

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud
Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud



**Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la
cabecera departamental de Sololá**

(Tesis de Licenciatura)

Déborá María Yolanda González Sulugui

Sololá, noviembre 2019

**Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la
cabecera departamental de Sololá**

(Tesis de Licenciatura)

Débora María Yolanda González Sulugui

Licda. María Eloin Dhaenens Vivar (**Asesora**)

M. A. Victoria de Jesús Villeda Recinos (**Revisora**)

Sololá, noviembre 2019

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica

M.A. Cesar Augusto Custodio Cóbar

Vicerector Administrativo

EMBA. Adolfo Noguera Bosque

Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud

Dr. Roberto Antonio Orozco Mejía

Decano

M. A. Victoria de Jesús Villeda Recinos

Asesora Académica

Licenciatura en Enfermería y gestión de la Salud

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

CARTA DE APROBACIÓN DE TEMA

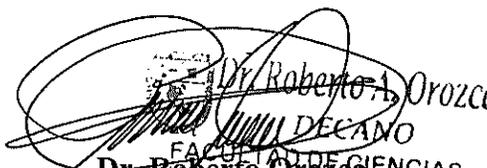
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD

ASUNTO: Débora María Yolanda González Sulugui
Estudiante de la **Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **TESIS** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala uno de julio 2,019

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de **Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud**, se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar el Trabajo de Tesis está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Débora María Yolanda González Sulugui** recibe la aprobación para realizar su Trabajo de Tesis.


Dr. Roberto A. Orozco
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS Y DE LA SALUD
Decano
Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD

Sololá, Guatemala Septiembre de 2019

En virtud de la tesis con el tema de **“Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la Cabecera departamental de Sololá”** presentada por la estudiante: Débora M. Yolanda González Suluguí previo a optar al título de licenciada en Enfermería y gestión de la Salud, cumple con los requisitos establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente

María Eloin Dhaenens Vivar
Licenciada en Enfermería
Colegiado No. 642

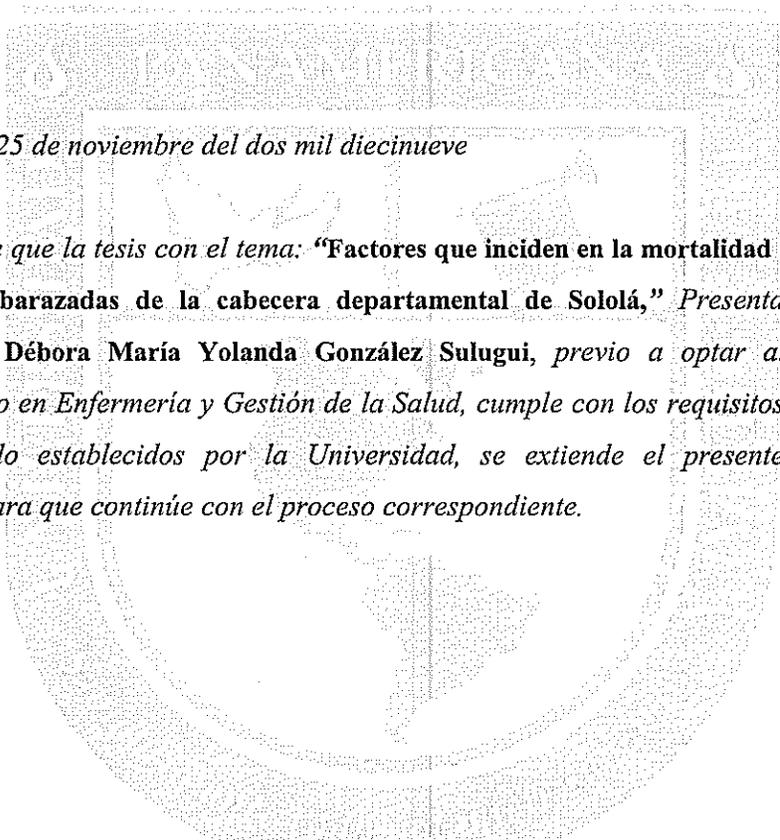

Licda. María Eloin Dhaenens Vivar

ASESORA.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD

Guatemala 25 de noviembre del dos mil diecinueve

En virtud de que la tesis con el tema: “Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá,” Presentada por la estudiante: Débora María Yolanda González Sulugui, previo a optar al título de Licenciada/o en Enfermería y Gestión de la Salud, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



V. Villeda

M.A. Victoria de Jesús Villeda Recinos
Revisora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD,

Guatemala a los veintiséis días del mes de noviembre del año dos mil diecinueve.

En virtud de que la tesis con el tema: **"Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá"**, presentada por la estudiante: **Débora María Yolanda González Sulugui**, previo a optar al grado de Licenciada/o en *Enfermería y Gestión de la Salud*, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor y Revisor se autoriza la **impresión** del informe final de la Tesis.


Dr. Roberto A. Orozco
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS Y DE LA SALUD
Dr. Roberto Antonio Orozco
Decano

Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud

Dedicatoria.

A Dios:

Al ser Todopoderoso, dador de toda vida, sabiduría e inteligencia que me ha permitido llegar y cumplir cada uno de mis metas, con su misericordia y amor divino me ha guiado y me fortalecido siempre.

Mis Padres:

Agradecimiento especial por el apoyo moral, económico, ya que fueron los impulsores de la enseñanza y la práctica de valores y principios cristianos, por el apoyo especialmente espiritual que me brindan día con día.

Mis catedráticos:

A cada uno que me brindo su conocimiento, experiencia y paciencia desde los inicios de mi aprendizaje, gracias por ser motivadores y fomentar buenos profesionales para nuestra Guatemala.

Mis Amigos y amigas:

Todos aquellos amigos, amigas y compañeros de trabajo por el apoyo y la animación que de alguna forma contribuyo al seguimiento de mi aprendizaje, de la misma forma a mi jefe de trabajo que me brindo apoyo y comprensión durante el proceso de mi carrera.

Universidad Panamericana:

Agradecimiento por abrir las puertas de estudio, en donde desarrollé la mayor parte del conocimiento, teoría y ciencia que fui fomentando durante los años de estudio.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco conceptual	1
1.1 Antecedentes del problema	1
1.2 Importancia de la investigación	7
1.2 Planteamiento del problema	8
1.4 Alcances y límites del problema	8
1.4.1 Alcances	8
1.4.2 Limites	8
Capítulo 2	9
Marco teórico	9
2.1 Factores que inciden en la mortalidad materna	9
2.2 Mortalidad Materna	13
2.3 Enfoque Intercultural	16
2.6 Diversidad Cultural y Salud	22
2.6.1 Comunicación	23
2.7 Participación de enfermería en la maternidad	26
2.8 Participación de enfermería en reducción de morbi-mortalidad materna	26
2.9 Tendencias en la asistencia materno infantil, enfermería y familia.	27
2.9.1 Modelo de enfermería de Nola Pender, Promoción de la Salud	29
Capítulo 3	33
Marco metodológico	33
3.1 Objetivos	33
3.1.1 Objetivo General	33
3.1.2 Objetivos específicos	33
3.2 Variable y su operacionalización	34
3.3 Población y muestra	39
3.4 Sujetos de estudio	39

3.6 Diseño de la investigación	39
3.7 Análisis estadístico	40
3.8 Aspectos ético legales	40
Capítulo 4	42
Análisis y presentación de Resultados	42
Capítulo 5	60
Conclusiones	60
Recomendaciones	62
Referencias	63
Anexos	65

Índice de tablas

Grafica #1	
En cuál de los rangos de edad se encuentra usted	43
Grafica #2	
Sabe leer y escribir	44
Grafica #3	
Qué idioma utiliza con más frecuencia	45
Grafica #4	
Acude a los Servicios de Salud	46
Grafica #5	
Durante su embarazo realizó su control prenatal	47
Grafica #6	
Por quien fue atendida al momento de su parto	48
Grafica #7	
Considera que son riesgos en el embarazo	49
Grafica #8	
Idioma maya o lengua maya que usted habla es un impedimento para ser atendida en el Puesto o Servicios de salud	50
Grafica #9	
Tiempo que tarda en llegar al Centro de Salud u Hospital	51
Grafica #10	
Qué dificultad se ha presentado en el Servicio de Salud con respecto al idioma	52
Grafica #11	
Cree usted que sea la razón que no lleguen las mujeres embarazadas a los Servicios de Salud	53
Grafica #12	
Cree usted que la cultura limita a que las mujeres acuden a los Servicios de Salud	54
Grafica #13	
Riesgo de mortalidad en mujeres embarazadas	55
Grafica #14	
Cree que es un cuidado fundamental después del parto	56
Grafica #15	
Ha sufrido riesgo de aborto durante su o sus embarazos	57
Grafica #16	
Su familia está preparada económicamente para el nacimiento de su hijo/hija	58

Grafica #17

Como considera que podemos evitar las muertes en las mujeres maternas

Resumen

La investigación titulada “Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá” se realiza a través de los datos de la tasa de mortalidad materna, causa polémica dentro de la sociedad. Es importante conocer las causas de las mismas para poder realizar diferentes estrategias para reducirla, esto se extiende a nivel nacional e internacional.

En el Municipio y Departamento de Sololá se registran muertes maternas, la población es de aproximadamente 23,000 mujeres en edad fértil y se han registrado 943 personas en estado de gestación que corresponde del mes de junio hasta septiembre del año 2019, las que son objetivos del estudio.

El desarrollo de la tesis está estructurado de la siguiente manera: Capítulo 1 marco conceptual, de los cuales se encuentran antecedentes de mortalidad materna registrados a nivel internacional, nacional y departamental de esta forma fundamentan la investigación. Capítulo 2, marco teórico, incluye datos que fundamenta con teorías científicas y lo relacionado al tema de la mortalidad materna. Capítulo 3 marco metodológico, en las que se detallan los objetivos, planteamiento del problema, las herramientas de trabajo, formas de investigación y los criterios que se deben de desarrollar en la investigación, el diseño de investigación que corresponde a las técnicas ejecutadas.

En el capítulo 4, análisis y presentación de resultados, se dan a conocer los datos obtenidos representados en graficas cada una de las preguntas realizadas a las personas que autorizaron su participación, se realiza la interpretación y análisis de datos, lo que evidencia resultados obtenidos, se elaboró un gráfico por cada pregunta donde se visualiza el porcentaje de los resultados, que se enriquece con el análisis comparativo de los resultados con el marco teórico y por último en el capítulo 5, se describen las conclusiones y recomendaciones.

Introducción

Mortalidad materna se define según la Organización Mundial de la Salud como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada con el embarazo mismo o con su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

La mortalidad materna sigue siendo muy alta y destacada a nivel mundial, las mujeres embarazadas que viven en comunidades rurales no pueden llegar a hospitales locales y las mujeres indígenas se enfrentan a la discriminación del personal hospitalario en ocasiones por barreras de la comunicación como lo es el idioma. En muchos casos, esperar que las madres dependan de las comadronas o parteras locales para monitorear sus embarazos y entregar a su bebe como lo han estado haciendo desde hace miles de años. Esta es la realidad de las mujeres indígenas de Guatemala, que tiene uno de las tasas de mortalidad materna más alta de América Latina.

Existe una serie de factores que se han asociado a mortalidad materna, determinantes para la supervivencia de la madre y su hijo tales como, idioma, nivel socioeconómico, estado de salud de la madre, acceso a los servicios de salud, nivel educativo y el comportamiento reproductivo de las cuales inciden en las muertes maternas en el Municipio de Sololá.

El estudio muestra una de las causas de los factores de riesgos en las muertes maternas, se identifica actualmente en las estadísticas del Centro de Salud, Distrito #1 de Sololá el 56% de la tasa de muerte materna y se puede analizar que la mayor parte de estas mujeres en estado gestacional son mujeres indígenas que viven en zonas rurales y lejanas del centro asistencial.

Capítulo 1

Marco conceptual

1.1 Antecedentes del problema

La mortalidad materna es un componente de la mortalidad de los adultos, cuyos niveles pueden estimarse a partir de datos recogidos durante la Encuesta Nacional Salud Materno Infantil 2014-2015 (ENSMI, 2017). Su conocimiento es importante desde el punto de vista de los programas de salud, pero al mismo tiempo, evaluar la fiabilidad de las estimaciones de mortalidad de adultos es un primer paso necesario para evaluar la calidad de los datos utilizados en el cálculo de la mortalidad materna. Si las estimaciones de la mortalidad adulta no son confiables probablemente tampoco lo serán las estimaciones de la mortalidad materna.

Marrón Peña, M., (2018) señala en el artículo, Muerte Materna, un enfoque histórico que para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna es un problema de salud e injusticia social en vista de que: “Cada minuto de cada día, en algún lugar del mundo una mujer fallece a causa de complicaciones del embarazo y el parto, lo mismo puede suceder al futuro recién nacido o a ambos”. La mayor parte de estas muertes son prevenibles y por lo tanto evitables. Por lo anterior, los cuidados de salud que un país brinda a las mujeres y a los niños a través de los servicios de atención médica y sanitaria miden el grado de desarrollo de esa nación y son uno de los indicadores usados a nivel internacional para catalogar el progreso de un país, reflejan el grado de inequidad social, la mala cobertura y la deficiente calidad de la atención. (p.1)

La OMS, (2019) afirma, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en

un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5% (p. 1). Asimismo, la OMS (2002) calcula que la razón global de mortalidad materna en América Latina y el Caribe en 1990 fue de 180 por 100 mil nacidos vivos, lo que representó un total de 21 mil defunciones maternas. En 1995 fue de 190 por 100 mil nacidos vivos, haciendo un total de 22 mil mujeres muertas por causas maternas.

En el estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (2008), para el año 2005 se estima en América Latina y el Caribe una razón de mortalidad materna de 130 por 100 mil nacidos vivos, lo que hace un total de aproximadamente 15 mil muertes maternas. Este mismo informe indica que, en dicha región, el riesgo de defunción materna a lo largo de la vida es de 1 entre 290 mujeres en edad fértil. Si bien las cifras a nivel de la región parecen haber disminuido, cada país tiene un comportamiento distinto. Además, a pesar de que las cifras son menores que en regiones como la parte del África que se ubica al sur del Sahara o la región del Asia meridional, las tasas registradas en América Latina todavía son mucho más altas que en otras latitudes.

Jiménez Guevara, M. E., (2010) expone, en el estudio “situación de mortalidad materna”; es de tipo cualitativo, cuantitativo, retrospectivo y comparativo dirigido a las muertes ocurridas, en el departamento de Comayagua, Honduras. Los resultados indican que las pacientes que fallecieron fueron atendidas en diferentes instituciones de salud siendo la causa más relevante del estudio, el sangrado terminando en el shock hipovolémico y en las 2010 complicaciones cardíacas, y otras patologías que complicaron antes, durante y después del parto. La vigilancia epidemiológica es aplicada con miras de prevenir complicaciones de morbi-mortalidad materna, las muertes maternas inducen a evaluar, supervisar si el personal de salud del área materno infantil está aplicando las normas y protocolos de atención decretadas por la Secretaría de Salud.

Naciones Unidas, estima que en el año 2015 se produjeron unas 303,000 muertes maternas aproximadamente una defunción materna cada dos minutos de las cuales, menos del 1% se producirán en países desarrollados. Sin embargo, un estudio de The Lancet señala que la cifra ha descendido continuamente desde 526.300 en 1980 hasta 342.900 en 2008, y que en este último año el número sería de 281.500 si no se incluyen las causadas por el VIH. La mayoría de estas

muertes son médicamente prevenibles desde hace décadas, ya que existen tratamientos y terapias que se conocen y aplican en todo el mundo desde los años 1950.

Deben ser aplicadas en forma adecuada y oportuna para disminuir las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y a la vez evitar las muertes maternas. Para analizar el comportamiento de la mortalidad materna durante el período 2008-2012, en cinco municipios de San Marcos, se utilizó la información proporcionada por los responsables sanitarios de los municipios y las autoridades del área de salud de San Marcos. El año 2012 fue el momento donde se implementó el Programa Conjunto de San Marcos (PC-SM), (OPS/OMS, 2014) y las intervenciones específicas para abordar la reducción del problema de muertes maternas.

El comportamiento de Razón de Muerte Materna (RMM) no es homogéneo en los cinco municipios de San Marcos, debido seguramente a las diferentes condiciones y determinantes sociales, geográficas, económicas, étnicas y de accesibilidad a servicios de salud, que existen en cada municipio. Sin embargo, parecería que el factor geográfico y el acceso rápido a los servicios de salud con capacidad resolutoria, juegan un papel muy importante para determinar la mortalidad materna de un municipio. Por ejemplo, en San José Ojetenam, con solamente un 10% de población indígena y 67% de población rural, pero uno de los municipios más alejados geográficamente y con menos acceso al Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) de Ixchiguán, muestra una RMM promedio para el período de 409.5.

En cambio, Ixchiguán, un municipio con 90% de población indígena y 98% de población rural, presentó una RMM promedio de 131.1, siendo este municipio bastante accesible geográficamente y, además, cuenta con el único CAIMI de la región (p. 13).

Según tesis elaborada por, Flores, H. M. (2002) titulada, “Factores Asociados a Mortalidad materna, en los municipios de Antigua Guatemala”, uno de sus objetivos: identificar el perfil epidemiológico de la mortalidad en la población de mujeres en edad fértil (10-49 años), se caracterizó la mortalidad de mujeres en edad fértil de acuerdo a causa, persona, tiempo y lugar, concluyendo que los principales factores de riesgo, que se asociaron a muerte materna fueron: analfabetismo, tipo de parto, antecedente de cesárea previa, trabajo de parto prolongado, vivir en

pobreza. Además, Ortiz, E. (2002), en su investigación titulada, “Factores Asociados a Mortalidad Materna realizado en los municipios de San Juan Ermita, Jocotán, Camotán del Departamento de Chiquimula”, dentro de sus objetivos: Identificó las condiciones que se exponen a las mujeres en edad fértil a mayor riesgo de muerte materna, así mismo determinó los factores que se asocian a mortalidad materna. En la que concluye con los factores asociados a mortalidad materna en los municipios de San Juan Ermita, Jocotán y Camotán son: multiparidad, paridad mayor de 5 gestas, espacio intergenésico cortos, abortos y edades extremas.

