
ARTICULO ORIGINAL**Mortalidad materna en Alta Verapaz, Guatemala. 2012 - 2015****Maternal mortality in Alta Verapaz, Guatemala. 2012 - 2015**

Juana Marta Hernández Chiguil de Vaides ^I, Ileana Elena Castañeda Abascal ^{II}.

- I. Profesora de la Universidad San Carlos de Guatemala. Email: jmdevaides@yahoo.com.
- II. Profesora Titular y Consultante e Investigadora Titular. Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba Email: ileca@infomed.sld.cu

Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

RESUMEN

Introducción. La muerte materna representa un problema de salud pública que puede disminuirse con adecuada gestión de salud. **Objetivo.** Identificar las características sociodemográficas y los relacionados con la atención de salud recibida por las mujeres fallecidas por causas maternas en Alta Verapaz, Guatemala entre 2012 y 2015.

Método. Se realizó un estudio descriptivo transversal. El universo estuvo conformado por 182 mujeres fallecidas por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio del departamento. Se obtuvo información de los registros de mortalidad que se resumieron en por cientos y tasas.

Resultados. La mortalidad materna afectó los 17 municipios del departamento. La razón fue de 273.55 por cada 100, 000 nacidos vivos registrados (NVR). Las principales causas fueron: hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo y sepsis. El 71 % de las fallecidas correspondió a las tres primeras demoras relacionadas con la familia y comunidad. **Conclusiones.** Las fallecidas eran sobre todo indígenas de bajo nivel educacional, casadas o unidas y residentes en comunidades lejanas por lo que las muertes ocurrieron en las casas sobre todo por hemorragias del puerperio situación que puede revertirse con mejoras en la gestión de la salud del territorio.

Palabras Clave: mortalidad materna, demoras en la atención, atención de salud

ABSTRACT

Introduction. Maternal death represents a public health problem that can be reduced with adequate health management. **Objective.** Identify socio demographic characteristics and those related to health care received by women who died due to maternal causes in Alta Verapaz, Guatemala between 2012 and 2015.

Method. A transversal descriptive study was carried out. The universe consisted of 182 women who died from causes associated with pregnancy, childbirth and puerperium of the department. Information was obtained from mortality records that were summarized in hundreds and rates.

Results. Maternal mortality affected the 17 municipalities of the department. The ratio was 273.55 per 100 000 registered live births (NVR). The main causes were: hemorrhages, hypertension induced by pregnancy and sepsis. 71% of the deceased corresponded to the first three delays related to the family and community.

Conclusions. The deceased were mainly indigenous of low educational level, married or united and residents in distant communities, so the deaths occurred in the homes, especially due to hemorrhages of the puerperium, which can be reversed with improvements in the health management of the territory.

Keywords: maternal mortality, delays in attention, health care

Conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses

INTRODUCCIÓN

La muerte de una madre es una de las experiencias más traumáticas que sufren las familias, debido a que afecta el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente los más pequeños. Los servicios de salud tienen que estar preparados para atender a la mujer desde antes del embarazo, durante este y durante y posterior al parto.

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".¹

La mortalidad materna se redujo en promedio un 40% entre 1990 y 2013 en la región Latinoamericana. Para el año 2013, once países de América Latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990.²

En el 2011 Guatemala reportó un total de 383 muertes maternas, lo que puede ascender a cifras más elevadas por las dificultades para el registro de estos fallecimientos. La mortalidad materna está relacionada con los altos niveles de precariedad y de vulnerabilidad de las mujeres, quienes están sujetas generalmente a recursos y decisiones sobre su salud y la importancia de la emergencia que está ocurriendo principalmente durante el embarazo y el parto.³

El Informe de la Situación de Mortalidad Materna 2014-2015, refiere que en Guatemala el 79 % de las causas de muerte fueron directas y el 21 % indirectas. Las directas correspondieron a hemorragia (46 %), hipertensión (30 %), infecciones (12 %), abortos (5 %) y otras causas (7 %).¹ Estas complicaciones pueden ser prevenibles mediante un mejor acceso a cuidados obstétricos oportunos y de calidad, lo cual se complica por la frecuencia de partos en el hogar y/o partos atendidos por parteras tradicionales y no atendidos en establecimientos de salud por personal capacitado.^{1, 4}

