubiera podido realizar una mejor prestancia de servicio al contar con otros elementos auxiliares como laboratorios clínicos y de rayos X. Esto demuestra que persisten la no existencia de estrategias integrales de atención de la salud, y más aún cuando se dirigen a la diversidad étnica y cultural del país, volviéndose las comunidades rurales las más excluidas de los servicios de salud oficiales.³⁶

³⁶ Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. Guía Metodológica Salud y Cultura. Primera Edición. Guatemala. 2006. Páginas 31-32.

TABLA No. 20

Enfermedades que padecía la madre fallecida

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Anemia	1	4
Cefaleas	1	4
Hipertensión Arterial	1	4
Ninguna	22	88
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Solamente 12% de las madres fallecidas padecían de alguna enfermedad, las cuales una de ellas (cefaleas) es un signo de hipertensión arterial pero debido al desconocimiento y la falta de control la ubican como una enfermedad y no como signo de alguna, pudiéndose decir en general que las enfermedades que padecían si son factores que influyen durante el embarazo y mayormente durante el momento del parto, puesto que al asociarlo con la pérdida de líquidos durante el trabajo de parto, estos se convierten en causales director de complicaciones.

TABLA No. 21

Conocimiento sobre algún riesgo que tenía la madre fallecida durante el embarazo y parto.

RESPUESTA	CANTIDAD	%
No	25	100
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El 100% desconocía si la mujer tenía algún riesgo para el embarazo, lo que demuestra que como es costumbre en la población Q'eqchi, la responsabilidad de la procreación recae directamente en la mujer,³⁷ por lo tanto no se tiene el concepto de paternidad responsable.

La información que pudieron tener en las familias sobre los riesgos del embarazo es importante para tomar medidas preventivas. Pero sabían que tenía enfermedad y que tenía varios hijos, pero esto no lo asociaban como riesgo sino como algo aislado, por lo que pareciera que no tomaron con responsabilidad el rol de padre, y comparando esta información con la de si sabía que la madre fallecida tenía algún controles prenatales indicaron que sí, pareciera como si no les hubieran advertido de los mismos o bien no estaban enterados de que era lo que el personal de salud les indicara en cada una de los controles a los que fueron sometidas.

³⁷ Médicos del Mundo. Manual de capacitación para agentes comunitarios de salud. Guatemala. Página 27

TABLA No. 22

Ahorros existentes para la atención del parto de la madre

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Si	10	40
No	15	60
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Por las características culturales y socioeconómica de las poblaciones del área,³⁸ el ahorro no es concebido como un hábito dentro de las comunidades, prueba de ello es que solamente un 40% de los encuestados tenían contemplada una cantidad de dinero considerable (Q500.00) para solventar alguna eventualidad durante el parto, tal y como se recomienda dentro del plan de emergencia familiar.³⁹ Situación que hace pensar que las embarazadas no asistieron a controles prenatales, puesto que no contaban con plan de emergencia familiar y además no poseen la capacidad suficiente para tener alguna economía producto de la concientización de la necesidad y que además son familias de bajos recursos económicos.

³⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "La adecuación intercultural del parto natural y sus distintas posiciones, en el marco multiétnico de Guatemala. Guatemala. 2009. Página 6.

³⁹ Médicos del Mundo. Manual de capacitación para agentes comunitarios de salud. Guatemala. Página

TABLA No. 23

Existencia de agentes voluntarios de salud en su comunidad

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Comadrona	25	100
Vigilante en salud	25	100
Facilitador institucional	2	8

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

La comadrona y el vigilante en salud se convierten en el agente voluntario presente en cada comunidad, lo que indica que si contaban con ese recurso para la atención de algún problema relacionado con esta área, pero revisando la información sobre las personas que estuvieron durante el parto, solamente un 80% hizo mención a la comadrona y al vigilante de salud no lo mencionaron, pudiéndose deber a que a consideran que la labor de la comadrona concluye al hacer los traslados a las instituciones y además que el vigilante de salud no tiene nada que ver con lo que se refiere a embarazos y partos debido a las creencias y costumbres de la población q'eqchi solamente la comadrona es aceptada como agente externo a la familia⁴⁰

⁴⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Conociendo la medicina tradicional en Guatemala". Guatemala. 2007. Páginas 55-60.