El estudio “Factores asociados a la muerte materna” (Colindres, J., 2015), de tipo retrospectivo y descriptivo, la autora tomó en cuenta a la población total que fue de 23 casos registrados de mortalidad materna ocurrida en Santa Rosa en el periodo 2008 al 2010. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado que se aplicó a la persona más cercana (esposo, madre o suegra) de cada fallecida. Los resultados del estudio demuestran que la edad de las 23 mujeres fallecidas por causa maternas, oscilan entre 21 y 30 años, la mayoría se encontraba en el tercer trimestre del embarazo, presentó parto normal (60.86%) y fueron atendidos por médico/enfermera (60,27%).

Dentro de las complicaciones más frecuentes, se encontró la hemorragia vaginal e hipertensión arterial. Las mujeres no contaban con un plan de emergencia familiar de salud (60.86%) sin embargo, si tenían conocimiento sobre alimentación, vitaminas, señales de peligro (78.91%). Los servicios de salud están cerca (65,21%) están ubicados a cuatro kilómetros de distancia y a menos de 55 minutos de residencia de las fallecidas. Todas las mujeres fallecidas (100%) tuvieron control prenatal por médico en un servicio de salud.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2019) en el proyecto a ejecutar indica que priorizará acciones en departamentos vulnerables, principalmente en Huehuetenango y San Marcos dada la alta prevalencia de problemas de salud materno-infantil en tales regiones. Concretamente, se apoyará la construcción de nuevos puestos de salud y hospitales en sectores con alta población rural e indígena, y la mejora de los servicios en los puestos y hospitales existentes.

Adicionalmente, se mejorarán los servicios materno-infantiles y de planificación familiar, brindando mayor atención a todo el ciclo del embarazo y al neonato por medio de servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales en los tres niveles de la red. Por último, el proyecto permitirá identificar tempranamente y manejar situaciones de riesgos para el desarrollo infantil, tales como déficit nutricional, carencia de inmunización e incidencia de enfermedades prevalentes de la infancia. Busca reducir la mortalidad materna en los departamentos priorizados de 137,2 muertes por cada 100.000 nacidos a 110 y reducir la tasa de mortalidad infantil de 14,8 a 13,0 niños por cada 100.000 nacimientos. Además, se espera aumentar la cobertura de atención prenatal oportuna del 34,72% actual al 50% y la cobertura del parto institucional del 46,66% actual al 65% al final del proyecto.

Aristizábal Hoyos, G. (2011) afirma, que el modelo aplicable a la investigación es el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables, utiliza la totalidad de conceptos expresados en el modelo para la interpretación del fenómeno estudiado. Los profesionales que más investigan en torno a este modelo, son de los campos de enfermería y sociología. Se ha notado un incremento de las investigaciones alrededor del Modelo de Promoción de la Salud en la última década, reflejo del interés de estos expertos por comprender las conductas promotoras de la salud, así como de las motivaciones que llevan a realizarlas.

Nola Pender, enfermera, autora del modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El Centro de Salud de Sololá, como parte del ministerio de salud se esfuerza en el cumplimiento de los acuerdos de paz, por lo que animadas acciones de los diferentes actores sociales y aun trabajo coordinado para lograr una reducción sostenible de los educadores de morbilidad y mortalidad en grupos éticos y sensibles en salud. En este proceso el Distrito No. 1 el Centro de Salud Sololá, como rector en salud ejerce con reactividad la parte técnica, con el trabajo de equipo de los servicios de salud, para mantener una atención acreditada, se mantiene la competencia de los proveedores de los distintos niveles de atención mediante un proceso de capacitación permanente que corresponde la necesidad y seguridad del distrito para una educada atención de salud.

El Distrito No. 1, Centro de Salud de Sololá, como rector y conductor del sector, contribuye el mejoramiento integral del estado de salud de la población. Frente a riesgos ambientales mediante una red, articuladora de servicios con proveedores competentes y acreditados garantizada. El acceso equitativo oportuno y de calidad a los servicios de salud y satisfacción del usuario.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ente rector de la salud con su representación en el municipio de Sololá, tiene el Centro de Salud en la cabecera municipal, 7 puestos de salud con 18 programas, con énfasis en la atención integral de la Mujer y la niñez, priorizando la atención Materno Infantil, inmunizaciones, enfermedades transmitidas por Agua y Alimentos, Enfermedades Respiratorias, seguridad Alimentaria y Nutricional, Enfermedades de Transmisión sexual y Saneamiento ambiental.

Cada puesto de salud cuenta con personal, 01 médico en ejercicio profesional supervisado, 01 auxiliar de enfermería, coordinando trabajo con Alcaldes Comunitarios, COCODES, comadronas, responsables de instituciones locales y líderes del lugar.

Los puestos de salud se ubican en las comunidades siguientes,

En el Caserío Central, Cantón el Tablón, Caserío Cipresales, Cantón Xacaxac; Caserío Chuacruz, Cantón Pupujil, Aldea San Juan Argueta, Caserío central aldea Pixabaj, Caserío Central Aldea los Encuentros, Caserío el Mirador Cantón Pupujil II.

A demás a través de programas de Extensión de Coberturas, se tiene 5 jurisdicciones las cuales tienen a su cargo 57 centros de convergencias en 57 Caseríos, contando con ello con dos Coordinadores, 1 medico ambulatorio, 4 enfermeras profesionales ambulatorios, 6 facilitadores institucionales, 15 educadores de salud, 3 contadores, 2 bodegueros 3 asistentes de informática, 55 facilitadores comunitarios, 282 vigilantes de salud.

Cuenta con la siguiente cartera de servicios,

Atención médica asistencial, emergencias, encamamiento, atención de partos, servicios de ambulancias y cirugías menores y curaciones.

1.2 Importancia de la investigación

Es importante identificar los factores que inciden en las muertes maternas dentro del Municipio y Departamento de Sololá. La familia constituye para el individuo fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también se puede convertir en fuente de insatisfacción, malestar, estrés, enfermedad. Las alteraciones en la familia pueden provocar alteraciones emocionales, desequilibrio de la salud y desorden social dentro de las comunidades.

En la investigación, es importante identificar los factores de riesgo en mortalidad materna que existen en las comunidades rurales del municipio de Sololá, sabemos que en la maternidad algunas complicaciones pueden ser riesgosas, si las condiciones sanitarias y sociales de apoyo relacionadas con la gestación, el parto y puerperio no están condicionadas y apropiadas. Cada muerte materno-fetal constituye un problema de salud pública y social que se agrava en nuestro país por diferentes factores que asocian a este fenómeno como lo es, barrera idiomática, lingüística, desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y dentro del componente asistencial, el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud.

La muerte de una mujer gestante y el deterioro de su salud tiene consecuencias graves para el bienestar de la familia y la comunidad, todo esto teniendo en cuenta que la mayoría está en edad reproductiva, sino que está en edad productiva, son las creadoras de nuestras vidas, las que cuidan de la vida y en ocasiones necesidades diarias, contribuyen a la formación y educación de los niños, realizan una laboran intra y extra hogar y se consideran en muchos casos la columna

vertebral de los hogares, creencias y religiones que practica la comunidad de Sololá y, además, es importante realizar las investigaciones necesarias, la implicación y participación de las profesionales de enfermería, se constituyen los pioneros en la atención e interacción de las pacientes y la asistencia médica.

Por tanto, reducir los factores que asocian a la mortalidad materna y obtener un desarrollo sostenible y sustentable en el ámbito de salud, educación, productividad y desarrollo para el Municipio y se vea reflejado a nivel nacional.

1.2 Planteamiento del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá?

1.4 Alcances y límites del problema

1.4.1 Alcances

Mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá
Madres de familia

1.4.2 Límites

Ámbito geográfico:	Sololá, Guatemala.
Ámbito institucional:	Distrito 1 de Centro de Salud
Ámbito personal:	Mujeres en estado de gestación
Ámbito Temporal:	Julio a septiembre de 2,019

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Factores que inciden en la mortalidad materna

Los factores predisponentes que influyen en la alta Muerte Materna en el país, son las desigualdades socioeconómicas, territoriales, dificultades de acceso a los servicios de salud de las mujeres, barreras culturales y diferencias de capacidades resolutivas del sistema de salud en su conjunto, aunado a los altos porcentajes de población indígena y pobre, bajas tasas de cobertura educativa en mujeres, altas tasas de fecundidad y bajos porcentajes de uso de métodos de planificación familiar, situación que tiene consecuencias sobre la mujer, la familia y la sociedad, provocando desintegración familiar, crisis psicosociales y económicas impactando negativamente en el contexto socioeconómico del país (MSPAS, 2013) .

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto menciona Montejo, G. (2018) en el estudio “Factores de riesgo asociados a la muerte materna”,

- La pobreza,
- La distancia,
- La falta de información,
- La inexistencia de servicios adecuados,
- Las prácticas culturales.

El 85 % de las muertes son potencialmente prevenibles; la higiene deficiente, la pobreza, la desnutrición, la falta de conocimiento siguen siendo factores que aumentan las elevadas tasas de muerte materna. Los factores de riesgo determinantes de la mortalidad materna son:

- Condición de riesgo, las condiciones de riesgo se refieren a factores endógenos de la madre y producto de la gestación tales como factores biológicos, hábitos y estilos de vida de las madres

y su familia que determinan peligros para la evolución natural del embarazo, entre los cuales destacan la condición nutricional (la anemia, desnutrición y obesidad), multiparidad, intervalo intergenésico corto, edades extremas, adolescencia, enfermedades subyacentes como diabetes, hipertensión, cardiopatías, tuberculosis, sida, hábito tabáquico, alcoholismo y farmacodependencia.

- Vulnerabilidad, es el producto de la carencia o limitación de una condición o conjunto de condiciones protectoras, objeto de los derechos sociales, que debilitan las capacidades de la madre y su familia para anticiparse a los riesgos del embarazo, parto, puerperio o nacimiento, crecimiento y desarrollo e incluye aspectos geográficos, socioeconómicos, culturales, educativos y factores sanitarios protectores.

Ellos son, geográficos, como la residencia en zonas alejadas, con dificultades de transporte y vías en malas condiciones, que constituyen una barrera importante para la posibilidad de acceder oportunamente a servicios de salud.

- Socioeconómicos, culturales y educativos que se relacionan no solo con la carencia de dinero, sino con el desempleo, la ausencia o bajo nivel educativo y la carencia de vivienda adecuada, en condiciones de hacinamiento y pobres condiciones sanitarias, falta de una pareja que le brinde apoyo y protección. Sanitarios, referido a debilidades en la organización sanitaria que determinan limitaciones en el acceso, la disponibilidad, la oportunidad y calidad de la atención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan un centro de atención obstétrica integral y cuatro centros de atención obstétrica básica por cada 500,000 habitantes. A fin de evitar el riesgo de Muerte Materna, resulta esencial contar con un sistema de salud que garantice la provisión de los insumos, equipamientos e infraestructura, sistema de comunicación efectivo y eficaz, derivaciones y transporte. Las familias y comunidades deben poder reconocer las complicaciones y contar con la motivación para intervenir cuando una madre o un niño están en peligro.

Factores sanitarios protectores, representados por el conjunto de derechos sociales, vivienda, espacios saludables recreación, transporte, salud, educación, alimentación, empleo, seguridad social dentro del marco de justicia y equidad.

Los factores son múltiples dentro de ellos se mencionan, multiparidad, embarazos no deseados, intervalo intergenésico corto, embarazo en la adolescencia, ausencia de control prenatal, desconocimiento de los signos de alarma del embarazo, parto y puerperio, demora en acudir al establecimiento de salud en busca de ayuda, entre otros. Sin embargo, también podemos clasificarlos en factores de riesgo, sociales, económicos, ambientales, educacionales, culturales, biológicos y otros.

A continuación, se presentan los factores agrupados en,

- Biomédicos. Hemorragia, complicaciones del aborto, hipertensión del embarazo, infección y complicaciones del parto. Obstétricos indirectos. Malaria, hepatitis, anemia o enfermedad cardíaca postraumática, tuberculosis, diabetes, anemia y desnutrición, entre otros.
- Económicos. Una población sin empleo o subempleada- carece de los ingresos necesarios para acceder a un mínimo de bienestar en salud y satisfacer otras necesidades como educación y alimentación.
- Vivienda y servicios básicos. Las malas condiciones del piso, techo, iluminación y ventilación; el escaso número de habitaciones, escasa disponibilidad de agua potable y alcantarillado, favorecen la aparición de riesgos asociados a patologías comunes.
- Educación. Las tradiciones, creencias, hábitos y costumbres de los habitantes ejercen gran influencia sobre el estado de salud de las personas.
- Sociales. La condición social, la educación, el estilo y la calidad de vida de las familias influyen en el proceso salud-enfermedad de las mujeres embarazadas.

Los factores sociales que condicionan la salud de los habitantes son,

- Ambiente. Tiene una gran influencia sobre nuestro bienestar y es de dos tipos; el ambiente asociado a la pobreza extrema y el ligado al desarrollo e industrialización.

- Estado de salud. Dado por la conducta y los cuidados de la salud, por ejemplo, la anemia puede ser el resultado de falta de dinero (estado socioeconómico) o de hábitos alimentarios deficientes.
- Accesibilidad y calidad de la atención de salud. El acceso deficiente a una atención de salud de calidad, por razones de transporte, costo o por las características de los servicios disponibles, tiene gran impacto sobre la salud materna. Comportamiento en materia de procreación. Son las relaciones entre la muerte materna y condiciones como la edad, paridad, intervalo intergenésico y deseo del embarazo, entre otros. Mujeres que viven solas o que no reciben ayuda. (p. 6, 8)

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto se consideran; la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados, las prácticas culturales. Entre otras,

- El machismo, impide a las mujeres que confíen en sí mismas, que se valoren, y hace que sean dependientes totalmente de sus compañeros de manera económica y en la toma de decisiones, sin tener proyecto de vida.
- Poca oportunidad de acceso a la información y los servicios de salud.
- Desconocen sus derechos y los servicios otorgados en el Sector salud.
- Inicio temprano de actividad sexual, en un rango de los 10 a los 19 años de edad, lo que las expone a embarazos no deseados, abortos, VIH/SIDA y a ser maltratadas física, psicológica o sexualmente, complicaciones del embarazo, incluso la muerte.
- La falta de acceso a servicios de planificación familiar inadecuados las lleva a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación, y a mayor pobreza mientras más hijos tenga una mujer.
- La falta de acceso a servicios de salud por dificultades geográficas, económicas y culturales.

2.2 Mortalidad Materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS), 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 a causas accidentales. Sin embargo, se hace la diferenciación entre muerte materna directa e indirecta, siendo la muerte materna directa el resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y la causa de muerte indirecta la muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición.

La muerte materna no sólo es un fallecimiento más, sino por el contrario, es el inicio de una desestructuración de la unidad de la sociedad como es la familia, la cual puede desencadenar en abandono de los hijos por parte del padre, mayor analfabetismo, delincuencia y mayor pobreza en las comunidades. La estrategia debe ser constante, sostenible y apoyada por las autoridades las cuales deben ser capaces de precautelar la salud de las mujeres que son el centro de la familia (Arteaga y López, 2009).

La Constitución política de la República establece, “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”; mientras que en el artículo 94 enmarca la obligación que tiene el Estado por velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes; y por su lado, el artículo 95 considera la salud de los habitantes de la nación como un bien público y establece que todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

En relación a la salud reproductiva, en los Acuerdos de Paz firme y duradera, firmados en 1996, se acordó la reducción de la mortalidad materna en un 50% para el año 2000, tomando 1995 como año base; acuerdo con el cual aún no se cumple. En octubre 2001, el Congreso de la República de Guatemala promulgó la “Ley de Desarrollo Social”, que considera las vidas y salud de mujeres y niños como correspondientes a la esfera del bienestar público y establece como prioridad nacional la maternidad saludable.

La “Política de Desarrollo Social y Población” es a continuación creada, para cumplir con la ley. En el año 2010 se aprueba la Ley para la Maternidad Saludable (Decreto 32-2010), que establece un conjunto de acciones para la reducción de la muerte materna. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector de la salud en el país, es el responsable de desarrollar planes y acciones institucionales y coordinar y orientar acciones sectoriales e intersectoriales, para alcanzar los objetivos de reducción de la mortalidad materna y lograr otros progresos en materia de salud reproductiva, para lo cual ha establecido el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), el que ha colocado la reducción de la mortalidad materna como la prioridad más esencial a alcanzar.

Este programa, (2010), lanzó el “Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva”, para reforzar sus actividades en este campo.(ENMM, 2011). Guatemala tiene la mayor tasa de mortalidad materna en América Latina, con 115 fallecimientos por cada 100.000 nacimientos. El promedio regional es de 87. Estas cifras alarmantes pueden atribuirse a niveles extremadamente bajos de atención prenatal y parto formales, en especial en áreas rurales. Alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad materna se da entre mujeres jóvenes de ascendencia indígena; en más de la mitad de los embarazos en estas áreas rurales los nacimientos quedan a cargo de una comadrona en lugar de una profesional de la salud.

Esto ocurre principalmente porque muchas familias indígenas carecen de recursos para costearse la atención en el sector formal de la salud y porque, debido a la discriminación, cultura, barreras idiomáticas y aislamiento geográfico, tienden a preferir servicios de salud tradicionales, como las comadronas. Sin embargo, este modelo tradicional carece de normas formales, resultando en una variación significativa en la calidad de los servicios prestados. Apenas uno de cada cuatro nacimientos rurales tiene lugar en un hospital o clínica, comparado con bastante más que dos tercios en áreas urbanas. (Banco Mundial, 2017).