La situación de la mortalidad materna, según el informe de País 2013 presenta que los departamentos de: Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz, San Marcos y Guatemala, concentran el 57 % del total de las muertes maternas; lo que significa que cualquier estrategia para la reducción de este problema tendría que dar prioridad a estos territorios.⁵

El departamento de Alta Verapaz ha sido uno de los dos de Guatemala que ha tenido las razones más altas de muerte materna (RMM) en los últimos años y aunque se ha

reducido de 258.5 por cada 100,000 nacidos vivos en el año 2,000 a 191.97 en el año 2,007, se mantiene por encima del promedio nacional de 153 por 100,000 en ese último año sobre todo en los municipios más alejados de la ciudad y pertenecientes a las etnias mayas. El mayor número de fallecimientos se producen por causas directas y no son suficientes los controles prenatales que pudieran prevenir muchas de las muertes.^{6, 7} Todo lo cual deja ver que los servicios de salud son deficientes y su organización puede ser perfeccionada desde la educación sanitaria hasta la atención más especializada.

En Guatemala la muerte materna se analiza a través del modelo de las cuatro demoras en la atención. Estas se presentan en diferentes niveles cuando el embarazo, parto o el puerperio se complican. Las tres primeras demoras están relacionadas con la comunidad y la familia que no reconocen la gravedad de la mujer a partir de las señales de peligro. Las demoras I y II están relacionadas con la imposibilidad de ejercer sus derechos en la toma de decisiones para buscar atención médica, en la demora III existen dificultades de acceso a los servicios especializados como caminos, transporte, condición económica entre otras. La demora IV se refiere a una atención institucional deficiente e inoportuna por varias razones entre las que se pueden destacar la falta de competencias de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado.^{8,9}

La mortalidad materna en Alta Verapaz afecta a mujeres de distintos estratos sociales y económicos, pero la frecuencia más elevada ocurre en las indígenas, tres veces superior al resto, también las analfabetas, las que residen en los departamentos con altos índices de pobreza y ruralidad están sujetas a terminar sus días por estas causas y donde existen menos servicios de salud disponibles o se encuentran peor organizados.⁹⁻¹³

Ante esta situación se hizo necesario realizar la presente investigación para brindar información a los directivos de Alta Verapaz que les sirviera de insumo para reorganizar la atención de salud dirigida a la atención del embarazo, el parto y el postparto por lo que se propuso los objetivos de: Identificar las características sociodemográficas y los relacionados con la atención de salud recibida por las mujeres fallecidas por causas maternas en Alta Verapaz, Guatemala entre 2012 y 2015.

MÉTODO

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal

El universo estuvo conformado por 182 mujeres fallecidas por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio en el departamento de Alta Verapaz que se encontraran registradas en el reporte de mortalidad materna de cada distrito.

Variables estudiadas:

Variables sociodemográficas de la fallecida estudiadas fueron:

- Edad en años cumplidos: 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49
- Municipios de residencia: Cahabon, Cobán, Carchá, Chamelco, Tactic, Santa Cruz, San Cristóbal, Tamahu, Tucuru, Santa Catalina la Tinta, Panzós, Senahú, Chisec, Raxujá, Fray Bartolomé de las Casas, Chahal
- Estado civil: Soltera, Casada, Viuda, Divorciada, Unida
- Idioma: Q'eqchi', Pocomchi, Español

- Etnia: Indígena, No indígena
- Nivel de educación: Ninguno, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria, Vocacional, Universitaria
- Total de hijos: 1 a 3, 4 a 6, 7 a 9, 10 hijos y más

Las variables relacionadas con la atención de salud recibida por las fallecidas fueron:

- Lugar donde ocurrió el parto: Domicilio, Vía pública, Hospital, Centro de Atención Integral Materno y Centro de Atención Permanente
- Tipo de asistencia durante el parto: Médica, Comadrona, Empírica, Ninguno
- Lugar de ocurrencia de la muerte materna: Casa, Hospital, Trayecto de la casa al servicio de salud, No registrado
- Causa de mortalidad materna: Directa, Indirecta
- Momento cuando ocurrió el parto: Antes del parto, Durante el parto, Después del parto
- Diagnóstico de muerte materna: Hipertensión inducida por el embarazo, Hemorragia en el embarazo, Hemorragia en el puerperio, Sepsis postparto, Otras causas
- Persona que certificó la muerte materna: Médico, Personal de salud, Comadrona, Otro
- Control prenatal: Con control prenatal, Sin control prenatal, No registrada
- Demora en la muerte materna: Primera, Segunda, Tercera y Cuarta

