

MORTALIDAD PERINATAL

EN GUATEMALA

ESTUDIOS COMUNITARIOS



Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social de Guatemala



John Snow, Inc.



MotherCare



BASICS



Esta publicación se realizó con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo el contrato HRN-5966-Q-3039-00 y John Snow Inc.

El contenido de este documento no necesariamente refleja los puntos de vista o políticas de USAID, o del Proyecto MotherCare/John Snow Inc., ni del Proyecto BASICS.

Fotografía en portada: Patricia De León Toledo
Actividad: Clausura Grupos de Mujeres
Lugar: Comitancillo, San Marcos. Abril de 1998

“Cuando yo estaba embarazada, sólo me mantenía enfermando, yo no podía sentarme ni caminar, apenas hacía la lucha, mi hijita la grande me detenía para caminar, a los cinco meses de embarazo me dio fiebre y mi esposo me fue a comprar mi medicina y lo tomé eso me ayudó y me compró inyecciones y me lo pusieron, y me ardía mucho el pecho lo que yo hacía es de que preparaba un vaso de agua con una cucharada de bicarbonato y eso me ayudó mucho, cuando yo empecé mis dolores empecé a sentir frío, después me dio calentura y tardé tres días con mi parto y pujé mucho tiempo, yo pienso que la muerte de mi niño es porque me tardé con mis dolores y pujé mucho, entonces mi hijo ya venía cansadito, pero como yo no me componía, la comadrona me destripió duro el estómago para que yo me aliviara, talvez en parte es lo que le hizo a mi hijo porque traía su cabecita hundida como si fuera algo que sea suave, uno hunde su dedo queda la marca de su dedo de uno, así estaba la cabeza de mi hijo, o tal vez porque ya son bastante mis hijos, pero como yo hago mi leña tal vez eso hizo también, todo se ajustó no sé realmente cuál fue la causa de la muerte de mi hijo...” (Ofelia, 37 años; Momostenango)

MORTALIDAD PERINATAL EN GUATEMALA

Estudio Comunitario

Elizabeth de Bocaletti, MotherCare

Renata Schumacher, BASICS

Elena Hurtado, MotherCare

Patricia Bailey, FHI/MotherCare

Jorge Matute, MotherCare

Jean McDermott, MotherCare

Judith Moore, BASICS

Henry Kalter, Johns Hopkins University

René Salgado, BASICS

Guatemala, agosto de 1999

Listado del personal que ha participado en la Encuesta Perinatal

Comité de Dirección

Dr. Ernesto Velázquez (Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud)
Lic. Luis Beteta (Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud)
Dr. Roberto Aldana (BASICS)
Dra. Elizabeth de Bocaletti (MotherCare)

Panel de Expertos

Dra. Rebeca Arrivillaga (Neonatóloga)
Dr. Gonzalo Samayoa (Gineco-Obstetra)
Lic. Danilo Palma (Sociólogo)

Coordinadora de campo: Dra. Magdalena de López

Encuestadoras:

Norma Tirado Rosales (Mam)
Berta De León (Mam)
Leandra Mazariegos (K'iche')
Gabiana Carlota Vásquez (K'iche')
Eluvia Tigüila Mazariegos (K'iche')
Clara Luz López (K'iche')
María Catarina Tuc (K'iche')
Isabel Delia Tzoc (K'iche')

Apoyo logístico en el campo: Miriam Alonzo

Revisión editorial: T.U. Patricia De León Toledo

INDICE

Capítulo I: INTRODUCCIÓN

A. Antecedentes y justificación	9
B. Situación de salud en Guatemala	14
1. Salud infantil y perinatal	14
2. Fuentes de información sobre mortalidad infantil y perinatal en Guatemala	15
3. Intervenciones en salud perinatal	16
3.1 Capacitación de comadronas	16
3.2 Actividades realizadas por el proyecto MotherCare	18
3.2.1 Información, Educación y Comunicación (IEC)	18
3.2.2 Capacitación de comadronas	18
3.2.3 Capacitación de personal hospitalario	19
3.2.4 Comités de maternidades comunitarias	19
3.3 Comités de análisis de la mortalidad materna	20
C. Propósito del estudio	20
1. Objetivos	20
2. Metas	21
D. Colaboración del Ministerio de Salud, MotherCare y BASICS	21

Capítulo II: MÉTODOS

A. Introducción	23
B. Estudios de Mortalidad	24
1. Autopsia verbal	24
2. El Camino de Supervivencia	27
3. Autopsia social	33
4. Vigilancia y encuestas de mortalidad	33

5

C. Estructura y logística del estudio	35
1. Población del estudio y estimación del número de muertes esperadas	35
1.1 Población	35
1.2 Estimación del número de muertes	36
2 . Estudio etnográfico	39
3. Instrumentos	41
4. Red de informantes	43
5. Comité de dirección	44
6. Panel de Expertos	44
7. Coordinación y encuestadoras: capacitación	45
8. Control de calidad	46

Capítulo III: RESULTADOS

A. Análisis de resultados	47
B. Limitaciones del estudio	47
C. Situación de la salud en Guatemala	49
D. Datos demográficos	50
E. Antecedentes obstétricos	58
F . Control prenatal	61
G. Trabajo de parto y parto	74
H. Complicaciones durante el embarazo, parto y el período neonatal.	81
1. Mortinatos	93
2. Nacidos vivos que fallecieron	101
2.1 Lactancia materna	102
I. Diagnósticos de los casos, de acuerdo al panel de expertos	104
J. Pasos relacionados con la búsqueda de ayuda por las complicaciones presentadas durante el embarazo, parto y período neonatal	110

Capítulo IV: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Discusión	137
B. Conclusiones	153
C. Recomendaciones	156

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

Anexo 1: Algoritmos de las principales causas de mortalidad perinatal

Anexo 2: Investigación cualitativa sobre mortalidad perinatal

ABREVIATURAS

- ALC = América Latina y el Caribe
- INCAP = Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
- INE = Instituto Nacional de Estadística
- OMS = Organización Mundial de la Salud
- USAID = Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

CAPITULO I: INTRODUCCION

A. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Cada año ocurren a nivel mundial cerca de 4 millones de muertes en el período neonatal, que comprende desde el nacimiento hasta el día 28 de vida. De este total, entre el 50 y 60% ocurren durante la primera semana de vida ¹. De acuerdo a los datos de la OMS, 7.3 millones de muertes perinatales ocurren anualmente, de las cuales 300.000 ocurren en países desarrollados. Las restantes 7 millones de muertes ocurren en países menos desarrollados, de las cuales se estima que entre el 40 y 50% ocurren en los primeros 7 días de vida.²

Aproximadamente el 98% de las muertes perinatales—definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el período de la semana 22 de embarazo hasta el día 7 de vida del recién nacido, con un peso de 500 o más gramos, o un tamaño de 25 o más centímetros³ —ocurren en países en desarrollo. Se estima que la mortalidad perinatal promedio es de 57 por 1000 nacidos vivos. La región que más contribuye con muertes a este total es Asia Central y del Sur, con casi un tercio del total de las muertes perinatales. Otro tercio ocurre en África. En la región de América Latina y el Caribe (ALC) la tasa de mortalidad perinatal está ligeramente por debajo de 40 por 1000 nacidos vivos. Aunque el mayor número absoluto de muertes neonatales ocurre en regiones fuera de ALC, la proporción, y en consecuencia la importancia desde el punto de vista de salud pública, de la mortalidad perinatal es elevada. A nivel mundial, cerca de 5 millones de recién nacidos murieron en 1995 durante el primer mes de vida en países en desarrollo⁴, de los cuales aproximadamente 3.2 millones en la primera semana de vida². En la región de ALC, la proporción de mortalidad neonatal como parte de la mortalidad infantil varía entre el 58% o más en países como Paraguay, Argentina y Chile, hasta el 45% en países como Guatemala, Brasil y Bolivia. En general, entre más baja sea la mortalidad infantil, mayor será la proporción de mortalidad neonatal.⁵

La mortalidad infantil en Guatemala para 1996, se reporta en 57 x 1,000 N.V., siendo una de las más altas en Latinoamérica ⁶. La muerte perinatal en Guatemala se ha

documentado muy poco y la información disponible se basa en estimaciones. La tasa de mortalidad perinatal, de acuerdo a la OMS es de 45 por 1000 nacimientos.³ Para fines del presente estudio y por razones operativas, nos acogimos a la definición anterior de período perinatal de la OMS, que comprende desde la semana 28 de gestación hasta el séptimo día de nacido o un peso de 1000 o más gramos al nacer.

En general en los países en desarrollo existe poca información sobre las causas y factores asociados a la mortalidad perinatal. Esto es igualmente válido para Guatemala, aunque se cuente con algunos estudios que se aproximan a la mortalidad materna e infantil desde una perspectiva de salud y antropológica. Estos han servido como marco de referencia para el diseño y desarrollo del presente estudio, que por primera vez intenta aproximarse a la mortalidad perinatal desde una perspectiva comunitaria. Los datos obtenidos por el censo de 1986 realizado en población indígena del altiplano muestran la magnitud del problema: el 50% de todas las muertes de menores de 3 años fueron intra parto y neonatales, representando el 60% de todas las muertes de menores de 5 años. En una revisión del registro civil (1981-85) se encontró que el 4% de todos los nacimientos reportados fueron muerte intra parto y 2.3% de los recién nacidos murieron en el primer mes de vida. Datos del INCAP de la comunidad indígena de Santa María Cauqué muestran que el 4% de los embarazos terminaron en mortinato y 3.7% de los nacidos vivos murieron en el primer mes de vida.⁷

En un estudio realizado en una comunidad indígena de Guatemala, se describen los factores de riesgo asociados con muerte intra parto o neonatal como son: analfabetismo materno, madre nulípara, intervalo intergenésico corto y el uso de proveedores tradicionales en lugar de servicios de salud. Este mismo estudio sugiere que el uso de oxitocina y múltiples exámenes vaginales durante el trabajo de parto, están asociados con el incremento de la mortalidad perinatal.⁷

Al evaluar la mortalidad intra parto y neonatal (Schieber et al (1994)) en un estudio de casos y controles, se encontró que los mayores contribuyentes a la muerte neonatal, en

áreas rurales de Guatemala, eran el parto prematuro, la presentación anormal y el trabajo de parto prolongado.^{8,9} En relación a las muertes intra parto, se encontró que eran principalmente debidas a asfixia o trauma intra parto.⁷ La hemorragia o sangrado vaginal es un síntoma que se relaciona con la muerte materna y perinatal^{2,10,11} y que también ha sido identificado como principal causa de mortalidad materna en la población indígena guatemalteca (1986).¹² En el área de Quetzaltenango un estudio de conglomerados identificó que el 19% de todos los embarazos/ recién nacidos presentaban complicaciones, dándose el 6% de las mismas en el embarazo, el 8% en el parto y el 4% en el post parto. Las complicaciones en el recién nacido se presentaban con una frecuencia de 1 en cada 10, siendo las más frecuentes el bajo peso al nacer, la prematuridad, la asfixia, la sepsis neonatal, la infección respiratoria y el tétanos.⁹

La atención del parto, de acuerdo a los estudios existentes en Guatemala y otros países, es uno de los principales determinantes de la muerte perinatal. Esto se hace evidente si se tiene en cuenta que aproximadamente el 65% de los partos en el área rural de Guatemala ocurren en la casa, asistidos en su mayoría por comadronas tradicionales y en algunos casos por familiares, el padre o vecinos.⁵ La falta de conocimiento y capacitación hacen que, a este nivel de atención, sea difícil asegurar un adecuado manejo del embarazo y parto, y un precoz reconocimiento de los peligros de muerte del recién nacido o del bebé antes de nacer. Por ello, las comunidades rurales de predominio indígena, tienen un mayor riesgo de presentar una mortalidad perinatal o neonatal elevada. Debido a las características de esta población de mayor riesgo (características sociales, culturales y económicas), la modificación de los factores de riesgo y de las conductas relacionadas con el embarazo y parto se hace más compleja.

Se considera que en general, la utilización de servicios de salud por parte de la población rural dependerá de la disponibilidad de servicios, tanto formales como tradicionales dentro de la misma, como el acceso a los mismos. En relación al parto parece que además existe un sentimiento comunitario dentro del cual el parto es situado: un proceso íntimo, sin interferencia de externos, que no hacen parte de la comunidad.¹³ Esto podría

explicar parcialmente la preferencia de que el parto ocurra en casa, atendido por la comadrona, que se refleja en las estadísticas nacionales⁶ y que también se observa en otros países.²

El concepto y la práctica del sistema de atención tradicional del parto en Guatemala contrasta con las prácticas propuestas por la medicina occidental en los servicios de salud, clínicas prenatales y programas de capacitación de comadronas, basadas en el modelo biomédico de parto.¹⁴ Esta incorpora una visión más integral de la mujer, relacionada estrechamente con su ambiente y entorno: balance frío- calor, equilibrio de sus relaciones sociales y estado emocional.^{13,14} Las creencias tradicionales de salud de la población indígena pueden tener un papel más importante en la selección de servicios relacionados con el embarazo,¹⁵ utilizando con mayor frecuencia los servicios ofrecidos por la comadrona, porque ofrece algo que los servicios formales no ofrecen y es valorado por ellas como son, entre otros, los baños en temascal y los masajes.⁸

Este estudio se aproximará, desde el ámbito comunitario, a la mortalidad perinatal en 4 comunidades indígenas. Además de establecer un diagnóstico presuntivo de muerte perinatal, enfoca particularmente el “diagnóstico social” de la ocurrencia de la muerte. Este último incluye la identificación de algún problema o complicación durante el embarazo, parto o nacido vivo, el manejo en el hogar de estas complicaciones, los patrones de búsqueda de ayuda y los diferentes determinantes de las acciones tomadas por la madre o sus familiares.

El proyecto MotherCare realiza sus actividades de intervención en seis departamentos que son Sololá, San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Retalhuleu y Suchitupéquez. Sin embargo, en las 4 comunidades incluidas en el estudio es donde el proyecto ha puesto un mayor énfasis y se han implementado paquetes completos de intervenciones. Uno de los esfuerzos conjuntos con la comunidad ha sido el establecimiento de la Maternidad Comunitaria, que en la actualidad está funcionando en 2 de las 4 comunidades del estudio (Momostenango y San Carlos Sija). A través de la Maternidad Comunitaria se

ha manifestado la preocupación por la alta mortalidad intra parto que sufren esas comunidades. Por esta razón se seleccionaron estas comunidades como lugar de estudio. Otro de los elementos que favorece la selección de estas comunidades es que el desarrollo del presente estudio requiere de la participación activa de la comunidad para la identificación de los casos. El que exista un Comité de Maternidad Comunitaria, favorecerá además la difusión de los resultados a nivel comunitario, ya que se considerará su posible participación en la vigilancia de mortalidad perinatal futura, que de forma conjunta se pueda realizar en esas comunidades.

Basados en los registros municipales de éstas cuatro comunidades para el año 1996, la muerte intra parto y neonatal se sitúa entre 63.7 por 1000 nacidos vivos en Momostenango y 33 por 1000 nacidos vivos en San Carlos Sijá; Nahualá y Comitancillo presentan una tasa de 49.5 y 46.5 por 1000 nacidos vivos respectivamente. Se considera que las tasas elevadas de mortalidad perinatal son el resultado del círculo vicioso resultante de la escasez de recursos, que se manifiesta por un estado nutricional deteriorado de la madre, insuficiente prevención de las complicaciones durante el embarazo, inadecuado diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual en área de alta prevalencia, y escasa atención del parto por personal calificado. La muerte fetal y perinatal (recién nacido durante la primera semana de vida) no sólo lleva a un desgaste de la salud materna, sino que constituye la probabilidad de un nuevo embarazo. Se considera que muchas de las intervenciones para reducir la mortalidad perinatal son sencillas y costo efectivas, y que en gran medida también ayudan a reducir la mortalidad y morbilidad materna. Parece probable que cerca del 50% de las 4,3 millones de muertes fetales estimadas al año son consecuencia directa de partos mal manejados, como lo son también millones de las muertes neonatales.⁶ La dimensión de la mortalidad materna y la discapacidad que produce, ha sido poco reconocida y subestimada en muchos países. Las cifras disponibles sobre mortalidad perinatal están basadas en estimaciones debido al frecuente subregistro de las muertes. La salud perinatal refleja no sólo la salud materna, sino también la calidad de los servicios de salud, siendo un determinante clave para la salud y bienestar del individuo durante el resto de su vida.²

Esto refuerza la necesidad de estudiar con mayor detalle los principales determinantes y causas de muerte perinatal, con el fin de poder proponer alternativas de intervención factibles y útiles, donde la participación de la comunidad es considerada parte integral de las mismas.

B. SITUACIÓN DE SALUD EN GUATEMALA

1. Salud Infantil y Perinatal.

De acuerdo a las estimaciones disponibles de la OPS¹⁶ sobre la mortalidad infantil en la Región de las Américas para el quinquenio 1990-1995, aproximadamente 600 mil niños mueren anualmente antes de llegar a los 5 años de edad. La mayoría de éstas muertes ocurren antes del año de vida, concentrándose en aquellos países con más de 10,000 nacimientos anuales.

La mortalidad infantil es una de las prioridades de salud pública para la mayoría de los países, al igual que para el Ministerio de Salud de Guatemala. Muy relacionado con la mortalidad infantil está la mortalidad perinatal y neonatal, las cuales representan un problema igualmente serio y son utilizados como indicadores indirectos de salud y desarrollo, especialmente en comparaciones internacionales. Dan información indirecta sobre los sistemas de educación, salud y sociales en un país, al igual que del nivel de nutrición, y el desarrollo médico especialmente de la obstetricia y la neonatología. Por lo tanto reflejan el desarrollo de los cuidados pediátricos y obstétricos, al igual que la efectividad de las medidas sociales en general y medidas de salud pública en particular.^{2,3}

La mortalidad perinatal se define, según la OMS como las muertes ocurridas en el período comprendido entre la semana 22 de embarazo y día 7 de nacimiento del bebé y un peso de 500 mg o más o de 25 o más centímetros de altura, aunque para fines del presente estudio se haya tomado el punto de corte de 28 semanas de gestación de acuerdo

a la definición anterior de período perinatal determinado por la OMS. Las causas y determinantes de la muerte perinatal representan una continuación biológica con la madre, por lo que son muy similares, sin importar si se producen antes, durante o poco tiempo después del parto. En principio, la mortalidad perinatal no distingue entre el mortinato y el nacido vivo que muere durante la primera semana de vida, por lo que es una medida útil para medir las pérdidas reproductivas para comparaciones entre regiones de un país o entre países.³

La tasa de mortalidad perinatal es ligeramente inferior a 40 por 1000 en América Latina, siendo las cifras algo mayores en las del Caribe. La tasa estimada para Guatemala es ligeramente mayor según datos de la OMS, de 45 por 1000 nacimientos. Pese a que no se ha podido demostrar una relación causal entre mortalidad perinatal y la atención del parto por un proveedor sanitario calificado, se observa que las regiones donde los partos no son atendidos por personal calificado tienden a presentar una mortalidad perinatal mayor.^{2,3}

2. Fuentes de Información sobre mortalidad infantil y perinatal en Guatemala

En la mayoría de los países se tiene más información sobre mortalidad infantil que sobre mortalidad perinatal. Guatemala cuenta con alguna información de diferente procedencia, que en su conjunto ha permitido no solo estimar la mortalidad perinatal³, sino también aproximarse a su causalidad y problemática.

Fuentes oficiales que reflejan datos de mortalidad perinatal incluyen la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1987 y 1999 de Guatemala, fuentes de datos publicados por las Naciones Unidas (Demographic Yearbook, ed 1974-76-81-84-92), WHO: Statistical Data: Perinatal mortality, Global Epidemiological Surveillance and Global Situation Assessment, 1986 y el Anuario Estadístico de 1986 del Instituto Nacional de Estadística.

Igualmente se han desarrollado, desde los ochenta, una serie de estudios tendientes a ahondar en las principales causas de mortalidad perinatal en comunidades de Guatemala, tanto desde la perspectiva médica como sociológica y antropológica,^{7,8,12,14,15,17,19,20} que han servido como marco de referencia para el planteamiento del estudio como comparación de resultados.

3. Intervenciones en salud perinatal en Guatemala

3.1 Capacitación de comadronas:

Después de reconocer la importancia de las comadronas como proveedoras de salud, en 1970 la OMS empezó a promover el reconocimiento formal de la comadrona por los servicios de salud, al igual que establecer cursos de capacitación, idea que fue reforzada en la conferencia de Alma Ata (1978). En la conferencia de 1987 de Nairobi (Safe Motherhood) se declaró que ningún programa de salud materna podría funcionar adecuadamente sin tener el nexo población- comadrona- servicios de salud, siendo la clave la capacitación de las comadronas.¹⁴ Esta decisión se basó en que en muchos lugares no se cuenta con los suficientes profesionales de la salud y recursos para cubrir las necesidades de atención. La comadrona actualmente sigue siendo, en muchos países y regiones, la persona que cubre este vacío de atención, además de ser culturalmente aceptada por la comunidad donde trabaja.²¹

En Guatemala como en otros países centroamericanos, la comadrona es la que atiende la mayoría de los partos a nivel rural: 7 de cada 10 partos y en algunas áreas rurales la proporción puede elevarse hasta 9 de cada 10 partos, con una baja cobertura de los servicios formales.⁷ Según cifras nacionales, el 65% de los partos ocurre en casa, el 55% de los partos son atendidos por la comadrona, porcentaje que se eleva a 69% en la zona sur-occidental del país (zona donde se realizó el estudio). El médico o enfermera atienden solamente el 31 y 3% de los partos a nivel nacional respectivamente, cifra que baja a 19 y 5% en la zona sur-occidental del país.⁵

El gobierno de Guatemala, desde 1935, está haciendo esfuerzos para incluir a las comadronas en los servicios de salud, introduciéndose regulaciones en 1953. Los programas de capacitación, utilizando diferentes metodologías, son realizados desde 1955 a nivel nacional.^{14,18} En 1980, el Ministerio de Salud de Guatemala adopta el modelo recomendado por la OMS: reconoce formalmente a las comadronas, establece un sistema de registro, les concede la licencia, lleva a cabo los cursos de capacitación e indica que parte de la labor de la comadrona es la de promover el uso de métodos anticonceptivos. El personal de salud intenta captar a las comadronas que tradicionalmente funcionan de forma empírica en sus comunidades, aunque en ocasiones el aislamiento de las poblaciones y el difícil acceso a las mismas, impiden su identificación.¹⁴ La capacitación tiene una duración de 15 días, impartido por lo general por una enfermera con al menos 1 año de entrenamiento formal en enfermería; a partir de ahí se organizan mensualmente reuniones con las comadronas.^{18,22}

La relación entre los dos sistemas de atención no está libre de conflicto, ya que se busca la medicalización de las prácticas de la comadrona, muchas veces por encima de sus prácticas tradicionales, sin haber evaluado los beneficios o debilidades de muchas de éstas prácticas.¹⁴ Puede darse una mezcla de prácticas no sólo tradicionales, sino también la incorporación de tratamientos formales como tabletas de antibióticos, inyecciones o la referencia de casos complicados a un proveedor médico. Mientras que el sistema médico formal parece ser más cerrado a conceptos tradicionales, la medicina tradicional es mucho más permeable a nuevos conceptos y procedimientos.¹³

El papel predominante de la comadrona dentro de la atención del embarazo, parto y recién nacido, resalta la importancia de que sea incorporada en las intervenciones de salud materno infantil, lo que debe incluir la identificación y modificación de prácticas de alto riesgo, mejorar la capacidad de identificar complicaciones y referencia de los embarazos de alto riesgo, prevención y detección temprana de enfermedades neonatales.⁷ Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, 1990, el gobierno de Guatemala sólo dispone de recursos para cubrir el 20% de los cuidados obstétricos

hospitalarios de la población.²² Por experiencias en otros países en desarrollo se ha visto que el mejoramiento de las instalaciones y la reorientación y movilización del personal de salud no bastan para inducir al público general a modificar sus creencias y prácticas tradicionales.^{11,23} Pese a que la efectividad de la capacitación de las comadronas y el impacto de la misma sobre la mortalidad materna y neonatal hayan sido cuestionados,²⁴ la comadrona es y será la proveedora clave para la atención materna.¹⁸

3.2 Actividades realizadas por el Proyecto MotherCare

3.2.1 Información, Educación y Comunicación (IEC)

El proyecto MotherCare ha implementado, en conjunto con el Ministerio de Salud, una intervención que incluye el acercamiento de las comunidades a los servicios de salud y el fortalecimiento técnico resolutivo del personal de centros, puestos y de los hospitales departamentales desde 1995. Esta intervención cuenta con un fuerte componente de Información, Educación y Comunicación (IEC) hacia la comunidad a través de diagnósticos cualitativos, cuñas de radio, material impreso y otros. En las 4 comunidades incluidas en el estudio se está llevando a cabo esta intervención.

3.2.2 Capacitación de comadronas

En la región del sur-occidente del país desde 1995 a 1997, el Proyecto MotherCare ha realizado la capacitación de comadronas utilizando una metodología enfocada en el adulto y más participativa, con el objetivo de que las comadronas identificaran situaciones obstétricas de peligro (parto prematuro, trabajo de parto prolongado, presentación anormal, retención de placenta e infección materna y del recién nacido). Se han capacitado un total de 3,450 comadronas y estiman que en el área de intervención, el 100% de las comadronas han sido capacitadas. Al evaluar la capacitación utilizando unas comunidades de control (sin capacitación),

se vio que las comadronas aún presentaban dificultades para identificar correctamente las principales complicaciones del embarazo y parto. La mortalidad perinatal de las mujeres enviadas al hospital por las comadronas, no se redujo de forma importante,²⁵ especialmente en aquellas referidas por trabajo de parto prolongado, aparentemente por la referencia tardía debida a la comadrona o a los propios familiares.²⁴

3.2.3 Capacitación del personal de salud de hospitales

El personal de salud, médicos y enfermeras, de 6 hospitales incluidos en el área del estudio han sido capacitados en el manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales.^{24,25} El programa de capacitación incluía la sensibilización del personal de salud, lograr una actitud más comprensible y de apoyo a las comadronas que refieren a la paciente y al recién nacido.^{24,26} Este proceso de sensibilización se incorporó con el fin de hacer los servicios más aceptables culturalmente. En la evaluación se vio que el cambio de actitud del personal hospitalario incidió favorablemente en la referencia oportuna de las pacientes obstétricas.²³ El acercamiento del hospital a la comunidad, su proyección más allá de los muros hospitalarios, es planteado como una parte esencial de la mejoría de calidad en los mismos.²⁷ Se plantea como una medida efectiva la de permitir y aumentar el acceso a un servicio de salud (hospital) bien equipado, capaz de proveer una atención de calidad, lo que incluye una adecuada comunicación interpersonal de los proveedores hacia los usuarios de los servicios.²¹

3.2.4 Comités de Maternidad Comunitaria

Como resultado de la movilización comunitaria que el proyecto MotherCare promueve, desde 1995 se han establecido comités locales donde participan representantes del centro de salud, líderes comunitarios y representantes de la municipalidad. Cada comité tiene como meta implementar una maternidad

comunitaria, donde comadronas de la misma comunidad pueden atender los partos sin complicaciones que llegan allí y referir las complicaciones a los hospitales de referencia. Al momento, cinco maternidades comunitarias han sido implementadas y están funcionando, dos de ellas en las mismas comunidades del estudio: Momostenango y San Carlos Sija.