La tasa de mortalidad materna, que es el número anual de muertes maternas por cada 1,000 mujeres de 15 a 49 años de edad, para el período 2009-2010 a 2014-2015 es 0.15. Las muertes maternas representaron el 13 por ciento de todas las muertes en mujeres de 15 a 49 años de edad.

La tasa de mortalidad materna puede ser convertida en la razón de mortalidad materna (número de muertes maternas por 100,000 nacimientos vivos) mediante la división de esta tasa por la tasa general de fecundidad estandarizada para el período correspondiente.

La razón de mortalidad materna (RMM) así estimada es de 140 muertes maternas por 100,000 nacimientos vivos para el período 2008-2015. Es de señalar que la tasa de mortalidad materna representa la probabilidad de que una mujer en edad fértil muera durante un embarazo, el parto o durante los dos meses posteriores. Mientras que la razón de mortalidad materna representa la probabilidad de que una mujer ya embarazada muera durante el embarazo, el parto o durante los dos meses posteriores, por lo que pone énfasis en el riesgo obstétrico del embarazo y la maternidad. (ENSMI, 2017, p. 12).

Otro indicador que menciona la ENSMI (2017) de la mortalidad materna es el riesgo de muerte materna durante toda la vida reproductiva de la mujer. El cual, a diferencia de los indicadores anteriores mide en forma acumulada este riesgo, pues considera que una mujer durante su vida fértil puede tener varios embarazos y partos, en promedio un número igual a la tasa global de fecundidad de la población. Presenta el valor de este riesgo, 0.005, lo que indica que, en Guatemala, en las condiciones actuales, una de cada 200 mujeres morirá por causas maternas durante su vida reproductiva.

Según los indicadores de esta encuesta y de la ENSMI 1995 (las únicas con datos estrictamente comparables sobre la mortalidad materna), la mortalidad materna habría descendido en los últimos años, aunque la diferencia entre ambas estimaciones es pequeña y no es estadísticamente significativa. Sin embargo, cuando los datos de la ENSMI 1995 se comparan con estimaciones realizadas por el grupo interagencial de Naciones Unidas (WHO, 2015), que muestran que para inicios de la década del 90 la razón de mortalidad materna estimada es de 205 por 100,000 nacidos vivos, la conclusión es que el descenso de la mortalidad materna en los últimos 20 años en Guatemala es significativo. (p. 18).

La mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública, es un problema ligado a las condiciones de vida. Guatemala continúa teniendo niveles altos de mortalidad materna, medidos tanto por la cantidad anual de casos, como por el riesgo de morir medido a través de la Razón de Muerte Materna (RMM). Las mujeres indígenas con ninguno o bajo nivel de escolaridad, residentes en la región occidental o noroccidental del país son quienes están más expuestas a morir por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, los resultados del análisis de la situación de la mortalidad materna para el año 2019 muestran avances significativos en su reducción; entre 2014 al 2018, la Razón de Muerte Materna (RMM) ha disminuido mucho más rápido (19%) comparada con el período 2000–2007 (7%).

El País todavía está lejos de alcanzar la meta del objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); solamente tres departamentos tienen una RMM por debajo de la meta para el total del país establecida en 55 defunciones por cien mil nacidos vivos (El Progreso, Zacapa y Guatemala). (Orozco, M., 2017, p.15).

Las reducciones en las tasas de mortalidad y discapacidad derivadas de la maternidad no solamente son un problema mundial; son, al mismo tiempo, una cuestión de derechos humanos. Las soluciones para salvar vidas de mujeres durante el embarazo y el parto están fácilmente disponibles, pero cada año hay centenares de miles de mujeres que siguen perdiendo la vida debido a la pobreza, a los sistemas de salud ineficaces, y a las desigualdades entre los géneros profundamente arraigadas que impiden que las adolescentes y las mujeres adopten decisiones independientes y bien fundamentadas para proteger su salud. A fin de subsanar esos problemas, es preciso emprender acciones a múltiples niveles.

2.3 Enfoque Intercultural

El enfoque Intercultural promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad. Las políticas, programas y proyectos en salud son adaptables y transferibles al momento de confrontar la inequidad étnica mediante la

inclusión de las poblaciones afectadas por la misma, dentro del marco de sus actividades. Se consideran inclusivas y tradicionalmente sensibles aquellas políticas, programas y proyectos que consideran dentro de sí la medicina y prácticas tradicionales.

La interculturalidad es un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales. La interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad.

Los términos salud/ enfermedad enmarcado en los sistemas de salud indígenas, comprende un conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, y procedimientos relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Para la cosmovisión indígena, cada uno de los ciclos vitales del ser humano, tiene un significado espiritual y místico, conectado a las fuerzas de la naturaleza, encauzado a lograr un equilibrio corporal-psíquico-espiritual, para el buen desarrollo y desenlace de estos periodos. Perciben el peligro mediante las creencias ancestrales hacia su salud física e integridad. (Muñoz, S., et. al, 2011)

La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta a una vida joven llena de esperanzas; es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, sobre todo los de los menores. La mortalidad materna es la expresión más evidente de la inequidad y de la desigualdad a la que están sometidas las mujeres; refleja la injusticia social y la discriminación que afecta especialmente a las más pobres.

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados, como el África subsahariana y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 51% de las

mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada.

La muerte materna, es una expresión de injusticia social. El 99% de estas mujeres viven y mueren en países en desarrollo, lo que traduce que las mujeres pobres presentan un mayor riesgo de morir en el embarazo, parto o puerperio, por lo que su análisis, implica considerar además de los factores biológicos y clínicos, aquellos aspectos culturales, económicos y geográficos que determinan que mujeres embarazadas de una misma sociedad mueran de manera inequitativa, buscando con ello que los servicios de obstetricia, brinden una atención a partir del análisis sobre la influencia que tienen los aspectos sociales en la muerte materna, ejercicio que busca una atención equitativa y de calidad. (Mejía, M., et. al, 2013)

América Latina y el Caribe es una de las regiones más diversas del mundo. Al mismo tiempo, es una región en donde se evidencian las mayores disparidades socio-económicas en términos de clase. La OMS/OPS reconoce la necesidad de hacer frente a las diversidades étnicas, sociales y culturales que existen a lo interno de los Estados Miembros y las unidades técnicas para crear políticas y servicios de salud accesibles a poblaciones enteras.

Existe una amplia evidencia sobre las desventajas y discriminación que los hombres y especialmente las mujeres de estas poblaciones experimentan con respecto a su bienestar. Los sistemas de información en salud también fallan al momento de reconocer las particularidades y necesidades de estos grupos, lo cual afecta la propia definición de intervenciones e indicadores que buscan evaluar la efectividad en el mejoramiento de la salud de estas poblaciones.

La OPS/OMS (2019), establece acciones estratégicas técnicas/normativas que deben tomarse en cuenta en la prestación de servicios de salud y otros espacios afines, que deben redundar en pro de la salud reproductiva de mujeres y hombres. Orienta, además, acerca de la implementación de acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación, en cumplimiento al marco legal político y en respuesta a la sala situacional de salud reproductiva identificada en cada

uno de los campos y niveles de intervención, entre los criterios para la implementación de dichas acciones se incluyen;

- facilitar la accesibilidad cultural, económica y geográfica que permitan superar, pero, sobre todo, prevenir, las crisis por complicaciones; promover ambientes favorables y amigables en busca de la atención y resolución del evento obstétrico, en forma que la atención sea adecuada para la mujer y el recién nacido.

2.4 Causas de Mortalidad Materna

La OMS (2019) afirma, muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- las infecciones (generalmente tras el parto);
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- complicaciones en el parto;
- los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.

Montejo Carrillo, G. (2018) señala, según la causa médica, las muertes maternas se subdividen en dos grupos; obstétricas y no clasificables. Las causas obstétricas se subdividen en directas e indirectas, todas ellas se pueden a su vez clasificar como evitables o no.

La muerte materna puede subdividirse en dos grupos;

Muerte materna directa; es la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, así como de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de

acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Por ejemplo: embarazo ectópico, aborto, preeclampsia, eclampsia, placenta previa, rotura uterina, embolismo pulmonar y sepsis puerperal.

Muerte materna indirecta; es la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante este, no debida a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo, por ejemplo: cardiopatías, hepatopatías, hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos del embarazo y complicaciones relacionadas con el parto y diabetes, entre otras. (INEC, 2017)

A nivel mundial, el 80 % de las muertes maternas son debidas a causas directas. Muerte no relacionada con el embarazo, es la muerte materna debida a causas accidentales e incidentales. Usualmente, incluye a las muertes por accidentes, suicidios, homicidios y por violencia familiar, como el paludismo, la anemia, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/ Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o enfermedades cardiovasculares.

Muerte materna no clasificables, o sin relación con la gestación, son aquellas debidas a una causa accidental o incidental no relacionada con el embarazo su atención.

Muerte materna evitable, se define como la que se pudo haber prevenido con la aplicación de la tecnología disponible, calidad de la atención y el patrón de uso de los servicios. Se utiliza el concepto de mortalidad evitable, por la posibilidad de su disminución mediante el empleo oportuno de medidas. (Briones, 2013)

Distintos estudios llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran las grandes disparidades entre los patrones de muerte materna (MM) de 6 los países desarrollados, por lo que se hace un llamado a los decisores de políticas y de las finanzas. En el mundo mueren anualmente 140,000 madres por hemorragia (24,8 %), 75,000 por intento de aborto, la mayoría provocados o inseguros (12,9 %), 75 000 por eclampsia y sus complicaciones (12,9 %), otras 100,000 por sepsis (14,9 %) y alrededor de 40,000 por obstrucción del parto (6,9 %).

Muertes maternas no clasificables. Son aquéllas debidas a una causa accidental o incidental no relacionada con el embarazo o su atención, por ejemplo: accidentes, suicidios, homicidios, etc. Las tasas de mortalidad materna se emplean como unidad internacional para medir este daño y poder compararlo entre los distintos países.

2.5 Obstáculos a que las mujeres están expuestas para recibir la atención que necesitan

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención de salud adecuada. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera.

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales en salud capacitados y reciben atención posnatal. En 2015, solamente el 40% de las embarazadas de países de ingresos bajos realizaron las consultas prenatales recomendadas.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, en el texto Salud Reproductiva de Comunidades en Crisis, señala, las mujeres tienen sus propias necesidades de salud, desde las relativas a la higiene hasta las complicaciones del embarazo y el parto, que pueden amenazar sus vidas. Las mujeres son especialmente vulnerables a la nutrición deficiente. Las carencias de vitaminas y de hierro, especialmente la anemia, pueden ser mortales para las embarazadas y sus hijitos. La malnutrición de las niñas puede suscitar riesgos para su salud varios años después, cuando ya están listas para comenzar a tener sus propias familias.

La carga de cuidar a los niños y a los demás puede dificultar que las mujeres se cuiden debidamente a sí mismas. Tal vez posterguen sus propias necesidades, para dedicarse a atender a

sus familias y otras personas necesitadas de su ayuda. Estos factores también pueden cobrarse un precio en lo relacionado con el bienestar psicológico de la mujer. (p. 5)

2.6 Diversidad Cultural y Salud

Guatemala es un país con diversidad étnica, cultural y lingüística. Según datos oficiales, el 41 por ciento de la población se identifica como indígena, del Censo Nacional XI de población y VI de habitación del año 2002 del Instituto Nacional de Estadística –INE-, julio 2003; institución del Estado de Guatemala encargada de realizar estos censos de población.; aun cuando diversas instituciones que dominan el tema aseguran que en Guatemala coexisten más del 60 por ciento de estos grupos étnicos. La población de Guatemala, por lo tanto, está constituida por los pueblos Maya, Garífuna y Xinka como también los ladinos conocidos comúnmente como los mestizos.

Los idiomas Maya en Guatemala conforman una familia de alrededor de 22 idiomas con estructura propia, todos los idiomas tienen una historia común ya que descienden del idioma maya madre llamado Protomaya, el cual se inició hace 4,000 años antes de Cristo. El Protomaya se dividió en seis subfamilias de las cuales derivan los idiomas Maya actuales.

- Cinco idiomas tienen de 300,000 a un millón de hablantes cada uno (incluido el español)
- Otros cinco tienen de 50 a 120,000 cada uno
- Cuatro tienen de 20 a 49,000 cada uno
- Once de ellos tienen menos de 20,000 hablantes cada uno

El Departamento de Sololá se encuentra situado en la región Sur Occidental de Guatemala. Limita al Norte con Totonicapán y Quiché, al Sur con Suchitepéquez, al Este con Chimaltenango; y al Oeste Suchitepéquez y Quetzaltenango. La cabecera departamental se encuentra a una distancia de 140 kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala. Al igual que en la actualidad el territorio del departamento de Sololá estuvo ocupado por tres pueblos, los k'iche', tz'utujil y cakchiquel. Hasta mediados del XV (entre 1425 y 1475), los quichés y cakchiqueles formaron una sola organización política y social. Durante el reinado de Quikab el Grande, los cakchiqueles fueron obligados a desalojar su capital, Chiavar (Hoy Santo Tomas Chichicastenango).

Se trasladaron a Iximché, luego libraron sangrientas guerras con los quichés. El pueblo tzutujil por su parte, se vio obligado a pelear continuamente contra estos dos pueblos dominantes en la región, con quienes se alternaron en alianzas y guerras de defensa constante para intentar mantener su soberanía.

Los cakchiqueles, al igual que los quichés, estaban integrados en linajes. De los cuatro linajes cakchiqueles, el segundo en importancia era el de los Xahil, que ejercía dominio sobre la mayor parte del departamento y tenía su capital en el pueblo de Tzoloj-já (que significa agua de sauco). Inicialmente esta sede estaba localizada en Cakhay, a seis kilómetros de Iximché. Uno de los documentos indígenas más importantes es el Memorial de Sololá, también conocido como Memorial de Tecpán Atitlán, Anales de los Cakchiqueles o Anales de los Xahil. Este documento fue escrito por dos miembros de la familia Xahil, Francisco Hernández Arana y Francisco Díaz, entre 1573 y 1610, como un título o prueba para un proceso judicial.

2.6.1 Comunicación

La comunicación es un concepto amplio, que no se limita al intercambio de información verbal, es una interacción social y cultural que, como tal, refleja la paracultura (cultura nacional) y diacultura (grupo de interés profesional o de género) de los intercultores y se ve condicionada por el marco social en que se desarrolla por esta complejidad de facetas que integran la comunicación puede verse obstaculizada por factores diversos en su definición de papel de interprete médico. Debe comenzarse identificando de forma general las barreras que obstaculizan el acceso a una atención sanitaria de calidad, para pasar a centrarnos en las relaciones con la comunicación y sus principales consecuencias, según ha identificado la investigación a nivel internacional.

Al menos 4 tipos de barreras a la comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes alófonos: los lingüísticos (diferencia de idiomas); los basados en el distinto uso y dominio, por parte de profesionales médicos y pacientes, del registro, conceptos y términos propios de la medicina y el sistema sanitario. En cuanto a las diferencias culturales y su impacto en la comunicación deben entenderse en su sentido más amplio, en lo que se refiere a las experiencias de la salud y sanidad, implica diferencias en la percepción de la enfermedad y sus causas, en las

creencias sobre la salud y la curación, en los conductos relacionados con la salud y en las actitudes hacia el sistema de atención médica y paciente.

- Idiomas Mayas

Kaqchikel: Se habla en 54 municipios de siete departamentos: En un municipio de Baja Verapaz, en 16 municipios de Chimaltenango, en un municipio de Escuintla, en siete municipios de Guatemala, en catorce municipios de Sacatepéquez, en 11 municipios de Sololá y en cuatro municipios de Suchitepéquez.

Departamento de Sololá: Nahualá, San Juan La Laguna (tres aldeas), Santa Catarina Ixtahuacán, Santa Clara La Laguna, Santa Lucía Utatlán, Sololá.

Castellano: El idioma oficial de Guatemala es el Castellano o español, se hablan también Idiomas mayas. Aunque el idioma oficial sea el español, no es entendido por toda la población indígena. Sin embargo, los Acuerdos de Paz firmados en diciembre de 1996 aseguran la traducción de algunos documentos oficiales en varios idiomas indígenas. Se han hecho esfuerzos por hacer escritura de cada uno de los idiomas.(www.mineduc.com.gt)

- Barrera lingüística

No poder comunicarse en su idioma materno con el personal médico causa temor en las pacientes, pues no comprenden con claridad los procedimientos médicos a los que serán sometidas, por ejemplo; una cesárea, de ser necesario, esto hace que prefieran no ir al hospital. El proyecto Sí madres trabaja en reducir la mortalidad materna en Tecpán Chimaltenango, Chimaltenango y lo hace por medio de navegadoras obstétricas, figura que se le da a las mujeres que brindan acompañamiento a las madres en los hospitales y centros de Salud para que sean atendidas de manera inmediata y con pertinencia cultural. Las navegadoras coordinan el traslado de la paciente para que reciba atención médica cuanto antes y acompañan a las madres durante el tiempo que estén hospitalizadas.

Según Austad (2019), Directora del programa Salud de la Mujer del proyecto Sí Madres de Maya Health Allice Wu Qu'kawoq, refiere que en cuanto a atención obstétrica en los centros asistenciales las dificultades para socorrer a la población indígena y rural persisten. A criterio de

CasildaRamírez, quien trabaja en la Defensoría de la Mujer Indígena, habla de pertinencia cultural en el país es solo una idea, debido a que en las áreas rurales se carece de profesionales de la salud que sean bilingües y el número de médicos y enfermeros de la comunidad que hablan un idioma maya es mínimo. Este es uno de los principales retos será el ministerio.