Fuentes y procesamiento de la información:

- Formatos estandarizados y validados del Ministerio de Salud y Asistencia Social denominado "Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificación de las muertes maternas (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social M., 2013)

La información recogida se resumió en tasas y por cientos y se presentó en forma de textos, por tablas y gráficos

Consideraciones Éticas:

Se solicitó a las autoridades de salud de Alta Verapaz, la autorización para la recolección de información, se les dio a conocer los fines del estudio y el agradecimiento por su cooperación. El respecto a la autonomía se garantizó mediante la voluntariedad de participación de los sujetos involucrados en el estudio que se confirmó con la firma del Consentimiento Informado, donde se indicó que se garantizaba la imposibilidad de revelar la identidad de los participantes ya que ninguno de los instrumentos utilizados contiene datos de identificación personal. Se mantuvo la privacidad durante la conducción y aplicación de los instrumentos de recolección de información de la presente investigación para proteger el bienestar de los participantes

RESULTADOS

Durante el período 2010-2012 en el Departamento de Alta Verapaz ocurrieron 182 muertes maternas la razón global fue de 221.94 por cada 100,000 nacidos vivos registrados (NVR), en el año 2012, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) ascendió a

273.55 superior a los dos años anteriores situación que pone al departamento dentro de los más altos del país.

La situación de mortalidad materna en el departamento afectó la Subregión 3 conformada por Carchá y Chamelco) y la Sub-región 4 (Lanquín y Cahabon). Le siguió la Sub-región 5 (Panzos Santa Catalina la Tinta, Senahú y Tucurú). Las sub-regiones 1(Cobán) y la 2 (San Cristóbal, Santa Cruz, Tactic y Tamahú) fueron las que presentaron razones de mortalidad materna más bajas (Gráfico 1).

En la Tabla 1 aparecen otros aspectos sociodemográficos estudiados. Los fallecimientos por causas maternas ocurrieron entre 10 y 49 años; se aprecia que la importancia relativa fue mayor en el grupo de edad de 20 a 24 años y 35 a 39 años con 19.78 % respectivamente. Le siguió el grupo de adolescentes de 15 a 19 años (17,58 %).

El 79,12 % de las fallecidas eran sobre todo casadas o unidas. Hubo predominio de indígenas (94,5 %) que hablaban el idioma Quekchi (82,53 %). El 50,55 % de las mujeres no estudió nunca y el 36,26 % no terminó la primaria y el número de hijos osciló sobre todo entre uno y tres (54,95 %). (Tabla 1)

Aspectos relacionados con la atención de salud

En cuanto al lugar donde ocurrió el parto de las mujeres fallecidas, en el 45,05 % fue en su domicilio, mientras la atención del parto en algunos de los servicios de salud fue del 34,07 %, cifra que se alcanza cuando se suman las que fueron atendidas en el hospital, Centro de Atención Permanente y Centro de Atención Integral Materno. Es importante destacar que el 18,68 % de las fallecidas no tuvieron ninguna asistencia sanitaria.

La Tabla 2 presenta la persona que brindó asistencia durante el parto a la mujer fallecida, se aprecia que 33,52 % fue por un médico, seguida por comadronas para el 29,12 %. Es importante destacar que en el 19,23 % de no hubo atención por parte de ningún sujeto.

El lugar donde más frecuentemente ocurrió la muerte materna en Alta Verapaz fue en la casa (40,66 %), seguido del hospital con el 39,56 %. Es importante destacar que en el trayecto hacia el servicio de salud ocurrió el 17,58 % de las defunciones (Tabla 3). El hecho de que haya sido en las casas pudiera estar relacionado con que fueron atendidos en muchas ocasiones por comadronas y mayormente por médicos.

El 80,77 de las muertes ocurridas fueron por causas directas.

Las causas que provocaron mayor cantidad de muertes maternas fueron hemorragias en el puerperio para un 43,96 % seguida, de lejos por hipertensión inducido por el embarazo que alcanzó el 18,68 % y hemorragia en el embarazo (15,93 %).