3.3 Comités de Análisis de Mortalidad Materna

Como iniciativa del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud se promovió, desde 1997, la formación de un comité representado por personal de salud, médicos y enfermeras, de los hospitales y áreas de salud. Hay un comité por cada uno de los departamentos, de los cuales son parte las comunidades incluidas en el estudio. Estos comités se reúnen cada mes para discutir los casos de muerte materna que hayan sucedido durante ese mes. Para cada caso analizado definen acciones inmediatas a ser tomadas, acordando estrategias que cada servicio debe implementar según su nivel de responsabilidad.

C. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

1. Objetivos

1. Identificar las principales causas de mortalidad perinatal en la comunidad.
2. Identificar las brechas en el modelo “Camino de la Supervivencia” durante el embarazo, parto y en los recién nacidos vivos que resultaron en muerte.
3. Identificar los componentes de una propuesta de intervención que contemple diferentes opciones.

2. Metas

1. Difundir los resultados del estudio, al personal y planificadores de salud del nivel central y local del Ministerio de Salud.
2. Sensibilizar a la población, a través de los comités de mortalidad ya instaurados sobre el problema de mortalidad perinatal y buscar alternativas de acción.
3. Identificar diferentes opciones de acción e intervención con el fin de reducir la mortalidad perinatal, con la participación del Ministerio de Salud y la comunidad.

D. COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD DE GUATEMALA, MOTHERCARE Y BASICS

En la mortalidad perinatal y neonatal se concentran un importante número de muertes infantiles. La investigación de sus causas y principales determinantes se hace cada vez más necesaria, debido a la poca información disponible en Guatemala y en general en otros países con tasa de mortalidad materno infantiles elevadas, y a la creciente necesidad de identificar intervenciones capaces de reducir esta mortalidad. Identificado éste como un problema importante por el Ministerio de Salud de Guatemala; BASICS y MotherCare han convenido, con la colaboración estrecha del Ministerio de Salud, llevar a cabo el estudio de mortalidad perinatal comunitaria en el área donde MotherCare estaba desarrollando actividades relacionadas con salud materno-infantil.

Las experiencias y necesidades en salud materno- infantil y en concreto con mortalidad infantil de las dos agencias, se complementan, y dan un marco adecuado para el desarrollo de la investigación.

Una vez desarrollado el proyecto de investigación por MotherCare y BASICS, éste fue presentado a personas del Ministerio de Salud quienes revisaron el protocolo, incluyendo comentarios muy importantes. En el momento de su implementación el Ministerio de Salud tomó un papel más activo, ya que un representante del mismo formó parte del Comité de Dirección. Estuvo al tanto del desarrollo del proyecto, de sus principales problemas e igualmente colaboró en la solución de los mismos.

Una vez finalizado el estudio y con los resultados preliminares del mismo, se realizaron dos reuniones con el Ministerio de Salud. Se revisaron los datos obtenidos, y se incluyeron las aportaciones y comentarios del Ministerio de Salud en el informe final.

Capítulo II: MÉTODOS

A. INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal ha sido estudiada, hasta la fecha, principalmente desde el ámbito clínico y hospitalario, complementado por estudios que se acercan al problema del embarazo, parto y los cuidados del mismo en la población rural e indígena, desde una perspectiva socio- antropológica.^{7,8,12,14,15,17,19,20} Para lograr un mayor entendimiento de los principales determinantes de la mortalidad perinatal y poder identificar intervenciones tendientes a disminuirla, el Ministerio de Salud, BASICS y MotherCare convinieron realizar un estudio a nivel comunitario, en 4 comunidades donde el proyecto MotherCare venía desarrollando actividades relacionadas con salud materno infantil, que son Momostenango en Totonicapán, Comitancillo en San Marcos , Nahualá en Sololá y San Carlos Sija en Quetzaltenango.

El método empleado en este estudio para obtener información a nivel comunitario sobre la mortalidad perinatal se denomina «Autopsia Verbal» y «Autopsia Social». Esta metodología, aplicada a las madres de los mortinatos o nacidos vivos que fallecieron en la primera semana de vida a través de un cuestionario, permite identificar las posibles causas de muerte, al igual que los principales determinantes de las conductas y acciones seguidas por las madres durante el embarazo, parto y con el recién nacido vivo. El modelo de cuestionario fue diseñado de forma conjunta por la Universidad John Hopkins, el Proyecto BASICS y MotherCare, adaptado posteriormente a las características de la población incluida en el estudio con los resultados del estudio etnográfico, la definición de los indicadores y las variables del estudio, terminando la versión final durante la capacitación de las encuestadoras y la prueba de campo del mismo.

El estudio no es probabilístico; es observacional y descriptivo. Debido a la dificultad de realizar un muestreo en esta población y al bajo número de muertes estimadas que serían captadas de esa manera, se decidió incluir a todos los casos de muerte perinatal

identificados en el lapso de 6 meses (de diciembre 1997 a mayo 1998) en las 4 comunidades incluidas en el estudio, asegurándose que las madres fueran residentes de dichas comunidades. La captación de casos se hizo de forma retrospectiva (de diciembre 1997 a febrero 1998) y prospectiva (de marzo a mayo de 1998), ya que la recolección de datos se inició en marzo de 1998 por 4 meses. Para la identificación de todos los casos de muerte perinatal se estableció una red de vigilancia de mortalidad, que incluía a la municipalidad, hospitales, centros y puestos de salud, comadronas, alcaldes auxiliares y miembros de la propia comunidad.

Una vez identificado el caso de muerte perinatal, se realizó la entrevista por lo general a la madre, y de ser posible a una segunda persona presente durante el parto. A los entrevistados se les comunicó el objetivo del estudio, se les indicó que era de participación voluntaria y se les aseguró la confidencialidad de los datos obtenidos. Basándose en un instructivo del cuestionario, las encuestadoras realizaron la entrevista, grabando la sección abierta de la misma. Esta grabación fue posteriormente transcrita y traducida fielmente al español por las mismas encuestadoras. Una vez completados los cuestionarios, éstos fueron revisados por la coordinadora de campo y analizados por el panel de expertos. Como resultado de ese análisis se estableció la causa probable de muerte de cada uno de los casos incluidos.

La base de datos se diseñó en el programa estadístico EPIINFO 6, con doble entrada de datos. El análisis de los datos se hizo igualmente en EPIINFO 6.

B. ESTUDIOS DE MORTALIDAD

1. Autopsias verbales

El método empleado en este estudio para obtener información a nivel comunitario sobre las principales causas y determinantes de la muerte perinatal se denomina «Autopsia

verbal» y «Autopsia Social». Con éstos instrumentos se pueden identificar las principales causas de muerte, además de los principales determinantes de las conductas y patrones de búsqueda de ayuda de las madres durante el embarazo, parto y del recién nacido vivo que fallece en los primeros 7 días de vida.

Las autopsias verbales han sido utilizadas en muchos estudios como herramienta útil para determinar la causa de muerte en lugares donde los registros de mortalidad y causas de defunción son deficientes^{28,29} y una proporción elevada de las muertes ocurren en el hogar.^{30,31,32} En relación a la mortalidad perinatal, la mayoría de las muertes ocurren durante el parto, que por lo general son en casa y sin contacto con los servicios de salud formales.³² Por ello esta metodología ha sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud para identificar las posibles causas de muerte en los menores de 5 años,^{28,29} maternas^{10,33} y de adultos en países o regiones donde la mortalidad materno- infantil sigue siendo un problema importante de la salud pública. Contiene elementos propios de la epidemiología y de la etnografía, siendo una herramienta útil para entender el proceso de búsqueda de ayuda desde el punto de vista del entrevistado, por lo general la persona encargada del cuidado del fallecido.^{31,34} El proceso de búsqueda de ayuda puede ser detallado, desde que se detecta la enfermedad hasta la muerte, lo que incluye el tratamiento en el hogar y los proveedores de salud consultados.^{28,31,35} De forma más reciente se ha utilizado esta metodología para identificar los problemas dentro de la atención del sistema de salud sobre los que se podrían hacer intervenciones.³¹

La autopsia verbal es aplicada a la persona encargada del cuidado del que murió, por lo general la madre. Las causas de muerte determinadas por este método son sólo presuntivas, ya que se basan en el recordatorio de los principales signos o síntomas por parte del entrevistado. Estos signos y síntomas «cardinales» son preguntados de forma sistemática a la persona entrevistada, ahondando en aquellos identificados por el entrevistado como presentes durante el episodio de enfermedad que llevó a la muerte. Se han realizado una serie de estudios de validación de los signos y síntomas, en los cuales se comparan los signos y síntomas mencionados por los entrevistados, con registros médicos,

encontrándose que existe una gran variación entre la sensibilidad y especificidad de los mismos. En una enfermedad, entre más específico sea un signo o síntoma, mayor será su sensibilidad y especificidad,^{29,30,31,36} aunque puedan darse variaciones dependiendo del lugar o país.^{29,37} Pero la certeza diagnóstica no sólo dependerá del reconocimiento de los signos y síntomas por parte del entrevistado, sino que también dependerá de la severidad de la enfermedad y la prevelancia de la misma en la comunidad.²⁹ Para llegar a un diagnóstico presuntivo de muerte, se han desarrollado una serie de algoritmos diagnósticos validados en diferentes lugares, que permiten una comparación entre países o regiones.³⁸ Otra opción es la de ser analizados por un grupo de expertos, lo que hace que los diagnósticos obtenidos no sean comparables con otros países o regiones por incluir juicios personales.³⁷ Los algoritmos diagnósticos desarrollados por el panel de expertos sobre mortalidad perinatal están detallados en el anexo 1.

Se cuenta con estudios de validación especialmente en relación a mortalidad infantil y materna.¹⁰ Poco se ha trabajado en mortalidad en adultos. Se han hecho algunos estudios sobre algunas enfermedades causantes de muerte neonatal como son el tétanos neonatal, asfixia, bajo peso al nacer, entre otros.³⁹ Sin embargo, el incluir signos y síntomas de muerte perinatal y desarrollar algoritmos diagnósticos, no ha sido abordado hasta la fecha por ningún otro estudio, lo que hace necesario validarlos en estudios y experiencias posteriores, al igual que hacer un análisis crítico del mismo y establecer la utilidad de utilizar este tipo de metodología para establecer la causa de muerte perinatal y sus principales determinantes basado en el modelo de Sobrevivencia.

El lapso de tiempo adecuado entre la ocurrencia de muerte y la entrevista a la persona encargada del cuidado del fallecido ha sido discutido en los diferentes estudios.^{37,38} En general se recomienda que no se realice demasiado cerca al momento de la muerte, sino de preferencia entre los 15 días y los 3 a 6 meses. Algunos incluso plantean que los síntomas y signos presentes en la enfermedad que llevó a la muerte y las principales acciones tomadas pueden ser recordadas hasta 1 año después de la muerte.^{31,36,37} En el presente estudio el máximo tiempo de recordatorio fue de 3 meses. Falta por determinar

la precisión del recordatorio del cuidador en relación a la búsqueda de ayuda durante la enfermedad, al igual que los tratamientos dados en el hogar y los recibidos del personal de salud al que consultó.

2. Camino de Supervivencia

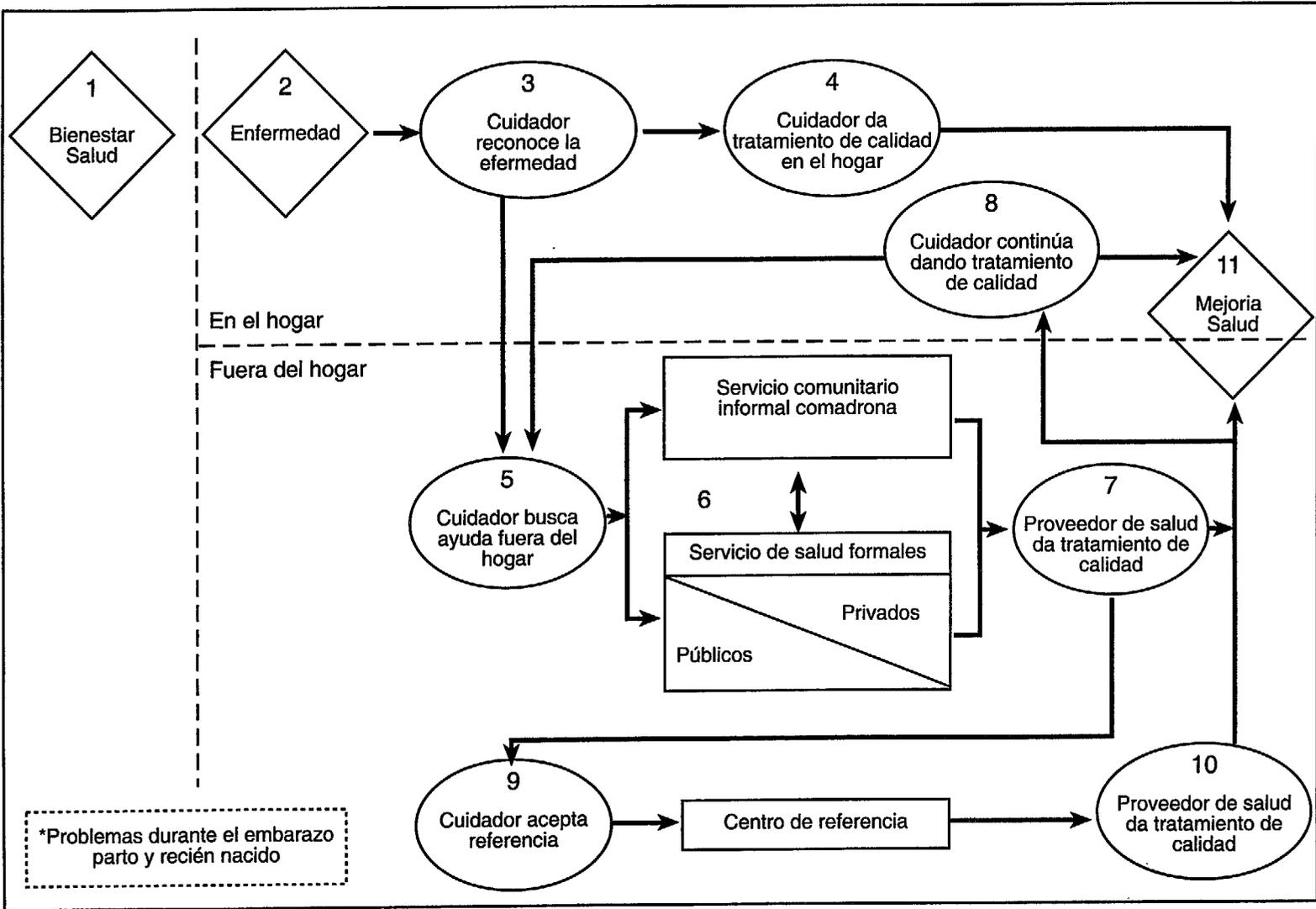
La salud materno infantil sigue siendo una de las prioridades de la salud pública en la mayoría de los países en desarrollo, debido al elevado número de muertes y discapacidad que producen. La muerte perinatal, a nivel mundial y para la región de las Américas constituye la séptima causa de muerte, según estimaciones de la OMS de 1998.⁴⁰ La tendencia de la mortalidad materno- infantil, durante los últimos 30 años ha sido la de una clara disminución, pese a que no se observa una mejoría concordante en algunos indicadores socio- económicos y demográficos en los países en desarrollo (tasa de natalidad, situación económica, aparición de nuevas enfermedades, etc.). Sin lugar a dudas, los avances tecnológicos y el desarrollo de los sistemas de salud han contribuido de forma importante a esta disminución, aunque las estimaciones para el 2020 realizadas por el Banco Mundial no muestran cambios significativos comparados con la situación actual.⁴²

Los avances tecnológicos, la comprobada efectividad de la mayoría de los tratamientos de las enfermedades materno- infantil causantes de la mayor carga de enfermedad, su creciente disponibilidad en los países y el desarrollo del sistema de salud, junto con las experiencias obtenidas a través de programas como el de Infecciones Respiratorias o Enfermedad Diarréica Aguda, han resaltado la importancia de lograr un acercamiento a dos grupos específicos de personas encargadas del cuidado del niño/niña o madre, que son 1) la madre, el padre, otro familiar o miembro de la comunidad^{41,43} y 2) los profesionales de la salud.⁴¹

El proceso de búsqueda de ayuda es una parte importante de la mortalidad infantil. Si se logra tener un mejor conocimiento y entendimiento de este proceso como parte de la sobrevivencia infantil, su importancia en los programas de salud pública y en la planificación parece mucho más claro. La experiencia obtenida a través de las intervenciones en salud centradas exclusivamente en el sistema de salud han mostrado solo un éxito relativo.²⁵ Los planificadores de salud están cada vez más conscientes del valor de los conocimientos de los patrones culturales de la comunidad con que ellos trabajan a través de los diferentes programas. Hay un mayor reconocimiento de que muchos de los problemas de salud pública se deben a una falta de conocimiento sobre prácticas y conductas de salud, y a una falta de sensibilidad hacia factores económicos y culturales.^{25,44,45,46}

Para poder determinar la forma en que la comunidad y los servicios de salud se interrelacionan, BASICS junto con el Centro de Control y Prevención de las Enfermedades y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, han desarrollado un modelo conceptual, el Camino de Sobrevivencia, que puede ser utilizado como referencia para autoridades locales o nacionales en el desarrollo de intervenciones tendientes a reducir la mortalidad perinatal e infantil (Ver esquema en la siguiente página).

Camino de Supervivencia



Hay dos puntos críticos en el Camino de Supervivencia. El primero es la posibilidad de poder describir y seguir el proceso entre el momento en que ocurre la enfermedad, hasta el momento en que el niño muere. El segundo es que las diferentes casillas del modelo pueden ser cuantificadas.

Antes de la aparición de la enfermedad tenemos la casilla 1, en la cual el/la niño/madre goza de bienestar y salud, definido en este contexto como ausencia de enfermedad percibida. Las actividades preventivas de salud estarían dirigidas a este grupo, como podría ser el control prenatal en las embarazadas, la inmunización con vacuna antitetánica para protección del recién nacido y la madre, etc. Una vez que la madre o el recién nacido enferman (casilla 2), los signos y síntomas de enfermedad deben ser percibidos por la madre, familiares o el cuidador (casilla 3). Una vez que se haya identificado la enfermedad, el cuidador tomará acciones, para lo cual deberá determinar si se trata de una enfermedad leve o severa. Debe poder dar un tratamiento en el hogar que sea de calidad en caso de que no sea una enfermedad grave, ya que en muchos casos el solo tratamiento en el hogar es capaz de producir mejoría y bienestar. Sin embargo se ha visto que tratamientos inapropiados administrados en el hogar pueden relacionarse con la mortalidad.^{28,35,44,46,47,48} Otros factores como el sistema de salud, la comunidad y el individuo pueden contribuir en la recuperación de la enfermedad.^{41,49,50}

En ocasiones, el niño o madre presentan una enfermedad grave que requiere de tratamiento especializado. En este caso el cuidador debe ser capaz de reconocer la gravedad de la enfermedad y buscar ayuda fuera del hogar, donde por lo general tiene varias alternativas que van desde el curandero tradicional, la comadrona, el centro o puesto de salud; al hospital entre otros. El identificar la gravedad de forma oportuna es de vital importancia para una búsqueda de ayuda precoz.

La búsqueda de ayuda por el cuidador (casilla 5) está dada por una compleja red de factores que deben de ser identificados y entendidos por los encargados de realizar intervenciones y programas de salud pública, con el fin de poder apoyar al cuidador a que tome las

decisiones correctas para el tratamiento de su niño o de la madre enferma. La decisión de a qué proveedor acudir puede estar basado en la distancia, el costo, la experiencia previa con los diferentes proveedores de salud, factores culturales, o una combinación de éstos factores entre otros.^{41,46} Las creencias maternas sobre la causalidad de la enfermedad han sido descritas como determinantes importantes no sólo del tratamiento recibido en el hogar, sino también de la decisión de a qué proveedor de salud consultar y posibles cambios de proveedores en el transcurso del episodio de enfermedad.^{16,46,51,52,53}

La madre o el encargado del cuidado de la madre o del niño puede acudir a servicios de salud informales, como es la comadrona, o a servicios de salud formales como los centros o puestos de salud, el hospital, el médico particular, las maternidades comunitarias, etc. (casilla 6). Esta casilla incluye cualquier servicio de salud al cual haya acudido sin ser referido. Durante el episodio de enfermedad que llevó a la muerte del bebé o recién nacido, la madre o cuidador pudieron alternar el uso de los diferentes proveedores disponibles. Cada proveedor, en el momento de la consulta, debe proporcionar un tratamiento de calidad (casilla 7). El definir si un tratamiento dado es de calidad o no, se basa por lo general en las pautas de manejo nacional o protocolos establecidos por la Organización Mundial de la Salud. El tratamiento ambulatorio de calidad incluye, a grandes rasgos, que la medicina prescrita sea la indicada para la enfermedad, las recomendaciones que recibió la madre o cuidador sean pertinentes, la explicación sobre cuáles son los signos de peligro por los que debe regresar de inmediato a la consulta y cuándo debe volver a la consulta de seguimiento. De esta forma el cuidador podrá continuar dando un tratamiento de calidad en el hogar (casilla 8).

Si la enfermedad es grave, el proveedor de salud debe referir a la madre o recién nacido a un nivel de atención de mayor resolución (casilla 9). Pero no es suficiente que el proveedor de salud refiera a la madre o recién nacido, sino que ésta referencia debe ser aceptada por el cuidador o los familiares (casilla 9). Una vez en el centro de referencia, el proveedor debe dar un tratamiento de calidad (casilla 10), que puede ser establecido utilizando los registros médicos y comparándolos con protocolos nacionales o definidos por la Organización Mundial de la salud.

El resultado del proceso salud- enfermedad- muerte o mejoría no sólo dependen de la enfermedad en concreto por la que falleció el bebé o recién nacido, sino que dependerá también de las acciones que se tomen en la comunidad como del proceso de búsqueda de ayuda.⁴¹

El segundo punto crítico del modelo Camino de Supervivencia es la posibilidad de cuantificar cada una de las diferentes casillas, convirtiéndose en indicadores. Las muertes, cuando ocurren, pueden ser atribuidas no solamente a las causas biológicas y finales de la muerte, sino también a los quiebres en uno o más de los pasos del modelo. Puede haber ocurrido la muerte perinatal porque la madre o el cuidador no identificó los signos de peligro o gravedad, porque la búsqueda de ayuda se hizo de forma tardía o porque el trabajador de salud del primer nivel que atendió a la madre o al niño no prescribió un tratamiento de calidad. La referencia pudo no ser aceptada por el cuidador por la distancia, falta de medios económicos o falta de credibilidad en el sistema, y pudo no haberse dado las recomendaciones adecuadas para el tratamiento y seguimiento en el hogar por parte del proveedor de salud consultado.⁴¹

Este modelo «Camino de Supervivencia» ha podido ser aplicado a la mayoría de las enfermedades de la infancia, con ligeras adaptaciones en cuanto a la definición de «tratamiento de calidad» de cada una de ellas. En el presente estudio ha sido utilizado para seguir el proceso de enfermedad en la madre durante el embarazo y parto, además del nacido vivo que falleció en los primeros 7 días de vida. Como modelo general puede ser aplicado a cada una de las diferentes situaciones, incluyendo solo pequeñas modificaciones en el mismo, de acuerdo al grupo que se esté siguiendo (embarazo, parto o recién nacido).

En definitiva, el marco conceptual del Camino de Supervivencia no debería ser visto como un modelo hipotético únicamente, sino debería ser utilizado como una herramienta que permite guiar el contenido de los programas de salud materno infantil y la obtención de recursos para estas intervenciones.⁴¹

3. Autopsias sociales

El instrumento diseñado para obtener la información contenida en cada una de las casillas o pasos del Camino de Supervivencia (casilla 2 a 11) se ha denominado «Autopsia Social». Es un cuestionario que contiene preguntas semi-estructuradas y abiertas que responden a cada una de las casillas o pasos del modelo. No sólo se obtiene el número que corresponde a cada una de las casillas, sino que también se intenta saber el “porqué” y el “cómo” de determinadas acciones. Así, por ejemplo, se determina el número de madres o cuidadores que dieron o recibieron tratamiento en el hogar y el tipo de tratamiento que recibieron; el número de madres o cuidadores que buscaron ayuda fuera del hogar, el tipo de proveedor al que acudieron y el tratamiento que éstos le dieron en el momento de la consulta, al igual que el tratamiento que le prescribieron; el número de madres o cuidadores que fueron referidos, el número de madres o cuidadores que aceptaron la referencia y el motivo, en caso dado, por el cual no aceptaron la referencia.

Este instrumento complementa el cuestionario de las Autopsias verbales, obteniéndose en su conjunto la posible causa de la muerte y los determinantes más importantes tanto dentro de la comunidad como fuera de la misma. Algunos de los contenidos de la casilla 1 del modelo (actividades preventivas) son recogidas por el cuestionario de autopsia verbal, como son el control prenatal, vacunación antitetánica, prácticas durante el parto, etc.

4. Vigilancia y encuestas de mortalidad

La vigilancia de mortalidad ha sido una actividad participativa llevada a cabo por personal del Ministerio de Salud en colaboración con los proyectos MotherCare y BASICS. Uno de los objetivos indirectos de la actividad es proveer un mecanismo para trabajo conjunto entre personal del Ministerio de Salud a nivel local y la comunidad. Se espera que la comunidad, a través de su participación, se sensibilice frente al silencioso problema de la muerte perinatal. Así mismo, se espera que la comunidad busque, y por supuesto el

Ministerio de Salud proporcione, formas de participar en el diseño e implementación de intervenciones dirigidas a corregir el problema.

El establecimiento de una red de vigilancia de mortalidad perinatal en las 4 comunidades incluidas en el estudio ha sido imprescindible para el desarrollo del estudio. En esta red se incluyeron todas las posibles fuentes de muertes, como son el registro civil, los registros hospitalarios y de los servicios de salud, las comadronas, los alcaldes auxiliares y otros agentes comunitarios.

Sin embargo el establecimiento de la vigilancia de mortalidad perinatal y su permanencia ha sido discutido durante las primeras reuniones con el Comité de Dirección y el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública. Se propuso promover la institucionalización de la vigilancia de la muerte perinatal, apoyando los esfuerzos de los Comités de Vigilancia de la Muerte Materna y Perinatal que ya funcionan en cada área de salud y que están realizando actividades para documentar la mortalidad materna.