Agrega, a esto suma la dificultad de las madres para trasladarse a los centros asistenciales debido a la lejanía de estos, ya que conseguir transporte para llegar representa dinero, que muchas no tienen, además aumenta el riesgo por las malas condiciones de las carreteras, otro de los problemas es el recurso humano en los centros es escaso para atender a la población que acude a ellos, también hay desabastecimiento de insumos y medicamentos. Una de las costumbres tradicionales entre los indígenas del departamento de Sololá consiste en el pedido de mano y matrimonio, el cual inicialmente tiene las características de un pacto social, pues posteriormente se legaliza por medio del matrimonio civil y religioso.

- Fuentes de la economía

Una de las principales fuentes de economía de este departamento es el lago de Atitlán, pues éste aparte de ser un centro turístico de gran importancia, sirve como medio de comunicación social y comercial entre los pueblos de la ribera, a la vez que surte a los habitantes de pescado, cangrejos, especies vegetales como gallaretas y tul para la elaboración de artículos artesanales. En este lago se produce una especie de pez muy pequeño conocido localmente como “patín” que constituye un plato exquisito en la alimentación tanto de ladinos como de indígenas.

En la economía además juegan un papel importante los productos agrícolas que sus habitantes cultivan, siendo el principal de estos el café, produciéndose además maíz, caña de azúcar, frijol, trigo, cebada, papa, legumbres, etc.

La principal vía de comunicación es la carretera interamericana CA-1, la cual atraviesa el municipio y lo interconecta con el resto del País. Se comunica con diferentes municipios del Departamento, por medio de carreteras asfaltadas, por ejemplo, hacia Panajachel, San Lucas Tolimán, Santa Lucía Utatlán y Nahualá.

En aquellos centros poblados que no se ubican a la orilla de carretera asfaltada, existen carreteras de terracería, con longitudes de 1 a 5 kilómetros, las cuales en su mayoría confluyen a carreteras asfaltadas. Estos senderos son característicos de todos los centros poblados del Municipio.

2.7 Participación de enfermería en la maternidad

La enfermería es una profesión con un amplio campo de acción en los países en desarrollo. Debido a los conocimientos y capacidades adquiridos, los enfermeros pueden salvar millones de vidas, sin embargo, no se hace. A lo largo de este trabajo se pretende demostrar como a partir de acciones sencillas y económicas realizadas durante el momento del parto y puerperio inmediato, la enfermería podría reducir considerablemente las tasas de mortalidad infantil en África Subsahariana. La formación no precisa de gran especificidad, sólo los contenidos básicos para asistir el parto y puerperio. Tampoco es necesaria una gran solvencia económica, ya que esta revisión se limita a cuidados de enfermería durante partos sin grandes complicaciones.

Tan sólo es imprescindible el compromiso para comenzar. Mediante intervenciones viables, como la atención al parto o los cuidados neonatales de primer nivel tras el nacimiento, se reduciría un gran porcentaje de las muertes neonatales y maternas del mundo. Estas actividades pueden realizarse, en su gran mayoría, por parteras cualificadas, título que incluye, entre otros, a los enfermeros. (MSPAS)

2.8 Participación de enfermería en reducción de morbi-mortalidad materna

La salud materno infantil (MI) queda englobada dentro de la Salud Pública la cual se define como “el conjunto de actividades encaminadas a promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, a curar y a rehabilitar a la comunidad en general”. Luego la salud MI es la parte cuyas actividades están encaminadas a atender a la población diana; madre, recién nacido y familia. Pero no sólo se ocupa del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, sino también de los problemas de salud de la mujer (ciclo reproductivo desde pubertad a menopausia, independientemente de que tenga o no hijos o relaciones sexuales).

Problemas de salud: Los problemas de salud han cambiado mucho con respecto a hace algunas décadas. Antes de la era antibiótica había una gran morbilidad MI debida a septicemias y problemas infecciosos en general. Así, actualmente se ha disminuido de forma drástica la mortalidad sin embargo aparecen nuevos problemas que agravan o modifican la morbilidad.

2.9 Tendencias en la asistencia materno infantil, enfermería y familia.

Las tendencias actuales son las siguientes,

- **Regionalización:** Es la tendencia de trasladar a la madre de riesgo, antes del nacimiento a un centro de tercer nivel para que el lactante de riesgo nazca en un área contigua a una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Con esta tendencia se han reducido las tasas de mortalidad infantil.
- **Estándares de asistencia pública,**son criterios asumidos por los especialistas que trabajan en un servicio o área geográfica concreta (zona de asistencia) y que evolucionan con el tiempo y a su vez están sometidas a perfeccionamiento y mejoras continuas. Se incluyen así técnicas de monitorización fetal y ecografía como estándares. Estos se tienen en cuenta en los procesos legales, por lo que no se deben omitir. Los estándares de salud pública quedan recogidos en los protocolos de trabajo o procedimientos normalizados de trabajo.
- **Reducción de costes,** Actualmente hay una tasa creciente de nacimiento por cesárea por aumento de ecografías, así como asistencia de alta tecnología. Esto tiene dos vertientes, una positiva ya que se salvan más fetos de sufrimiento fetal y muerte, y negativa porque los costes son mayores, además de riesgos añadidos: anestesia, hemorragia, infecciones, etc. propios de una intervención quirúrgica.
- **Atención centrada en la familia,**Asistencia centrada en la familia en la que la madre, el niño y el padre, se consideran una unidad indisoluble.
- **Con un miembro de enfermería asignado para la atención primaria.**

Además, en el hospital se fomenta las unidades de parto, alumbramiento, recuperación y puerperio (UPARP), es decir una asistencia integral en la que la pareja intervenga más activamente. Ejemplo: implicación del padre en embarazo, parto y puerperio. La figura del padre debe ser importante y se le posibilita la colaboración en el parto.

Cualificación técnica y humana del profesional de enfermería, se encamina hacia la auto asistencia o autocuidados. La familia como unidad debe ser asesorada en cuestiones de salud para la mujer y crianza del hijo. Esto es producto de una sociedad que se desplaza desde la industrialización hacia la comunicación e información.

La reducción de la mortalidad neonatal conlleva atención prenatal, para certificar la seguridad durante el parto, asistencia durante el alumbramiento y cuidados cualificados durante el puerperio inmediato. Es decir, se trata de una asistencia continuada, ya que, si se limita a una de las tres fases, pierde toda su eficacia. Toda mujer embarazada debe acudir al menos a cuatro visitas prenatales con el fin de reducir las complicaciones durante el parto, asegurando por ello su salud y la del feto,

- Exploración física
- Prevención de complicaciones
- Pruebas esenciales, incluyendo VIH y malaria
- Situación familiar: matrimonio, herencia genética, enfermedades, alergias...
- Gestación: embarazos previos, enfermedades crónicas, fármacos...
- Procedimientos prenatales de detección selectiva de anomalías: Amniocentésis, ecografías...
- Social: estructura familiar, entorno, vivienda, creencias, etnia

Responsabilidades de Enfermería: El personal de enfermería es a los que acude la pareja cuando quieren aclarar dudas sobre procedimientos o tratamientos, o para buscar apoyo y consejo. En cada parte del proceso, sala de espera, consultorio, habitación y quirófano la enfermera es la que guía y explica todo a los pacientes encargándose del consentimiento informado, ayunas antes de intervención, organizar pruebas solicitadas, administración del tratamiento, etc. En la práctica son

los encargados de organizar el trabajo y del aspecto psicológico de los pacientes. La esterilidad/infertilidad conlleva problemas biológicos, psicológicos y sociales:

- Sentimiento de culpa por haber pospuesto la maternidad con el uso de anticonceptivos, por motivos personales.
- Aborto previo
- Al determinarse la causa uno de los miembros se auto inculpa.

2.9.1 Modelo de enfermería de Nola Pender, Promoción de la Salud

Según la Organización Panamericana de la Salud, para mejorar la salud, es necesario proveer a las personas de los medios necesarios, con el fin de alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, las personas o las comunidades deben poder identificar y satisfacer sus necesidades, capacidad de cambiar y adaptarse al entorno. El perfil de salud muerte materna (MSPAS, 2015) en el departamento de Sololá se caracteriza por muertes maternas en descenso en el 2015 (13 casos) (280 casos acumulados) total el 3 %, 63.6 % porcentaje acumulado.

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El modelo promoción de la salud, pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El objetivo de las acciones fundamentales favorece las modificaciones en el perfil mortalidad actual, deberán realizarse fundamentalmente en la Atención Primaria de Salud. Para lograr los cambios de actitudes de los individuos, familias y la población hacia la percepción y la práctica de la salud, constituye la piedra angular en la práctica de los profesionales de Enfermería no es algo raro o poco común; especialmente en el campo de la Enfermería Comunitaria, lo que llevaría a valorar la actualidad del Modelo de la Dra. Nola Pender en la promoción de salud.

Aristazabal, G. et. al (2011) señala, el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables, permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables; la Dra. Pender revoluciono los conocimientos sobre la promoción de la salud a través de su investigación, su docencia, sus comunicaciones y sus escritos.

Tuvo una influencia notable en el conocimiento de la promoción de la salud a través de sus trabajos de investigación, formación y escritos; "un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva", que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería.(p. 3, 4).

Aristazabal G. et al (2011) destaca que el control prenatal es la principal herramienta política y programática, utilizada alrededor del mundo para realizar seguimiento de la gestación; la Organización Panamericana de Salud lo define como: "el conjunto de actividades que se realizan en la embarazada con la finalidad de obtener el mejor estado de salud de ella y su hijo". El propósito de este seguimiento es la detección de las alteraciones del embarazo, para impactar de forma positiva en la reducción de la mortalidad materna e infantil, en especial en los países de alta vulnerabilidad.

El control prenatal es un servicio de salud cuyos resultados dependen no sólo de la oferta del servicio, sino del uso adecuado que la gestante haga de él. Para explicar el correcto uso del control prenatal, algunos autores han descrito factores que influyen en la utilización del mismo; dentro de los que se encuentran los factores de necesidad, es decir aquellos que están mediados por las barreras percibidas para acceder al mismo, la tolerancia a la enfermedad, la percepción del estado propio de salud y los beneficios que percibe la mujer para asumir la conducta de cuidado durante la gestación.

Asimismo, la comprensión del uso adecuado o inadecuado del control prenatal, puede traducirse, desde el enfoque propuesto por Nola Pender, como una conducta promotora o favorecedora de la salud. El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender, permite entender desde la perspectiva de enfermería los motivadores de la embarazada para asistir o no a los controles prenatales; por su fortaleza en ayudar a identificar los factores que influyen en la toma de decisiones y en las acciones para promover la salud.

En especial, el modelo destaca las cogniciones y afectos relativos a la conducta, que engloban los beneficios y barreras percibidas, las experiencias anteriores y las influencias del entorno que la mujer puede tener para comprometerse con un mayor cuidado durante la gestación, que pueden ser potenciadas o no por las necesidades en salud que la gestante percibe. Algunos autores han estudiado los beneficios, barreras y experiencias, como factores influyentes en las conductas promotoras de salud; en este sentido Yun-Hee et al encontraron que la experiencia anterior y los beneficios percibidos se relacionan de manera positiva con el compromiso de una conducta favorecedora de la salud; y Hanson et al dan cuenta de las barreras y facilitadores para la realización de pruebas de tamizaje, por ejemplo, la mamografía en mujeres.

Este tipo de estudio puede permitir a los profesionales de la salud, en especial a los profesionales de Enfermería y de la región a mejorar las intervenciones de cuidado a las gestantes que requieren de atención prenatal, en aspectos orientados a mejorar las acciones de adherencia de las formas de estimular a la gestante al uso temprano y completo del número de controles prenatales. En definitiva, el modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

Los metaparadigmas

- Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- Persona: Es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo perceptual y sus factores variables.

- Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio. La responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. (p. 6)

Capítulo 3

Marco metodológico

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo General

- Determinar los factores que inciden en las muertes maternas en el municipio de Sololá.

3.1.2 Objetivos específicos

- Establecer los factores que inciden en las muertes maternas en el municipio de Sololá.
- Analizar los factores que inciden en las muertes maternas en el municipio de Sololá.
- Considerar los factores que inciden en las muertes maternas en el municipio de Sololá.

3.2 Variable y su operacionalización

Tabla # 1

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Preguntas del Instrumento
Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá	La mortalidad materna es a causa de diferentes factores de las cuales pueden ser posibles por: edad, condiciones económicas, sociales, culturales, etc.	El índice de embarazos en adolescentes va aumentando significativamente debido a las condiciones físicas de la mujer.	Embarazos a temprana edad	1. ¿En cuál de los rangos de edad se encuentra usted?
	El analfabetismo es un problema social, en Guatemala asciende a 40.7% y en mujeres indígenas la tasa es de 74%	El analfabetismo conlleva ignorancia en los pueblos, específicamente en mujeres indígenas	Educación	2. ¿Sabe leer y escribir?
.	La barrera idiomática constituye una limitación entre usuarios y servidores públicos	El idioma materno es dominado en la mayoría de veces a comparación con el castellano	Barreras de comunicación	3. ¿Qué idioma utiliza con más frecuencia?

	El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con diferentes programas de atención	La falta de acceso a servicios de salud pone la vida de la mujer embarazada en peligro	Inaccesibilidad a servicios de salud	4. ¿Usted acude a los servicios de salud?
	La importancia del control prenatal se deriva identificando riesgos que puedan ocasionar muerte del feto	Las visitas domiciliarias se realizan consecutivamente debido a que las mujeres no asisten a su control prenatal	Falta de conocimiento sobre los controles prenatales	5. Durante su embarazo ¿Realizo su control prenatal?
	La atención integral al momento del trabajo de parto es de vital importancia y que sea realizada por personal capacitado	En las comunidades existen comadronas que asisten en toda la etapa de parto y embarazo	Atención inadecuada	6 ¿Al momento de su parto ¿Por quién fue atendida?
	Es importante conocer si las mujeres conocen los factores de riesgo en el embarazo	La falta de conocimiento afecta el cuidado materno infantil	Falta de conocimiento	7. ¿Cuál de estas respuestas considera que son riesgos en el embarazo?
	Hay 4 tipos de barreras entre los	No poder comunicarse en	Factor lingüístico	8. ¿Considera usted que el

	profesionales sanitarios y pacientes alófonos: los lingüísticos (diferencia de idiomas); los basados en el distinto uso y dominio, por parte de profesionales médicos y pacientes, del registro, conceptos y términos propios de la medicina y el sistema sanitario	su idioma materno con el personal médico causa temor en las pacientes		idioma maya o lengua maya que usted habla es un impedimento para ser atendida en el puesto o servicio de salud?
	La accesibilidad y los medios de transporte contribuyen a una llegada inmediata al destino deseado	En las comunidades lejanas no cuentan con accesibilidad vehicular y medios de transporte	Acceso al servicio de salud.	9. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al Centro de Salud u Hospital?
	El idioma materno es dominado mayoritariamente por personas de áreas rurales	Los idiomas maternos no son dominados frecuentemente por el personal de salud	Falta de comunicación por usuarios y personal	10. ¿Qué dificultad se ha presentado en el servicio de salud con respecto al idioma?

	Conocer las razones de la inasistencia de las mujeres embarazadas a los servicios favorece la erradicación de la misma	Es importante conocer las opiniones de las mujeres, ya que eso revela los motivos de las inasistencias	No acuden a los servicios de salud	11. ¿Cuál cree usted que sea la razón de que no lleguen las mujeres embarazadas a los servicios de salud?
	La práctica cultural en las áreas rurales es de suma importancia para los habitantes y las practicas ancestrales	Las costumbres, tradiciones y el idioma juegan un papel importante en la vida de los pobladores ya que se practican tengan o no riesgo en la salud.	Limitantes a causa de Cultura, tradiciones y costumbres	12. ¿Cree usted que la cultura limita a que las mujeres acuden en los Servicios de Salud?
	La mortalidad materna afecta considerablemente la salubridad de las mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil	Es importante investigar el nivel de conocimiento de los factores de mortalidad materna	Falta de conocimiento	13. ¿Mencione cuáles son los riesgos de mortalidad en mujeres embarazadas?
	El cuidado del embarazo constituye una serie de actividades y estilo de	El rol de las mujeres en áreas rurales está sujeto a trabajo en casa	Rol de la mujer indígena no favorece en el cuidado en	14. De los siguientes ¿Cuál cree que es un cuidado

	vida saludable y en el puerperio	y en muchas veces en busca del sustento diario en precarias condiciones	el pre y post parto	fundamental después del parto?
	El aborto es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o involuntaria	En la mayoría de casos el aborto ha sido de manera involuntaria y en mujeres primerizas	Riesgo de aborto	15. Durante su o sus embarazos ¿A sufrido riesgo de aborto?
	La economía juega un importante papel en la que sufraga las necesidades básicas específicamente del hogar	El factor económico efectiva en la familia garantiza una estabilidad y especialmente en sufragar gastos en la mujer embarazada	Factor económico	16. ¿Su familia está preparada económicamente para el nacimiento de su hijo/hija?
	El criterio de las mujeres embarazadas o en edad fértil en relación a la salud y prevención de enfermedades contribuye a un estado de bienestar	Es importante conocer las consideraciones de las propias mujeres en gestación para su autocuidado	Conocimiento de los factores de mortalidad	17. ¿Cómo considera que podemos evitar las muertes en las mujeres embarazadas?

Fuente: Elaboración propia. Basada en el instrumento del estudio y definiciones de la OMS, 2019

3.3 Población y muestra

La población serán las mujeres embarazadas de la Cabecera Municipal de Sololá, ya que son las partes que sufren las consecuencias de las muertes maternas.