TABLA No. 24

Agentes voluntarios en salud que participaron durante el embarazo

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Comadrona	20	80
Vigilante de salud	3	12
Curandero	2	8
	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Durante el embarazo, participaron los agentes voluntarios en salud de cada una de las comunidades, pero no con la periodicidad requerida o deseada, puesto que no realizaron un número adecuado de controles prenatales, y la participación de estos se centro básicamente al proceso de acompañamiento a los centros de convergencia en un 92%, mientras que el 8% restante manifestó que durante el embarazo consultaron al curandero por las molestias y dolencias que padecía la embarazada, las cuales no las asociaron con el estado gestacionario de la embarazada.

TABLA No. 25

Agentes voluntarios en salud que participaron durante el parto

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Comadrona	20	80
Otro	5	20
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

En la totalidad de los casos de muerte materna se ve la participación de más de algún agente voluntario de salud, aunque un 8% no es reconocido por el sistema nacional de salud, este hecho demuestra que si es reconocido su rol dentro de las comunidades, por lo que pudiera entenderse esta gráfica como que solamente son llamados para a atención del parto y en ocasiones si se les presentan complicaciones, puesto que como parte de la cultura maya-q'eqchi la suegra y el esposo son personas que en ocasiones brindan la asistencia del parto, lo cual también es un factor de riesgo para la madre.

TABLA No. 26

Procedimiento tradicional que le practicaron a la madre durante el embarazo

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Masaje	9	36
Tomas	1	4
Ninguno	15	60
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Esta grafica nos muestra que en un 40% de los casos de muertes maternas si tuvieron algún tipo de problema de salud durante el embarazo, por lo que recurrieron a la medicina tradicional, lo que demuestra que ante la ausencia de apoyo estatal al no cubrir las necesidades poblacionales y la situación económica familiar, este recurso es necesario. Es importante resaltar que los problemas que se les presentaron y que motivaron dichas acciones no fueron consideradas como problemas relacionados con el embarazo.

TABLA No.27

Procedimiento tradicional practicado en el hogar a la madre durante el parto

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Masaje	20	80
Tomas	10	40
oraciones	3	12
Ninguno	5	20

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Estos datos reflejan el papel que desempeñó la comadrona durante el trabajo de parto, porque al comparar con la información sobre las personas presentes durante el coincide el masaje con la presencia de ella, y es la unica que tiene conocimiento y capacidad para ellos, un 40% que le dieron tomas, desconociendo el motivo de ello y para que puesto que dentro de los conocimientos tradicionales comunitarios la herbolaria es muy amplia y a veces existe la medicacion sin la capacidad adecuada o desconocimiento de los efectos de la hierba utilizada. Un 12% considera que las oraciones son como algo de ayuda a la recuperacion de la salud y no solamente como el aspecto meramente de fé, y a la vez muestra la voluntad de la familiar por aceptar el desenlace de las cosas por una voluntad divina.

TABLA No. 28

Existencia de comité de salud dentro de la comunidad

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Si	20	80
No	5	20
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Los comites o comisiones de salud, son parte de los Consejos Comunitarios de desarrollo (COCODES) y su función es la de coordinar con los agentes voluntarios comunitarios todas aquellas acciones que busquen mejorar y mantener la salud y bienestar de sus vecinos.⁴¹ Sin embargo la información recolectada muestra que solamente en un 80% existe dicha organización dentro de las comunidades y no en un 100% como deberia de ser, la existencia y funcionalidad de estas organizaciones se vera con la participación en la prevención y solución de problemas a nivel comunitario y familiares.

⁴¹ Médicos del Mundo. Evaluación interna. Fortalecimiento de la atención integral en salud de la mujer en los municipios de La Tinta, Senahú, Carchá y Campur del Depto. De Alta Verapaz. Guatemala. 2010. Página 17.