El 94,51 % de las muertes fueron certificadas por el médico y fueron escasas las certificaciones hechas por otro personal de salud.

El 78,02 % de las mujeres fallecidas por mortalidad materna tuvieron control prenatal, y solo 20,88 % no lo recibió. Puede pensarse que en el 1,10 % en las que no se encontró registro, tampoco estuvieron controladas.

El Gráfico 2 muestra que la mayor frecuencia de las demoras de la mortalidad materna ocurrió en las dos primeras, el 35,71 % sucedió en la primera demora que es la que tiene que ver con la detección de signos de peligro durante el embarazo, parto o posparto. El 24,73 % en la segunda demora que se produce cuando las mujeres, aunque reconozcan las señales de peligro, por su condición de mujer, no pueden tomar la decisión de buscar ayuda. La tercera demora representó el 10,99 %, que ver con la implementación del plan de emergencia comunitaria y la cuarta demora fue de 26,92

% que tiene que ver con la atención oportuna en los servicios de salud, no se registró en un 1,65 %.

El distrito de Carchá representó el 15,38 %, Cobán 9,89 %, Senahù 8,24 % y Chisec 6,59 %, estos territorios tienen comunidades muy dispersas y lejanas, por lo que se retarda el traslado de la embarazada de su comunidad a los servicios de salud especializados.

DISCUSIÓN

Guatemala es uno de los países de América Latina donde mayor número de mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo, parto y posparto a pesar de que se han hecho esfuerzos para mejorar la atención oportuna y disminuir los riesgos, pero la situación de las mujeres en edad reproductiva continúa crítica.

Los estudios relacionados con la situación materna del país han permitido evidenciar la urgencia de buscar estrategias que incidan en mejorar la calidad de vida de las mujeres y el acceso a los servicios de salud.¹⁴⁻¹⁶ La organización de los servicios de salud en función de la cultura de la región y las características epidemiológicas de una región puede ayudar a la disminución de mortalidad materna en Alta Verapaz.

La situación de muertes maternas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio no ha cambiado en los últimos años según información registrada de 2013.⁷ La planificación y organización de los servicios de salud y la implicación de la comunidad puede revertir esta situación.

Lo encontrado en la presente investigación en cuanto al elevado número de muertes por hemorragias coincide con la literatura revisada. En la actualidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo la principal causa de muerte materna está vinculada en 35 % de los casos por esta causa. En México, en 2010 la hemorragia obstétrica fue la segunda causa de muerte materna lo que representó 19.6 por ciento de los decesos.¹⁷

Las características sociodemográficas de las mujeres fallecidas por mortalidad materna, reflejan las condiciones de pobreza y pobreza extrema en las que vivían. Esta situación es similar a la del país donde la pobreza extrema afecta al 13,33 por ciento de la población, y la pobreza no extrema a un 40,38 %. Los departamentos que registran los mayores niveles son Alta Verapaz, Chiquimula y Zacapa de la población.¹⁸

La ruta crítica que atraviesan las mujeres durante su embarazo, atención de parto y puerperio en Alta Verapaz, está condicionado a una serie de barreras y limitaciones que demoran la atención oportuna libre de riesgos. En el presente estudio las que alcanzaron altos porcentajes se encontraban en la primera demora que tiene que ver con el reconocimiento de señales de peligro por parte de las mujeres embarazadas; cabe destacar que otra de las demoras más representada fue la cuarta que tiene que ver con la atención que se brinda a nivel de los servicios de salud.

El presente estudio reflejó que las muertes maternas en Alta Verapaz se produjeron porque las mujeres no reconocieron las señales de peligro, no tuvieron la oportunidad de ejercer sus derechos en busca de atención y el acceso a los servicios de salud que tienen que ver con la primera, segunda y tercera demora. La falta de recursos en los servicios de salud está relacionada con el modelo de la cuarta demora. Todo lo cual puede estar condicionado por la multiplicidad de culturas existentes en este territorio, la baja educación y la pobreza que favorecen la tardanza en la búsqueda de atención sanitaria. Por otra parte persiste escasa capacitación de comadronas y el propio personal de salud, el presupuesto destinado a estos fines es insuficiente y no se concluyen los proyectos sociales.