3.4 Sujetos de estudio

Está conformado con un total de 40 mujeres embarazadas del distrito 1 correspondiente del Municipio y Departamento de Sololá

3.5 Criterios de Inclusión y exclusión

3.5.1 Criterios de Inclusión

Mujeres embarazadas que corresponden al territorio del distrito de Salud 1 del Municipio de Sololá, que acepten participar en el estudio.

3.5.2 Criterios de Exclusión

- Mujeres embarazadas que deciden no participar en el estudio.
- Mujeres embarazadas las características de los sujetos de estudio

3.6 Diseño de la investigación

La investigación con enfoque cuantitativo, se seleccionó de acuerdo a la observación y datos generados del Centro de salud, es un tema latente y polémico dentro del municipio de Sololá, luego se investigó respecto al tema seleccionado la fase del proceso investigativo, se derivaron: problema de investigación, justificación, objetivos generales y específicos, hipótesis, el marco teórico, la metodología de la investigación, organización y bibliografía, lo que contribuye a una etapa lógica del desarrollo del proceso del tema investigación.

El estudio es con enfoque cuantitativo, según explica Sampieri (1991: 5), la recolección de datos, con base en la medición numérica y análisis estadístico. Los datos son mostrados en forma

numérica, como por ejemplo estadísticas, porcentajes, etc. De tipo descriptivo porque nos permite describir los conocimientos de las participantes en el cuestionario y es de corte trasversal porque tiene un inicio y finalización determinado, a corto tiempo de septiembre a diciembre del 2019.

Técnicas e instrumentos de investigación; la recolección de datos se llevó a cabo de forma individual, el instrumento que utilizó es la encuesta, el cual consta de 15 preguntas de respuestas abiertas y cerradas, la que consiste en dividir la población en caseríos y aldeas que conforman el Municipio para luego realizar la investigación al azar. El estudio de investigación en base de tipo instrumento cuestionario, se realizó de acuerdo con encuesta a la población de mujeres gestantes del Municipio de Sololá, con una muestra de 40 mujeres que corresponde a un 50% de la población.

Se realizó un estudio piloto que permitió determinar la eficacia de metodología utilizada, respondiendo el instrumento si complicaciones, se llevó a realizarse con las mujeres embarazadas del municipio y departamento de Sololá, con la cobertura de Distrito 1 de salud de Sololá, se seleccionaron a mujeres que fueron sujetos a los cuestionarios correspondientes, la metodología fue empleada de manera voluntaria y se leyeron cada pregunta a las participantes.

3.7 Análisis estadístico

Después de la recolección de datos del estudio, se procede al ordenamiento de los instrumentos utilizados. En la tabulación de datos, la técnica manual y electrónica. El análisis es de tipo estadísticos descriptivos en las que será empleada para descifrar lo que revelan los datos que son recogidos, de acuerdo a la población a investigación. Posteriormente se procede de una forma electrónica que se plasma en el informe final. En esta investigación se utilizó distintos tipos de fórmulas estadísticas como es: la tabulación de los cuestionarios.

3.8 Aspectos ético legales

Se realiza la investigación con los fundamentos y procedimiento debidamente legales, se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones éticas,

- Permiso institucional

A través de solicitud de permiso por escrito al Director Médico del Distrito 1 del Centro de Salud de la Cabecera de Sololá se obtiene la autorización.

- Anonimato y confidencialidad

Se asegura a cada participante que el proceso de recolección, tabulación y análisis de los datos se realizarán con el cuidado de mantener siempre el anonimato y confidencialidad en el manejo de la información de los participantes.

- Beneficencia

Sobre el estudio realizado y los resultados de la misma son del beneficio para el aporte teórico-práctico del personal de salud que laboran en el Distrito 1 de salud del Municipio de Sololá y de la misma forma para las mujeres embarazadas de dicho territorio.

- Autonomía

Se respetan a las personas que participan en este estudio ya que será opcional la participación y el aporte al estudio, previo a la explicación de los objetivos del mismo, sin ser influenciados por otras personas, de la misma forma se les dio a conocer que pueden retirarse del estudio cuando crean conveniente, quedando evidenciado de su participación en el consentimiento informado.

- Justicia.

A cada participante se le trató de la misma manera y gozará de los beneficios que se obtengan en todo el proceso del estudio.

- Consentimiento informado

A cada participante se dio a conocer los objetivos del estudio y se les proporcionó toda la información concerniente al estudio, de la misma forma la utilización de la hoja de consentimiento en donde los participantes de la investigación determinarían libres de toda imposición del consentimiento para la participación en la investigación.

Capítulo 4

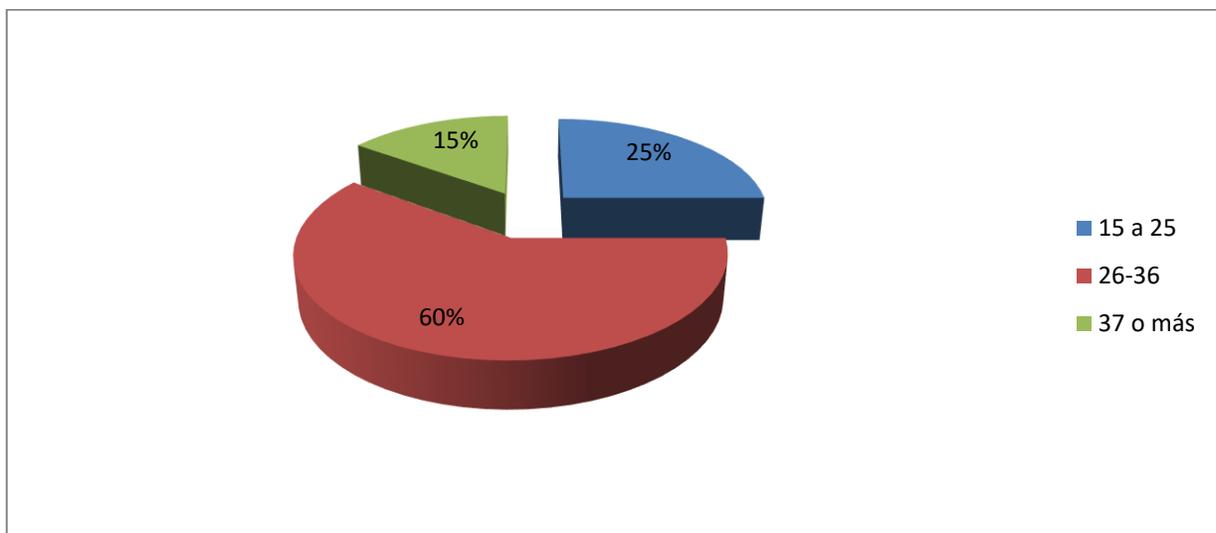
Análisis y presentación de Resultados

Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá

Los datos obtenidos de la investigación se derivaron de la problemática tanto nacional e internacional, en el departamento de Sololá se ha incrementado la estadística de las muertes maternas de las cuales no se conoce los factores, por lo que se realiza el estudio respectivo y los datos obtenidos de los cuestionarios de detallan de forma gráfica y analítica.

Grafica #1

En cuál de los rangos de edad se encuentra usted

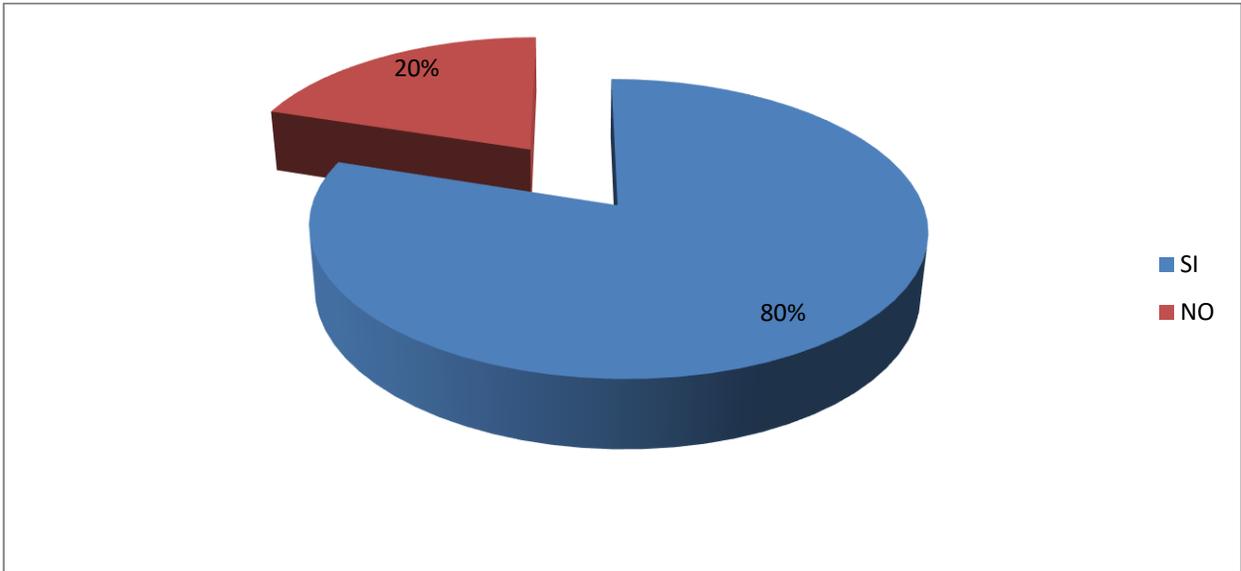


Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 60 % de las mujeres entrevistadas se encuentran en el rango de 26 a 36 años, indica que están dentro de los parámetros de edad reproductiva ideal para el embarazo, el 25% de las mujeres están en el rango de 15 a 25 años, indica entonces que dentro de éste grupo de mujeres en estado de gestación algunas son menores de edad, por último el 16% corresponde a las mujeres mayores de 37 años o más, esto da a conocer que hay riesgo en el embarazo por la edad de la mujer embarazada.

Las edades extremas o adolescencia es condición de riesgo, se refiere a factores endógenos de la madre y determinan peligros para la evolución natural del embarazo, destaca Montejo, G. (2018) en el estudio “Factores de riesgo asociados a la muerte materna”.

Grafica #2
Sabe leer y escribir



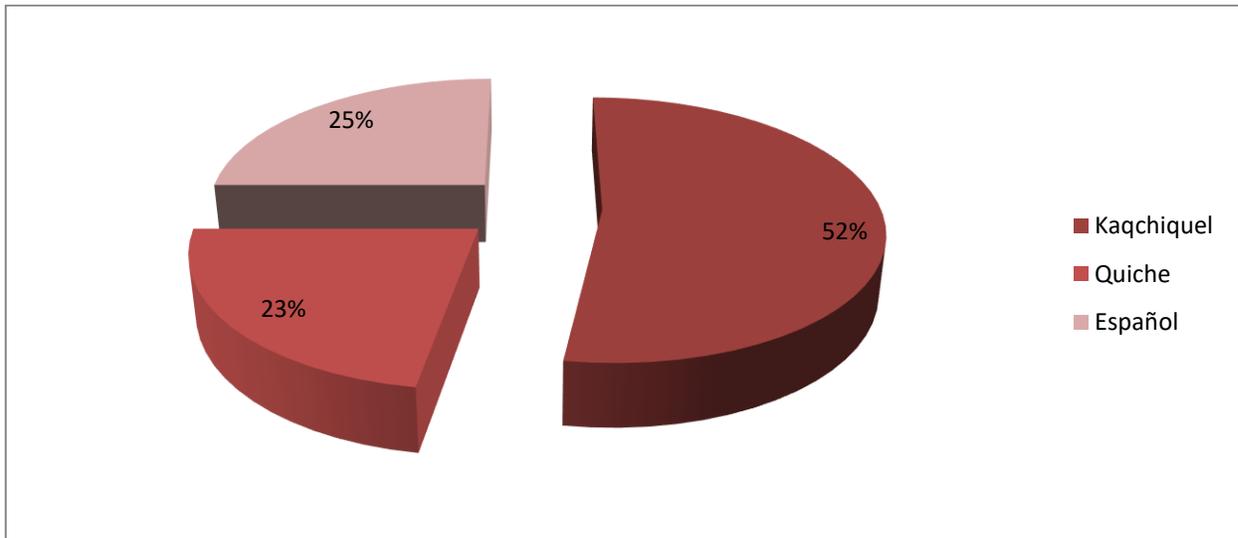
Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

En relación del tema de alfabetización, el 80% de las mujeres saben leer y escribir de las cuales la mayoría indica que no culminó el nivel diversificado y que algunas de ellas solo iniciaron el nivel básico, por otro lado, el 20% indica que no sabe leer ni escribir lo que nos indica desconocimiento sobre un estilo de vida saludable, falta de educación, ignorancia etc.

Educación. Las tradiciones, creencias, hábitos y costumbres de los habitantes ejercen influencia sobre el estado de salud de las personas, afirma, Montejo, G. (2018) en el estudio “Factores de riesgo asociados a la muerte materna”.

Grafica #3

Qué idioma utiliza con más frecuencia

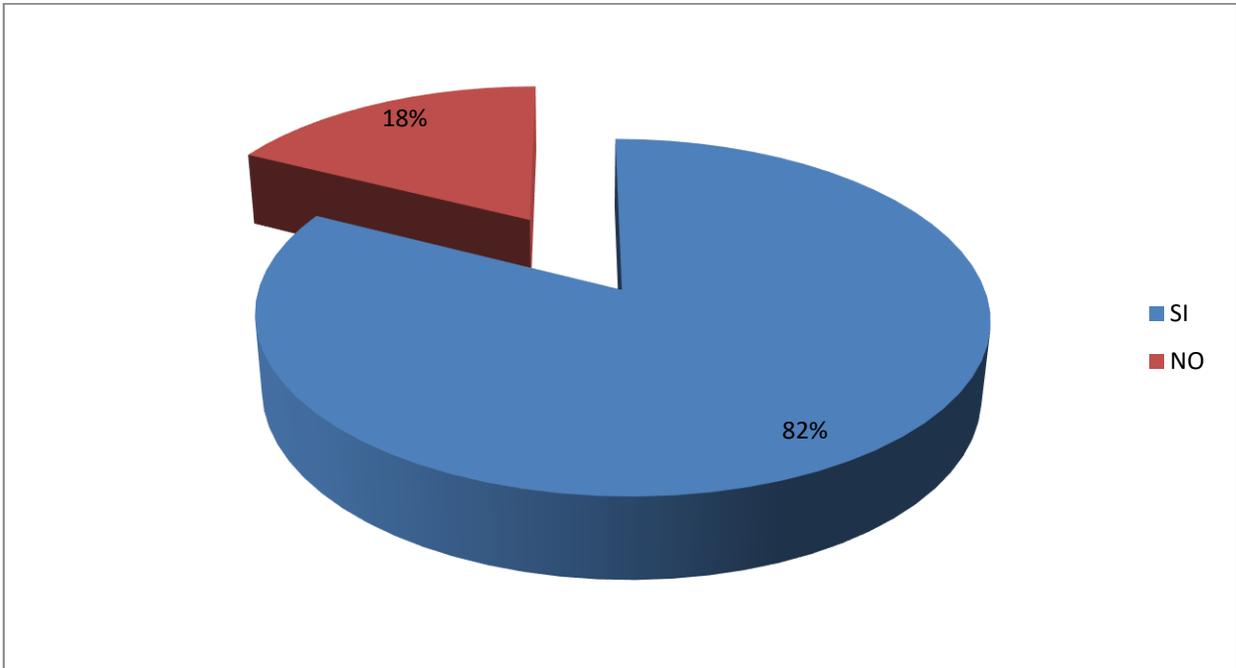


Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 52% de las mujeres respondieron que el idioma que utilizan es el idioma Kaqchiquel, es el idioma predominante de la región de Sololá, pero de la misma forma existen otros idiomas que se dominan que son de igualitarios porcentajes como es el idioma español y el idioma Quiche, lo que nos indica que la mayoría habla un idioma materno lo que es una barrera dentro de la comunicación entre paciente y personal de salud, un mayor porcentaje de las personas que viven en las áreas rurales son las más pertinentes en relación a la diversidad de idiomas y prevalece el déficit de socialización con las demás personas lo que limita la convivencia con personas de las áreas urbanas.

Grafica #4

Acude a los servicios de salud

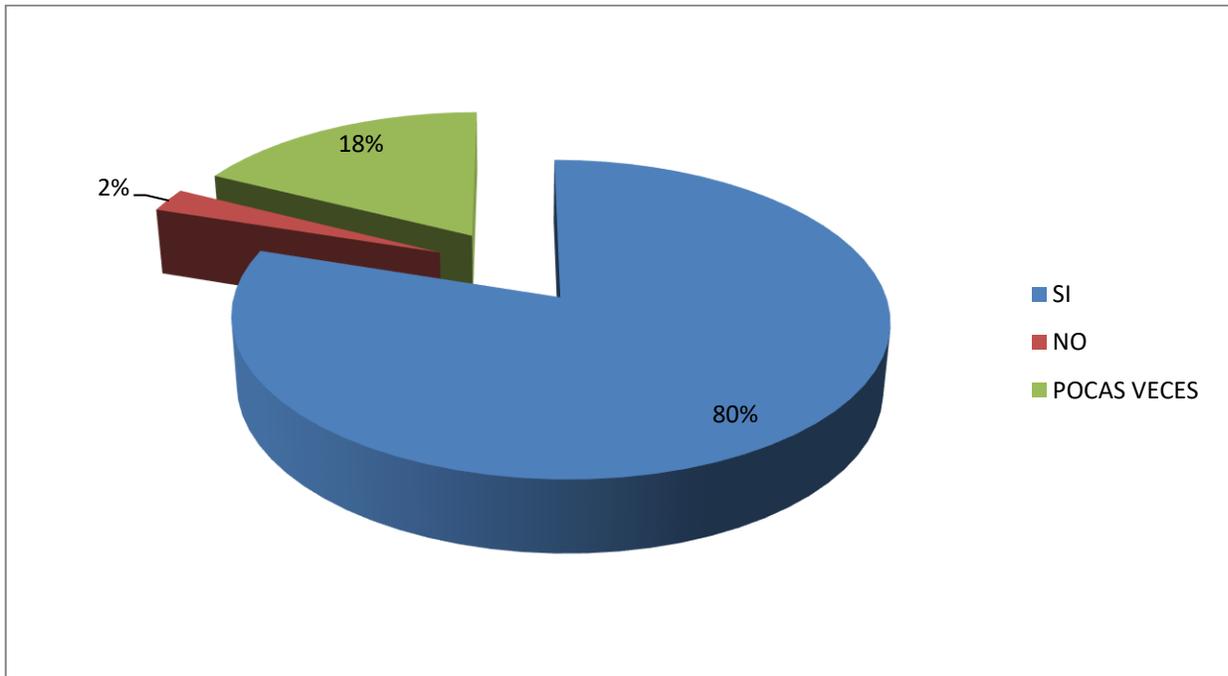


Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 82% de las mujeres indican que acuden a los Servicios de Salud que incluye: Centros de Salud, Puestos de salud y Hospitales lo que nos da a entender que hay una aceptación de parte de las familias sololotecas en relación a las visitas a los Servicios de Salud, pero el 18% indica que no acude esto debido a diferentes factores como lo es, vergüenza, miedo y por malas experiencias vividas de las propias mujeres del trato recibido del personal de Salud, es lo que refiere la mayoría de las mujeres que su respuesta fue un Si.