TABLA No. 29

Brindo apoyo el comité de salud durante el parto de la madre

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Si	8	32
No	17	68
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El grado de apoyo que recibieron las familias por parte de los comités de salud durante el parto de la madre no se dio en el porcentaje deseado, debido a posibles factores pero considerando fundamentalmente el económico, porque ante situaciones de salud, el factor primordial es este y como las comunidades del área son de muy bajos recursos económicos la situación no les permite participar en la solución directa de los problemas, sino mas bien solamente como acompañamiento a las situaciones que se presente. Por lo tanto se vuelve en una situación imperante que además de la presencia del comité este cuente con los recursos y medios necesarios para poder apoyar a los miembros de su comunidad y que soliciten la ayuda.

TABLA No. 30

Tipo de apoyo brindado por el comité de salud durante el parto de la madre

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Aporte económico	2	25
Otros	6	75
TOTAL	8	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Tal y como se menciona en el análisis de la tabla anterior, el apoyo requerido a los comités de salud es concretamente económico, y este es limitado, por lo tanto no lograr cubrir a la población ante sus requerimientos. Frecuentemente el apoyo que demandan es para el traslado de la persona, en este caso de la parturienta, pero además la no previsión ante este hecho, hace además muy limitado el apoyo que se pueda brindar, demostrando que no existe un plan de emergencia familiar para la atención de la gestantes y no digamos que cuenten con uno a nivel comunitarios, por lo que deberá de considerarse este aspecto como una estrategia que permita prevenir la no asistencia a personas demandantes de apoyo a sus problemas salubristas.

TABLA No. 31

Existencia de centro de convergencia dentro de la comunidad

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Si	11	44
No	14	56
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El centro de convergencia surge como una instancia que permite a los agentes de salud comunitarios la prestación de servicios con el acompañamiento de personal ambulatorio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estos deberían de existir en la mayoría de comunidades, sin embargo el 56% manifesto que no existe, lo que demuestra que no se ha logrado implementar esta instancia en un 100% tal y como se pretende en sus motivos de creación. Es importante resaltar el 44% que manifesto que si existe, por lo que se espera que el grado de atención que se le brinde a la población sea el adecuado. Además el contar con un centro de convergencia dentro de la comunidad, hace que las mujeres embarazadas a igual que otros miembros de las familiar tengan un lugar en donde reciban atencion y el hecho de que la participación de los agentes voluntario de salud se de en este lugar lo vean como una extensión de las instituciones de salud pero que son parte de la misma comunidad.

TABLA No. 32

Distancia a la que se encuentra el centro de convergencia más cercano a la comunidad

RESPUESTA	CANTIDAD	%
De 1 a 5 kilómetros	11	100
TOTALES	11	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Como es característico en la comunidades rurales de Alta Verapaz, se caracterizan por tener un tipo de asentamiento muy disperso, tanto en la distribución de las casas dentro de una comunidad, como en el número de comunidades pequeñas diseminadas⁴², no existe un patrón urbanístico que permita la concentración de viviendas en áreas específicas ni cuentan con infraestructura, por tal motivo se encuentran dispersas sus construcciones, esto significa la poca o difícil accesibilidad a los servicios, Aunque el Distrito de salud cuenta con un Centro de Atención Permanente y 4 Puesto de Salud, estos no están a una distancia conveniente para atender a la población, y además los centros de convergencia no hay en todas las comunidades, por lo tanto la distancia y accesibilidad se vuelve un factor influyente para la adecuada atención de la población y por ende en la atención del parto.

⁴² Médicos del Mundo. Evaluación Interna del proyecto de fortalecimiento a la atención integral en la salud de la mujer en los municipios de La Tinta, Senahú, San Pedro Carchá y Cahabón. Guatemala, 2010. Página 4.

TABLA No. 33

Tipo de comunicación existente en la comunidad cuando falleció la madre

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Teléfono	18	72
Mensajería personal	7	28
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El avance tecnológico en las vías de telecomunicaciones permite que las comunidades tengan más de alguna forma de comunicación hacia el exterior de las mismas en un 72%, situación que puede ser aprovechada para solicitar apoyo de instituciones ante casos de emergencia, por lo que nuevamente se hace necesario e imprescindible la existencia de un plan de emergencia de salud comunitaria que permita disminuir las tasas de mortalidad materna.