Las circunstancias que acompañaron a las muertes maternas, ocurridas en Alta Verapaz corrobora lo señalado por la OMS, respecto a que no son accidentales, sino resultado de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de demoras que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad.¹⁹

Las familias se enfrentan a serios problemas sociales luego de la ocurrencia de una muerte materna en uno de sus miembros que ocasiona orfandad, desintegración familiar, abandono de los hijos, desnutrición, pobreza y mortalidad infantil.

Conclusiones.

Las muertes maternas ocurrieron a lo largo de la edad reproductiva con importancia relativa en las extremas. Las mujeres eran sobre todo indígenas, casadas, con escaso nivel de escolaridad y tenían entre uno y tres hijos.

Las muertes maternas en el Departamento de Alta Verapaz fue elevado y estuvo presente sobre todo en territorios lejanos y con difícil acceso a los servicios de salud. Las primeras demoras y segundas demoras fueron las más frecuentes. Los fallecimientos ocurrieron sobre todo en las casas.

Las principales causas de muerte materna fueron las directas, sobre todo las producidas por hemorragias en el embarazo y posparto, hipertensión inducida por el embarazo y sepsis. Las mujeres recibieron control prenatal

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. Washington, DC: OPS, 2005.
2. Gallego LI, Vélez GA, Agudelo B. Panorama de la mortalidad materna. Colombia 2008; 43(5 Pt 2): 1781-6.
3. Sistema Estadístico Nacional. Encuesta Nacional Condiciones de Vida. Bogotá: SEN; 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2018>
4. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio Nacional de Mortalidad Materna. Guatemala : Serviprensa; 2011.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de la mortalidad materna. Guatemala : MSPAS, 2013.
6. Observatorio de Salud Reproductiva de Alta Verapaz, Asociación de mujeres Médicas. Iniciativa de Políticas en Salud. La muerte materna: Sucesos y Consecuencias para los huérfanos, las Familias y las Comunidades. Alta Verapaz (Gu): USAID; 2009.
7. Cordero Muñoz L, Luna Flores A, Vattuone Ramírez ME. Salud de la mujer indígena. s.l. : BID, 2010.
8. Organización de Naciones Unidas. Análisis de Situación del País. Guatemala: s.n., 2014.
9. Mazza MM, Vallejo CM, Gonzáles Blanco M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Ginecología y Obstetricia. 2012; (72)4: 233-48.

Tabla 1. Fallecidas según características socio demográficas

Edad	No	% n= 182
10-14	2	1.10
15-19	32	17.58
20-24	36	19.78
25-29	31	17.03
30-34	31	17.03
35-39	36	19.78
40-44	13	7.14
45-49	1	0.55
Estado civil	No	%
Soltera	36	19.78
Casada	103	56.59
Unida	41	22.53
Viuda	2	1.10
Grupo étnico	No	%
Indígena	172	94.51
No Indígena	10	5.49
Idioma	No	%
Quekchi	152	83.52
Pocom	18	9.89
Español	11	6.04
Otro	1	0.55

Nivel educacional	No	%
Ninguna	92	50.55
Tipo de asistencia	No.	%
Primaria Incompleta	66	36.26
Primaria Completa	5	2.75
Secundaria	10	5.49
Vocacional	1	0.55
Universitaria	3	1.65
No se encuentra registrada	5	2.75
Total de Hijos	No	%
1 a 3	100	54,95
4 a 6	36	19,78
7 a 9	24	13,19
10 y más	22	12,09

Nota: Tabla resumen

Tabla 2

Mortalidad materna según tipo de asistencia, Alta Verapaz 2012 - 2015

Tipo de asistencia	No.	%
Médica	61	33,52
Comadrona	53	29,12
Ninguna	35	19,23
Familiares	17	9,34
Otros	13	7,14
No registrado	3	1,65
Total	182	100,0

Tabla 3**Mortalidad materna según lugar de ocurrencia, Alta Verapaz 2012 - 2015**

Lugar de Ocurrencia	No	%
Casa	74	40,66
Hospital	72	39,56
Trayecto	32	17,58
Otros	3	1,65
No registrado	1	0,55
Total	182	100,00

**Gráfico 2****Mortalidad materna según demoras, Alta Verapaz 2012 - 2015**

Recibido: 22 de diciembre de 2019.

Aprobado: 4 de mayo de 2019.

Dra Juana Marta Hernández Chiguil de Vaidés. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

Correo electrónico: jmdevaidés@yahoo.com