Grafica #5

Durante su embarazo realizo control prenatal



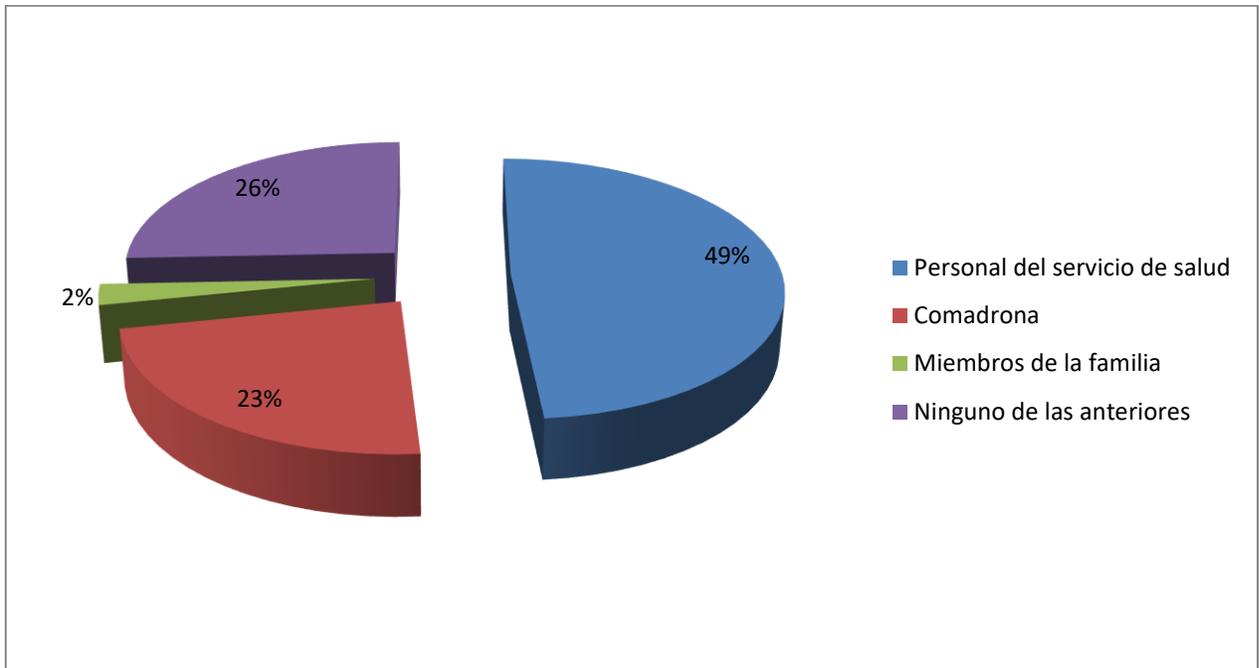
Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 80% de las encuestadas indicaron que realizaron y/o realizan su control prenatal en los respectivos Servicios de salud, lo que indica que la mayoría se preocupa por el control de su embarazo, el 18% indica que son pocas veces de las cuales no dan el motivo de la misma. Y el 2% que no acude a su control prenatal debido a que confían en una comadrona.

El control prenatal es un servicio de salud cuyos resultados dependen no sólo de la oferta del servicio, sino del uso adecuado que la gestante haga de él. Para explicar el correcto uso del control prenatal, algunos autores han descrito factores que influyen en la utilización del mismo; dentro de los que se encuentran los factores de necesidad, es decir aquellos que están mediados por las barreras percibidas para acceder al mismo, la tolerancia a la enfermedad, la percepción del estado propio de salud y los beneficios que percibe la mujer para asumir la conducta de cuidado durante la gestación. (Aristazabal, G. et. al, 2011)

Grafica #6

Por quién fue atendida al momento de su parto



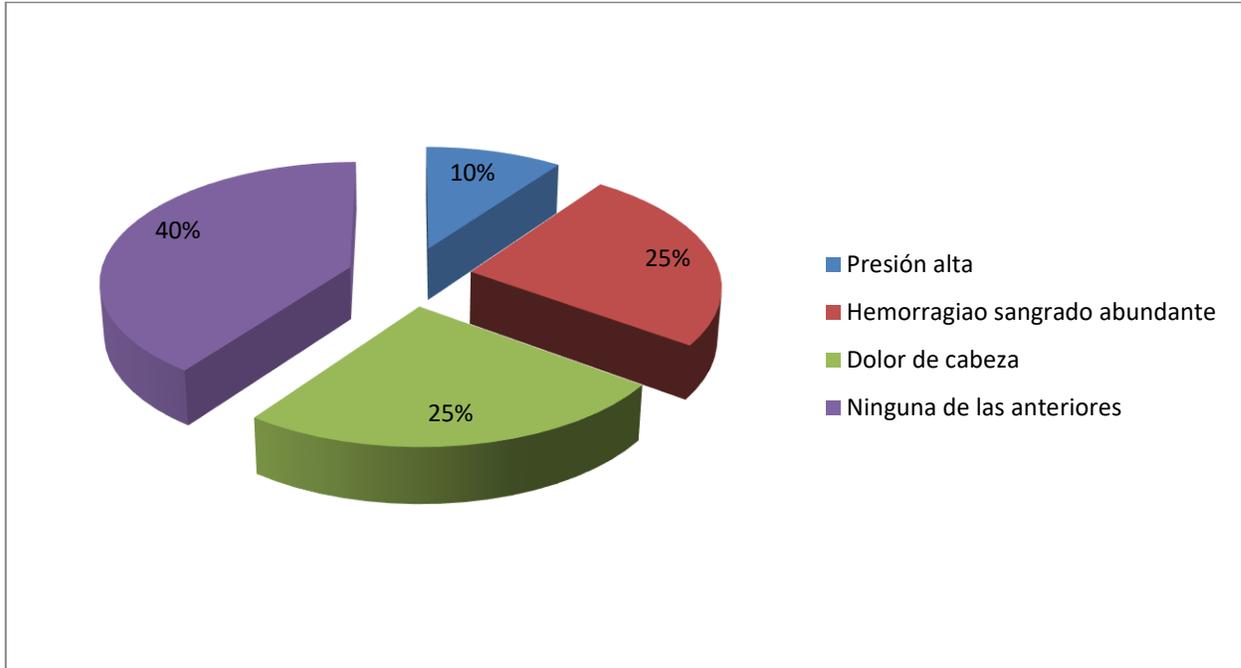
Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 49% respondieron que fueron atendidas en el Centro de Salud u Hospital, en esto se refleja que aceptan los cuidados médicos y servicios de salud, de las cuales atienden personal capacitado para el trabajo de parto, por consiguiente el 26% respondieron que son primerizas y aún no han requerido la atención al momento del parto, el 23% indica que fueron atendidas por comadronas esto indica que son atendidas en casa sin ningún tipo de equipo necesario por si surge algún tipo de emergencia y el 2% que fueron atendidas por miembros de la familia lo que es un riesgo y vulnerabilidad en la salud integral de la madre e hijo/a.

Los obstáculos a que las mujeres están expuestas para recibir la atención adecuada son de diferente índole ya que podemos concluir que se debe a la pobreza, distancia del lugar y las prácticas culturales, todo esto limita a que las mujeres puedan acudir a los Servicios de Salud.

Grafica #7

Considera que son riesgos en el embarazo



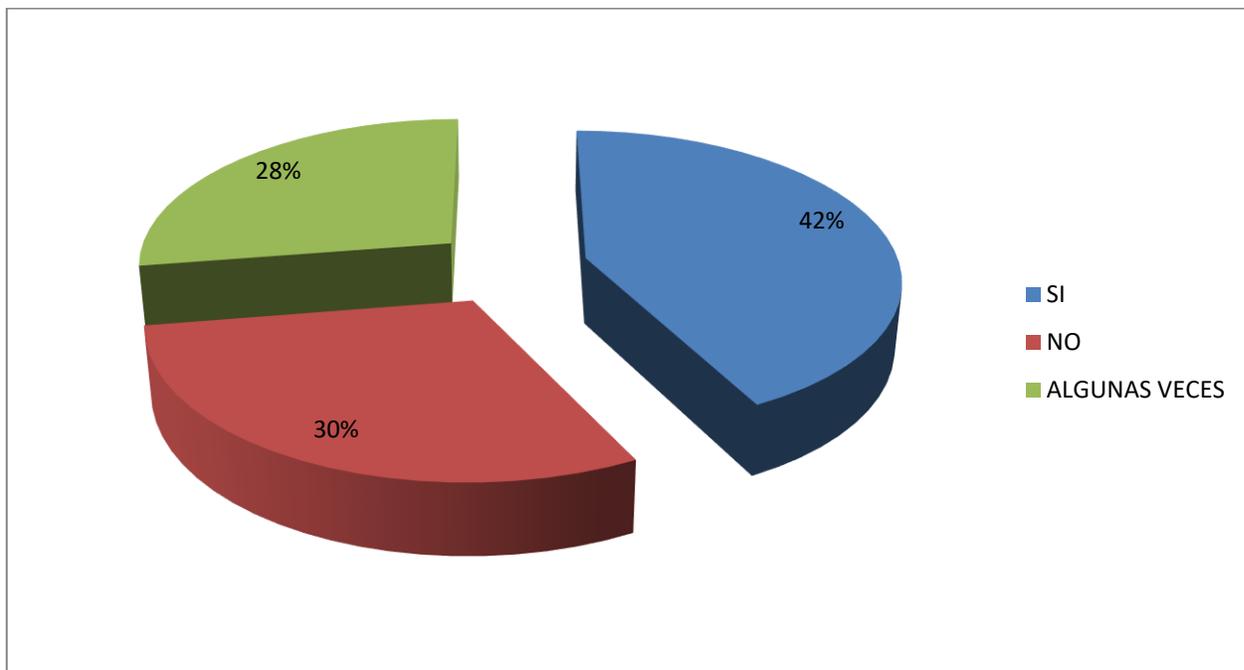
Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 40% indican que no consideran ninguno de estas opciones como síntoma o riesgo en el embarazo, da a conocer que no conocen sobre el tema, debido por ignorancia, falta de educación para la salud y como también falta de información de los Servicios de salud hacia las pacientes, el 25% corresponde a las respuestas de hemorragia abundante y dolor de cabeza, esto fueron lo que respondió la mayoría de las mujeres, por lo que podemos ver que la mitad de la población sujeto de estudio conoce algunas de los riesgos y el 10% indicaron que la presión alta es uno de los riesgos en el embarazo lo que es aceptable.

Entre los factores de riesgo obstétrico menciona Montejo, G. (2018), Biomédicos. Hemorragia, complicaciones del aborto, hipertensión del embarazo, infección y complicaciones del parto. Obstétricos indirectos. Malaria, hepatitis, anemia o enfermedad cardiaca postraumática, tuberculosis, diabetes, anemia y desnutrición, entre otros.

Grafica #8

Idioma maya o lengua maya que habla es un impedimento para ser atendida en el puesto o servicios de salud



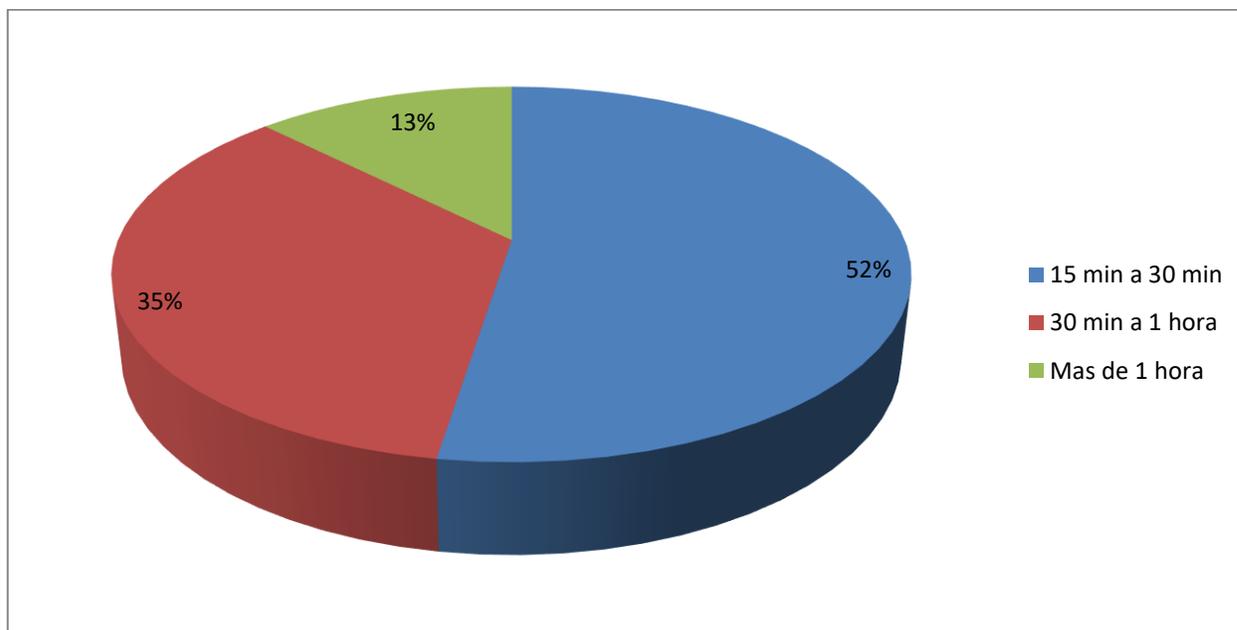
Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 42% de las respuestas consideran que el idioma es una impedimento debido a que las mujeres que dominan el idioma maya tiene temor de poder entablar una conversación con algún médico ya que no pueden expresarse ni entender las indicaciones de la misma, el 30% indica que no es un impedimento ya que aseguran que poco a poco están laborando personas que dominan el mismo idioma lo que contribuye a fortalecer la relación entre el paciente, el 28% indica que algunas veces se presentan casos que porque no dominan el idioma español no les dedican el tiempo ni la atención eficaz para la necesidad de las pacientes, en relación a esto deciden no acudir.

La diversidad cultural juega un importante papel dentro del socialismo y el vivir de las personas, relacionado con el enriquecimiento idiomático lo que varían según sea el lugar, esto a su vez crea una barrera de comunicación entre el personal y la usuaria, con alguna mal experiencia vivida de las mujeres, no acuden más a los Servicios de Salud.

Grafica #9

Tiempo que tarda en llegar al Centro de Salud u Hospital



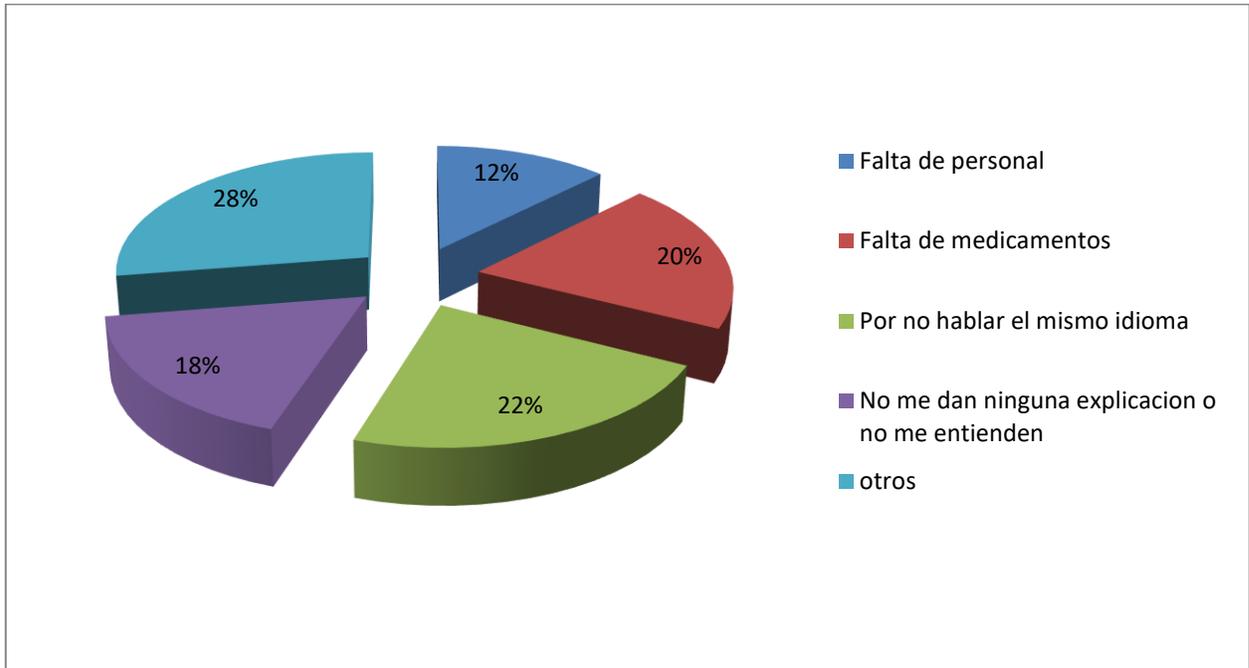
Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en Mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 52% de las respuestas indican que pueden tardar de 15 minutos a 30 minutos esto debido a que la mayoría de las usuarias vive cerca de los Centros de Salud, lo que es de beneficio para las mujeres embarazadas si presentan algún tipo de riesgo o complicación durante el trabajo de parto, el 35% indica que tardan de 30 minutos a 1 hora de tiempo debido a que residen en lugares lejanos y el medio de transporte es limitado, el 13% indica que puede tardarse más de 1 hora debido a factores demográficos en relación al estado de las carreteras y el poco acceso de vehículos en las comunidades lejanas, lo que retrasa la atención inmediata en la mujer embarazada.