TABLA No. 34

Cuenta la comunidad con carretera para el tránsito vehicular

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Si	17	68
No	8	32
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

El 68% de las comunidades residentes de familias en donde se dieron los casos de muertes maternas durante el año 2007 al 2009 si cuentan con carreteras para el tránsito vehicular, aunque estos están en mal estado, por lo que no tienen un servicio regular de buses, sino es a través de vehículos particulares no habilitados para el transporte de personas, puesto que son tipo pick-up y camiones. Estos no son medios de transporte conveniente y adecuado para el transporte de una mujer embarazada, por lo que ante una emergencia si no se cuenta con el vehículo apropiado, el solo hecho de hacer el traslado de la paciente puede generar más complicaciones o bien acelerar el proceso. Un 32% no cuenta con este medio de comunicación, por lo que el traslado de pacientes es mucho más complicado, porque conlleva la participación de varias personas, y este aspecto sumado a la distancia a un centro asistencial hace que la movilización de personas enfermas sea oneroso y en las familias de escasos recursos se hace necesaria entonces la utilización de medicina tradicional.

TABLA No. 35

Medio de transporte utilizado cuando falleció la madre

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Bus de línea	6	24
Pick Up	9	36
Camión	2	8
A pie	8	32
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

Tal y como se manifestó en el análisis anterior, los medios de transporte utilizados para el traslado de la madre antes del fallecimiento no fue el adecuado, el primero (bus de línea) porque en estos se tienen que acomodar a su capacidad, disponibilidad de espacio y tiempo que utiliza en el traslado de otras personas, el pick-up que fue el más utilizado puede ser considerado como el más rápido, pero a la vez el más incomodo porque se debe de hacer una serie de acomodamientos para poder trasladar a pacientes y además representan mayor gasto para su uso y como se ha demostrado las familias son de escasos recursos, prueba de ello además es el hecho de que hubieron casos que contando con carreteras y vehículos no contaban con dinero y trasladaron a la paciente a pie. Por lo que nuevamente se manifiesta el factor económico como influyente en la atención del parto.

TABLA No. 36

Establecimiento de Salud más cercano a su comunidad

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Puesto de salud	3	12
CAP	20	80
Hospital	2	8
TOTALES	25	100

Fuente: Cuestionario dirigido a los esposos, hijos/hijas de las mujeres fallecidas en los años 2007 al 2009 en el distrito III de San Pedro Carcha, A.V

La institución de salud más cercana a la comunidad es el Centro de Atención Permanente de San Pedro Carchá, aunque un 8% mencionó que el hospital, pareciera que como este tiene encamamiento los comunitarios lo identifican como un centro hospitalario y por lo que es, y un 12% manifestó que el puesto de salud, si se considera los medios de transporte utilizados y los medios de comunicación terrestres existentes, se asume que estos se encuentran distantes a dicha institución debido a que tuvieron que hacer uso de vehículos para el traslado de la parturienta y además el CAP esta ubicado en un centro poblacional urbano que cuenta con la categoría de ciudad. Además cuentan con servicios de emergencia como Bomberos Voluntarios, por lo que la telecomunicación no es utilizada convenientemente.