Una vez finalizado el estudio, se propondrá la institucionalización de la vigilancia de muerte perinatal, que estará a cargo de cada área de salud que forma parte del estudio. Considerando las posibles opciones de intervenciones y la sistematización de la vigilancia, se discutirá la forma de adaptar la metodología utilizada por el presente estudio, manteniendo el marco conceptual propuesto del Camino de Supervivencia, para ser utilizado por dicho comité.

C. ESTRUCTURA Y LOGÍSTICA DEL ESTUDIO

1. Población del estudio y estimación del número de muertes esperadas

1.1 Población del estudio

El estudio de mortalidad perinatal comunitaria se realizó en 4 comunidades rurales de Guatemala donde el proyecto MotherCare ha venido trabajando durante los últimos años. La selección de las mismas se basó en la presencia del proyecto MotherCare en estas comunidades y en que las mismas, a través de los comités de maternidad comunitaria, habían manifestado su preocupación sobre la elevada mortalidad materno-infantil. El conocimiento de las comunidades por el proyecto MotherCare y la participación de la comunidad a través del establecimiento de la red de informantes es fundamental y necesario para el desarrollo del estudio. Las cuatro comunidades son Momostenango, Nahualá, Comitancillo y San Carlos Sija, ubicadas en el altiplano, de población primordialmente rural, en su mayoría indígena. Sólo en San Carlos Sija se encuentra una mayor proporción de ladinos. Algunas características generales de las comunidades, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, son:

Momostenango/ Totonicapán

El área de Momostenango cubre 305 kilómetros cuadrados de superficie y está ubicado a unos 2.204 metros de altura sobre el nivel del mar. Está compuesta por 1 villa, 10 aldeas y 109 caseríos. El total de habitantes es de 68.391, de los cuales el 95% es indígena y el 2% es ladino, siendo el idioma predominante el quiché. Las fuentes de ingreso principales son la agricultura y la producción artesanal.

San Carlos Sija/ Quetzaltenango

El área de San Carlos Sija es de 148 kilómetros cuadrados y está ubicado a 2.642 metros sobre el nivel del mar. Hacen parte de esta comunidad 1 pueblo, 14 aldeas

y 11 caseríos. Cuenta con un total de 23.142 habitantes, de los cuales aproximadamente el 40% son indígenas y el 60% son ladinos. Además del español, el idioma indígena predominante es el K'iche'. Las fuentes principales de ingreso son la agricultura y la producción artesanal.

Comitancillo/ San Marcos

El área de Comitancillo es de 112 kilómetros cuadrados y está ubicado a 2.280 metros sobre el nivel del mar. Hacen parte de esta comunidad 1 pueblo, 12 aldeas y 30 caseríos. El total de habitantes es de 36.478, de los cuales el 97% es indígena y el 1% son ladinos. Su fuente de ingreso principal es la agricultura y la producción artesanal.

Nahualá/ Sololá

El área de Nahualá es de 218 kilómetros cuadrados y está ubicado a 2.467 metros sobre el nivel del mar. Hacen parte de Nahualá 1 pueblo, 2 aldeas y 39 caseríos. El total de habitantes de esta comunidad es de 41.310, de los cuales el 98% son indígenas y menos del 1% son ladinos- La fuente principal de ingresos es la agricultura y la producción artesanal.

1.2. Estimación del número de muertes esperadas

En Guatemala no se tienen datos precisos sobre la magnitud de la mortalidad perinatal, en especial cuando se trabaja a nivel de las comunidades. Para obtener un número esperado de muertes perinatales en el lapso de un año y en 6 meses, se realizaron una serie de cálculos, basados en el total de la población de cada una de las comunidades (datos del INE), la tasa bruta de natalidad para Guatemala (35.4 por 1000 habitantes), la tasa de mortalidad infantil nacional (57 por 1000 nacidos vivos), la tasa de mortalidad perinatal (45 por 1000 nacimientos) y las proporciones de muerte infantil, neonatal, neonatal precoz, mortinatos y perinatal. Los resultados obtenidos y las estimaciones deben por lo tanto tomarse con ciertas

precauciones. Servirán de base para comparar las muertes identificadas por el estudio, teniendo siempre en mente que están basadas en estimaciones y son sólo una aproximación a la realidad.

En la tabla 1, y para cada una de las poblaciones, están determinando la población total, los nacidos vivos/ año, las muertes infantiles en un año y las muertes neonatales estimadas para ese año.

Tabla 1: Población, número de muertes infantiles y neonatales en las 4 comunidades del estudio

Comunidad	Población total ¹	Nacidos vivos/año ²	Muertes infantiles /año ³	Muertes neonatales estimadas 1 ⁴	Muertes neonatales estimadas ²⁵
Nahualá	41.310	1.462	83	41	44
Momostenango	68.391	2.421	138	69	73
San Carlos Sija	23.142	819	47	23	24
Comitancillo	36.478	1.291	73	36	39
Total	169.321	5.993	341	169	180

¹ Instituto Nacional de Estadística de Guatemala

² Los nacidos vivos por año se calcularon, aplicando la tasa bruta de natalidad (35.4 por 1000 habitantes) a cada una de las comunidades del estudio.

³ Las muertes infantiles se calcularon aplicando la tasa de mortalidad infantil de 57 por 1000 nacidos vivos, al total de nacidos vivos estimados previamente.

⁴ Debido a la falta de información precisa, se ha asumido que la mortalidad neonatal es aproximadamente la mitad de la mortalidad infantil.

⁵ Las muertes neonatales fueron estimadas utilizando la tasa de mortalidad neonatal de 30 por 1000 nacidos vivos.

Con esta información obtenida para cada una de las comunidades incluidas en el estudio, se realizaron las estimaciones de muertes durante la primera semana de vida y mortinatos al año, resumidas en la tabla 2. Primero se estimaron las muertes en el período neonatal

precoz (primeros 7 días de vida) basado en que éstas son aproximadamente el 60% de todas las muertes neonatales. Luego se obtuvo el número de mortinatos, basado en que del total de muertes perinatales, entre el 50 y 60% son mortinatos. Al final y resumido en la tabla 3, se obtuvo el total de muertes perinatales esperadas en un año y en 6 meses para cada una de las comunidades del estudio.

Tabla 2: Estimaciones del número de nacidos vivos que murieron la primer semana de vida y mortinatos en un año.

Comunidades	Estimación muertes 1 ^a semana de vida/año ¹	Mortinatos/ año ² (50% de M.Perinatal)	Mortinatos/año ³ (60% de la M. perinatal)
Nahualá	26	26	39
Momostenango	44	44	66
San Carlos Sija	14	14	21
Comitancillo	23	23	34
Total	107	107	160

¹ Se ha asumido que el 60% de las muertes neonatales ocurren en la 1^a semana de vida, basado en las estimaciones de muertes neonatales obtenidas con la tasa de mortalidad neonatal

² Se asumió que el 50% de todas las muertes perinatales son mortinatos

³ Se asumió que el 60% de todas las muertes perinatales son mortinatos

Tabla 3: Estimaciones de las muertes perinatales

Comunidades	Número muertes perinatales 1 año		Número muertes perinatales 6 meses	
	Estimación 1*	Estimación 2**	Estimación 1*	Estimación 2**
Nahualá	52	65	26	32
Momostenango	88	110	44	55
San Carlos Sija	28	35	14	17
Comitancillo	46	57	23	27
Total	214	267	107	131

* La estimación del número de muertes (1) se basa en el número de mortinatos de la tabla 2, donde se asume que el 50% de las muertes perinatales son mortinatos.

** La estimación del número de muertes (2) se basa en el número de mortinatos de la tabla 2, donde se asume que el 60% de las muertes perinatales son mortinatos.

Este estudio incluyó a todos los casos de muerte perinatal identificados en un lapso de 6 meses (de diciembre 1997 a mayo de 1998), por lo que se considera un diseño no probabilístico. Se decidió no hacer un muestreo debido a que, según las estimaciones previas, el número de muertes esperadas no sería suficiente para este tipo de estudio. El diseño es una combinación entre la búsqueda retrospectiva de casos (muertes en los tres primeros meses antes del inicio de la encuesta) y búsqueda prospectiva (conforme ocurren los casos), que se completó en un período de 4 meses de recolección de datos. No se consideraron controles debido a la dificultad de apareamiento en cuanto a severidad en un contexto comunitario, al difícil control de otras variables de confusión y a los costos involucrados. Por ello, no se podrán hacer extrapolaciones de los resultados a otras poblaciones ni se identificarán factores de riesgo.

La investigación se realizó por técnica de encuesta incluyendo el 100% de los casos de muerte perinatal identificados.

Un período acortado que capta sólo seis meses de muertes, inevitablemente introduce sesgos de estacionalidad. Estos sesgos no son importantes para las causas biomédicas de las muertes peri/neonatales, que suelen no mostrar periodicidad estacional en las muertes perinatales; sin embargo sí son importantes por varios factores asociados a la búsqueda de ayuda médica, como por ejemplo, el efecto de lluvia o inundaciones en la proximidad, que impiden o dificultan el acceso a servicios de salud.

2. Estudio etnográfico

Los estudios etnográficos, utilizados con frecuencia por los programas de salud infantil como el de Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad diarreica y más recientemente en la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, permiten identificar los términos que localmente las comunidades utilizan para describir los síntomas o signos de algunas enfermedades, al igual que profundizar en el tipo de

tratamiento en el hogar administrado,⁴⁹ acercarse al conocimiento y explicación de causalidad que tienen las comunidades sobre las enfermedades, los tratamientos recomendados, su pronóstico y fisiopatología. Son estudios que utilizan una metodología por lo general cualitativa, donde a través de cuestionarios semiestructurados o grupos de discusión o focales, se obtiene información acerca del reconocimiento de los signos y síntomas de las enfermedades por la comunidad⁴⁷. Por el tipo de diseño utilizado en estos estudios, por lo general cualitativos, los resultados de los mismos no son representativos.^{45,47}

En los estudios de mortalidad, utilizando las «autopsias verbales» y las «autopsias sociales» como método para identificar la causa de muerte y el proceso salud- enfermedad- muerte, es especialmente importante la realización del estudio etnográfico, ya que permite identificar los términos utilizados por la comunidad para referirse a los signos y síntomas incluidos en los instrumentos, que con frecuencia difieren de la terminología utilizada por el personal de salud. Los términos utilizados por las familias y la comunidad son el reflejo de las creencias culturales que sobre la enfermedad tienen. La falta de este conocimiento en este tipo de estudios puede llevar a una disminución en la sensibilidad del instrumento para identificar el posible diagnóstico de muerte. Igualmente se ha visto que las madres/cuidadores tienen un mejor recordatorio del episodio de enfermedad si se utilizan los términos locales apropiados.⁵⁴

Para poder finalizar el cuestionario y adaptar la terminología del mismo a la población del estudio, se realizó un estudio etnográfico de 4 semanas de duración. La finalidad de este estudio era el poder adaptar los instrumentos (autopsia verbal y social), al identificar los términos con que las madres se refieren a los signos y síntomas relacionados a las patologías más frecuentes comprendidas en el período perinatal. En el anexo 8 se encuentra el listado de los síntomas y signos en idioma K'iche' o Mam que hacen referencia a las patologías más frecuentes en el período perinatal. También se identificaron las posibles opciones que las madres tienen a la hora de buscar ayuda, las razones para la toma de decisiones y las barreras que impiden ésta búsqueda de ayuda.

Este conocimiento previo también permitió diseñar una primera aproximación a los posibles códigos de las preguntas del cuestionario, finalizada durante la recolección de datos.

El estudio etnográfico se realizó en octubre de 1997, coordinado por una profesional con experiencia de trabajo en temas de salud con población indígena. Para obtener la información deseada se realizaron 8 grupos focales, dos en cada municipalidad. De éstos, 6 fueron realizados en K'iche'/ español y 2 en Mam/ español, lo que representa la composición étnica de la población del estudio. En el total de los grupos, aparte de madres pertenecientes a las diferentes comunidades, se incluyeron comadronas y promotores de salud.

El resultado final del estudio etnográfico fue un listado de términos claves usados en la comunidad, que fue utilizado por las encuestadoras. Por razones de tiempo se decidió no hacer la traducción de los instrumentos al K'iche' y Mam; además, que con frecuencia las personas bilingües no pueden leer el idioma maya cuando está escrito. Para solventar el problema de la traducción, las mismas personas encargadas del estudio etnográfico fueron contratadas para la realización de las encuestas, y fueron entrenadas para utilizar los términos más frecuentemente utilizados por la comunidad de los diferentes signos y síntomas en el momento de la entrevista.

3. Instrumentos

La Universidad de Johns Hopkins, el Proyecto BASICS y MotherCare, desarrollaron los instrumentos de autopsias verbal y social perinatal, basados en cuestionarios utilizados con anterioridad en estudios de mortalidad infantil de Bolivia, Kazajstán y el Manual de Vigilancia de Mortalidad (BASICS), incorporando el componente perinatal. Estos instrumentos fueron adaptados a las características de la población de estudio y probados durante la capacitación. Basados en hallazgos de la investigación etnográfica,

se incorporaron los términos locales comúnmente utilizados por la población del estudio para referirse a los signos y síntomas de enfermedad, y se elaboró un listado de códigos, tanto para las preguntas cerradas como abiertas.

Para resolver posibles problemas de comunicación entre las encuestadoras y las entrevistadas, se emplearon encuestadoras bilingües (K'iche' o Mam/ español), que habían participado en el estudio etnográfico, por lo que ya estaban familiarizadas con los aspectos culturales de la investigación. Algunos de los términos específicos utilizados por las madre fueron incluidos en los cuestionarios (traducidos literalmente al español) para facilitar su traducción al K'iche' o Mam durante la entrevista por la encuestadora.

Para el desarrollo del estudio hicieron falta otros instrumentos que son:

1. Vigilancia de embarazo: Todas las mujeres que estuvieran embarazadas durante el período de recolección de los datos, fueron anotadas y seguidas hasta el final del estudio (prospectivo- marzo a mayo de 1998). Así se pudieron identificar posibles mortinatos o muertes de recién nacidos hasta el día 7 de vida que ocurrieron durante la recolección de datos.
2. Mini-censo: El mini-censo ayudó a detectar todas las muertes perinatales que ocurrieron en las comunidades en los tres meses previos al inicio de la recolección de datos (retrospectivo- diciembre 97 a febrero 98). Así mismo, el censo detectó todos los embarazos cuya resolución ocurrió durante el período del estudio.

4. Red de informantes

La detección oportuna de casos (muertes perinatales) fue uno de los problemas más críticos del estudio. El coordinador y los encuestadores se encargaron de establecer una red de colaboradores con base en la comunidad. La red de colaboradores estuvo integrada por todas las posibles fuentes que podían informar sobre las muertes perinatales, incorporando todos los lugares o personas donde pueda tomarse nota de las muertes de niños, como el registro civil, los cementerios, los hospitales y centros de salud, las organizaciones comunitarias, los hogares, comadronas, promotores, comités de maternidad comunitaria, alcaldes auxiliares y otros sitios o personas que posiblemente hayan establecido vínculos con las municipalidades. Fue necesario trabajar con las autoridades civiles y del Ministerio de Salud para establecer mecanismos para recibir la información. Para obtener la información se tenía un pequeño formato de recolección de datos, y en el caso de las comadronas, se vio que era mejor obtener la información verbalmente que en formatos pre-establecidos.

La red de colaboradores estuvo constituida por:

- ◆ Personal comunitario como promotores o comadronas,
- ◆ Comités de maternidad,
- ◆ Registro Civil, un ayudante del director,
- ◆ En los cementerios, un ayudante del administrador;
- ◆ En los hospitales, un empleado del departamento de estadística;
- ◆ En la municipalidad, el alcalde auxiliar,
- ◆ Familiares y vecinos.

Los comités de maternidad comunitaria, las comadronas y los promotores de salud tuvieron un papel activo durante el desarrollo del estudio. Se mantuvieron reuniones regulares con estas personas que además de funcionar como colaboradores claves, se les presentaron los resultados y avances del estudio en forma regular, determinando oportunidades de intervención.

Las encuestadoras fueron el principal enlace del proyecto con la red de colaboradores, que visitaban cada una o dos semanas para recibir sus informes sobre las muertes en el período peri/neonatal. Los colaboradores también proporcionaron referencias sobre la ubicación de los hogares correspondientes.

5. Comité de dirección

El estudio se realizó bajo la dirección de un Comité de Dirección conformado por personeros del Ministerio de Salud Pública, MotherCare y BASICS. El comité tuvo la responsabilidad de proporcionar la dirección técnica y ayudar a solventar problemas no anticipados. Las principales decisiones políticas, técnicas y ejecutivas fueron tomadas por el Comité de Dirección.

6. Panel de expertos

Concurrentemente con la integración del Comité Coordinador, fue necesario establecer un Panel de Expertos (PE). El rol del Panel de Expertos fue el de apoyar el desarrollo de los algoritmos, revisar los objetivos e indicadores, ayudar a clasificar las causas de muerte y evaluar las rupturas en el camino a la sobrevivencia. El panel de expertos, conformado por un obstetra, una neonatóloga y un sociólogo se reunió con regularidad, cada semana o dos para revisar encuestas y emitir diagnósticos de cada uno de los casos.

Debido a que la mortalidad perinatal no había sido estudiada a través de las autopsias verbales, una de las funciones principales del panel de expertos fue el desarrollo de algoritmos diagnósticos de las principales causas de muerte fetal, intra parto y neonatal precoz, que se encuentran en el anexo 1. Los algoritmos diseñados sirvieron de guía para la determinación de su diagnóstico presuntivo de muerte, aunque para llegar al mismo, utilizaron, además de su criterio clínico, otras secciones del cuestionario, como la historia abierta del primero, y si está disponible, del segundo entrevistado. En este sentido la

historia abierta enriqueció la simple descripción de síntomas y permitió en muchas ocasiones afinar el diagnóstico y llegar a un mayor conocimiento de la situación de la mujer, sus creencias y miedos durante el embarazo y el parto.

7. Coordinación y encuestadoras: capacitación

La coordinadora de la encuesta fue responsable de planificar, capacitar e implementar la encuesta en las cuatro comunidades seleccionadas. El Anexo 6 contiene una descripción de sus principales actividades. En general, la coordinadora de la encuesta, junto con la investigadora principal, fueron responsables en el terreno de la buena conducción de la encuesta, de las relaciones con la comunidad, del mantenimiento de la red de informantes y de coordinar las actividades de las encuestadoras.

Otra función de la coordinadora era la de revisar el llenado de los cuestionarios, asegurando la calidad de los datos recogidos y codificar las preguntas abiertas y semi-abiertas, para lo cual tuvo que desarrollar una listado de códigos durante el primer mes de recolección de datos.

Las encuestadoras eran 8 mujeres indígenas, bilingües (6 K'iche'/español, 2 Mam/español), algunas provenientes de la misma comunidad del estudio, que previamente habían participado en el estudio etnográfico y que tenían experiencia documentada en pasar cuestionarios y encuestas. Por razones de seguridad se decidió que debían realizar las encuestas en parejas, presentándose siempre ante los familiares de los casos de muerte perinatal, identificándose con una carta de presentación del Ministerio de Salud. La capacitación de las mismas se hizo en el mes de febrero, durante 4 semanas. La capacitación incluía la presentación del modelo conceptual del estudio (Camino de sobrevivencia), lectura del cuestionario, definición de los signos y síntomas listados como problemas encontrados durante el embarazo, parto y recién nacido, juegos de rol y al final aplicación de la misma en casos de muerte perinatal en comunidades no incluidas en el estudio. En el proceso de capacitación se realizaron modificaciones del instrumento

hasta obtener, al final de la misma, la versión definitiva. Para asegurar que la traducción del cuestionario, que debía ser realizado por las encuestadoras en el momento de realizar la encuesta, fuera hecho siempre igual y se ajustara a las preguntas escritas en español, se realizaron diferentes prácticas y se introdujeron, de común consenso, los términos locales identificados en el estudio etnográfico. La recolección de datos se inició en marzo de 1998 y se prolongó por 4 meses (junio 98).

8. Control de calidad

Una de las actividades de la coordinadora era la de asegurar la calidad de los datos. Para ello se definieron diferentes actividades como:

1. Al 10% de las encuestas realizadas por cada una de las encuestadoras la coordinadora debía hacer un control de calidad de los datos obtenidos. Para ello realizaba una re-entrevista de algunos segmentos del cuestionario considerados de mayor relevancia y dificultad. Posteriormente confrontaba su cuestionario con el de la encuestadora, y si se encontraban diferencias, éstas eran discutidas y solventadas. En caso de que una encuestadora presentara problemas persistentes, ésta era seguida de forma más estrecha con el fin de solventar los problemas encontrados.
2. Cada una de las encuestas realizadas por las encuestadoras era revisada por la coordinadora para encontrar posibles incoherencias o preguntas sin contestar. Cualquier problema de coherencia interna de las respuestas o inadecuado llenado del cuestionario era revisado con la encuestadora y solucionado.
3. Para asegurar que ningún caso de muerte perinatal ocurrido en el período del estudio quedara sin identificar (diciembre 97 a mayo 98), la coordinadora, de forma regular revisaba los registros hospitalarios, el registro civil; se reunía con las comadronas u otras personas incluidas en la red de colaboradores. Al final del estudio se hizo nuevamente una revisión de los casos, asegurando que se habían captado todos los casos.

Capítulo III: RESULTADOS

A. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de los resultados se hizo utilizando el programa de análisis estadístico EPIINFO6, con doble entrada de datos. Los resultados están presentados en tablas y gráficas de forma descriptiva. Junto con la presentación de los datos y la descripción de cada una de las tablas o gráficas, están incluidas citas textuales extraídas de las historias abiertas de las madres entrevistadas, que explican y ejemplifican los datos obtenidos.

B. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. El estudio recoge todos los casos de mortalidad perinatal ocurridas en las 4 comunidades incluidas en el estudio durante el período de 6 meses (diciembre 1997-mayo 1998). Pueden existir factores temporales que, al ser un estudio de 6 meses, no son captados por este estudio.
2. El cuestionario que utilizaron las encuestadoras estaba escrito en español, y ellas debían traducir, a medida que realizaban la entrevista, las preguntas, anotando las respuestas en español. Para ello debían traducir literalmente el idioma utilizado en la entrevista al español y marcar la respuesta en el cuestionario. Este proceso de traducción al idioma K'iche'/Mam de las preguntas del cuestionario y la traducción al español de las respuestas del entrevistado, pudo dar lugar a inexactitudes en la traducción y variaciones entre encuestadoras por las dificultades de traducción y clasificación de los signos, síntomas o enfermedades, especialmente las culturalmente determinadas. La monitorización estrecha de las encuestadoras por la coordinadora, los controles de calidad y el énfasis puesto en este aspecto durante la capacitación, disminuyen las diferencias observadas entre las encuestadoras. Por otro lado, gran parte de las preguntas eran abiertas, donde se indicaba la traducción fiel y en las propias palabras de la madre o entrevistado (a) para su posterior codificación.

3. Al ser el primer estudio de este tipo sobre mortalidad perinatal a nivel comunitario, el recordatorio de los signos y síntomas por el entrevistado y su presencia o no durante el proceso de enfermedad no han sido validados, desconociéndose su especificidad y sensibilidad. Sin embargo, con miras en una posible intervención, el conjunto de resultados que incluye el proceso de búsqueda de ayuda y los diagnósticos presuntivos definidos por el panel de expertos, son suficientes y claros a la hora de definirla.

4. Al hacer un recordatorio sobre un lapso de tiempo tan largo que además incluye diferentes estados fisiopatológicos (período prenatal, parto y recién nacido), podría darse un sesgo de memoria sobre los eventos sucedidos. Sin embargo este sesgo puede estar algo tamizado en esta comunidad, ya que con frecuencia las complicaciones obstétricas eran atribuidas a mal de ojo, la voluntad de Dios, presencia de ciertos factores socio-culturales durante el embarazo, más que a la falta de atención prenatal o a una complicación médica. El sesgo de memoria se reduce debido a que las mujeres a menudo atribuyen las complicaciones a factores muy distintos de los que se estudian.²⁵

C. SITUACIÓN DE SALUD EN GUATEMALA

Tabla 4: Principales indicadores de salud en Guatemala

INDICADOR	TASA	
<i>Indicadores de salud infantil</i>		
Mortalidad infantil ¹	40 por 1,000 nv	
Mortalidad infantil ²	57 por 1,000 nv	
Mortalidad menores de 5 años ²	68 por 1,000 nv	
Mortalidad neonatal ¹	30 por 1,000 nv	
Mortalidad neonatal ²	26 por 1,000 nv	
Mortalidad perinatal ¹	45 por 1,000 nacimientos (mortinatos y nacidos vivos)	
<i>Indicadores de salud materna</i>		
Mortalidad materna ³	220 por 100,000 nv	
Sololá ⁶	440 por 100,000 nv	
San Marcos ⁶	190 por 100,000 nv	
Quetzaltenango ⁶	210 por 100,000 nv	
Totonicapán ⁶	290 por 100,000 nv	
Tasa global de fecundidad ¹	5.1	
Cobertura de TT (dos o más dosis) ¹	37.9 %	
Tasa de natalidad ⁷	35.4 por 1000 habitantes	
Número de partos atendidos por proveedor capacitado ²	Nacional	Sur- occidental
Médico	31.4%	18.9%
Enfermera	3.4%	5.1%
Comadrona	55%	69%
Número de mujeres que recibieron atención prenatal por proveedor capacitado ²	Nacional	Sur- occidental
Médico	44.6%	30.9%
Enfermera	7.9%	12%
Porcentaje de partos atendidos en el hogar ²	64.7%	
Porcentaje de partos atendidos en el servicio de salud ²		
Hospital Privado	6%	
Instituto de Seguridad Social	7%	
Ministerio de Salud	21%	
<i>Otros indicadores</i>		
Población con acceso a servicios públicos de salud ⁴	40%	
Nivel de Alfabetismo	56% (UNICEF)	
Porcentaje de población indígena ⁵	42.8%	

¹ Perinatal mortality. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. WHO. Geneva. 1996

² Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995. INE, MSPYAS. Guatemala 1995.

³ Mujeres latinoamericanas en cifras. 1995. Instituto de la mujer, Ministerio de Asuntos Sociales (España) y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

⁴ Situación de Salud en Guatemala. Indicadores básicos 1995. OPS, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. 1995.

⁵ República de Guatemala. Características Generales de la Población y Habitación. Instituto Nacional de Estadística. Guatemala. C.A. Marzo 1996.

⁶ Guatemala 2000. Desarrollo con Equidad. Hoja de Indicadores. Proyecto Policy, 1999.

⁷ Situación de salud en Guatemala "Indicadores básicos 1997". Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema de Información Gerencial SIGSA, 1998.