La demografía en nuestro país está cada día precaria debido a la inadecuada estructura de las carreteras y los daños perjudicados por el clima y los desastres, esto limita que las personas que viven a una gran distancia de los Servicios de Salud lleguen a tiempo para una intervención inmediata, y lo que deciden hacer; es quedarse en casa y tratar de solucionar el problema de salud.

Grafica #10

Qué dificultad se ha presentado en el Servicio de Salud con respecto al idioma

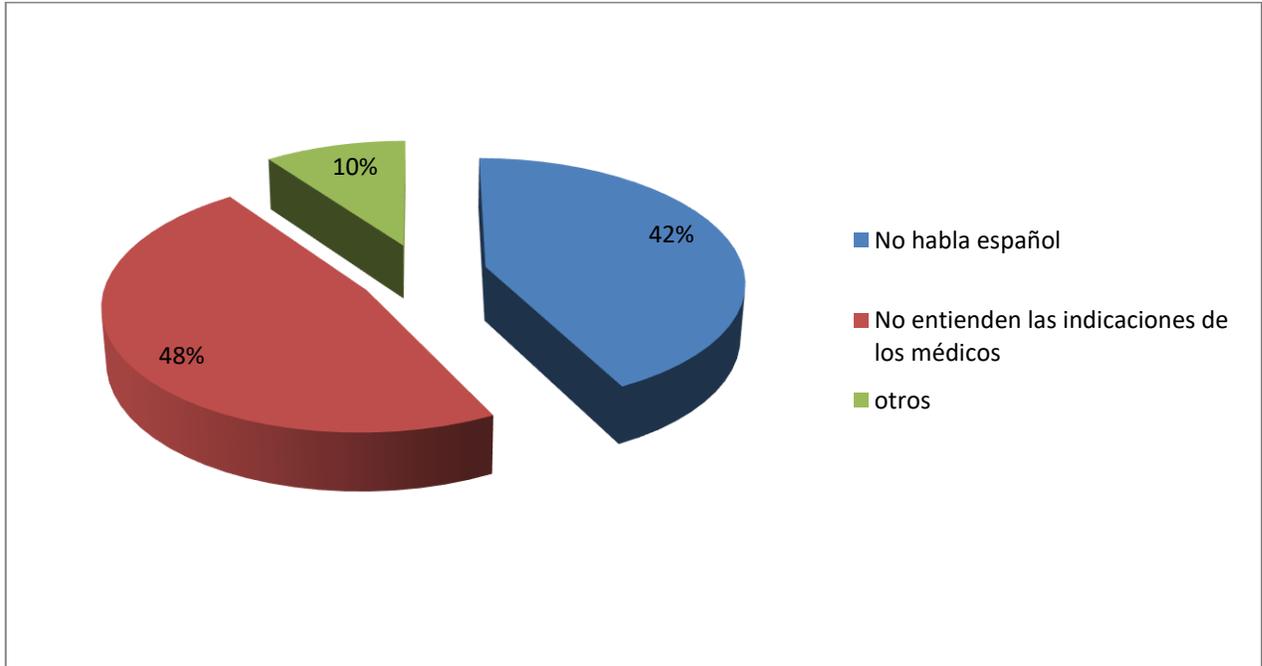


Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 28% indicó que la dificultad encontrada en los Servicios de Salud es la falta de personal que hable el mismo idioma o que pueda ser interprete en las conversaciones entre las pacientes y médicos, el 22% indicó que porque no habla el mismo idioma por lo que ellas no acuden con regularidad a los servicios de salud, el 20% indicó que por falta de medicamentos prefieren no recurrir a los servicios y realizan su control por otros medios, el 18% responde a que no les brindan una explicación adecuada o el personal de salud no entiende la explicación de las usuarias y por ese motivo muchas de las veces no acuden a los servicios de salud para evitar las controversias, y el 12% de las mujeres indicaron que no han tenido ningún tipo de dificultad al momento de acudir a los servicios, lo que fortalece significativamente a que den seguimiento a su control de su embarazo, pero la respuesta positiva es el porcentaje más bajo de las preguntas.

Grafica #11

Cree usted que se la razón de que no lleguen las mujeres embarazadas a los Servicios de Salud



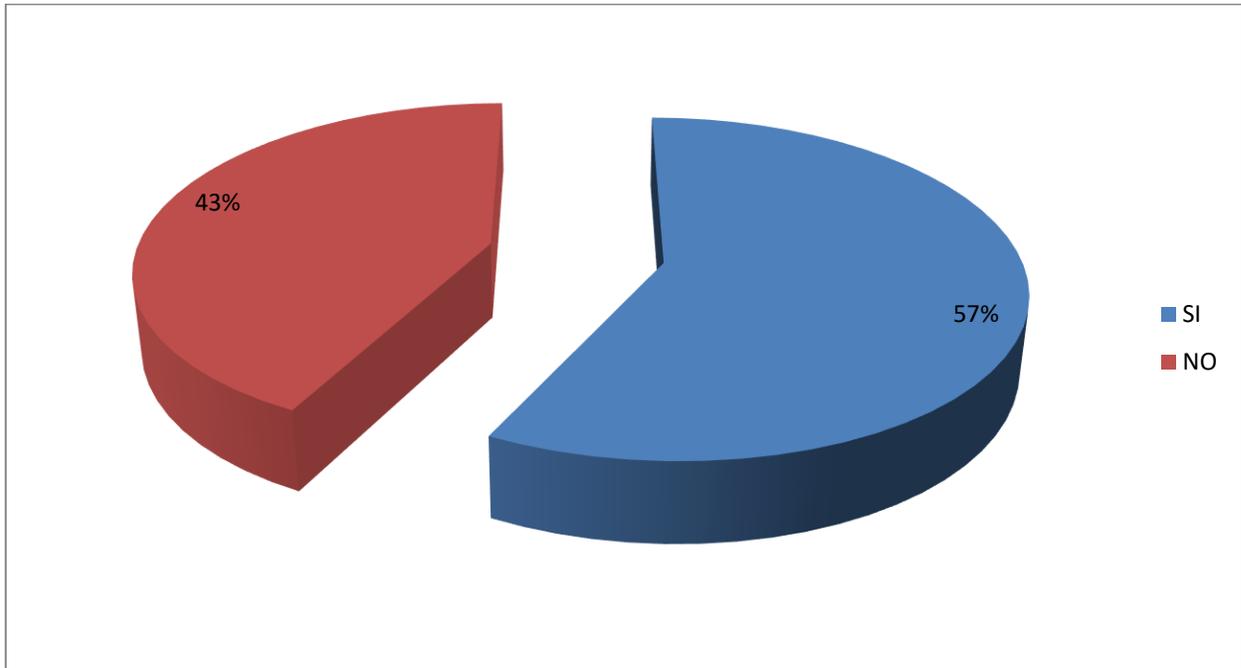
Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 48% indicaron que no entienden las indicaciones de los médicos al momento de exponer la situación de salud en las que se encuentran, el 42% indica que debido a que no hablan el idioma español prefieren acudir con las comadronas, curanderos u otras personas que dominan el mismo idioma lo que da por resultado un inadecuado control prenatal y el 10% indicaron que por miedo al ser atendidas por personal de salud que sea “hombre” esto debido a sus creencias.

El enfoque intercultural promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales, pero mucha de las veces no se aplica tales enfoques o cuidados integrales a la familia y persona, lo que provoca un rechazo de los cuidados de los profesionales de salud y sobre todo en el tratamiento médico.

Grafica #12

Cree usted que la cultura limita a que las mujeres acuden a los Servicios de Salud

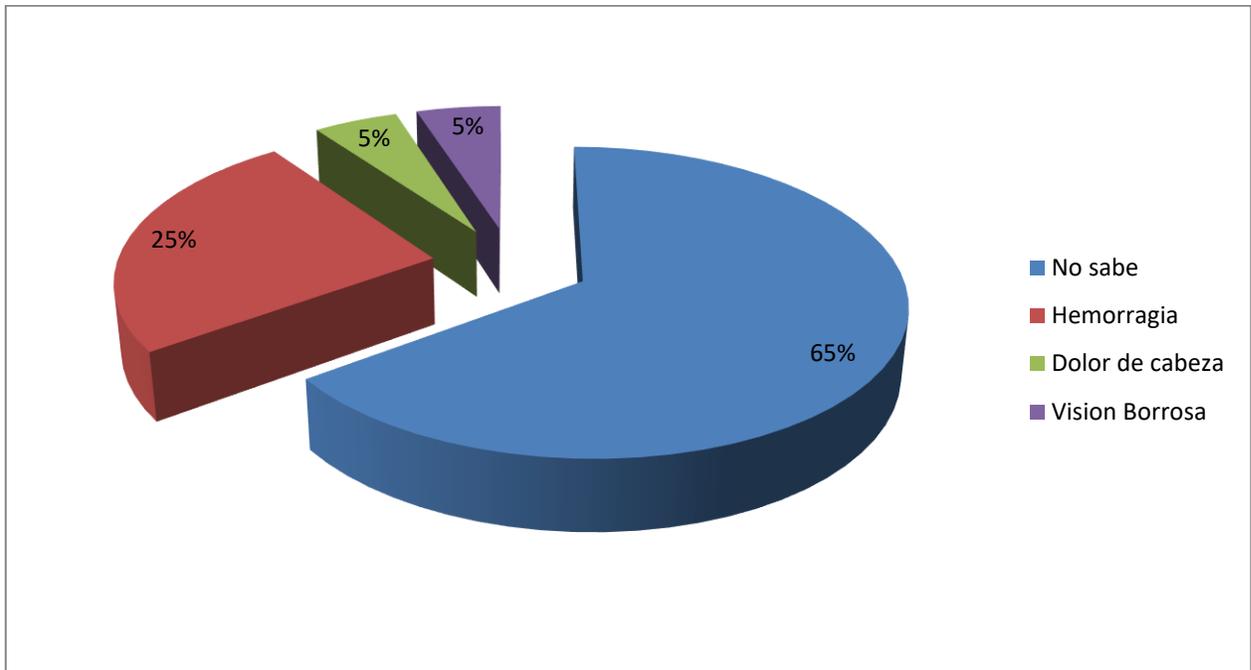


Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

Con respecto a la cultura y costumbres de las áreas rurales, el 57% respondieron que la cultura no limita el poder llegar a los Servicios de Salud, refieren que cada mujer debe de pensar primero en su bienestar ante que cualquier mito de las culturas, el 43% indica que las costumbres, y tradiciones influyen a no acudir a la medicina alternativa y que prefieren las atenciones ancestrales que han surgido de generación en generación, esto revela que es un poco más del 50% de las mujeres embarazadas que aceptan la atención alternativa y por profesionales, ante tal caso es importante trabajar para disminuir el Tabú que existen en las comunidades y lograr que el 100% visiten los Servicios de Salud.

Grafica #13

Riesgo de mortalidad en mujeres embarazadas

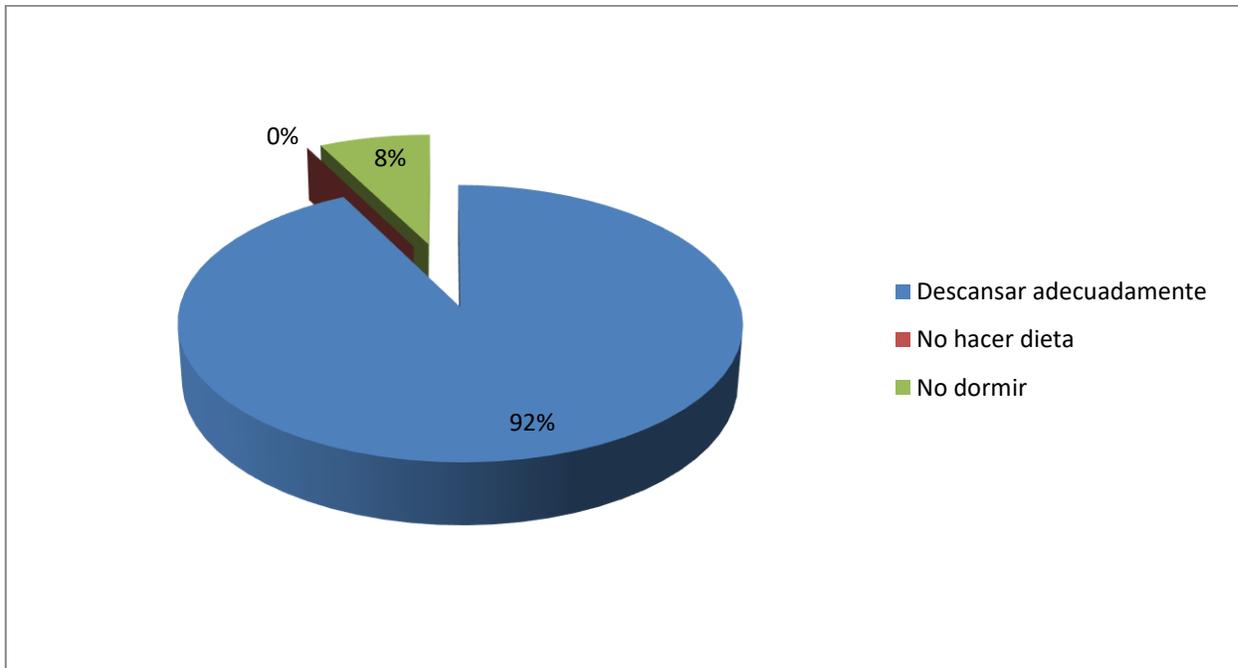


Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 65% indicaron que no saben cuáles son los riesgos, no han escuchado sobre el tema, muchas de estas mujeres ya han tenido más de un hijo, indica que si la gráfica #4 en la que se ve reflejada que la mayoría de las mujeres acuden a los servicios de salud, el personal que brinda la atención a las mujeres en el control prenatal no brinda toda la información necesaria con respecto a las señales de peligro en una mujer embarazada, el 25% indica que un riesgo es la hemorragia o sangrado como comúnmente conocen y el 5% de ambas respuestas son de visión borrosa y dolor de cabeza, es el mínimo porcentaje, en esto podemos ver que existe una deficiencia en la información y el cuidado integral en los controles prenatales hacia las mujeres embarazadas.

Grafica #14

Cree que es un cuidado fundamental después de parto



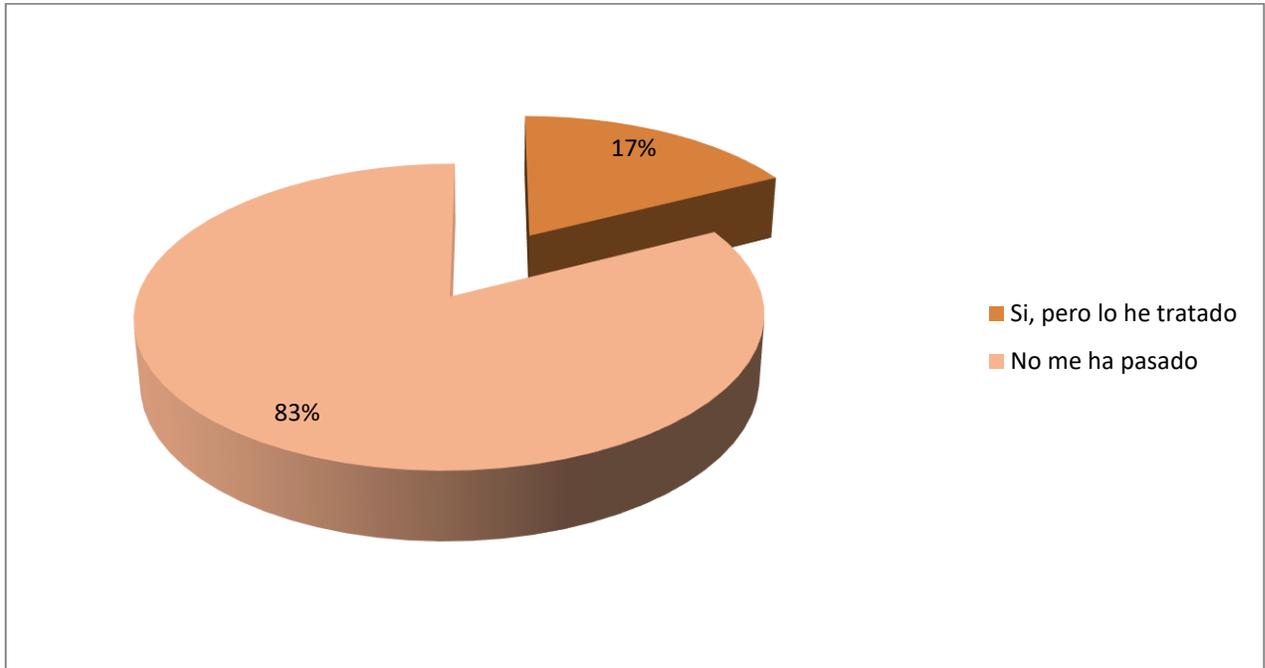
Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 92% de las respuestas indican que las mujeres puérperas descansan adecuadamente, lo que permite la recuperación física y emocional de las mujeres, esto evita que puedan tener algún riesgo de hemorragia o alguna otra complicación médica, el 8% indica que no dormir es una opción después de parto, esto indica que no manejan un estilo de vida saludable, y sobre la última posible respuesta nadie cree que el no hacer dieta es un cuidado fundamental.