VIII. CONCLUSIONES

1. La principal ocupación de los padres de familia en las comunidades del área rural de San Pedro Carchá es la agricultura, la que no les genera un ingreso económico adecuado, por lo que el nivel económico familiar es muy bajo para un gran número, y este es a la vez determinante para que dentro de cada uno de los hogares no se cuente con una cantidad de dinero adicional en sentido de reserva para poder solventar eventualidades de salud.
2. Las familias de las madres fallecidas en el Distrito de Salud de San Pedro Carchá, no cuentan con los conocimientos necesarios para detectar o identificar los signos o señales de riesgo durante el embarazo y las de alarma durante el parto, por lo que el nivel de conocimiento que se tenga sobre estos ayudara a disminuir las causas de mortalidad materna.
3. La situación de accesibilidad a los servicios de salud es algo que depende directamente de las políticas de desarrollo que implemente el gobierno central, por lo tanto son las familias y comunidades las que deben de establecer mecanismos, acciones y normativos que permitan aprovechar al máximo los recursos con los que cuente dentro de las mismas comunidades, así como de los agentes externos que les puedan brindar acompañamiento en cada una de sus fases, puesto que en el Distrito de San Pedro Carchá existe una gran diferencia entre la accesibilidad a los servicios entre el área urbana y el área rural.
4. La falta de conocimiento sobre las señales de riesgo de la mortalidad materna hace que las familias o los familiares que tienen la opción de tomar decisiones durante la primer demora no lo hagan, y eso hace que se llegue a los desenlaces fatales, pareciera como si las comadronas no están debidamente capacitadas o bien los comités de salud no están cumpliendo a cabalidad con sus funciones y atribuciones.

5. El analfabetismo es uno de los factores que influye para los casos de muertes maternas, porque se puede decir que los casos de madres fallecidas en su totalidad eran analfabetas, y esta situación además les limita el acceso a información que se les pueda dar a conocer a través de documentos que proporcionan las diferentes instituciones de salud, sean estas particulares o del Estado cuando visitan las diferentes instancias de atención en salud.

IX. RECOMENDACIONES

Se sugiere:

1. Que el Distrito de Salud de San Pedro Carchá, realice una evaluación sobre el nivel de conocimiento que tienen las comadronas de su área de influencia, y partiendo de ello elaborar un plan que permita capacitarlas y elevar el mismo, con el objeto de buscar alcanzar el objetivo de disminuir las tasas de mortalidad materna.
2. Que en forma conjunta el Distrito de Salud y las instituciones prestadoras de servicios en los centros de convergencia, mantengan un adecuado programa de educación a usuarios de los servicios, en donde se incluya lo relativo al embarazo, parto y puerperio, con el objeto de que la población que asista al mismo además de elevar su nivel de conocimientos también sea multiplicador de los mismos al momento de estar dentro de sus actividades cotidianas comunitarias.
- 3.- Que la coordinación entre el CAP y las ONGs prestadoras de servicios de salud sea acorde a las necesidades de los pobladores que demandan atención a través de los Centros de Convergencia y que a su vez se oriente a los agentes voluntarios comunitarios sobre el papel que tienen que desarrollar en cada una de sus acciones, además que evalúen, coordinen y capaciten a los miembros de las Comisiones de salud de las comunidades.
- 4.- Que se establezcan mecanismos para que a nivel de las comunidades exista un plan de emergencia de salud que contemple lo referente a la población materno-infantil, y en el cual considere cada uno de los elementos con que cuenta el área del distrito de salud y no solo cada una de sus comunidades, tales como unidades de socorro y autoridades municipales, porque conjugando esto con la existencia de telecomunicaciones la movilización de personas en estado delicado de salud o con alguna emergencia son susceptibles de ser atendidas y no llegar a casos extremos que desencadenen una pérdida humana.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA-. Guía Metodológica Salud y Cultura. Guatemala. Sin fecha. Páginas 191.
2. Castañeda, M, et. al. "La mortalidad materna en México, cuatro visiones críticas". México. 2004. Páginas 18-24.
3. Cojoc Suram, Estela Emiliana, participación de la enfermera/o en la promoción e implementación del plan de emergencia comunitario, para la reducción de la mortalidad materna. Tesis 2007, pág. 19-76.
4. Coliere, MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana, España, 1993 pág. 385.
5. Diccionario Enciclopédico Ilustrado De Medicina Dorland. Madrid, edición 1992, pág. 1557-1560.
6. Cepeda Ricardo. Indicadores de mortalidad materna. Universidad Autónoma de México, 2001.
7. Gómez, E., "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques". Serie Mujer y Desarrollo, CEPAL, Edición 3, Santiago de Chile, 1997.
8. Médicos del Mundo. Fortalecimiento a la Atención Integral en la Salud de la Mujer, en los municipios de La Tinta, Senahú, San Pedro Carchá y Cahabón, del Departamento de Alta Verapaz. Evaluación interna de Proyecto. Cobán, Alta Verapaz. Guatemala. 2010. Páginas 43.
9. Médicos del Mundo-España-Pastoral de Salud Diócesis de Verapaz. Programa Sobre Salud Reproductiva. Manual de Capacitación para Agentes Comunitarios de Salud. Cobán, Alta Verapaz. Guatemala. 2006. Páginas 43.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Conociendo la Medicina Tradicional en Guatemala. Guatemala. 2007. Páginas 146.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos y normas de Salud Reproductiva. Guatemala. Sin Fecha. Páginas 99.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de salud reproductiva. Guías de atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas. Guatemala. Sin fecha. Páginas 105.
13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: Día Mundial de la Salud 2005.

14. Promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf.
15. Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia. Informe sobre alcance de Objetivos del Milenio. Guatemala. 2010. Página 106
16. Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia. Informe Anual sobre Política de Desarrollo Social y Población. Guatemala. 2010. Páginas 127.
17. www.monografias.com ›Religión
18. www.proyectosalutia.com/salud/

X. ANEXOS

CUESTIONARIO

INTRODUCCION: A continuación se le presente un cuestionario conformado por 35 preguntas, las que se le presentan en dos partes, la primera que se solicita información de tipo general y la segunda que es información propia de la investigación. Se hace recordatorio que aunque este firmado el consentimiento informado si ya no desea participar lo puede hacer al inicio o bien en cualquier parte del desarrollo de la entrevista.

I PARTE. INFORMACION GENERAL.

01.- ¿Cuál era su ocupación cuando ocurrió el fallecimiento de su señora?:
Jornalero _____ Agricultor _____ Comerciante _____ Agente de seguridad _____
Otro _____

02.- ¿Cuál era la ocupación de la difunta?
Ama de casa _____ Oficios domésticos _____ Comerciante _____ Otro _____

03.- ¿Escolaridad del esposo?
Primaria completa _____ Primaria incompleta _____
Básico completo _____ Básico incompleto _____
Ninguna _____

04.- ¿Cuál era la escolaridad de la difunta?
Primaria completa _____ Primaria incompleta _____
Básico completo _____ Básico incompleto _____
Ninguna _____

05.- ¿Religión que profesan?
Católica _____ Evangélica _____ Otra, ___ Especifique _____

06.- ¿Edad que tenía la difunta cuando falleció?
De 15 a 20 años _____ De 21 a 30 años _____
De 31 a 40 años _____ De 41 a 50 años _____

II PARTE. INFORMACION DE LA INVESTIGACION.

07.- ¿Dónde ocurrido el fallecimiento de la madre?
En la casa _____ En el hospital _____
En el trayecto al hospital _____ En el CAP _____

- 08.- ¿En qué momento ocurrió el fallecimiento?
 Antes del parto _____ Durante el parto _____
 Después del parto _____
- 09.- Si ocurrió después del parto ¿Al cuanto tiempo fue?
 De 1 a 2 horas _____ De 3 a 5 horas _____
 De 6 a 24 horas _____ De 1 a 8 días _____
 De 9 a 42 días _____
- 10.- ¿Cuántas horas duro el trabajo de parto?
 Menos de 1 hora _____ De 1 a 2 horas _____
 De 2 a 8 horas _____ Más de 8 horas _____
- 11.- ¿Cuál fue la causa de la muerte de la parturienta?
 Hemorragia profusa _____ Posición de la criatura _____
 No se pudo trasladar al CAP _____ No se pudo trasladar al hospital _____
 Ataques _____ No expulso placenta _____
- 12.- ¿Quién o quienes estaban con la parturienta al momento de su muerte?
 Esposo _____ Madre _____
 Suegra _____ Hijos _____
 Comadrona _____ Curandero _____
 Ministro de iglesia _____ Personal del hospital _____
 Bombero _____ Ninguno _____
- 13.- ¿Quién decidió que la mujer quedara embarazada?
 Ella _____ El Esposo _____
 Los dos _____ Dios _____
 No respondió _____
- 14.- ¿En qué momento detectaron que la mujer estaba embarazada?
 Antes de los 3 meses de gestación _____
 Después de los 3 meses de gestación _____
 Lo planificaron _____
- 15.- ¿Cuántos embarazos tuvo la fallecida?
 Número _____
- 16.- ¿Cuántos partos tuvo la fallecida?
 Número _____
- 17.- ¿Le realizaron controles prenatales durante el embarazo?
 Sí _____ Cuantos _____
 No _____ Por qué? _____
- 18.- ¿Quién realizó los controles prenatales? (solamente para los que informan que si los realizaron)
 Comadrona _____ Curandero _____ Aux. de Enfermería _____
 Enfermera (o) Profesional _____ Médico _____
 Otro _____ Especifique _____
- 19.- ¿En donde se realizaron los controles prenatales?