D. DATOS DEMOGRÁFICOS

Tabla 5: Indicadores demográficos y de salud en las poblaciones de estudio

Comunidad	Población total ¹	Estimación nacidos vivos/año ²	Estimación muertes infantiles/año ³	Estimación muertes neonatales ⁴ (proporción)	Estimación muertes neonatales ⁵ <i>TMneonatal</i>
1. Momostenango	68.391	2.421	138	69	73
2. San Carlos Sija	23.142	819	47	23	24
3. Comitancillo	36.478	1.291	73	36	39
4. Nahualá	41.310	1.462	83	41	44
Total	169.321	5.993	341	169	180

¹ Estimaciones INE / DGSS 1993

² Los nacidos vivos por año se calcularon aplicando la tasa bruta de natalidad (35.5 por 1000 habitantes) a la población total de cada comunidad

³ Las muertes infantiles se calcularon aplicando la tasa de mortalidad infantil (57 por 1000 nv)

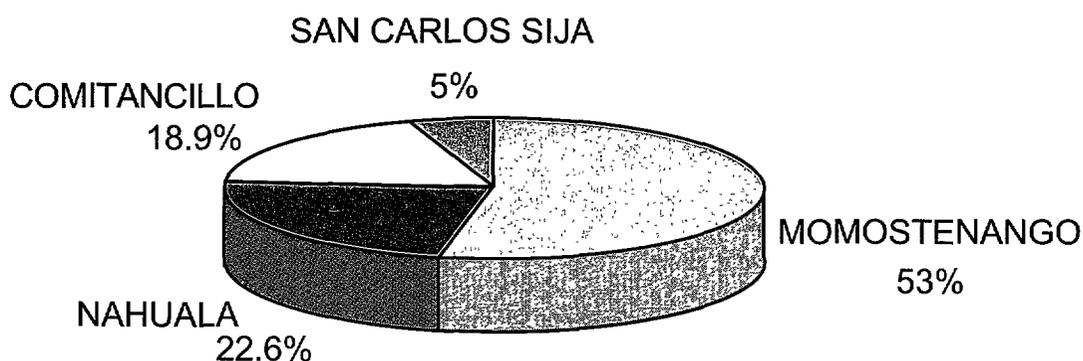
⁴ Se asumió que las muertes neonatales son aproximadamente el 50% de las muertes infantiles

⁵ Se calculó utilizando la tasa de mortalidad neonatal (30 por 1000 nacidos vivos)

Los datos obtenidos en la tabla, son estimaciones basadas en el total de la población de cada una de las comunidades incluidas en el estudio. Debido a la falta de información por comunidad, primero se aplicó la Tasa Bruta de Natalidad (35.4 por 1000 habitantes) a la población para obtener el número de nacidos vivos. Luego se aplicó la tasa de mortalidad infantil (57 por 1000 nacidos vivos), la proporción de muertes neonatales esperada y la tasa de mortalidad neonatal (30 por 1000 nacidos vivos), y se obtuvieron las muertes infantiles y neonatales. A partir de estas estimaciones se obtuvieron las muertes perinatales esperadas (que son los nacidos vivos que murieron en los primeros 7 días de vida y los mortinatos) en 1 año y 6 meses. Estos datos, basados en estimaciones, se utilizarán para comparar los hallazgos del estudio, por lo que deberán ser analizadas con precaución (ver tabla 6).

Gráfica 1

Lugar de residencia de la persona entrevistada



La mayoría de las mujeres entrevistadas provienen de Momostenango, seguido de Nahualá, Comitancillo y San Carlos Sija.

Tabla 6: Número de nacidos vivos y mortinatos y comparación con el número de muertes esperadas por comunidad

Lugar de residencia	Mortinatos (n=101)	Nacidos vivos (n=36)	Estimación mortinatos (6 meses)*	Estimación nacidos vivos (6 meses)*
Momostenango	53	20	22 - 33	22
San Carlos Sija	4	3	7 - 10	7
Comitancillo	22	4	12 - 17	11
Nahualá	22	9	13 - 18	13
Total	101	36	55 - 78	53

* Las estimaciones están basadas en los cálculos descritos en las tablas 2 y 3, en el capítulo II "Métodos", Estimación del número de muertes, pag. 32 a 35.

En los 6 meses incluidos en el estudio (diciembre 1997 a mayo 1998) se identificaron un total de 143 casos. De éstos, 137 contestaron la encuesta. El 73.7% de la muestra fueron mortinatos y el 26.3% nacidos vivos que murieron en los primeros 7 días de vida. Momostenango fue la comunidad en la que se identificaron un mayor número de casos (53%), seguido de Nahualá, Comitancillo y San Carlos Sija. Comparando con las

estimaciones de nacidos vivos y mortinatos en 6 meses para cada comunidad, en todas las comunidades excepto San Carlos Sija se identificaron más mortinatos que los esperados. Destaca Momostenango donde se identificaron entre el 38 y 57% más de mortinatos que las dos estimaciones respectivamente. El número de nacidos vivos identificados, sin embargo, fue ligeramente menor que las estimaciones en todas las comunidades (32% menos).

Tabla 7: Total muertes perinatales por lugar de residencia. Comparación con las muertes perinatales estimadas y porcentaje de cobertura.

Comunidad	Número de casos	% de casos	Muertes perinatales esperadas (6 meses)*		% de cobertura	
			estimación 1	estimación 2	estimación 1	estimación 2
Momostenango	73	53	44	55	165	133
San Carlos Sija	7	5	14	17	50	41
Comitancillo	26	19	23	27	113	96
Nahualá	31	23	26	32	119	97
Total	137	100	107	131	128	104

* Las estimaciones están basadas en los cálculos descritos en las tablas 2 y 3, en el capítulo II "Métodos", Estimación del número de muertes, pág. 32 a 35.

De acuerdo a las estimaciones de número de muertes perinatales en cada comunidad (se anotaron dos estimaciones, en la cual la primera asume que del total de muertes perinatales el 50% son mortinatos, y la segunda, en la cual el total de mortinatos es el 60%). De acuerdo con las dos estimaciones, en un período de 6 meses debería haber 107 y 131 muertes perinatales respectivamente. Destaca que en Momostenango se identificaron más del 50% de las muertes. Comparando el número de muertes identificadas con las dos estimaciones en Momostenango se encontraron entre 33 y 65% más de muertes perinatales respectivamente. En San Carlos Sija se identificaron menos muertes que las estimadas, entre el 50 y 41% menos de las esperadas. Las muertes identificadas en Comitancillo y Nahualá, sin embargo se ajustan bastante a las dos estimaciones. De forma global el estudio identificó un 28% y 4 % más de muertes perinatales que las

esperadas, (de acuerdo a la estimación con que se compara). La principal diferencia es la proporción de mortinatos y nacidos vivos del total de las muertes perinatales encontrada en el estudio (74% y 26% respectivamente), que difiere de las proporciones sugeridas, donde los mortinatos representan entre el 60 y 50% de todas las muertes perinatales.

Tabla 8: Fuente para la identificación de casos

Fuente de información	Mortinatos		Nacidos vivos		Casos	
	#	%	#	%	#	%
Registro civil	82	81	28	78	110	80
Hospital	7	7	3	8	7	5
Vecina	3	3	1	3	6	5
Comadrona	7	7	1	3	8	6
Alcalde auxiliar	2	2	—	—	3	2
Centro de salud	—	—	3	8	3	2
TOTAL	101	100	36	100	137	100

Para la identificación de los casos, las encuestadoras utilizaron diferentes fuentes de información. El 80% de los casos fueron identificados a través del registro civil. Del 20% restante, el 7% fue captado a través de los servicios de salud (hospital y centro de salud), el 6% fue comunicado a través de las comadronas, el 4% por los vecinos y el 2% por el alcalde auxiliar.

Tabla 9: Edad de la madre (n=137)

Grupo de edad	Número de nacimientos esperados (1986)*		Proporción muertes por 1000 NV/ 6 meses	Número de casos	% de casos
	Total	6 meses			
15 a 19 años	50279	25139	0.83	21	15
20 a 24 años	92331	46165	0.93	43	31.5
25 a 29 años	74880	37440	0.61	23	17
30 a 34 años	51367	25683	0.82	21	15
35 a 39 años	32794	16397	1.22	20	14.5
40 ó más años	13447	6723	1.33	9	7
Total	315098	157549	—	137	100

* Datos del Health Situation and Trend Assessment Program. PAHO. Washington DC, 1986.

La proporción de casos fue mayor en los grupos de edad de las madres más jóvenes. El 46.5% de casos sucedió en mujeres menores de 25 años. No se observó ningún caso en mujeres menores de 15 años. Tomado como referencia el número de nacimientos esperados por grupo de edad, las mujeres mayores de 35 años de edad contribuyen más a la mortalidad perinatal que las mujeres menores, con una proporción de 1.22 y 1.33 por 1000 nacidos vivos.

Tabla 10: Estado civil de la madre (n=137)

Estado civil	Número de casos	% de casos	% Nacional*
Casada	67	49	—
Soltera	3	2	—
Divorciada	2	1	—
Unida	63	46	64%
Otros	2	1	—
Total	137	99	

* Instituto Nacional de Estadística de Guatemala

Del total de casos entrevistados, el 95% fueron mujeres casadas o unidas. Según datos nacionales, el 64% de la población vive unida.

Tabla 11: Escolaridad de la madre (n=137)

Grados	Número de casos	% de casos	% Nacional
Sin educación	81	59	} 76 % femenina
1o. a 3o. de primaria	42	31	
4o. a 6o. de primaria	12	9	
Secundaria/diversificado	2	1	
Total	137	100	

El 90% de las mujeres entrevistadas que tuvieron un caso de muerte perinatal tenían una escolaridad de 3o. Grado de primaria o menos. Casi el 60% de las madres no tenían escolaridad alguna. Solamente el 10% de las mujeres tenían estudios de 4° de primaria o superior. Estas cifras son un poco menores que las cifras nacionales, en las cuales el 76% de la población femenina tiene primaria incompleta.

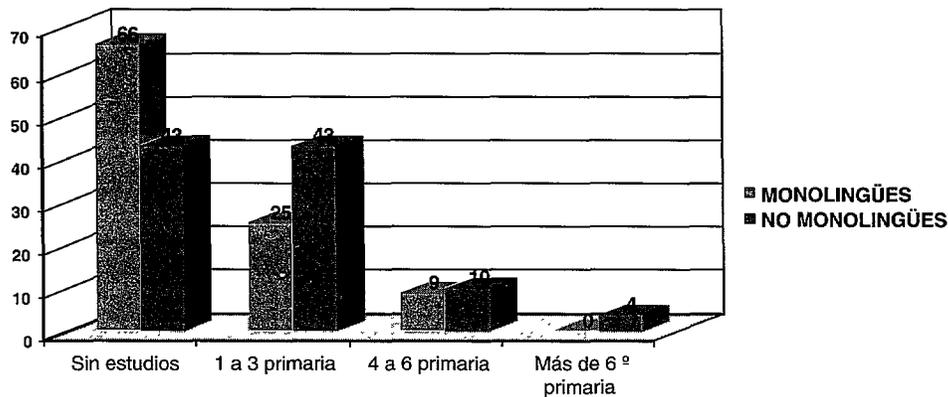
Tabla 12: Idiomas que habla la madre (n=137)

Idioma	Número de madres	% de madres
Monolingüe K'iche'	76	56
Monolingüe Mam	19	14
Monolingüe Español	6	4
Bilingüe K'iche'/Español	28	20
Bilingüe Mam/Español	8	6
Total	137	100 %

El idioma predominante fue el K'iche'. Se encontró que el 70% de las mujeres entrevistadas eran monolingües; el 56% monolingües K'iche' y el 14% monolingües Mam. Hubo un 4% de madres monolingües español. Un 26% de las madres eran bilingües (K'iche'/español o Mam/español).

Gráfica 2

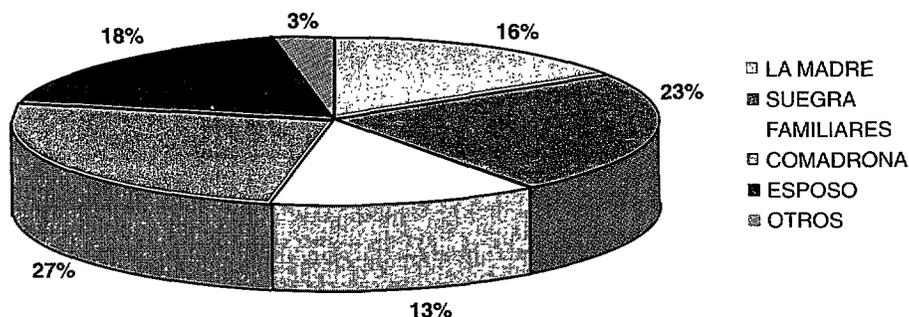
Porcentaje de madres monolingües (K'iche' o Mam) o no monolingües de acuerdo al grado de escolaridad alcanzado



La población de las 4 comunidades incluidas en el estudio son de características similares. Una posible diferencia que podría determinar el uso de servicios sanitarios y en este caso el nivel de escolaridad, es si son o no monolingües. Si se toma la proporción de madres monolingües (n=95), se ve que el 66% de las mismas no tenían estudios, comparado con el 43% de las no monolingües. El 57% de las mujeres no monolingües tienen algún grado de escolaridad, mientras que sólo el 34% de las monolingües lo tienen.

Gráfica 3

Segunda persona entrevistada (n=98)



En la gráfica 3 se reflejan las personas que fueron entrevistadas como segundo informante. La comadrona pudo ser entrevistada en 25 casos, seguido de la suegra (23), la madre de la entrevistada (16), el esposo (18), otros familiares como la tía, hermano, cuñada (13) y otros (vecina, médico) en 3 casos. Para que una persona pudiera hacer de segundo informante debía haber estado presente en el momento del parto o en el caso del recién nacido vivo, haber cuidado del niño en los primeras horas/ días hasta su muerte. De las 98 entrevistas realizadas a segundos informantes, 10 no estuvieron presentes durante el parto.

En 39 de los casos no fue posible realizar esta entrevista por motivos como 1) no estuvo nadie presente durante el parto con la madre (se atendió ella misma), 2) fue difícil localizar a la comadrona o había resistencia de la madre y familiares para que fuera entrevistada y localizada, 3) no se realizaron entrevistas cuando la madre fue atendida en el centro de salud u hospital, lo que ocurrió en 21 casos.

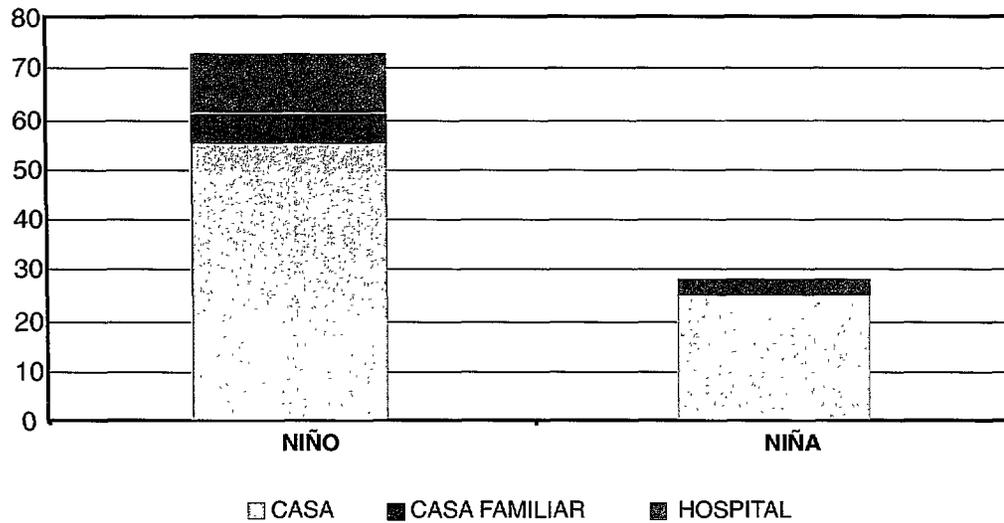
Tabla 13: Distribución por sexo del producto fallecido (n=137)

Sexo	# de casos	% del total	Mortinatos		Nacidos vivos	
			#	%	#	%
Masculino	83	61	57	56.5	26	72
Femenino	53	38.6	43	42.5	10	28
No supo	1	0.4	1	1	—	—
Total	137	100	101	100	36	100

Del total de los casos, el 61% eran de sexo masculino y el 39% de sexo femenino, lo que representa la distribución de muertes por sexo a nivel global, donde más niños que niñas mueren. La proporción de niños se mantiene mayor, tanto en el grupo de mortinatos como en los nacidos vivos.

Gráfica 4

Lugar de muerte de los recién nacidos vivos que fallecieron por sexo



En la gráfica 4 se puede ver el lugar donde murió el recién nacido que nació vivo según el sexo del mismo. La mayoría de los recién nacidos (tanto masculinos como femeninos) murieron en la casa (29/ 80.5%); en casa de algún familiar murieron el 8.3%. En el hospital murieron el 11% de los recién nacidos de sexo masculino.

E. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Tabla 14: Número de embarazos anteriores por madre (n=137)

# de embarazos	Número de madres	% de madres
0	31	23
1	22	15
2	15	11
3	12	9
4	10	7
5	12	9
6+	35	25
Total	137	99

* 2 mujeres dijeron que estaban embarazadas actualmente y 3 no sabían.

Para fines del estudio se definió que una primigesta es aquella madre donde el caso del estudio es el primer embarazo y que no ha tenido ningún aborto/ embarazo previo. 31 madres (23%) incluidas en el estudio eran primigestas. El 26% tenían 1 ó 2 embarazos previos. El 25% tuvo 6 o más embarazos, porcentaje que incluye a las mujeres con 6, hasta 16 embarazos previos.

Tabla 15: Algunas características obstétricas y de mortalidad perinatal - infantil de las madres entrevistadas (n=137)

Característica	Número de madres	%
Madres primigestas	32	23.4
Madres donde el caso es el segundo o más, que murió*	46	33.6
Madres con mortinato (s) previo (s)	35	25.5
Madres con aborto (s) previo (s)	27	19.7
Madres con nacidos vivos previos, que fallecieron	37	27

* incluye madres con mortinatos o nacidos vivos, que fallecieron.

Del total de madres entrevistadas, el 23% son primigestas. Para 46 madres la muerte del caso incluido en este estudio es la segunda o más muerte de un niño que sufre (ya sea mortinato o nacido vivo que murió en los primeros 5 años de vida). El 26% de las madres tuvieron uno o más mortinatos previos al caso del estudio, el 20% uno o más abortos previos y el 27% tuvieron un nacido vivo que murió en los primeros 5 años de vida.

Tabla 16: Promedio de embarazos y abortos por grupo de edad (n=137)

Grupo de edad	Promedio de embarazos	Promedio de abortos
15 a 20 años	0.74	0.13
21 a 25 años	1.8	0.12
26 a 30 años	4	0.37
31 a 35 años	6.52	0.48
36 a 40 años	9.78	1.35
41 ó más años	12	0.25
Total	5.8	0.45

En la primera columna está anotado el promedio de embarazos previos (incluye embarazos y abortos previos) de acuerdo al grupo de edad de la madre. En las madres jóvenes (hasta 20 años) el promedio de embarazos previos es menor de 1, y va aumentando progresivamente hasta situarse en 12 en el grupo de madres mayores de 41 años. En la segunda columna está el promedio de abortos por grupo de edad. Se encuentra que en las edades más jóvenes, el promedio de abortos es menor y que va aumentando progresivamente con la edad de la madre, hasta situarse en 1.35 en el grupo de madres de 36 a 40 años. Se nota nuevamente un descenso del promedio de abortos en el grupo de madres de 41 años ó más. Cuando se hace referencia a abortos, en este estudio, no se distinguen los abortos espontáneos de los inducidos.

Tabla 17: Edad en que terminó el embarazo (n=82)

Edad del embarazo	Mortinatos	Nacidos vivos que fallecieron	Total
Prematuro (Menos de 8 meses)	11 (18%)	8 (38%)	19 (23%)
A término (8 o más meses)	50 (82%)	13 (62%)	63 (77%)
Total	61	21	82 *

* 55 mujeres entrevistadas no conocían la fecha de su última menstruación, por lo que no se les pudo calcular la duración del embarazo.

Del total de mujeres que conocían la fecha de su última menstruación (60%), el 23% tuvo un embarazo de menos de 8 meses y el 77% de 8 ó más meses de duración. En el caso de los mortinatos (primera columna) y los nacidos vivos que fallecieron (segunda columna), la duración del embarazo fue de 8 ó más meses en un 82% y un 62% de los casos respectivamente. Sin embargo, en los nacidos vivos que fallecieron, la proporción de gestaciones menores de 8 meses fue mayor, comparada con el grupo de los mortinatos.

F. CONTROL PRENATAL

Tabla 18: Características generales de atención prenatal

Característica	# de casos	%
Casos que recibieron atención prenatal (n=137)	114	83
Casos que tienen carnet prenatal (n= 114)	45	39
Promedio de edad del embarazo en meses en que se realizó primera visita prenatal (n= 65)*	5.8 meses	

* No incluye a aquellas madres que fueron a control prenatal únicamente con la comadrona (36%) ni a las que no fueron a control prenatal (17%).

Para el actual estudio se define la atención prenatal como la toma de contacto de la madre al menos en una oportunidad, con algún proveedor acreditado (comadrona, servicios formales de salud) durante el embarazo. Como estándar de frecuencia adecuada se tomará la recomendación de la OMS que define como control prenatal adecuado 2 visitas durante el embarazo. En Guatemala, la atención prenatal se define como el cuidado y monitoreo del embarazo, que permite observar el desarrollo normal del bebé y la vigilancia del estado de la madre, permitiendo detectar cualquier complicación o riesgo de muerte, tanto en la madre como en el niño.

El 83% de las madres entrevistadas habían acudido a algún control prenatal durante su embarazo. De éstas madres, el 39% tenía un carnet prenatal. La primera consulta a control

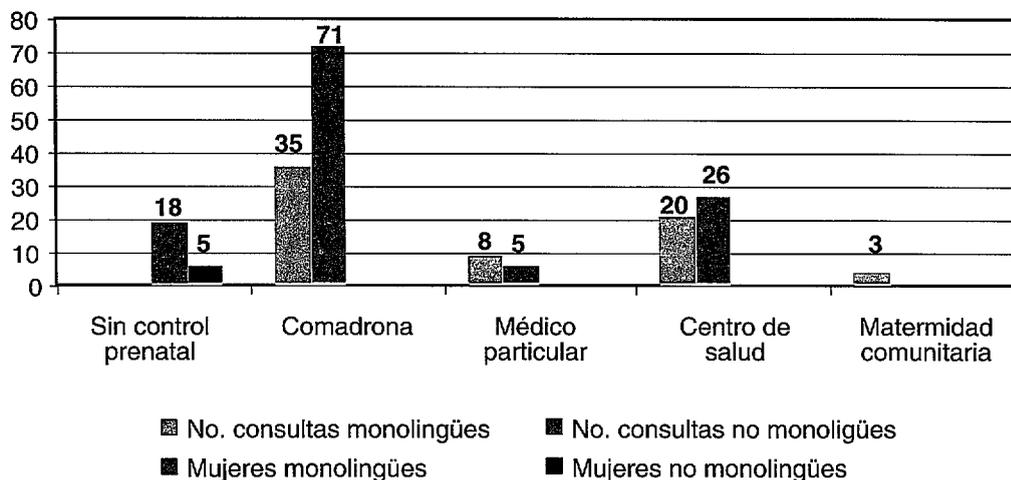
prenatal la realizaron, en promedio, a los 5.8 meses de gestación. Para las madres con mortinatos, el promedio para la primera consulta fue de 6.5 meses de gestación, mientras que para las madres con un nacido vivo que falleció, el promedio fue de 4.1 meses de gestación.

23 madres no acudieron a control prenatal. Aunque no se les preguntó específicamente las razones por no haber acudido a control, en las historias abiertas se encuentran algunas explicaciones como son la falta de acceso (está lejos, está trabajando), falta de apoyo familiar y el desconocimiento sobre su embarazo, especialmente en las primerizas.

“Solo me acuerdo que mi esposo tomó y me dio patadas en la cintura y arriba de mi ano. Dejé de comer y cuando quiero comer frijol me hace mal, me daba náusea, dolor de cabeza. No me fui al control prenatal durante el embarazo porque yo sólo en la finca estábamos con mi esposo...” (María, 29 años, Comitancillo).
“.. Y como yo no sabía de mi embarazo, no tuve ningún control, ni la comadrona me controló porque yo era muy joven todavía, no conozco sobre mi estado...” (María, 16 años, Momostenango)

Gráfica 5

Frecuencia de utilización de los diferentes proveedores para control prenatal (n= 168) de las mujeres monolingües (n= 95) y no monolingües (n=42)



De las 114 mujeres que acudieron al menos una vez a control prenatal durante su embarazo, 77 eran monolingües y 37 eran no monolingües. La comadrona fue el proveedor más consultado, un total de 106 veces, seguido del centro/ puesto de salud, consultado en 46 ocasiones. Las mujeres monolingües consultaron un total de 66 veces

(el 39% de todas las consultas) a los diferentes proveedores de salud, mientras que las no monolingües consultaron 102 veces (el 61% de todas las consultas).

El promedio de consultas fue de 0.9 para las mujeres monolingües, y de 2.7 para las no monolingües.

De las mujeres que no acudieron a control prenatal (n= 23), el 78% eran monolingües y sólo el 22% no monolingües.

Tabla 19: Lugares a donde las madres recibieron atención prenatal (n=114)

Lugar de atención	Servicios donde recibió atención prenatal	
	#	%
Sin control prenatal	23	16.8
Comadrona	49	43
Comadrona y Puesto de salud	37	33
Comadrona y Médico Particular	7	6
Comadrona y otro*	4	3.5
Médico Particular	3	26
Comadrona, Maternidad comunitaria y Puesto de salud	2	1.7
Comadrona, Puesto de salud y Clínica (ONG/ iglesia)	2	1.7
Comadrona, Clínica (ONG/ iglesia)	1	8
Comadrona y Maternidad comunitaria	1	8
Comadrona, Puesto de salud y Médico Particular	1	8
Comadrona, Puesto de salud, Hospital y Otro *	1	8
Comadrona, Médico Particular y otro*	1	8
Puesto de salud	1	8
Puesto de salud y Clínica (ONG/ iglesia)	1	8
Puesto de Salud y Médico particular	1	8
Hospital	1	8
Otro*	1	8
Total	114	100

*Otros: Incluye Proyecto, Enfermera particular y Farmacia.

La comadrona fue el proveedor de salud al que las madres más acudieron a control prenatal (93%). De las 106 madres que acudieron a la comadrona, el 43% no consultó con ningún otro proveedor de salud. Al centro de salud acudieron a control prenatal el 40% de las mujeres. La mayoría de las madres consultó a más de un proveedor de salud. En la zona del estudio funcionan más de 250 ONG's diferentes, las cuales no incluyen dentro de su equipo a comadronas.