La cultura es un tema primordial en las comunidades ya que se respeta las prácticas ancestrales y los ritos que según las culturas son de tratamiento terapéutico por lo que se aplican especialmente en mujeres embarazadas como lo es baños en temascales, bebidas de plantas medicinales entre otros, esto hace que no acepten alguna indicación médica que invada los costumbres y tradiciones.

Grafica #15

Ha sufrido riesgo de aborto durante su o sus embarazos

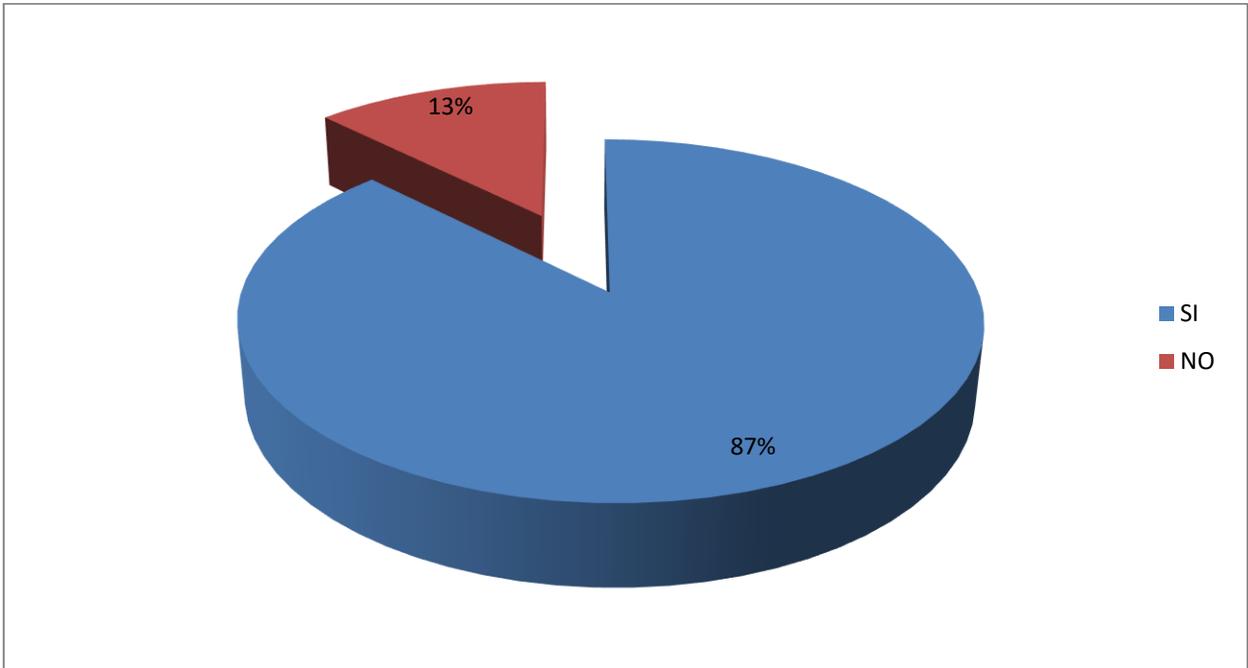


Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 83% indican que no han pasado por un caso de aborto lo que refleja que el cuidado durante la etapa de embarazo ha sido satisfactorio, el 17% indican que han sufrido de riesgo y/o aborto son de diferentes motivos de las cuales indicaron que la mayor parte fueron por descuidos, sufriendo por hemorragia abundante y por desconocimiento no actuaron de inmediato, nos podemos dar cuenta que si teniendo una buena comunicación con nuestros pacientes, pueden ser educadas y que puedan actuar de manera inmediata, no esperando que mejoren en casa.

Grafica #16

Su familia está preparada económicamente para el nacimiento de su hijo/hija

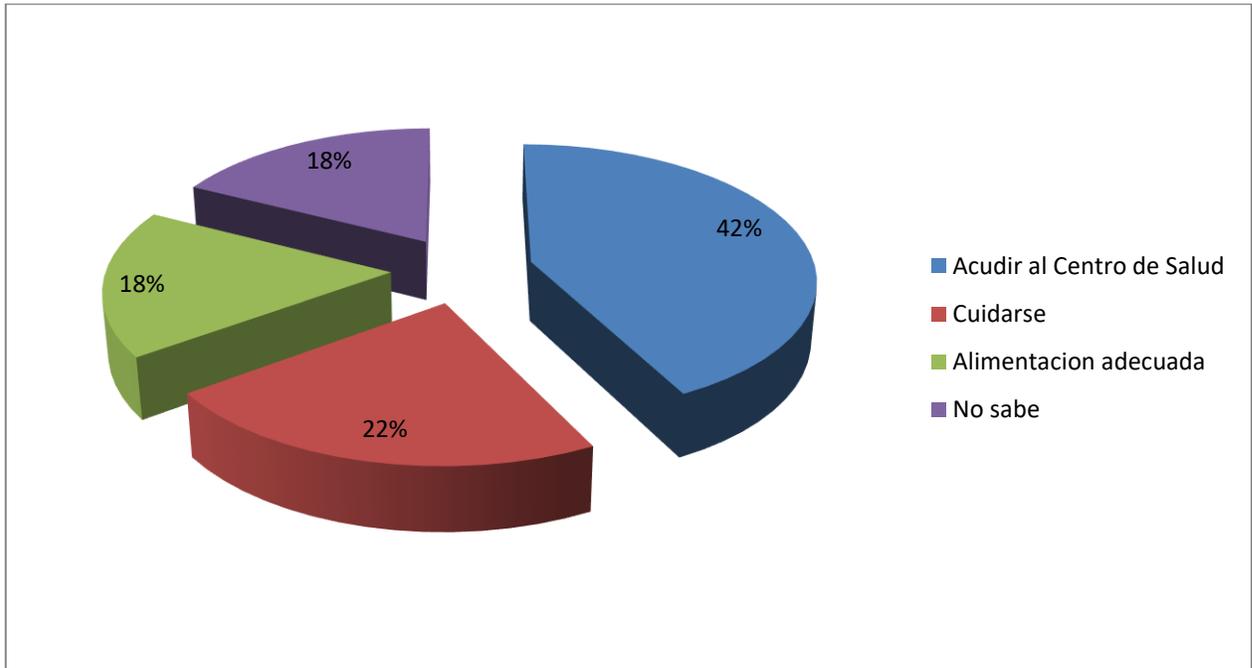


Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 87% de las mujeres respondieron que están preparadas económicamente para el gasto del nacimiento de su hijo/hija, nos da a entender que el factor económico no es una limitante para la atención eficaz y brindar una vida saludable al recién nacido y a la madre, el 13% indicó que no está preparada económicamente debido a dos factores que dieron a conocer la primera es: falta de trabajo y la segunda por el sueldo mínimo que ganan su familia o su pareja, se podría pensar que al momento del parto y posparto no tendrán la alimentación ni el cuidado necesario que se requiere debido a estos factores ya indicados, lo que no garantiza un estilo de vida saludable materno-infantil.

Grafica #17

Cómo considera que podemos evitar las muertes en las mujeres embarazadas



Fuente: Elaboración propia. Datos de encuesta aplicada del estudio: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá, octubre 2019.

El 42% de las mujeres embarazadas respondieron que deben de hacer es acudir a los Centro de salud, Sololá para llevar un control ideal sobre su embarazo, conocer el proceso de crecimiento y posición del bebe, el 22% refieren que lo que deben hacer es cuidarse, hicieron mención sobre evitar trabajos excesivos o levantar cosas pesadas, el 18% indica que deben de llevar una alimentación adecuada, para tener fuerzas al momento de dar a luz o empezar a dar lactancia materna, esto nos indica que la mayor parte de las mujeres embarazadas tiene la idea de cómo vivir y manejar el embarazo, el otro 18% desconoce que deben de hacer para evitar las muertes maternas, esto indica que hay riesgos que ellas no puedan llevar un cuidado en el embarazo, esto puede incrementar los riesgos de muerte materna por desconocimiento.

Capítulo 5

Conclusiones

1. Las muertes maternas son de mayor impacto a nivel nacional y del mundo, prevalecen datos significativos que indican que las acciones de salud no están alcanzando los objetivos de desarrollo sostenible a nivel mundial, existen diferentes estudios relacionados a la tasa de mortalidad materna o neonatal que van variando según sea el país a estudio, se contemplan diferentes aspectos en cada país, cambiando las razones o factores dependiendo del nivel económico, político, promedio de esperanza de vida al nacer entre otros aspectos.
2. En la actualidad existen diferentes razones de las cuales las muertes maternas se siguen dando, dentro del municipio y departamento de Sololá se han generado datos de muertes maternas esto derivado de diferentes causas, de las cuales la principal es la barrera del idioma materno que denomina en el municipio, podemos conocer sobre la cobertura de salud que es extensa más sin embargo la participación de las mujeres embarazadas no ha sido del todo, por esa razón se decidió realizar un estudio sobre factores que indiquen en la mortalidad materna en mujeres embarazadas por medio de cuestionarios que se realizaron de las cuales se obtiene un análisis de datos que revelan que el 80% de las participantes respondieron que no son atendidas de manera amable ni oportuna por parte del personal de salud que labora en los servicios de salud.
3. De la misma forma indican que el idioma que hablan no lo entiende la mayoría del personal que labora en los servicios y debido a esto, no las atienden de forma satisfactoria, lo que provoca rechazo a la atención pública y por ser de escasos recursos no pueden llegar a un centro de atención privada por lo que deciden esperar en casa o que sean atendidas por las comadronas del lugar donde viven.

4. El otro factor relativo es la falta de información del personal de salud hacia las mujeres embarazadas, muchas de ellas indican que han llevado su control prenatal en sus embarazos anteriores pero que no les han mencionado sobre las señales de peligro en una mujer embarazada, lo que preocupa y deja por inquietud si en realidad el personal de salud ¿está brindando una atención eficaz? o no, es importante conocer el desempeño laboral de los trabajadores.

5. Deberán de establecer criterios de atención incluyente en los servicios de salud, probablemente por las mismas acciones y la barrera que se crea entre las mujeres indígenas y el personal hace que no quieran asistir al centro de salud y eso es el riesgo de que mueran en el transcurso del trabajo de parto o una muerte neonatal.

Recomendaciones

1. Socializar los datos obtenidos y el análisis del estudio al personal administrativo y ejecutivo del Distrito 1 de Salud del Municipio y Departamento de Sololá para que se puedan tomar acciones de la problemática y las estrategias que pueda surgir para reducir los factores que afectan la salud reproductiva del Municipio.
2. Es importante dar a conocer los factores de riesgo en el Municipio a las autoridades civiles como lo son; Alcalde Municipal, COMUDE, COCODES, Alcaldes Comunitarios, COCOSANE's u otros grupos de líderes que existan en el Municipio para eliminar paradigmas erróneos sobre la atención que se brinda en los Servicios de Salud.
3. Socializar con autoridades de salud los resultados y análisis del estudio realizado mediante mesas técnicas o reunión ordinaria con diferentes entidades del estado participantes relacionados a la salud del departamento de Sololá.
4. Crear club de mujeres embarazadas en cada comunidad para impartir educación para la salud planificada, especificando los factores de riesgo en el embarazo y crear diferentes planes de trabajo y/o fortalecer las estrategias de trabajo en los Puestos de Salud.

Referencias

1. Estevez, J. A. (2005). *factores asociados a complicaicones del trabajo de parto*. bogota: Universidad del rosario.
2. Flores, H. M. (2002). *factores asociados a la mortalidad materna*. Guatemala: Universidad de San Carlos.
3. Karam Calderón, M., et. al (2007). *Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México*. Centro de Investigación y Estudios avanzados. México.
4. Ramírez Mejía, F. et. al (2003). *Impacto de la mortalidad materna en la familia, especialmente en la niñez, de occidente de Honduras*. Revista Médica Honduras.
5. Montejo Carrillo, Gady R. (2018) *Factores asociados a la mortalida materna*. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2017) *Informe de País. Situación de Mortalidad Materna en Guatemala 2014-2015*. Guatemala.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011) *Informe Nacional de Mortalidad Materna en Guatemala*.
8. Ordaz Martínez, K. et. al (2010). *Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México*. Artículo original. GinecolObstet Mex;78(7):357-364
9. Ortiz, E. E. (2002). *factores asociados a mortalidad materna*. Guatemala: universidad de San Carlos.
10. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública. (2013) *Reducción de la mortalidad materna, dentro del marco del Programa Conjunto de San Marcos (PC-SM)*.

11. Rodríguez, H. A., (2012) *análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe*.
12. Cejudo, E., & Rodriguez, S. F. (2004). *complicaciones medicas en el embarazo*. Barcelona
españa: mcGraw Hill- interamericana.
13. Tzul AM, Kestler E, Hernández-Prado B, Hernández-Girón C. (2006) *Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria*. Salud Pública México.
14. Velasco, j. a. (2007). *embriologia clinica* . bogota, Colombia : moore presua
15. yupangui , E. (2012). *riesgo de mortalidad materna en embarazadas en el canton saquisili*.
Ecuador : universidad de Guayaquil.
- 16.Briones, J. (2013). *Mortalidad Materna* . Mexico .
17. INEC. (2017). *Mortalidad Materna y su Evolucion reciente* .
En I. d. Censo. Costa Rica.
18. MSPAS. (s.f.). *Modelo de Atencion Integral en Salud*.
19. Organizacion Mundial de la Salud . (24 de mayo de 2018).
20. Constitución Política de la República

Anexos

Anexo # 1



Encuesta

TEMA: Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la Cabecera departamental de Sololá.

A continuación, se le plantean una serie de preguntas de las cuales se debe de responder, debe elegir uno de las opciones.

De manera muy atenta, necesitamos su colaboración para que conteste las siguientes preguntas que a continuación se darán a conocer y deberá elegir una respuesta, puede tachar o elegir el círculo de la pregunta será de manera fácil y sin que tome mucho tiempo, de esa manera obtendremos información sobre los temas del estudio.

1. ¿En cuál de los rangos de edad se encuentra usted?

15 a 25

26 a 36

37 o más

2. ¿Sabe leer y escribir?

Si

No

3. ¿Qué idioma utiliza con más frecuencia?

Kaqchiquel

Quiche

Español

4. ¿Usted acude a los servicios de salud?

Sí

No

5. Durante su embarazo ¿Realizo su control prenatal?

Si

No

Pocas veces

6. Al momento de su parto ¿Por quién fue atendida?

- Personal de servicio de salud Miembros de la familia
- Comadrona Ninguno.
7. ¿Cuál de estas respuestas considera que son riesgos en el embarazo?
- Presión alta Dolor de cabeza
- Hemorragia o sangrado abundante Ninguna de las anteriores
8. ¿Considera usted que el idioma maya o lengua maya que usted habla es un impedimento para ser atendida en el puesto o servicio de salud?
- Sí No Algunas veces
9. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al Centro de Salud u Hospital?
- 15 min a 30 minutos 30 min a 1 hora
- Más de una hora
10. ¿Qué dificultad se ha presentado en el servicio de salud con respecto al idioma?
- Falta de personal que dominen el idioma
- Falta de medicamentos
- Por no hablar el mismo idioma
- No me dan ninguna explicación o no me entienden
11. ¿Cuál cree usted que sea la razón de que no lleguen las mujeres embarazadas a los servicios de salud?
- No hablan español
- No entienden las indicaciones de los médicos
12. ¿Cree usted que la cultura limita a que las mujeres acuden en los Servicios de Salud?
- Sí No
13. ¿Mencione cuáles son los riesgos de mortalidad en mujeres embarazadas?
-
-

14. De los siguientes ¿Cuál cree que es un cuidado fundamental después del parto?

- No hacer dieta
- Descansar adecuadamente
- No dormir

15. Durante su o sus embarazos ¿A sufrido riesgo de aborto?

- Sí, pero lo he tratado
- No me ha pasado

16. ¿Su familia está preparada económicamente para el nacimiento de su hijo/hija?

- Si
- No

¿Por qué?

17. ¿Cómo considera que podemos evitar las muertes en las mujeres embarazadas?

Anexo # 2

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud

Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud

Código_____

Fecha_____

Consentimiento informado

Investigadora: Débora M. Yolanda González Sulugui

Título de investigación: “Factores que inciden en la mortalidad materna en mujeres embarazadas de la cabecera departamental de Sololá”.

Declaro que he leído la hoja de información al participante sobre el estudio citado y acepto participar. Se me ha entregado una copia de la hoja de información la participante y una copia de este consentimiento informado, fechado y firmado. Se me ha explicado el procedimiento y características y el objetivo de estudio. Se me ha concedido tiempo y oportunidad para hacer preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción. Sé que se mantendrá confidencialidad de mis respuestas. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Hago constar que he explicado las características y el objetivo de estudio genético y sus riesgos a la persona cuyo nombre aparece identificado a principios, la cual esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Firma del participante _____

Firma del investigador _____