Casa _____ Centro de convergencia _____
Puesto de Salud _____ Centro de Atención Permanente _____
Hospital _____ Clínica Privada _____
Otro _____ Especifique _____

20.- ¿Qué enfermedades padecía la embarazada antes de su muerte?

Anemia _____ T.B. _____ Cáncer uterino _____
Diabetes _____ Cefaleas _____ Hipertensión Arterial _____
Otros _____ Especifique _____
Ninguna _____

21.- ¿Sabía si existía algún riesgo que tuviera la difunta cuando estaba embarazada?

Si _____ Cual _____
No _____

22.- ¿Tenía contemplado ahorros para la atención del parto?

Si _____ Aproximadamente cuanto? _____
No _____

23.- ¿Existen agentes voluntarios de salud en su comunidad?

Si _____ Quienes: CAT _____, VS _____, FI _____, Curandero _____
Otro _____ No _____

24.- ¿Quiénes de los agentes voluntarios participaron durante el embarazo?

Comadrona _____ Vigilante de Salud _____
Facilitador Institucional _____ Curandero _____
Otro _____

25.- ¿Quiénes de los agentes voluntarios participaron durante el parto?

Comadrona _____ Vigilante de Salud _____
Facilitador Institucional _____ Curandero _____
Otro _____

26.- ¿A la fallecida le realizaron algún procedimiento tradicional durante el embarazo?

Si _____ Cuales: Masaje _____ Tomas _____ Oraciones _____ Curas _____
No _____

27.- ¿En el hogar durante el parto le realizaron algún procedimiento tradicional?

Si _____ Cuales: Masaje _____ Tomas _____ Oraciones _____ Curas _____
Otros _____
No _____

28.- ¿Existe comité de salud dentro de su comunidad?

Si _____ No _____

29.- ¿Le ayudo el comité de salud durante el parto de la embarazada?

Si _____ No _____

- 30.- Si el comité de salud le ayudo, ¿en qué le ayudo?
 Aporte económico _____ Transporte _____
 Otro _____ Especifique _____
- 31.- ¿Existe centro de convergencia dentro de su comunidad?
 Si _____ No _____
- 32.- Si su respuesta es no, ¿a que distancia de la comunidad se encuentra el centro de convergencia más cercano?
 De 1 a 5 kilómetros _____ De 6 a 10 kilómetros _____
 Más de 10 kilómetros _____
- 33.- ¿Con que tipo de comunicación contaba su comunidad cuando ocurrió el fallecimiento?
 Radio aficionado _____ Teléfono _____
 Correo _____ Mensajería personal _____
 Otro _____ especifique _____
- 34.- ¿Hay carretera para vehículo a su comunidad?
 Si _____ No _____
- 35.- ¿Qué medio de transporte utilizaban cuando ocurrido el fallecimiento?
 Bus de línea _____ Pick Up _____ Camión _____
 Bestia _____ A pie _____
- 36.- ¿Qué institución de salud se encuentra más cercana a su comunidad?
 Puesto de salud _____ Centro de Atención Permanente _____
 Hospital _____ Otra _____ Especifique _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

DIOS LE BENDIGA A USTED Y SU FAMILIA