Algunas madres mencionan unos motivos por los que prefieren acudir a la comadrona como es el fácil acceso, el obtener una atención acorde con sus expectativas. Destaca la importancia de los baños en temascal no sólo durante el embarazo, sino también durante el parto y post-parto. Menciona una comadrona:

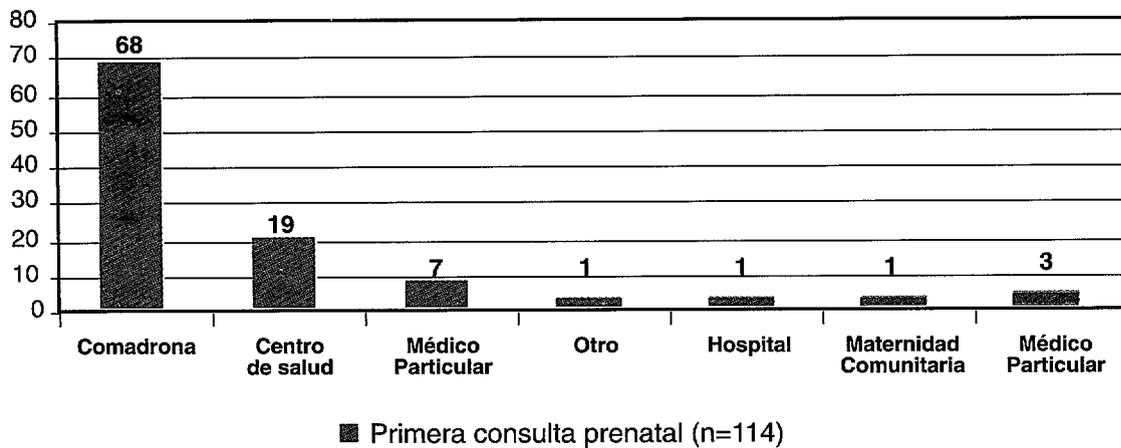
“... nosotros aquí tenemos nuestras costumbres, lo que nosotros hacemos es bañar a las pacientes en temascal...” (Valeria, 25 años, Momostenango)

De los relatos abiertos se trasluce que las comadronas gozan de una alta aceptación por parte de las madres entrevistadas, además de una credibilidad en el control del embarazo y solución de problemas.

“... sólo cuando supe que venía parado, la comadrona empezó a componerlo para que se pusiera en su posición, pero no logró nada y cuando llegó su hora de nacimiento, estaba parado.” (Jerónima, 33 años, Momostenango)

Gráfica 6

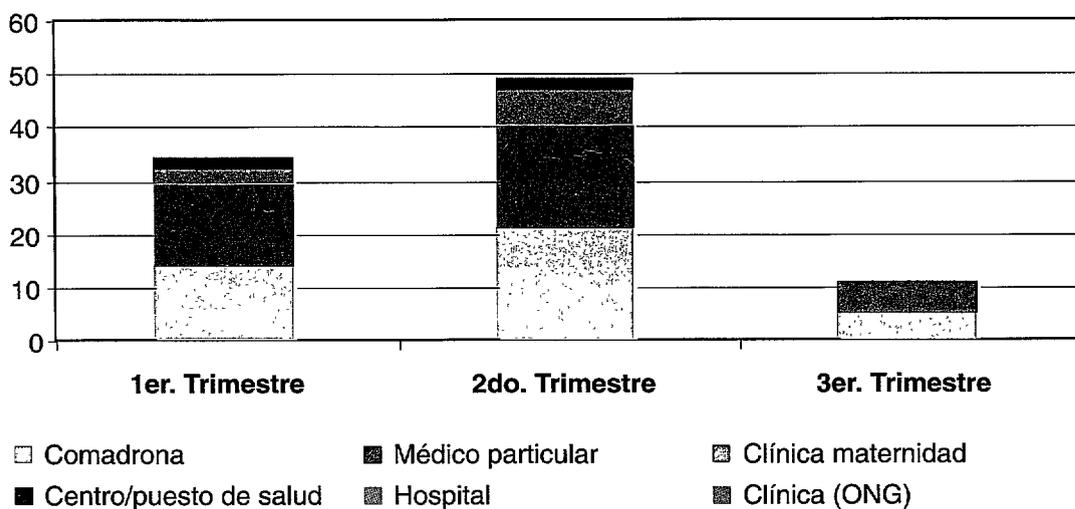
Porcentaje de madres que acudieron a los distintos proveedores o servicios de salud para la primera consulta prenatal (n= 114)



Para el 68% de las madres, la comadrona fue el primer proveedor para su control prenatal, seguido del centro de salud en un 19%. Estas diferencias de utilización, no sólo se observan en el primer contacto con algún servicio de salud, sino que se mantienen cuando se mira la frecuencia de utilización de cada uno de los proveedores.

Gráfica 7

Edad del embarazo en la primera visita prenatal por servicio, que proporcionó la atención



En la gráfica 7 se observa que la comadrona y el centro/puesto de salud fueron los lugares donde con mayor frecuencia acudieron las madres entrevistadas a la primera consulta del control prenatal. El total de casos incluidos en la gráfica es 61 (no están incluidas aquellas madres que fueron a control prenatal únicamente con la comadrona). El segundo trimestre es el período del embarazo en el cual las madres acudieron con mayor frecuencia a los servicios de salud, excepto a la clínica comunitaria y al hospital, donde acudieron igual número de veces y menos respectivamente que en el primer trimestre. Las consultas prenatales de primera vez se dieron durante el primer y segundo trimestre del embarazo, siendo las consultas de primera vez durante el tercer trimestre poco frecuentes (total 11.9%).

Tabla 20: Promedio de visitas prenatales realizadas por madres que recibieron atención prenatal en los diferentes servicios

Lugar de atención	Promedio de visitas por madre
Comadrona	5.7
Clínica de maternidad comunitaria	2.3
Centro o puesto de salud	2.7
Clínica (ONG, Iglesia)	1.5
Médico particular	1.8
Hospital	1.9
Otro	1.9
Total	2.5

El promedio de consultas prenatales de las 114 madres que acudieron a algún proveedor de salud para control prenatal fue de 2.5 veces. La comadrona es el proveedor que en promedio más veces vio a la madre en consulta prenatal, seguido del centro de salud y clínica de maternidad.

Algunos factores que pueden explicar esta tendencia de búsqueda de atención prenatal fueron recogidos más adelante en el cuestionario y están relatadas en las historias abiertas de las madres. Destacan algunos factores como: 1) falta de atención por parte de los servicios de salud

“ Cuando yo estaba embarazada tuve dolores y me fui al centro de salud. Me dio lo mismo porque no me atendieron. Lo que hice fue buscar a la comadrona...” (Felisa, 35 años, Momostenango)

2) La comadrona, siendo por lo general de la misma comunidad, vive más cerca de la madre y tiene más posibilidades de acudir cuando sea requerida por la madre

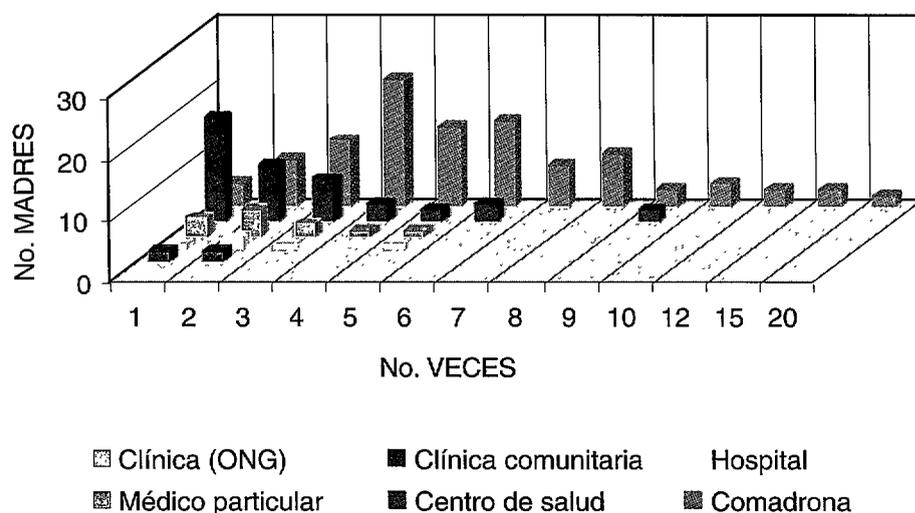
“... le dijimos a la comadrona. Ella siempre venía a verme porque queda cerca de su casa. Yo mandaba a mi esposo a llamarla, venía a verme aquí...” (Ubalda, 22 años, Momostenango)

3) Otros factores de acceso como la distancia, falta de dinero entre otros.

“Cuando yo iba al control, la comadrona me decía que tengo que ir al control en el centro de salud, pero ni me fui, queda lejos.” (Berta, 35 años, Comitancillo)

Gráfica 8

Frecuencia con que las madres entrevistadas acuden a los diferentes proveedores de salud para atención prenatal.



En la gráfica 8 está representada la frecuencia con que las 114 madres que acudieron a control prenatal consultaron a los diferentes proveedores de salud. 106 de las 114 madres acudieron una o más veces a la comadrona. La frecuencia de las consultas a la comadrona se visualiza con las barras rojas. La mayoría de las mujeres consultaron entre dos y ocho veces, aunque se observa un claro pico en 4 consultas, seguido de 6 y 5 consultas. Destaca en general la elevada frecuencia con que acuden las mujeres a control prenatal a las comadronas, en una ocasión hasta 20 veces durante el embarazo. Parece que hay una tendencia de que, una vez que la madre es vista por la comadrona, las consultas se sucedan con frecuencia, lo que se confirma por el promedio de 5.7 consultas por mujer durante el embarazo. Las barras amarillas visualizan la frecuencia con que 46 mujeres (40.4%) fueron al centro de salud a control prenatal. Con mayor frecuencia las mujeres acudieron una vez al centro de salud. De ahí en adelante la frecuencia de consultas va disminuyendo paulatinamente, por lo que el promedio de consultas para este proveedor se sitúa en 2.7 consultas por mujer durante el embarazo. Las barras azules representan las consultas al médico particular, al cual acudieron 13 mujeres. El patrón de frecuentación es ligeramente menor, aunque similar al del centro de salud, siendo el promedio de consulta a este proveedor de 1.8. A los restantes proveedores (hospital, clínica comunitaria y clínica (ONG)) el número de consultas prenatales es bajo.

La comadrona es claramente el proveedor de salud que brinda atención prenatal más importante para esta población (68% de las madres acudieron a la comadrona) y cuenta con una elevada frecuentación por parte de las mujeres embarazadas incluidas en el estudio.

En la tabla 19 ya se mencionaron algunos motivos que podrían explicar la elevada frecuentación por parte de las mujeres a la comadrona. A eso (más fácil acceso, no tienen horarios establecidos de atención, hacen parte de la comunidad) se le puede sumar el miedo que sienten las madres cuando en el centro de salud se les indica que el embarazo es de peligro y que deben acudir al hospital.

“... pero me fui al centro de salud y me dijo el doctor que sí peligraba, que mejor me fuera al hospital para que me hagan cesárea pero yo no quise ir, lo que yo hice es de que yo me entregué en las manos de Dios es lo que yo hice y me fui con la comadrona para que me lo arregle, pero después me fui todo el día en ayuno y el segundo día se empezó a mover, yo esperé la voluntad de Dios y si para mí es el niño logra y si no pues Dios me lo quitará, pero de ir con el doctor no voy dije yo ...” (Carmen, 27 años, Momostenango)

“... y como me dijo que me operan, tuve miedo de seguir de ir al control...”
(Delfina, 24 años, Momostenango)

La percepción de que para recibir atención es necesario un mayor esfuerzo y no se soluciona el problema, es otro de los motivos mencionados por las madres.

“...sólo cuando yo tenía 3 ó 4 meses no tenía apetito por eso me fui al centro de salud, cuando llegué en el primer día me dijeron que ya pasó la hora, váyase y venga otro día me dijeron y yo a veces no me da tiempo es por eso. Y me fui otra vez, y me dijeron lo mismo, hoy no vamos a atender y me regresé y hasta la tercera vez me atendieron, solo esa vez me fui allí y el que atiende allí no se quién es, pero el no me dijo nada y por eso yo pensé mejor ya no y ya no me fui.” (Catarina, 28 años, Nahualá)

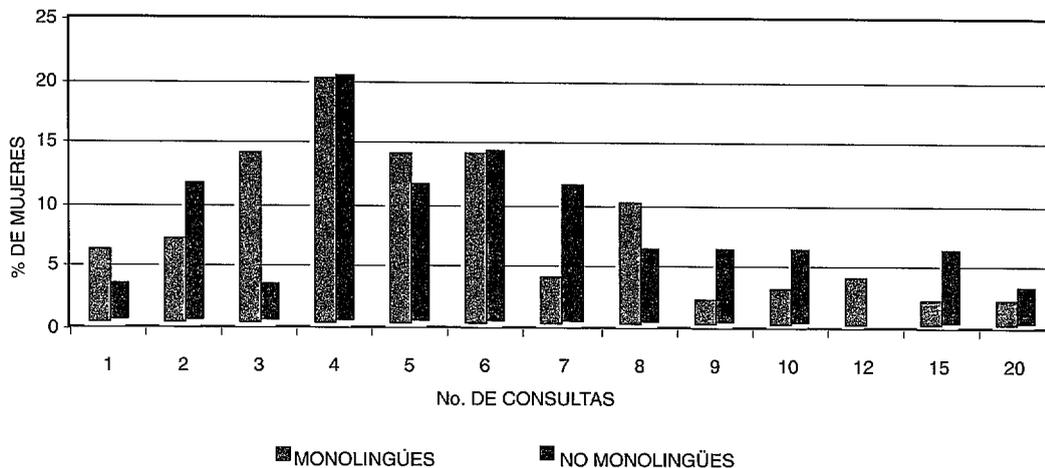
Tabla 21: Lugar de residencia y número de consultas de control prenatal por proveedor o servicio de salud

Lugar de residencia de la madre	Control prenatal	Comadrona	Maternidad Comunitaria	Puesto Salud	Clínica (ONG, iglesia)	Médico particular	Hospital
Momostenango	63 (86%)	61 (97%)	0	24 (38%)	0	8 (12.7%)	1 (1.6%)
Nahualá	26 (84%)	22 (84%)	3 (11.5%)	11 (42%)	4 (14%)	3 (11.5%)	0
San Carlos Sija	7 (100%)	7 (100)	0	6 (86%)	0	1 (14%)	0
Comitancillo	18 (69%)	16 (88%)	0	5 (27%)	0	1 (5.6%)	1 (1.6%)
Total	114	106	3	46	4	13	2

Comitancillo fue la comunidad en la cual la menor proporción de mujeres (69%) acudió al control prenatal. La utilización de los diferentes proveedores de salud es similar en las 4 comunidades en cuanto al número de controles realizados por la comadrona (entre el 88 y 97%) y al médico particular. Las mayores diferencias se ven en las consultas prenatales en los puestos/ centros de salud, donde la proporción varía desde 86% en San Carlos Sija y 27% en Comitancillo.

Gráfica 9

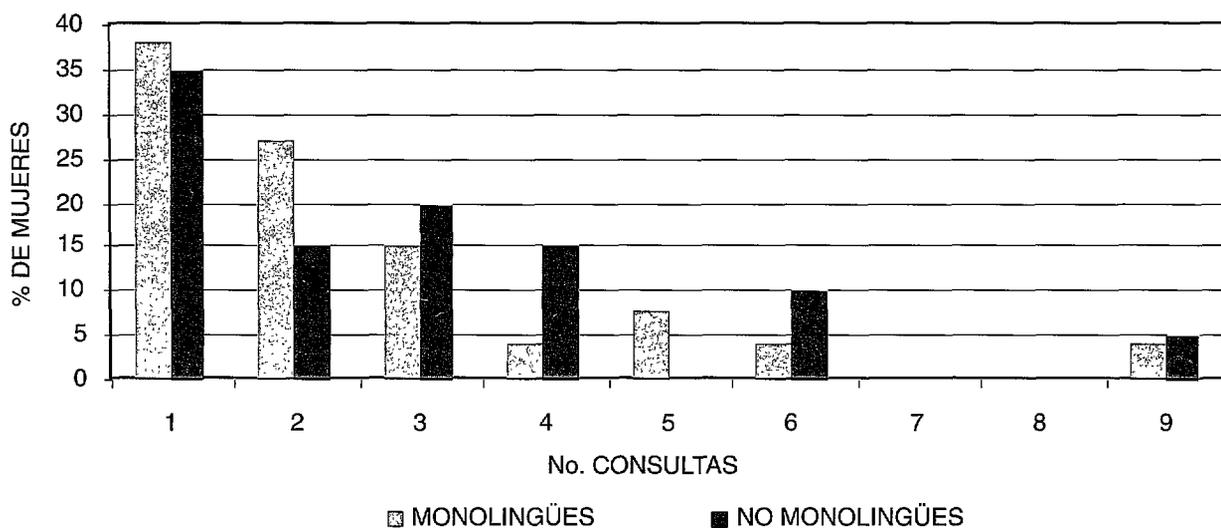
Frecuencia de consultas prenatales con la comadrona de las mujeres monolingües y no monolingües (n= 106)



La distribución de la proporción de mujeres monolingües y no monolingües que consultaron a una comadrona es bastante similar, viéndose que la mayoría de las mujeres monolingües y bilingües consultaron entre cuatro y seis veces a la comadrona. A partir de la novena consulta, la proporción de las mujeres no monolingües se hace mayor que en las mujeres monolingües.

Gráfica 10

Frecuencia de consultas prenatales en el centro/ puesto de salud de acuerdo a si las mujeres son monolingües o no (n= 46)



El patrón de utilización de los puestos o centros de salud para control prenatal, comparando a las mujeres monolingües y no monolingües, es bastante similar. La mayoría de las mujeres consultaron entre 1 y 2 veces al puesto o centro de salud, y solamente las mujeres no monolingües parecen tener una mayor utilización de los servicios de salud (4 a 9 consultas prenatales) comparado con las monolingües. No parece que el no hablar español represente una evidente barrera de utilización de los servicios de salud formales, siempre que la comparación se haga entre las mujeres que acudieron al puesto de salud. Sin embargo, de forma global, la utilización del puesto o centro de salud es baja, donde los problemas lingüísticos y culturales podrían ser determinantes, importantes a tener en cuenta.

Tabla 22: Consulta prenatal: Acciones y tratamientos administrados

Acciones	Madres vistas sólo por comadrona (n=49)	Total madres vistas en control prenatal (n=114)
Midieron el abdomen	3 (6%)	56 (49%)
Recibió medicamentos	3 (6%)	55 (48%)
Hierro		23 (42%)
Vitaminas		40 (72%)
Antibióticos		1 (1.8%)
Recibió vacuna de tétanos antes del actual embarazo		48 (43%)
Número de vacunas recibidas		
1		16
2		13
3		10
Más de 4		9
Tomó la presión arterial	4 (8%)	49 (43%)
Examinó la orina		11 (9.6%)
Examinó la sangre		11 (9.6%)
Le dijeron que el embarazo era de riesgo	11 (22%)	31 (27%)

La calidad de la consulta prenatal no fue directamente abordada por el cuestionario. Sin embargo, se obtuvo de forma sistemática alguna información relacionada con las diferentes acciones y tratamientos recibidos durante la consulta prenatal. En la primera columna están descritas las acciones tomadas cuando la consulta prenatal sólo fue provista por la comadrona. En la siguiente columna están los porcentajes de acciones tomadas para todas las mujeres que acudieron a control prenatal (114). Estas últimas incluyen a las de la primera columna, las que fueron vistas únicamente por la comadrona.

Al 49% de las madres que acudieron a control prenatal se les midió el abdomen. Sólo el 48% recibió algún tipo de tratamientos, los cuales incluyen hierro y vitaminas. Hierro sólo fue administrado al 42% de ellas, y vitaminas al 72%, aunque no es fácil diferenciar tan claramente estos dos tratamientos, ya que con frecuencia las madres llaman "vitaminas" a las pastillas de sulfato ferroso. Las comadronas sólo prescribieron medicamentos al 6% de las madres vistas exclusivamente por ellas. Estos porcentajes son bajos, especialmente en lo que se refiere a la administración de hierro, ya que está incluida su formulación como parte del protocolo de control prenatal en Guatemala, tanto para los servicios formales, como para la comadrona.

El 43% de las mujeres habían recibido, previo al actual embarazo, una o más vacunas contra el tétanos, y la presión arterial fue tomada sólo en el 43% de los casos.

La realización de pruebas de laboratorio es más bien baja, sólo el 9.6%. Igualmente, al preguntársele a la madre si el proveedor de salud que la atendió durante el control prenatal le había advertido que el embarazo era de riesgo, el 22% de las mujeres vistas sólo por la comadrona y el 27% de todas las mujeres que acudieron a control prenatal, contestaron que habían sido advertidas de algún riesgo o peligro con ese embarazo. Los comentarios más frecuentes fueron: que estaba débil, presentación anormal (15 madres), que el embarazo no iba bien, dolores antes de tiempo, anemia severa. En la mayoría de los casos le indicaron que fuera al hospital para la atención del parto.

G. TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Tabla 23: Lugar donde nació el bebé

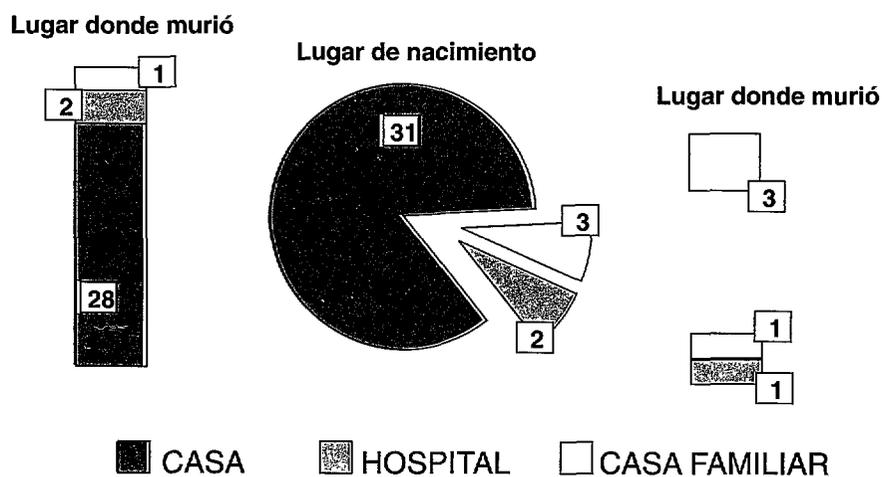
Lugares	Mortinatos (n=101) %	Nacidos vivos (n=36) %	Total (n=137) (%)
Casa	76	86	79
Casa de un familiar, amigo, comadrona	1	6	2
Maternidad comunitaria	4	—	3
Hospital	15	8	13
Otro*	4	—	3
Total	100	100	100

* Otros: Centro de salud, clínica particular

La mayoría de los niños nacieron en casa (79%), siendo la proporción algo mayor en los nacidos vivos que fallecieron que en los mortinatos. Como segundo lugar de nacimiento está el hospital, en el cual nacieron el 13% de los niños del estudio, 15% de los mortinatos y 8% de los nacidos vivos que murieron. La proporción de niños que nacieron en los otros lugares, como en la clínica de maternidad comunitaria, en casa de otra persona diferente de la madre, centro de salud o clínica particular es muy baja (total de 8%).

Comparativamente con los datos nacionales disponibles, la proporción de partos en casa es ligeramente mayor que a nivel nacional (79 y 64.7% respectivamente), mientras que los hospitalarios son menores en el estudio (Nacional: 7% en el IGSS y 21% en el Ministerio de Salud).

Gráfica 11
Lugar de nacimiento de los nacidos vivos y su lugar de muerte (n= 36)



De los 36 nacidos vivos, el 86% nació en la casa. De éstos, el 90% murió en la casa, el 6.6% murió en casa de un familiar o amigo y el 3.4% murió en el hospital. El 5.5% de los nacidos vivos nacieron en casa de un amigo o familiar, de los cuales 1 murió allí mismo y 1 murió en el hospital. El 8.3% nació en el hospital y todos ellos murieron en el hospital.

Tabla 24 Proceso de decisión sobre el lugar de parto (n=137)

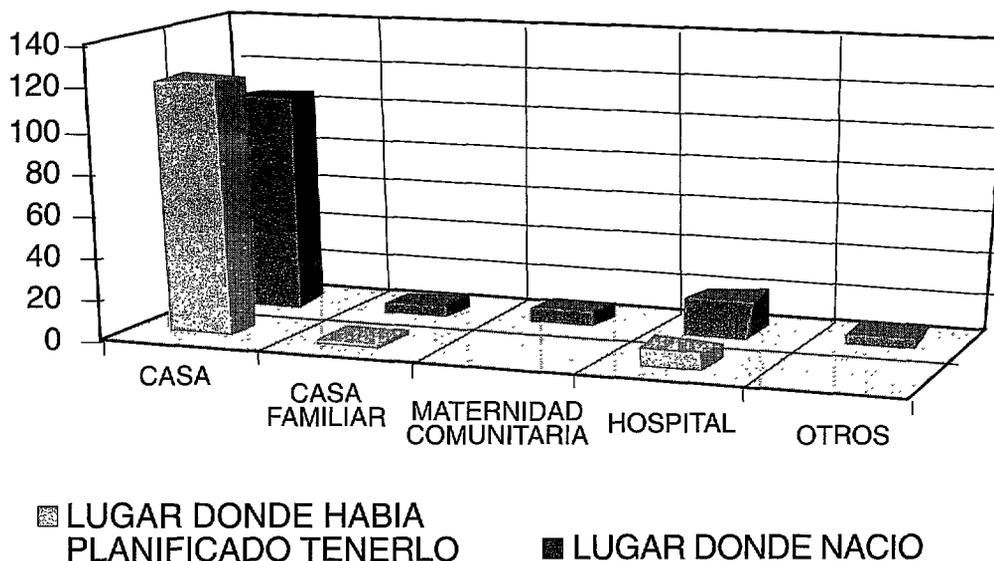
Quién decidió donde aliviarse?

Características	#	número casos	% de casos
Madre misma		80	58
Madre y esposo		10	7.2
Madre y madre/ suegra		3	2.2
Madre y Comadrona		3	2.2
Madre y Otra persona		1	0.07
Madre, esposo y madre o suegra		1	0.07
Madre, esposo y comadrona		1	0.07
Madre, esposo y otra persona		1	0.07
	Subtotal	100	73
Esposo		14	10.2
Esposo y madre/ suegra		4	2.9
Esposo y comadrona		2	1.4
Esposo y otra persona		3	2.2
Esposo, madre/suegra y otra persona		1	0.07
	Subtotal	24	17.5
Madre o suegra		2	1.4
Madre o suegra y comadrona		1	0.07
Madre o suegra y otra persona		2	1.4
	Subtotal	5	3.6
Comadrona		5	3.6
Comadrona y otra persona		1	0.07
	Subtotal	6	4.3
Personal de Salud		0	0
Otra persona		2	1.4
Total		137	100

La determinación del lugar donde se va a dar a luz parece ser una decisión hecha primordialmente por la madre, apoyada en la mayoría de los casos por la decisión del esposo y en segundo lugar por otros familiares o la comadrona. Destaca que sólo en el 10% de los casos, la comadrona fue partícipe de la decisión y que el personal de salud, en general, no fuera decisivo en el momento de la toma de decisión.

Gráfica 12

Lugar donde nació el bebé y lugar donde lo habían planificado tener (n=137).



La mayoría de las mujeres tuvieron su hijo en el lugar de su escogencia, la casa. Sólo el 20% tuvo el niño en un lugar diferente al inicialmente determinado.

Teniendo en cuenta a las mujeres que no tuvieron a su hijo en el lugar inicialmente escogido, el 89% había planificado tenerlo en casa y el 11% en el hospital. La casa es el lugar en el cual la mayoría de las mujeres del estudio deciden tener y tienen a sus hijos, lo que se refleja en las estadísticas nacionales, donde el 64% de las mujeres tienen su parto en casa. Este porcentaje nacional seguramente es mucho mayor si sólo se tuviera en cuenta a la población rural.

El 95% de las madres planificó tener el parto en casa. En segundo lugar está el hospital, donde el 13% tuvo el bebé, aunque sólo el 4.3% había planificado tenerlo allí. Otros lugares donde nacieron los niños son la casa de algún familiar, la maternidad comunitaria y otros (proyecto).

Cuando se leen las historias abiertas relatadas por las madres sobre la toma de decisión acerca del lugar del parto, el papel del esposo y los familiares, es mucho más aparente que en las respuestas obtenidas en la pregunta del cuestionario, la madre es la persona que toma la decisión del lugar del parto en el 73% de los casos. El papel de los familiares es especialmente importante en la toma de la decisión cuando hay necesidad de referencia o se presenta alguna complicación, lo cual se refleja en las narrativas.

En estos casos la comadrona comenta:

“... llegué yo, le supliqué al señor o a sus hermanos que la lleváramos al hospital para que allá la atendieran,... y me dijo que no, no tenemos dinero, estaban sólo sus hermanos y el esposos no estaba, y si se muere, que se muera me dijeron...” (Valeria, 25 años, Momostenango)

Igualmente la ausencia del esposo y la falta de autonomía de la mujer pueden determinar el lugar donde nacerá el niño:

“...y cuando tuve los dolores cuando nació mi niño ya me iba morir poco me faltó para morir, porque venía muy gordo el niño y venía muerto. Yo digo que por eso no podía dar a luz y como no me llevaron en ningún lado porque no estaba mi esposo, andaba de viaje, lo único que hicieron es que fueron a comprar inyección y me inyectaron para que naciera el niño rápido ...” (Olivia, 38 años, Momostenango)

Tabla 25: Razones por las que cambió el lugar de nacimiento¹ (n=27)

Razones	Casos	
	#	%
Cambio de vivienda	1	3.7
Comadrona no estaba	1	3.7
Decisión hecha por otro familiar	1	3.7
Presentó problemas durante el embarazo	2	7.4
No hubo tiempo –el bebé nació muy rápido	3	11.1
Presentó problemas durante el parto	22	81.5
Miedo, temor, vergüenza al hospital	1	3.7
Apoyo o influencia familiar	2	7.4

¹ Generalmente se refiere a decisión conjunta entre madre y esposo y se mencionó más de una razón.

Al indagar sobre las principales razones por las cuales las 27 madres cambiaron el lugar de nacimiento de su hijo, los problemas durante el momento del parto son el motivo más frecuentemente mencionado (81%). En muchas de las historias abiertas, la razón del cambio de lugar de nacimiento está descrito. Con frecuencia, esta decisión es tomada tardíamente, cuando ya se está ante un parto complicado que no puede ser manejado en casa.

“...Me fui al hospital porque la comadrona dijo el bebé nació en mala posición, primero nació sus manitas por eso que me fui al hospital porque no nacía el bebé y tuve mucha hemorragia.” “¿Algo más?” “Yo ya estaba bien fría ya me moría, ya sólo faltaban 10 minutos para que me muriera cuando llegué al hospital, ya no sentí cuando me operaron cuando sacaron al bebé, estaba inconsciente. Yo no fui al control, la comadrona llegó cuando yo estaba con dolores, pero ella dijo que mejor me fuera al hospital, porque primero nació la mano como a las 4:30 y las 5:30 pm me llevaron al hospital. El bebé ya estaba lastimado o sea ya se le había quebrado la manita.” (Isabel, 24 años, Comitancillo)

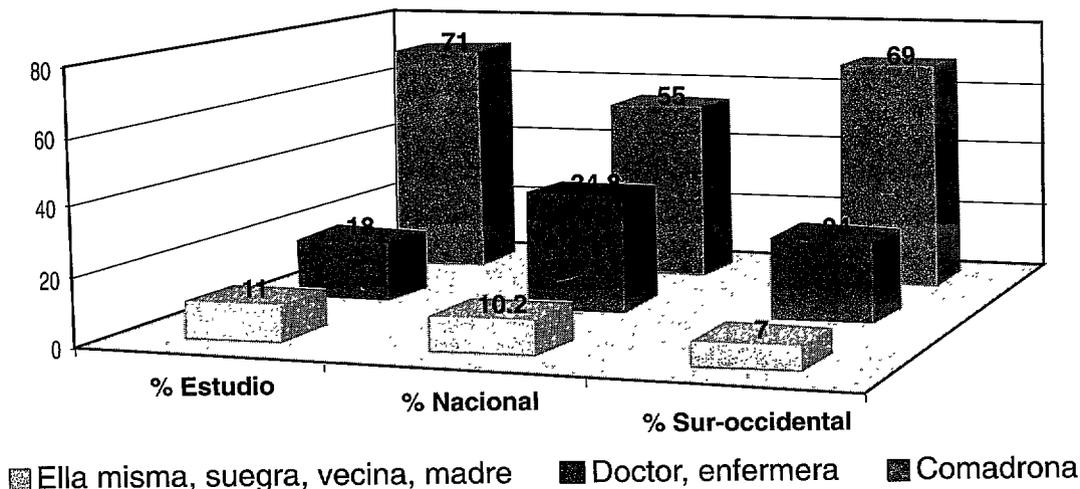
“... por eso como no me alivié aquí, me tuve que ir al doctor. Así fue. Después de haber tenido lucha, porque 2 días estuve aquí en casa. Empecé con los dolores a las 6 de la mañana, y como a las 10 de la mañana me sacaron, el niño venía parado...” (Cristina Susana, 35 años, San Carlos Sija)

Sólo en 2 casos el cambio se debió a un problema detectado durante el embarazo (control prenatal). La falta de tiempo por el rápido nacimiento del niño y la falta de apoyo familiar son otras causas mencionadas por las madres entrevistadas.

“ Mi esposo no estaba, él andaba de viaje, tenía como cinco días de haberse ido. No estaba, sólo nosotros estábamos, no dejó dinero, nada...” (Isabela, 31 años, Momostenango).

Gráfica 13

Persona que atendió el parto: comparación entre porcentajes del estudio (n=137), % nacional y % de la región sur-occidental



La comadrona es el agente de salud que más partos atendió (71%). Sólo un 18% de los partos fueron atendidos por personal de salud y un 11% de los partos no fueron atendidos por ningún proveedor de salud. Los resultados del estudio son similares a las cifras encontradas para la región sur-occidental (de la cual forma parte la zona del estudio), aunque los porcentajes de partos atendidos por la comadrona y aquellos que no recibieron atención por personal de salud capacitado son ligeramente mayores en el estudio. A nivel nacional, aunque el 55% de los partos son atendidos por comadrona, 1/3 de los partos son atendidos por un doctor o enfermera.

En casi todos los partos hubo más de una persona presente. Después de la comadrona, la madre o suegra y en segundo lugar el esposo, son las personas que con mayor frecuencia acompañaron a la madre.

H. COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO y PERÍODO NEONATAL

A todas las madres se les hizo una pregunta abierta para que pudiera contar, con sus propias palabras, todo lo que le pasó durante el embarazo, parto y si nació vivo el niño, con el niño. Aquellas complicaciones que fueron espontáneamente mencionadas por la madre están anotadas en la primera columna. Aquellas que no fueron mencionadas espontáneamente eran preguntadas (segunda columna), de manera que no se duplica el signo positivo. A todas las madres se les preguntó, en caso de no mencionarlo, acerca de todas las complicaciones del embarazo, parto y recién nacido, listadas a continuación.

Tabla 26: Complicaciones del embarazo mencionadas espontáneamente o preguntadas a la madre durante la sección de historia abierta, del cuestionario para mortinatos y nacidos vivos que murieron (n=137)

Complicación	Mortinatos (n= 101)					Nacidos vivos (n= 36)					Total (n=137)	
	Mención espontánea		Preguntado			Mención espontánea		Preguntado			#	%
			Sí	(%)	NS*			Sí	(%)	NS*		
Debilidad, falta de apetito (anemia)	32	32%	24	23.7	-	9	25%	12	33	1	77	56
Sangrado o hemorragia vaginal	4	4%	8	8	-	1	2.8%	6	16	1	19	13.8
Se rompe fuente, sale agua	4	4%	9	8.9	-	1	2.8%	3	8.3	1	17	12
Hinchazón cara y manos	3	3%	6	5.9	-	1	2.8%	1	2.7	1	11	8
Ataques	-	-	-	-	-	-	-	1	2.7	2	-	-
Presión alta	1	1%	7	7	-	-	-	2	5.4	3	10	7.3
Calentura, fiebre, escalofríos	15	14.8%	6	5.9	-	10	27%	2	5.4	1	33	24
Bebé dejó de moverse	2	2%	17	16.8	4	2	5.5%	2	5.4	2	23	16.8
Dolores de parto antes de tiempo	13	12.8%	13	12.8	1	4	11%	8	22	1	38	27.7
Diabetes	-	-	-	-	11	-	-	-	-	3	-	-
Test de sífilis positivo	-	-	-	-	3	-	-	-	-	2	-	-
Úlcera roncha o mezquinos en partes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Embarazo múltiple (gemelar, trillizos)	2	2%	1	1	1	-	-	4	11	1	7	5
Cesárea anterior	1	1%	3	3	-	-	-	4	11	1	8	5.8
Total complicaciones	77		94			28		44			243	
Número de madres que no refirieron complicaciones durante el embarazo											21	15

* NS: No sabe

En la primera columna se ven las respuestas espontáneas obtenidas por las madres durante su relato abierto de lo que presentó durante el embarazo, diferenciado por mortinatos y nacidos vivos con su respectivo porcentaje. El síntoma más mencionado para los dos grupos fue la sensación de debilidad. No se observan diferencias importantes en los porcentajes de presentación de los diferentes síntomas entre los mortinatos y los nacidos vivos.

En total, las madres de mortinatos refirieron la presencia, en promedio, de 1.7 síntomas durante el embarazo, y las madres de los recién nacidos presentaron un promedio de 2 síntomas durante el embarazo.

En la segunda columna están diferenciados el número de madres que contestó afirmativamente al ser preguntada por cada uno de los síntomas (excluyendo aquellos que ya habían sido mencionados espontáneamente), el porcentaje y el número de madres que contestó "No sabe" (NS). El incluir la categoría "No sabe" es importante, ya que puede ayudar a diferenciar aquellos síntomas "no presentes" (la madre los reconoce y no los sintió durante el embarazo) de aquellos que la madre no supo si los tenía o no. Sin embargo, y posiblemente debido a la forma cómo se formularon las preguntas acerca de los síntomas, la diabetes, test de sífilis positivo e incluso la presencia de úlceras o ronchas en sus partes, fue contestado predominantemente como "No", pese a que era de esperarse que la mayoría de las mujeres contestaran "No sabe".

La presencia de debilidad durante el embarazo fue el síntoma más frecuente en las madres de los mortinatos y nacidos vivos (cerca del 50%). La presencia de dolores de parto antes de tiempo también fue mencionado por un 27.7% de las madres, aunque en este síntoma sea difícil diferenciar las contracciones de parto de las contracciones de Braxton Hicks (normales en el tercer trimestre del embarazo), lo que, para fines de interpretación, le puede restar valor. Es importante anotar que las encuestadoras fueron capacitadas para indagar acerca de los síntomas más difíciles, como en este caso, los dolores antes del parto. La presencia de fiebre fue mencionada por un 24% de las madres, siendo más

frecuente en las madres de los nacidos vivos que murieron. Llama la atención que el 16.8% de las madres manifestó que había dejado de sentir al bebé. De las madres que dijeron no sentir los movimientos de su bebé durante el embarazo, el 18.8% tuvieron un mortinato y el 11% tuvieron un niño vivo que murió en los primeros 7 días de vida. La presencia de sangrado también fue mencionado por el 13.8% de las madres.

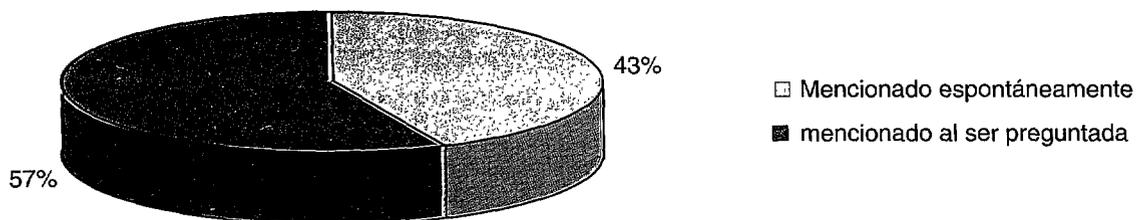
“... es que la hemorragia nunca paró, sí, nunca paró. Siempre tuve hemorragia, por eso murió, por la menstruación murió el niño. Sólo un día, dos días no me venía, pero sólo eso, y me bajaba otra vez, sólo así, sólo así hasta la hora del parto, ya estaba bajando la hemorragia y no me había compuesto...” (Francisca, 35 años, Momostenango)

“... y empecé toda la noche el martes, sólo hemorragia fuerte se me vino. Me faltan dos meses para componerme, no hice nada, porque yo no se...” (Catarina, 16 años, Nahualá)

Ninguna madre mencionó los siguientes síntomas espontáneamente, ni contestó afirmativamente al ser preguntada acerca de su presencia: ataques, diabetes, test de sífilis positivo y úlcera, roncha o mezquino en sus partes. Es posible que la respuesta negativa sea debida a que no reconozcan éstos síntomas, por lo que, para otros estudios, deberían ser validados y abordados de forma diferente.

Gráfica 14

Presencia de complicaciones durante el embarazo que fueron mencionadas espontáneamente o al ser preguntadas por las 137 mujeres entrevistadas.



El 56.7% de las complicaciones fueron mencionadas espontáneamente en la narrativa (historia abierta) de la madre, mientras que el 43.3% de las complicaciones sólo fue mencionado cuando se le preguntó a la madre respecto a la presencia o no del (los) mismos.

Tabla 27: Complicaciones del trabajo de parto y parto, mencionadas espontáneamente o preguntadas a la madre durante la sección de historia abierta del cuestionario para mortinatos y nacidos vivos que murieron (n=137)

Complicación	Mortinatos (n= 101)					Nacidos vivos (n= 36)					Total	
	Mención espontánea		Preguntado			Mención espontánea		Preguntado			#	%
	Sí		Sí	(%)	NS*	Sí	(%)	NS*				
Su parto fue más largo que lo normal	12	12	12	12	-	2	6	3	8.3	3	29	21
Pujó por largo tiempo (>2 horas)	2	2	24	24	2	1	3	7	19	-	34	25
Sangrado o hemorragia fuerte	13	13	16	16	1	-	-	11	31	-	40	29
Parto antes de tiempo	2	2	16	16	1	-	-	10	28	-	28	20
El agua estaba café o amarilla	-	-	8	8	37	-	-	1	2.7	14	9	6.5
El agua estaba verde	-	-	1	1	32	-	-	1	2.7	10	2	1.4
Ataques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
"Presión" o presión arterial alta	2	2	5	5	3	-	-	1	2.7	-	8	5.8
Calentura, fiebre, escalofríos	1	1	22	22	-	1	3	11	31	-	35	26
Presentación anormal	27	27	21	21	5	2	5	4	11	2	54	39
El cordón salió antes que el bebé	-	-	1	1	21	-	-	-	-	4	1	0.7
La placenta salió antes que el bebé	1	1	4	4	10	-	-	-	-	1	5	3.6
Parto por operación o con fórceps	4	4	8	8	2	-	-	1	2.7	-	13	9.5
El bebé traía el cordón enrollado	-	-	10	10	24	-	-	3	8.3	2	13	9.5
Total Complicaciones	70		192								262	
No presentó complicaciones durante el parto											23	17%

* NS: No sabe

La presentación anormal es la complicación más frecuentemente mencionada por las madres durante el parto (40%), en los mortinatos en un 47% y en los nacidos vivos en un 16.4%. Teniendo en cuenta las historias abiertas de las madres, posiblemente un porcentaje importante de mortinatos se deba a trauma/ muerte durante el parto, siendo, por lo mismo, prevenibles con una atención del parto de calidad.

“..lo único que pasó es que como venía parado, sólo los piecitos salieron y la mitad del cuerpo se quedó adentro. Sólo salió los piecitos hasta la cintura, me dijo la comadrona, porque yo no me dí cuenta. Ella me contó y yo digo que por eso se ahogó, porque sentí las manitas, ya salían, se quedaron trabadas y también sentí que se movían sus piececitos cuando se quedó trabado. Y como se quedó mucho tiempo trabado, como 15 ó 10 minutos, y lo único que hizo la comadrona es que me dió aceite....entonces me dijo que era porque no había tomado, fueron a traerlo rápido, tomé. Eso es lo que me ayudó a que naciera la otra mitad del niño, pero cuando nació, ya estaba muerto.”
(Jerónima, 33 años, Momostenango)

El sangrado o hemorragia fuerte estuvo presente en 40 (29%) de los partos. Esta complicación incluye tanto a la hemorragia intensa durante el parto como la del post-parto inmediato. Esta complicación se presentó en una proporción similar entre los mortinatos, como en los nacidos vivos.

“...y sólo sentí que me faltaban 15 días para componerme, se me vino tanta hemorragia, pero era demasiado, como chorro me bajaba, por eso murió, y yo con tanto dolor, con tanto dolor. Cada vez que me dolía me bajaba la hemorragia, como la garganta de un coche que lo acaban de cortar con un cuchillo, así bajaba la hemorragia, ya era en coágulos lo que me bajaba... Ya no como nada de casa porque me duele el estómago. Me descompuese porque cada vez que caminaba se me venía la hemorragia, como que fueran pedazos de hígado, venía un pedazo, y otro pedazo y así me pasaba, y después se me venía otro pedazo como que fuera un pedazo de cebo que me caía, saber que me pasó.... como que fuera sangre cocida de vaca lo que me caía, que tristeza lo que me pasó, que triste... y después me caía el otro como que fuera moco y allí, en ese momento se movía el niño y me dolía el estómago cada vez que se movía...” (Francisca, 35 años, Momostenango)

El trabajo de parto prolongado y el pujar por más de dos horas, es mencionado por el 21 y 25% respectivamente de las madres, siendo la proporción ligeramente mayor para los mortinatos, que para los nacidos vivos..

“...cuando yo empecé mis dolores empecé a sentir frío, después me dio calentura y tardé tres días con mi parto y pujé mucho tiempo, yo pienso que la muerte de mi niño es porque me tardé con mis dolores y pujé mucho, entonces mi hijo ya venía cansadito, pero como yo no me componía, la comadrona me destripó duro el estómago para que yo me aliviara ...” (Ofelia, 37 años, Momostenango)

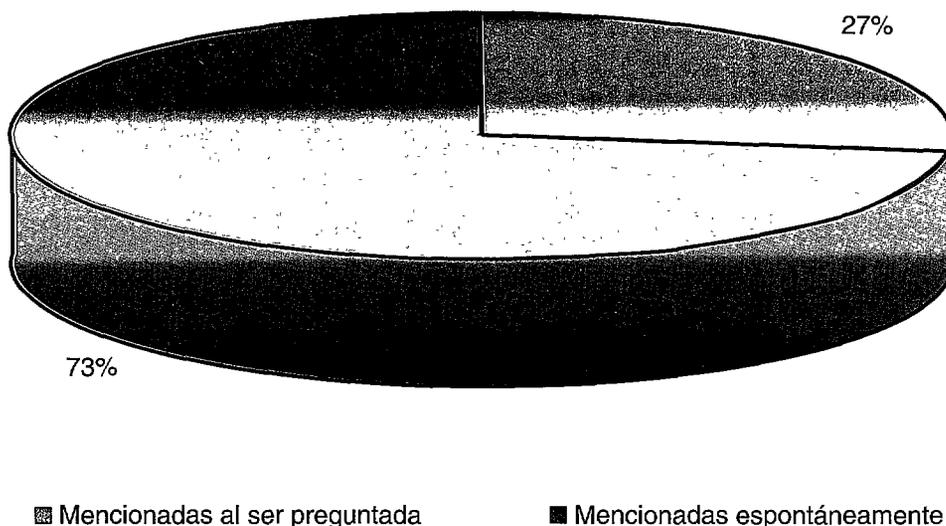
Otra complicación mencionada con frecuencia es el parto antes de tiempo (20.4%), más frecuente en los nacidos vivos que en los mortinatos (28 y 18% respectivamente). También, el 25.5% de las madres refirieron haber presentado fiebre, más frecuente en los nacidos vivos que en los mortinatos (33 y 23% respectivamente). De todas las madres entrevistadas, el 17% no refirió complicación alguna durante el parto.

En la segunda columna, donde se recogen las respuestas de las madres cuando eran preguntadas acerca de aquellos síntomas que no mencionaron de forma espontánea, se incluye una tercera posibilidad de respuesta, “No sabe”. Es importante incluir esta respuesta, ya que muchas de las características del parto no son percibidas por la madre de forma directa y solo serán de su conocimiento si la persona que atendió el parto u otro acompañante se lo menciona. Encontramos un porcentaje importante de madres que contestaron “no sabe” al preguntarles sobre la presencia de “El agua estaba café o amarilla” {51 madres (37%)}, “el agua estaba verde” {42 madres (30%)}, “el cordón salió antes del bebé” (25 madres (18%)) y “el bebé traía el cordón enrollado” {26 madres (19%)}. Habría que agregar que por la formulación de la pregunta acerca de la presencia o no de los síntomas, algunas respuestas recogidas como “no”, puedan ser realmente “no sabe”.

Especialmente en las complicaciones ocurridas durante el parto, la segunda persona entrevistada, si estuvo presente durante el parto, es importante, ya que puede completar y confirmar los síntomas mencionados por la madre. En el presente estudio, pese a contar con 98 segundos informantes, no se les preguntó acerca de los síntomas presentes durante el parto. Esto posiblemente sea importante incluir en futuros estudios de este tipo.

Gráfica 15

Presencia de complicaciones durante el parto que fueron mencionadas espontáneamente o al ser preguntadas por las 137 mujeres entrevistadas.



Las 137 mujeres incluidas en el estudio, presentaron un total de 239 complicaciones durante el parto. De estas complicaciones 70 (27%) fueron espontáneamente en la historia abierta, mientras que 192 de las complicaciones (73%) fueron reconocidas por la madre al ser cuestionada acerca de los mismos.

Tabla 28: Complicaciones del recién nacido, mencionadas espontáneamente o preguntadas a la madre para los niños que nacieron vivos y murieron.(n=36)

COMPLICACION	Mención espontánea		Preguntado			TOTAL	
	#	%	#	%	NS	#	%
Era muy pequeño	1	2.7	9	25	-	10	28
Nació antes de tiempo	1	2.7	10	28	1	11	30.5
Tenía un impedimento físico	-	-	-	-	-	-	-
Tenía moretes	1	2.7	2	5.4	2	3	8.3
No mamó	3	8.3	15	41.6	-	18	50
Mamaba sin fuerzas	-	-	5	14	-	5	14
Mamaba bien, pero dejó de mamar	-	-	4	11	-	4	11
No lloraba	1	2.7	6	17	-	7	19.4
Lloraba fuerte, pero dejó de llorar	1	2.7	8	23	-	9	25
Lloradera, lloraba mucho	2	5.4	8	22	-	10	28
Dejó de moverse	-	-	7	19.4	2	7	19.4
Ataques	-	-	-	-	2	-	-
Se puso tieso	-	-	1	2.7	3	1	2.7
Tuvo calentura, fiebre	2	5.4	8	22	5	2	5.4
Estaba frío, se enfrió	1	2.7	7	20	4	8	22
Tenía mollera abombada, hinchada	-	-	1	2.7	8	1	2.4
Nació morado, se puso morado	3	8.3	1	2.7	2	4	11
Estuvo pálido, o mal color	-	-	7	19.4	3	7	19.4
Tuvo manchas en la piel	2	5.4	-	-	3	2	5.4
Tuvo granos en la piel	-	-	1	2.7	2	1	2.7
Estuvo amarillo	-	-	-	-	7	-	-
Tuvo ombligo rojo, pus, materia	-	-	1	2.7	6	1	2.7
Tuvo dificultad al respirar	1	2.7	7	19.4	6	8	22
Respiraba rápido	-	-	3	8.3	4	3	8.3
Tuvo disentería	-	-	-	-	2	-	-
Tuvo asientos, diarrea	-	-	1	2.7	2	1	2.7
Era muy grande	-	-	4	11	1	4	11
Tenía mal olor al nacer	-	-	-	-	3	-	-
Vomitaba todo, arrojadera	-	-	6	16.6	2	6	16.6
Total complicaciones	19		116			141	

Todos los nacidos vivos que murieron en los primeros 7 días de vida, presentaron uno o más síntomas. 18 (50%) de los recién nacidos “no mamó”, el 30.5% nació antes de tiempo y el 28% fue considerado como muy pequeño por la madre.

“... tal vez ella no se cuidó o tomó alguna pastilla, como viene de lejos de aquí. Ahora, cuando nació el niño era muy pequeño, no era gordo, no vivió mucho. Murió.” (Justa, 20 años, Momostenango)

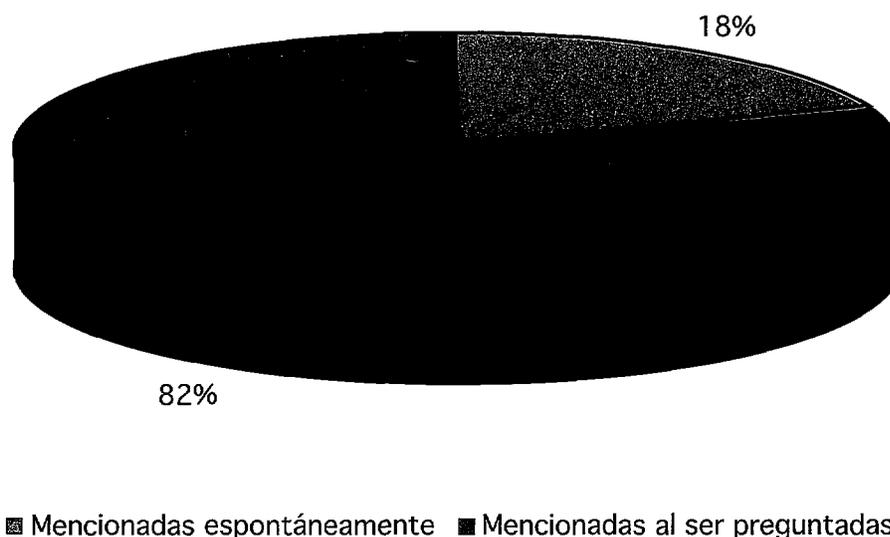
Otras complicaciones mencionadas con frecuencia fueron: estaba frío o se enfrió y tuvo dificultad para respirar en un 22% de los recién nacidos, no lloraba (19.4%), dejó de moverse (19.4%) y estuvo pálido, de mal color (19.4%).

Ninguno presentó ataques, disentería ni ictericia. Al preguntarle a la madre si el niño tenía algún impedimento físico, no se obtuvo ninguna respuesta afirmativa. Al leer posteriormente las historias abiertas de las madres, algunas habían mencionado el aspecto del recién nacido sin hacer explícito el impedimento físico. Esto no fue captado por las encuestadoras, por lo que tampoco hay ningún caso de impedimento físico anotado en la columna de “Mencionado espontáneamente”.

Algunos de los síntomas preguntados a la madre fueron contestados, en una proporción elevada, como “No sabe”. Por ejemplo la complicación “tiene la mollera abombada o hinchada (8, 22%), estuvo amarillo (7, 19.4%), tuvo el ombligo rojo, pus o materia y tuvo dificultad para respirar (ambos 6, 16.6%).

Gráfica 16

Presencia de complicaciones en el recién nacido, que fueron mencionadas espontáneamente o al ser preguntadas por las 36 mujeres entrevistadas.



Los recién nacidos presentaron un total de 110 complicaciones, de las cuales 19 fueron mencionadas por la madre de forma espontánea en la historia abierta, mientras que 116 fueron mencionadas cuando se le preguntó acerca de la presencia o no de la (s) complicacion(es). No hubo ningún recién nacido que no haya presentado al menos una o más complicaciones.

Las complicaciones del recién nacido son mencionadas con menos frecuencia de forma espontánea, que las complicaciones que presentó la madre durante el embarazo y parto (43% y 27% respectivamente). Esta diferencia puede deberse a la forma en que se condujo la entrevista abierta, en la cual se hacía especial énfasis en los problemas durante el embarazo y parto. Si la madre había tenido un niño vivo que falleció, se le preguntó acerca del niño. Llama la atención, al leer las historias abiertas, que las madres comentan muy poco sobre el estado y las complicaciones del niño. Una posible explicación podría ser de que al estar la condición del niño muy asociada al embarazo y sobre todo al parto de la madre, no sea diferenciado por ella tan claramente, especialmente cuando la muerte se dió en las primeras horas o días del niño, como es el caso de muchos (21 de 36 murieron en las primeras 24 horas).

Tabla 29: Número de complicaciones durante el embarazo y parto en los mortinatos y nacidos vivos que murieron (de acuerdo a las complicaciones listadas anteriormente)

Número de complicaciones	% de mortinatos (n=101)	% de nacidos vivos que murieron (n=36)	Total (n=137) %
<i>Complicaciones durante el embarazo</i>			
0 Complicaciones	15 (15%)	6 (17%)	21 (15%)
1 Complicación	36 (36%)	10 (28%)	46 (34%)
2 Complicaciones	26 (26%)	10 (28%)	36 (26%)
3 y más Complicaciones	24 (25%)	10 (28%)	34 (24.7%)
<i>Complicaciones durante el parto</i>			
0 Complicaciones	17 (17%)	7 (17%)	24 (17%)
1 Complicación	21 (21%)	10 (28%)	31 (23%)
2 Complicaciones	20 (20%)	14 (39%)	34 (25%)
3 y más Complicaciones	43 (43%)	5 (16%)	48 (36%)
<i>Complicaciones del Recién Nacido</i>			
0 Complicaciones		0	0
1 Complicación		4 (11%)	4 (11%)
2 Complicaciones		8 (22%)	8 (22%)
3 y más Complicaciones		24 (66%)	24 (66%)

El porcentaje de mujeres que no presentaron ninguna complicación durante el embarazo y parto es alrededor del 17%, tanto para el grupo de los mortinatos como de los niños que nacieron vivos y murieron. La mayoría de las mujeres presentaron 1 ó 2 complicaciones durante el embarazo, tanto en los mortinatos como en los nacidos vivos (60%). Un 24.7% presentó 3 o más complicaciones. No se observan mayores diferencias entre los mortinatos y nacidos vivos que murieron en cuanto al número de complicaciones durante el embarazo.

En relación a las complicaciones durante el parto, más madres del grupo de los mortinatos presentaron más de dos complicaciones (43%) comparado con el 16% de los nacidos vivos. El 67% de las madres de los nacidos vivos presentaron sólo 1 ó 2 complicaciones.

El número de complicaciones en el grupo de los recién nacidos es bastante más elevado que los mencionados en el embarazo y parto. No hubo ningún recién nacido vivo que no presentara al menos una complicación. Mientras que un 33% presentó 1 ó 2 complicaciones, el restante 67% presentó 3 ó más complicaciones.

1. MORTINATOS

Tabla 30: Tamaño del bebé según edad gestacional y percepción de la madre del tamaño del recién nacido

Percepción de la madre	Tamaño del recién nacido según edad gestacional		Total
	Pequeño (menos de 8 meses)	Normal o grande (más o igual a 8 meses)	
Pequeño	6	5	11
Normal o grande	1	40	41
Total	7	45	52

En la tabla 27 se compara la percepción de las madres de mortinatos del tamaño del niño y la edad gestacional. Para esta comparación se determinó que recién nacidos “pequeños” serían todos aquellos con menos de 8 meses de gestación, y “normales o grandes” todos de 8 o más meses de gestación. No es posible diferenciar a los bebés de bajo peso al nacer a término en este estudio, ya que no se cuenta con medidas antropométricas del recién nacido, como su peso al nacer.

52 madres de mortinatos vieron al recién nacido después del nacimiento e identificaron el tamaño de su bebé. En total hubo, tomando la edad gestacional como prueba de oro, 7 recién nacidos pequeños y 45 recién nacidos normales o grandes. Las madres percibieron un total de 11 niños como pequeños y 41 como normales o grandes. Si se traduce en datos de fiabilidad de esta percepción subjetiva de la madre, se encuentra una sensibilidad de 85.7%, una especificidad de 88.8%, una precisión diagnóstica de 88.5% y un porcentaje de resultados correctos del 13.5%.

Tabla 31: Tamaño del bebé según edad gestacional y percepción de la comadrona del tamaño del recién nacido.

Percepción de la madre	Tamaño del recién nacido según edad gestacional		Total
	Pequeño (menos de 8 meses)	Normal o grande (más o igual a 8 meses)	
Pequeño	4	0	4
Normal o grande	3	8	11
Total	7	8	15

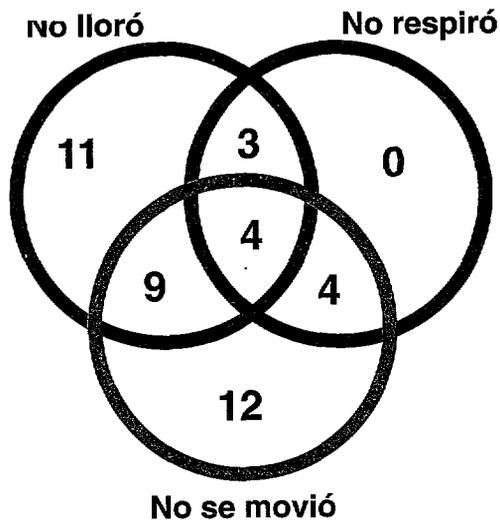
De las 15 comadronas que fueron entrevistadas como segunda persona de un caso de mortinato, 4 identificaron al recién nacido como pequeño y 11 como normal o grande.

Igual que en la tabla anterior se determinó para fines del análisis que la edad gestacional definía el tamaño del recién nacido, lo que excluye la determinación de posibles niños pequeños a término. Pese a que el número de casos (total 15) es bajo, se expresarán los datos en sensibilidad y especificidad. La sensibilidad es de 57%, la especificidad de 100%, la precisión diagnóstica es del 80%.

Pese a las diferencias en el tamaño de las muestras de las dos tablas previas (percepción de la madre y de la comadrona sobre el tamaño del bebé (mortinato)), las madres tienen una mayor sensibilidad para determinar el tamaño del niño que las comadronas. Estas últimas tuvieron una mayor especificidad para identificar el tamaño del recién nacido. La precisión diagnóstica es levemente mayor en las madres que en las comadronas.

Gráfica 17

Signos mencionados de forma espontánea por la madre y por el segundo informante, que indicaron que el bebé había nacido muerto (mortinato)

17. MADRE (n = 101)

En la gráfica 17 se representan los 3 signos incluidos en la encuesta como indicadores de la muerte del niño (mortinato). A las 101 madres de mortinatos se les preguntó cómo se habían dado cuenta de que el recién nacido estaba muerto y sólo se anotaron las respuestas espontáneas de la madre (podían ser múltiples). Sólo 43 madres mencionaron uno o más de estos signos. Los 3 signos son: no lloró, no respiró y no se movía. El signo

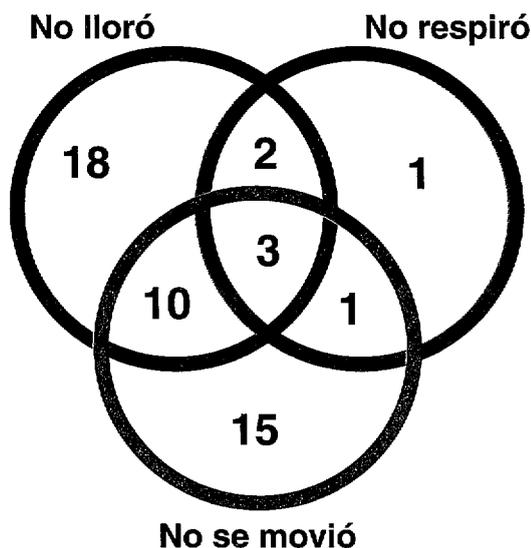
más mencionado por las madres fue "no se movió" (29 de las 101 madres/ 28.7%). En segundo lugar mencionaron "no lloró" (27 / 26.7%) y "no respiró" sólo fue mencionado por 11 madres (10.8%). 4 madres mencionaron los 3 signos de forma espontánea, el 13% mencionó "no se movió y no lloró" y el 7% mencionó "no lloró y no respiró".

Ninguno de los 3 signos por sí solo es lo suficientemente sensible para identificar con certeza la muerte del niño. Podría ser factible que aquellos casos en los cuales la madre sólo mencionó que el niño no se movía, éste estuviera vivo, sólo que muy deprimido. Esto igualmente puede ser cierto para el signo, no lloró y no respiró (la respiración puede ser muy superficial y casi imperceptible). La mayor certeza de muerte la tendríamos en las que mencionaron los 3 signos (4%), seguido de las que mencionaron 2 de los signos (20%). Esto de pronto podría explicar parcialmente el elevado número de mortinatos encontrados en el estudio, dado que para las madres es difícil establecer certeramente la muerte del recién nacido cuando éste nace deprimido. Sin embargo, para fines de una intervención, no es necesario diferenciar los mortinatos y nacidos vivos, ya que ambos están incluidos en el indicador de mortalidad perinatal sin distinción y se considera que son un continuo.

25 madres contestaron espontáneamente "otra" opción, la cual incluye "Lo dijo la comadrona" (15, 14.8%), "lo dijo la enfermera o médico" (6, 6%), "lo dijo otro familiar" (2).

A los 77 segundos informantes de mortinatos se les preguntó cómo se habían dado cuenta que el bebé había nacido muerto. En la siguiente gráfica se representan sus respuestas.

17. SEGUNDO INFORMANTE (n = 77)



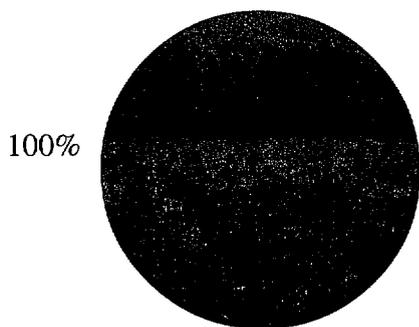
50 segundos informantes contestaron una o más de las 3 opciones definidas como indicativas de muerte del recién nacido: no lloró, no se movió y no respiró. En total, mencionaron “no lloró” 33 personas (43%), “no se movió” (37%) y “no respiró” (18%). Igual que en las madres, no respiró fue el signo menos mencionado. El 43% de los 77 segundos informantes (34) sólo mencionaron uno de los 3 signos, y sólo el 3.8% mencionó los 3. Al comparar las respuestas de las madres con las de los

segundos informantes no hubo diferencias en apreciación sobre el estado del bebé en el momento del nacimiento. 13 segundos informantes mencionaron “otra” opción, que fue “lo dijo la comadrona” (9), “lo dijo el médico” (1) y “lo ví que estaba frío”(3).

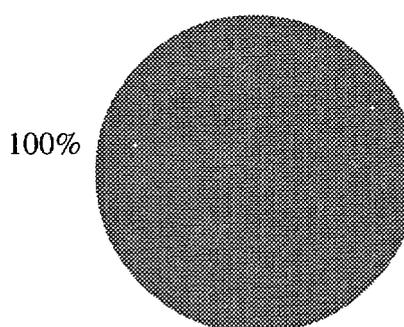
Gráfica 18

Signos que indican que el bebé nació muerto, preguntados a la madre y al segundo informante

MADRES (n= 57*)



SEGUNDO INFORMANTE (n= 27)



■ No se movió, no respiró y no lloró

■ No se movió, no respiró y no lloró

* Una madre contestó “no sabe” en los 3 signos

En la gráfica 18 se muestran los resultados de todas las respuestas obtenidas por las madres y segundos informantes, cuando se les preguntó por cada uno de los signos indicativos de muerte (no lloró, no se movió y no respiró). Esta pregunta sólo se le hacía a aquellas madres o segundos informantes que no hubieran mencionado de forma espontánea cualquiera de ellos. De forma espontánea 43 madres (42.5%) y 50 (65%) de los segundos informantes mencionaron uno o más de los signos incluidos. Al restante 57.5% de las madres y 35% de los segundos informantes se les preguntó acerca de la presencia o no de cada uno de los signos. De las 58 madres a las que se les preguntó acerca de la presencia de cada uno de los 3 signos, 57 contestaron que el recién nacido no lloró, no se movió y no respiró. Una madre contestó para los 3 signos que no sabía. Todos los segundos informantes contestaron que los 3 signos estaban presentes al ser preguntados por ellos.

Tabla 32: Condición en el nacimiento (total de mortinatos = 101)

Signos	Primer informante	Segundo informante	Total ¹ que refirieron el signo
Condición al nacimiento (del mortinato)			
Macerado	0	2	2
Malformaciones	5	10	15
Normal	41	54	95
Otro *	9	11	20

¹ Es el total de veces que se mencionó la presencia del signo. Corresponde a la suma de las primeras dos columnas

* Otro incluyó: Cara hinchada, extremidades con cambio de color morado o verde.

En cuanto a la condición del bebé al nacimiento, ninguna madre lo observó macerado, la mayoría lo vió normal, 5 madres y 10 segundos informantes observaron algún impedimento físico.

“... porque traía su cabecita hundida como si fuera algo que sea suave, uno hunde su dedo y queda la marca de su dedo de uno; así estaba la cabeza de mi hijo...” (Ofelia, 37 años, Momostenango)

Tabla 33: Personas que vieron al bebé y que confirmaron que se trataba de un mortinato

Acción	Primer informante (n=101)		Segundo informante (n=77)	
	Madres	Otros	CAT*	Otros
Vio el bebé	54	—	15	46
Estableció que el bebé era un mortinato	15	86	10	67

* la comadrona sólo fue segundo informante en 15 casos de mortinatos.

Las opciones de respuestas eran múltiples, por lo que más de una persona pudo haber establecido la muerte del niño. En el cuestionario se le preguntaba a la madre (primer informante) si había visto al bebé. Como todas las entrevistadas fueron madres, el espacio debajo de “otros” está vacío. El establecer que el bebé era un mortinato es una pregunta múltiple, donde la madre pudo haber incluido otras personas, lo que se corrobora por la presencia de números en las dos casillas.

Sólo el 53% de las madres con mortinatos vió al bebe después del nacimiento, y sólo en el 15% de los casos fue ella la que estableció que el niño estaba muerto. La comadrona sólo fue el segundo informante en el grupo de los mortinatos para 15 casos. Ella vio a todos los bebés y estableció que estaba muerto en el 67% de los casos. Otras personas presentes durante el parto fueron el esposo, la vecina, la madre o suegra y el personal médico, y fueron éstos los que al final establecieron que el niño estaba muerto. Casi todos los primeros y segundos informantes (98% y 99% respectivamente) mencionaron que se había establecido la muerte del recién nacido inmediatamente después del parto.

Tabla 34: Movimientos fetales sentidos por la madre en los mortinatos y percepción de la madre en cuanto a viabilidad del producto (n=101)

Signo	Sí %	No %	No sabe %	Total %
Madre dejó de sentir movimientos antes que naciera el niño	47	48	5	100
Madre pensó que el bebé iba a nacer muerto	3	95	2	100

El 47% de las madres afirmó que había dejado de sentir los movimientos fetales antes de que el bebé naciera. Sin embargo sólo el 3% pensó que el bebé iba a nacer muerto (no necesariamente estas madres asociaron la ausencia de movimientos fetales con la viabilidad del producto).

Tabla 35: Tiempo antes del parto en que la madre dejó de sentir movimientos fetales en los mortinatos (n=47)

Tiempo	Número de casos	% de casos
Tres o más días antes del parto	12	25.6
Uno o dos días antes del parto	9	19
Menos de un día	4	8.5
Durante el trabajo de parto	22	46.9
No sabe	0	0
Total	47	100

De las 101 madres con mortinatos el 53.5% no refirió ausencia de movimientos fetales. De las 47 madres que habían dejado de sentir movimientos fetales antes de que naciera el niño, el 46.9% dijo que había notado la ausencia de movimientos durante el parto. El 44.6% de los casos mencionaron ausencia de movimientos fetales de uno o más días antes del parto, y son éstos los que nos indicarían posible muerte fetal durante el embarazo (21 casos).

“...y ya en los 8 días yo no sentía si se movía o no tenía movimientos. Fue cuando fui con ella (médico particular) y ella me dijo que sí estaba bien, sino lo que pasa es que el niño estaba buscando su posición, es por eso que no se le sentía sus movimientos... me vine, y seguí sintiendo que no tenía movimientos y el cual, cuando llegué al hospital, fue cuando me dijeron que el niño estaba muerto...” (Marina, 35 años, Comitancillo)

Tabla 36: Dejaron de sentir los movimientos fetales (tomado de la lista de complicaciones durante el embarazo) para los mortinatos y nacidos vivos (n=137)

Dejó de sentir movimientos fetales	Mortinatos	Nacidos vivos
Sí	19	4
No	78	32
No sabe	4	—
Total	101	36

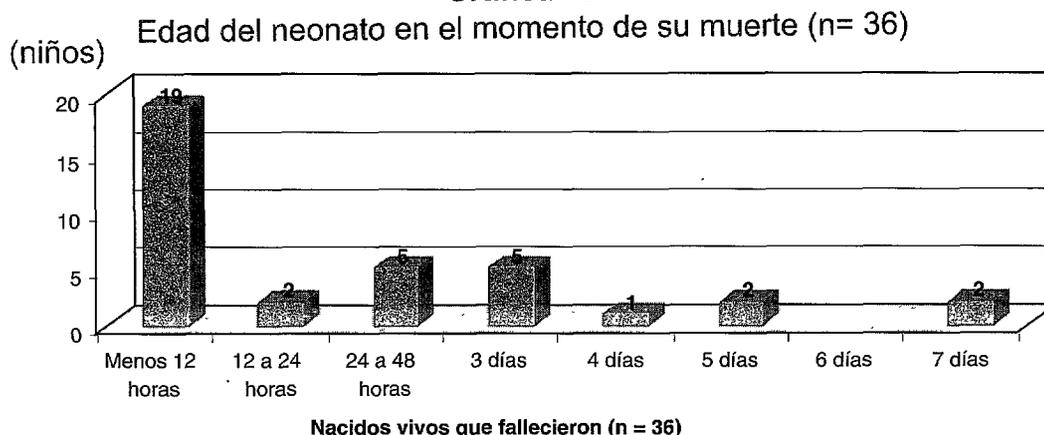
La pregunta acerca de la presencia o no de movimientos fetales se hizo en 2 secciones diferentes del cuestionario. En la tabla 32 se analizó la pregunta sobre movimientos fetales que se le hizo a las madres de mortinatos (n= 101). En la tabla 33 se recogen los datos que se obtuvieron de una pregunta que se le hizo a todas las madres (hace parte de la lista de complicaciones), por lo que el n= 137.

De aquellas madres que mencionaron en la lista de complicaciones del embarazo ausencia de movimientos fetales, el 11% fueron madres que tuvieron un niño vivo y que murió en los primeros 7 días de vida y 18.8% de las madres con mortinatos mencionaron la ausencia de movimientos ya sea de forma espontánea o al ser preguntadas.

Destaca que, al repetirse la pregunta a las madres de mortinatos (ver tabla 31), 47 madres contestan que notaron ausencia de movimientos fetales, un 27.7% más que en la primera pregunta.

2. NACIDOS VIVOS QUE FALLECIERON

Gráfica 19



El 53% de los recién nacidos vivos murieron en las primeras 12 horas de vida. El 28% de los casos murió entre el segundo y tercer día de vida, y el restante 13% murió entre el 4o. y 7o. día de vida.

Tabla 37: Cuidados en el recién nacido en los casos de nacidos vivos que murieron en el período neonatal (n=36)

Cuidados	Número y %
<i>Corte de cordón</i>	
Cuchillo o navaja	0
Gillette	1 (3%)
Tijeras	31 (86%)
Machete	0
Otro	0
No sabe	4 (11%)
<i>Cuidado del cordón</i>	
Si se colocó algo en el cordón	13 (47%)*
<i>Limpieza del bebé</i>	
Se limpió al bebé al nacer	35 (97%)
Se bañó al recién nacido después del nacimiento	32 (89%**)
Usó temascal para el bebé	8 (22%)

* Lo que se colocó fue principalmente: pomada, alcohol y algodón.

** La edad promedio en que se bañó al bebé fue de 1 a 2 horas de nacido.

En el 86% de los casos el cordón umbilical fue cortado con tijeras. A casi la mitad de los recién nacidos se les colocó algo en el cordón, como pomada, alcohol y/o algodón. El 97% de los niños fue limpiado después del nacimiento, y el 89% fue bañado, en su mayoría entre la primera y segunda hora después del nacimiento. El 22% de los recién nacidos fue bañado en temascal.

“.. Y el niño vivió 3 días. Como no mamaba, y yo les dije, como nos han dicho a nosotros, déñle agua hervida, les dije, y es mejor que la mete en su güipil para que se caliente, dije, porque el bebé no ha cumplido su tiempo,...y darle también agua hervida, por eso nos han recomendado, no tanto tanteando le dije. Y yo lo dejé bañando en temascal y le dije que la metiera en su güipil cuando salió del temascal. Cuando yo llegué al día siguiente me dijeron que ya murió...” (Valeria, 25 años, Momostenango)

“... te voy a bañar a la 1 me dijo (la comadrona)... pero la comadrona no vino hasta las 5 de la mañana, no me vino a ver a esa hora, hasta ahí vino a bañarme y también bañó al bebé y en ese mismo día empezó el bebé a enfermar y murió. No sabemos si fue el temascal u otras cosa, saber qué le pasó...” (Felisa, 35 años, Momostenango)

2.1. Lactancia materna

Debido a que los niños que nacieron vivos y fallecieron en los primeros 7 días de vida incluidos en el estudio sólo son 36, y de éstos no todos recibieron lactancia materna, no se presentarán tablas con los resultados, sino una descripción de los hallazgos.

De los 36 nacidos vivos, solamente 13 recibieron lactancia materna (37%). Este bajo porcentaje de lactancia materna en los nacidos vivos puede deberse, entre otras causas, a que 19 de éstos murieron antes de las 12 horas de vida,

“... y por eso mi niña no pudo aguantar, dijo la señora a la niña. Le dieron agua de panela ya que sólo pudo tragar dos servidoritas, no mamó para nada, ya no pudieron sacarla, porque ya no hubo tiempo porque sólo vivió cuatro horas y murió.” (Margarita, 23 años, Momostenango)

pensaban que no tenían suficiente leche para darles

“ El niño sólo lloró como una noche, y no le dió otra enfermedad; y yo también, no tiene leche mi chiche, solo le dí agua hervida...” (Antonia, 35 años, Nahualá)

o que los recién nacidos no recibían nada por su estado general comprometido.

“...Pero como yo me quedé sin ganas, apenas le dí de mamar, pero ya no quiso mamar. Le dije a la comadrona ¿por qué no quiere mamar? Cuando la comadrona me dice que mi hija tiene sarampión y hervía con mucha calentura...” (Juliana, 35 años, Momostenango)

Las madres dieron de mamar al bebé desde los 5 minutos después del nacimiento hasta un máximo de 24 horas después del nacimiento, siendo el promedio de 5 horas. 4 de éstos no recibieron nada antes de la primera mamada. 8 recibieron agua, agua de panela, canela, cebada, café o jarabe de chiricoria.

Los recién nacidos recibieron leche materna desde 1 a 12 veces en 24 horas, siendo el promedio de 4.4 veces en 24 horas. Sólo 1 madre le dio leche materna más de 8 veces al día a su hijo.

Al preguntar a las madres de los nacidos vivos qué otros líquidos o alimentos habían dado a sus bebés (en caso de que recibieran leche materna, aparte de la lactancia), 19 (53%) contestaron que no habían dado nada al bebé. 16% les dio agua y 31% les dio otros líquidos como aguas, café, leche de bote y alka seltzer.

I. DIAGNÓSTICOS DE LOS CASOS DE ACUERDO AL PANEL DE EXPERTOS Y AL ALGORITMO

Tabla 38: Diagnósticos de los mortinatos de acuerdo al panel de expertos (n=101)

Dx. Fetal	Dx. Obstétrico	Total	
		#	%
Asfixia	Presentación anormal	26	25
Asfixia, Prematuro	Hemorragia del tercer trimestre	9	8
Asfixia	Trabajo de parto prolongado	7	7
Asfixia	Presentación anormal, Hemorragia tercer trimestre	5	5
Asfixia, Prematuro		4	4
Asfixia	Presentación anormal, pre-eclampsia	4	4
Asfixia, prematuro	Embarazo gemelar, presentación anormal	3	3
Asfixia	Muerte fetal intrauterina	3	3
Asfixia	Presentación anormal, corioamnionitis	2	2
Asfixia, Prematuro	Presentación anormal	2	2
Asfixia, prematuro	Ruptura prematura de membranas, presentación anormal	2	2
Asfixia	Pre-eclampsia, hemorragia tercer trimestre	2	2
Asfixia	Hemorragia del tercer trimestre	1	1
Asfixia	Ruptura prematura de membranas	1	1
Asfixia	Desproporción céfalo-pélvica	1	1
Asfixia	Pre-eclampsia	1	1
Asfixia, malformación congénita	Polihidramnios	1	1
Asfixia	Trabajo de parto prolongado, presentación anormal	1	1
Asfixia	Presentación anormal, pre-eclampsia, hemorragia tercer trimestre	1	1
Asfixia	Circular del cordón, hemorragia del tercer trimestre	1	1

Dx. Fetal	Dx. Obstétrico	Total	
		#	%
Asfixia	Corioamnionitis, trabajo de parto prolongado	1	1
Asfixia, malformación congénita	Trabajo de parto prolongado	1	1
Asfixia, prematuro	Embarazo gemelar	1	1
Asfixia, Grande	Trabajo de parto prolongado	1	1
Asfixia	Pre-eclampsia, trabajo de parto prolongado	1	1
Asfixia, grande	Distocia de parto, pre-eclampsia	1	1
Asfixia	Prolapso de cordón, presentación anormal	1	1
Asfixia, malformación congénita	Trabajo de parto prolongado, hemorragia del tercer trimestre	1	1
Asfixia, malformación congénita	Pre-eclampsia, anemia severa	1	1
Asfixia	Circular al cuello, pre-eclampsia, presentación anormal	1	1
Asfixia	Sufrimiento fetal agudo, presentación anormal, trabajo de parto prolongado, hemorragia tercer trimestre	1	1
Asfixia	Circular al cuello, pre-eclampsia, trabajo de parto prolongado, hemorragia del tercer trimestre	1	1
Asfixia, retardo crecimiento intrauterino		1	1
Asfixia crónica, post madurez		1	1
Asfixia sin diagnóstico obstétrico o causa definida		10	11
Total		101	100

Los diagnósticos obtenidos se basaron en la revisión de cada una de las entrevistas por el panel de expertos, en la cual, las complicaciones mencionadas por la madre, la historia abierta y algunos datos demográficos y su historia obstétrica fueron de mayor relevancia.

En la tabla 35 se muestra la frecuencia de cada uno de los diferentes diagnósticos determinados por el panel de expertos para los mortinatos. Llama la atención el elevado

número de mortinatos, los cuales presentaron el diagnóstico de asfixia y presentación anormal (26%), ya que éstos, en principio, son muertes prevenibles con una atención del parto de calidad. Esto posiblemente sea aplicable a los que presentaron trabajo de parto prolongado (7%) y a otros diagnósticos encontrados en los mortinatos. Además podrían explicar, al menos parcialmente, el elevado número de mortinatos encontrados en el estudio, comparado con las estimaciones y las proporciones aceptadas.

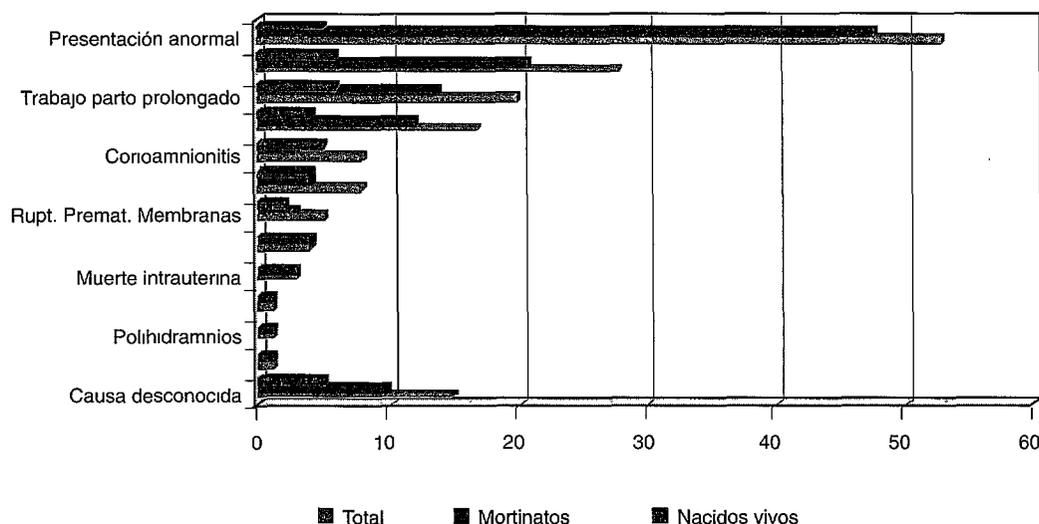
Tabla 39: Diagnósticos de los nacidos vivos de acuerdo al panel de expertos (n=36)

Dx. Obstétrico	Dx. Fetal	Total	
		#	%
	Prematuro	4	11
Trabajo de parto prolongado	Sepsis	3	8.3
Trabajo de parto prolongado	Asfixia	2	5.5
Presentación anormal, corioamnionitis	Sepsis	2	5.5
Embarazo gemelar	Prematuro	2	5.5
	Sepsis	2	5.5
Pre-eclampsia	Prematuro	1	2.7
	Sepsis, prematuro	1	2.7
Presentación anormal	Asfixia	1	2.7
Pre-eclampsia	Asfixia	1	2.7
Hemorragia del tercer trimestre	Asfixia	1	2.7
Presentación anormal, pre-eclampsia	Sepsis	1	2.7
Presentación anormal, hemorragia tercer trimestre	Asfixia	1	2.7
Pre-eclampsia	Prematuro, sepsis	1	2.7
Hemorragia del tercer trimestre	Asfixia, sepsis	1	2.7
Ruptura prematura de membranas, corioamnionitis	Sepsis	1	1
Corioamnionitis	Prematuro	1	1
Trabajo de parto prolongado	Asfixia, Bajo peso al nacer	1	2.7
Presentación anormal, hemorragia del tercer trimestre	Prematuro	1	2.7
Embarazo gemelar, hemorragia tercer trimestre	Bajo peso al nacer, sepsis	1	2.7
Corioamnionitis, hemorragia tercer trimestre	Prematuro, sepsis	1	2.7
Embarazo gemelar, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas	Prematuro, sepsis	1	2.7
	Sepsis, post término	1	2.7
	Prematuro, malformación congénita, fístula traqueo-esofágica	1	2.7
	Bajo peso al nacer, retardo crecimiento intrauterino	1	2.7
	Malformación congénita, fístula traqueo-esofágica	1	2.7
Sin diagnóstico		1	2.7
	Total	36	100

En la tabla 39 se presentan los diagnósticos asignados a los 36 nacidos vivos que fallecieron durante los primeros 7 días de vida. La mayoría de éstos, además de un diagnóstico neonatal, tienen además un diagnóstico obstétrico, una complicación de la madre en el embarazo/parto que en gran medida determina el desenlace del recién nacido. Se hace evidente el nexo entre las condiciones maternas y las del recién nacido en el período neonatal precoz. A 10 recién nacidos no se les asignó diagnóstico obstétrico alguno (28%), de los cuales 4 son prematuros, 3 presentaron sepsis, 2 tenían malformación congénita y 1 presentó bajo peso al nacer y retardo del crecimiento intrauterino. Todas éstas son causas de muerte descritas dentro de este grupo de edad.

Gráfica 20

Número total de veces que el panel de expertos asignó cada uno de los diagnósticos obstétricos (n= 137) a los mortinatos y los nacidos vivos



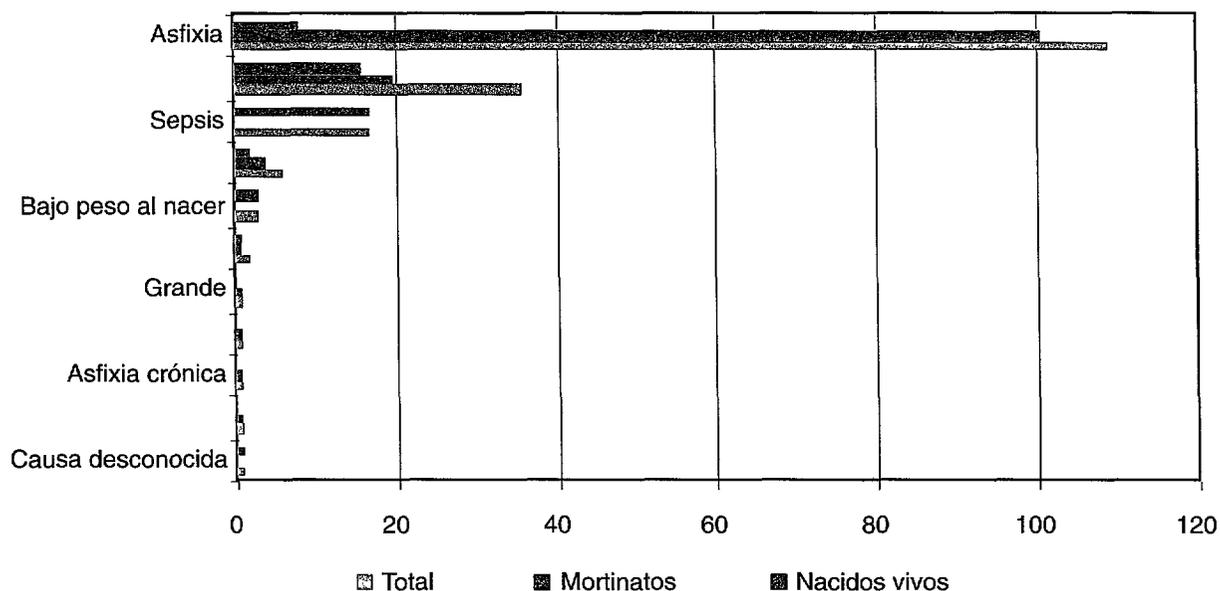
Destaca en el grupo de los mortinatos, que el 45% tuvo una presentación anormal, siendo éste el diagnóstico más frecuente. El 22% presentó hemorragia del tercer trimestre, el 15% trabajo de parto prolongado y el 10% pre-eclampsia.

En el grupo de los nacidos vivos que fallecieron, el diagnóstico obstétrico más frecuente fue trabajo de parto prolongado (22%), seguido de presentación anormal y hemorragia del tercer trimestre, ambos con un 17%.

Los diagnósticos más frecuentes, en total, son presentación anormal (37%), hemorragia del tercer trimestre (20%) y trabajo de parto prologando (17%).

Gráfica 21

Número de veces que el panel de expertos asignó cada uno de los diagnósticos neonatales (n= 137) a los mortinatos y recién nacidos



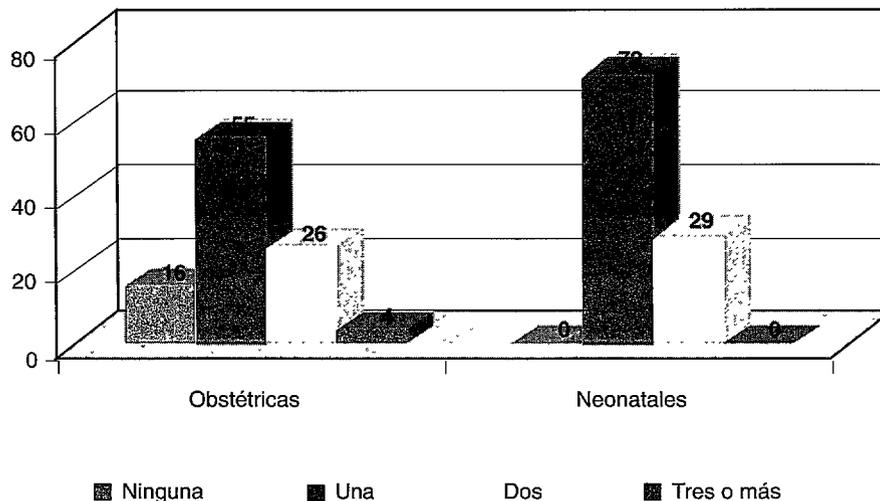
En esta gráfica se representan los diagnósticos neonatales de los mortinatos, nacidos vivos y el total. Destaca el diagnóstico de asfixia, presente en todos los casos de mortinatos (100%). Le sigue el de prematuro, presente en el 20% de los casos.

En los recién nacidos, la sepsis, prematuridad y asfixia los principales diagnósticos, presentes en un 42, 39 y 33% de los casos. El bajo peso al nacer se diagnosticó a 3 nacidos vivos.

Del total de diagnósticos, la asfixia fue la más frecuente (82%). 25% fueron prematuros y 11% presentaron sepsis.

Gráfica 22

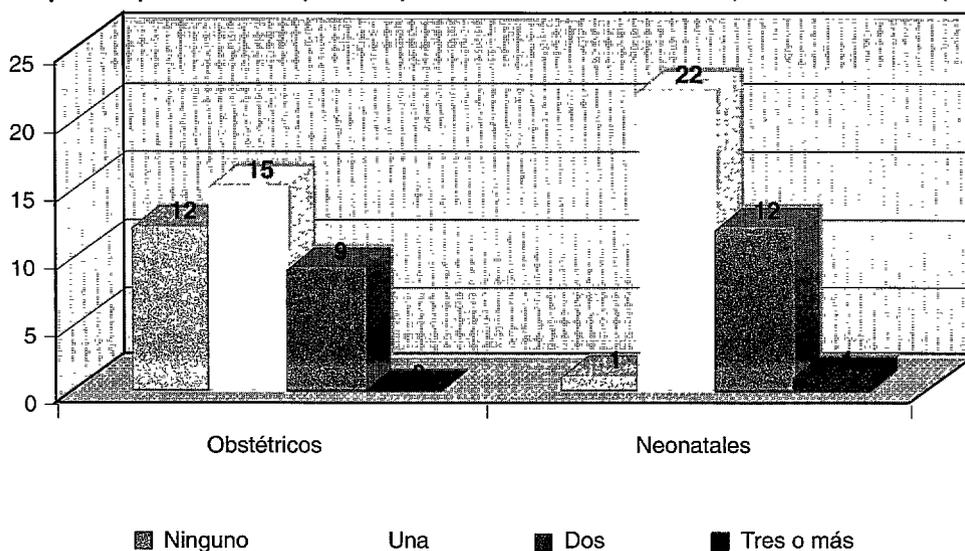
Número de causas obstétricas y neonatales de acuerdo a los diagnósticos dados por el panel de expertos para los mortinatos (n=101)



De las 101 madres de mortinatos, a 16 el panel de expertos no les pudo identificar una posible causa de muerte obstétrica. La presencia de una causa de muerte obstétrica y neonatal fue lo más frecuente, en un 54% y 71% respectivamente. El 26% de las madres presentó dos causas de muertes obstétricas y el 29% dos causas de muertes neonatales. 4 madres presentaron tres o más causas de muertes obstétricas.

Gráfica 23

Número de causas obstétricas y neonatales de acuerdo a los diagnósticos dados por el panel de expertos para los nacidos vivos que fallecieron (n=36)



La distribución, en el grupo de los nacidos vivos que fallecieron, de las causas de muerte obstétricas y neonatales es similar a la de los mortinatos. El 33% de las madres de nacidos vivos no tuvieron una causa de muerte obstétrica definida, y sólo 1 recién nacido no tuvo diagnóstico neonatal. 42% presentó una causa de muerte obstétrica y el 61% una causa de muerte neonatal. El 25% presentó dos causas obstétricas y el 33% dos causas neonatales. A diferencia de los mortinatos, ningún nacido vivo presentó tres o más diagnósticos obstétricos, y sólo 1 nacido vivo tuvo 3 o más diagnósticos neonatales.

J. PASOS RELACIONADOS CON LA BÚSQUEDA DE AYUDA POR LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PERIODO NEONATAL.

Las complicaciones incluidas en esta sección no son todas las mencionadas en la tabla de complicaciones. Sólo se incluyeron aquellas complicaciones durante el embarazo, parto y período neonatal por las cuales se consideró que la madre debería buscar ayuda. Para cada una de estas complicaciones se completó el proceso de búsqueda de ayuda (lo que incluye tratamiento en casa y proceso de búsqueda de ayuda fuera del hogar), de acuerdo al modelo “Camino de Supervivencia”.

Tabla 40: Número de complicaciones incluidas en el cuadro de búsqueda de ayuda durante el embarazo, parto y período neonatal en los mortinatos y nacidos vivos que murieron

Número de complicaciones (n=101)	Mortinatos	Nacidos vivos que murieron (n=36)	Total (n=137)
<i>Complicaciones durante el embarazo</i>			
0 Complicaciones	15 (15%)	6 (17%)	21 (15%)
1 Complicación	38 (38%)	11 (31%)	49 (36%)
2 Complicaciones	26 (26%)	11 (31%)	37 (27%)
3 ó más Complicaciones	22 (22%)	8 (23%)	30 (22%)
<i>Complicaciones durante el parto</i>			
0 Complicaciones	35 (35%)	15 (42%)	50 (36%)
1 Complicación	36 (36%)	11 (31%)	47 (34%)
2 Complicaciones	28 (28%)	7 (19%)	35 (25%)
3 ó más Complicaciones	2 (2%)	3 (8%)	5 (4%)
<i>Complicaciones del Recién Nacido</i>			
0 Complicaciones	—	0 (0%)	0 (0%)
1 Complicación	—	4 (11%)	4 (11%)
2 Complicaciones	—	8 (22%)	8 (22%)
3 ó más Complicaciones	—	24 (66%)	24 (66%)

Teniendo en cuenta las complicaciones por las cuales la madre pudo haber buscado ayuda, vemos que el número de complicaciones (en %) presentes en el embarazo es similar en el grupo de los mortinatos como en el de los recién nacidos vivos que fallecieron. Sólo el 15% no presentó complicaciones, presentando la mayoría entre 1 y 3 complicaciones.

Para el parto, la proporción de mujeres que no presentaron complicaciones es mayor que en el embarazo, un 36% . Los nacidos vivos que fallecieron presentaron menos complicaciones durante el parto que los mortinatos (42% y 35% respectivamente). La mayoría, sin embargo, presentó de 1 a 2 complicaciones durante el parto en ambos grupos.

Para los recién nacidos vivos que fallecieron la distribución de la presencia de las complicaciones es algo diferente. No hubo ningún caso sin al menos una complicación, y la mayoría de los recién nacidos presentaron más de 2 complicaciones (hasta 8 complicaciones).

Tabla 41: Camino a la Supervivencia en el embarazo y parto para mortinatos (n=101)

Paso	Embarazo		Trabajo de parto	
	#	%	#	%
1. No presenta complicaciones	15 (de 101)	(15%)	35 (de 101)	(34.7%)
2. Reconoce el problema	86 (de 101)	(85%)	66 (de 101)	(65.3%)
3. Da cuidado en el hogar	11 (de 86)	(12.7%)	29 (de 66)	(44%)
4. Busca ayuda fuera del hogar	48 "	(55.8%)	59 "	(89.4%)
5. Uso de servicios comunitarios formales	25 "	(29%)	10 "	(15%)
6. Uso de servicios comunitarios informales	18 "	(20.9%)	47 "	(71%)
7. Uso mixto de servicios formales e informales	5 "	(5.8%)	2 "	(3%)
8. El proveedor da atención	46 "	(53.4%)	57 "	(86.3%)
9. Sigue todas las recomendaciones hechas por el proveedor	27 "	(31.4%)	31 "	(47%)
10. El proveedor hace referencia	17 "	(19.7%)	17 "	(25.7%)
11. Se cumple con la referencia	12 "	(13.9%)	12 "	(18%)
12. Recibe atención en el servicio de referencia	12 "	(13.9%)	12 "	(18%)

Esta tabla resume los pasos más importantes del modelo “Camino de la supervivencia” para los mortinatos incluidos en el estudio (n=101). Cada uno de los 11 pasos (del 2 al 12) incluidos en la tabla van a ser descritos en más detalle en las subsiguientes tablas. Como cuadro de resumen nos muestra cada una de las decisiones y acciones más importantes tomadas por las madres que presentaron alguna complicación durante el embarazo y parto. Para el entendimiento de la tabla y de la gráfica, es importante tener en cuenta que cuando se habla de servicio comunitario formal están incluidos desde el centro de salud hasta el hospital (hace referencia al primer contacto que tuvo la madre con el sistema de salud). El centro de referencia igualmente puede ser desde el centro de salud hasta el hospital, dependiendo quién la vio y a dónde fue referida.

Durante el embarazo, 86 madres reconocieron algún problema (de los problemas identificados para los cuales debería buscar ayuda). De estas 86 madres, sólo el 12.7% recibió algún tratamiento en casa, mientras que el restante 87.3% no hizo nada para tratarlo en el hogar. Buscaron ayuda fuera del hogar el 55.8%, utilizando principalmente servicios de salud formales (puesto de salud, clínica comunitaria, médico particular, hospital) en un 29%, seguido de servicios comunitarios informales (comadrona) en un 20.9%. Utilizaron ambos servicios (formales e informales) el 5.8% de las madres que buscaron ayuda fuera del hogar.

De las mujeres que fueron vistas por algún proveedor de salud, el 95.8% recibió algún tipo de atención, aunque sólo el 56.2% de las madres siguió todas sus recomendaciones. De las madres que fueron vistas por algún proveedor de salud, el 35.4% fue referido (el 19.7% de todas las madres con alguna complicación). Del total de madres con algún problema durante el embarazo, sólo 12 madres (el 13.9%) llegaron y recibieron atención en un centro de referencia.

66 mujeres (65%) de las 101 con mortinatos identificaron alguna complicación durante el parto. De éstas, el 44% recibió algún cuidado en el hogar y fueron a buscar ayuda el 89% de las madres. La mayoría utilizó servicios de salud informales (comadrona), recibiendo

algún tipo de atención (96.6%). Sólo el 52% de las madres vistas por algún proveedor de salud hicieron todo lo que éste les indicó; el 26% de las madres que buscaron ayuda fueron referidas a otro centro de atención. Cumplieron con la referencia el 70% de las madres vistas por algún proveedor de salud. Del total de madres con alguna complicación durante el parto, llegaron a un centro de referencia y recibieron atención por el mismo un 18%.

Tabla 42: Camino a la Supervivencia en el embarazo, parto y primeros 7 días para los nacidos vivos que murieron (n=36)

Paso	Embarazo		Parto		Primeros 7 días de vida	
	#	%	#	%	#	%
1. No reconoce ningún problema	6 (de 36)	16	15 (de 36)	42	—	
2. Reconoce el problema	30 (de 36)	83	21 (de 36)	58	36	100
3. Da cuidado en el hogar	2 (de 30)	6	10 “	48	14	39
4. Busca ayuda fuera del hogar	15 “	50	14 “	66	10	28
5. Uso de servicios comunitarios formales	6 “	20	3 “	14	9	25
6. Uso de servicios comunitarios informales	7 “	23	11 “	52	—	
7. Uso mixto de servicios formales e informales	2 “	6.6	1 “	4.7	1	2.7
8. El proveedor da atención	13 “	43	14 “	66	10	28
9. El proveedor hace referencia	3 “	10	2 “	9.5	1	2.7
10. Se cumple con la referencia	2 “	6.6	1 “	4.7	1	2.7
11. Recibe atención en el servicio de referencia	2 “	6.6	1 “	4.7	1	2.7

Los pasos más importantes contenidos en el modelo “Camino de la Supervivencia” están resumidos en la tabla, en 10 pasos para los nacidos vivos que fallecieron en relación al embarazo, parto y recién nacido.

De las 36 madres incluidas en el estudio que tuvieron un recién nacido vivo que murió en los primeros 7 días de vida, el 83% reconoció algún problema durante el embarazo. Sólo el 6% de estas madres recibió algún tratamiento dentro del hogar. El 50% de las madres fueron a buscar ayuda fuera del hogar a un proveedor de salud, siendo el servicio informal el más acudido. El 43% de las madres recibieron algún tipo de tratamiento por un proveedor de salud formal o informal, y sólo el 10% de las madres vistas fueron referidas; un 10% del total de madres con alguna complicación. Hubo referencia y atención en el centro de referencia en el 6.6% de los casos.

Durante el parto, el 58% de las madres identificaron algún problema durante el parto. Recibieron algún tipo de cuidado en el hogar el 48% de éstas, y el 66% de las madres buscó ayuda fuera del hogar, siendo los servicios de salud informales el lugar al que con mayor frecuencia acudieron. Todas las madres que buscaron ayuda en algún proveedor de salud, recibieron algún tratamiento. Sólo el 14% de las que fueron vistas por algún proveedor fueron referidas, lo que representa el 9.5% de todas las madres con algún problema durante el parto. Del total de mujeres con problemas, el 4.7% aceptó la referencia. Todas ellas recibieron algún tipo de tratamiento en el centro de referencia.

Todas las madres de los recién nacidos identificaron alguna complicación, aunque sólo el 28% buscó ayuda fuera del hogar. A diferencia de la búsqueda de ayuda por problemas en el embarazo y parto, los recién nacidos fueron llevados principalmente a los servicios formales (sólo 1 recién nacido fue visto por la comadrona). Sólo 1 caso de los 10 que fueron vistos por algún proveedor de salud fue referido, lo que representa el 2.7% de todos los nacidos.

Los 10 recién nacidos que fueron vistos por un proveedor de salud recibieron un total de 12 tratamientos. Al 33% se les examinó el estómago y oyó el corazón, 2 niños fueron puestos en incubadora y un 25% recibieron algún tipo de medicamento de farmacia.

Tabla 43: Personas que se dieron cuenta de complicaciones durante el embarazo y el parto que resultaron en mortinato

Persona	Complicaciones durante el embarazo (n=162)	Complicaciones durante el parto (n=95)
Madre	150 (92%)	87 (91.5%)
Otra persona	4 (2.4%)	6 (6.3%)
Comadrona	2 (1.2%)	2 (2.1%)
Trabajador de salud	6 (3.6%)	-

De las 101 madres que tuvieron un mortinato, 86 presentaron un total de 162 complicaciones durante el embarazo. La madre fue la que en el 92% de las complicaciones se dio cuenta de las mismas. La comadrona y el trabajador de salud solamente advirtieron el 5% de las complicaciones.

Durante el parto, hubo un total de 66 madres que presentaron un total de 95 complicaciones. Igual que en el embarazo, fue la madre la que en la mayoría de los casos (91.5%) se dió cuenta de la complicación. La comadrona solamente advirtió el problema en el 2% de las complicaciones.

Tabla 44: Personas que se dieron cuenta de complicaciones durante el embarazo, parto y período neonatal que resultaron en nacido vivo que murió

Persona	Complicaciones durante el embarazo n= 63	Complicaciones durante el parto n=34	Complicaciones en el período neonatal n=137
Madre	57 (90.4%)	27 (79.4%)	105 (76.6%)
Otra persona	3 (4.7%)	3 (8.8%)	24 (17.5%)
Comadrona	1 (1.6%)	4 (11.7%)	8 (5.8%)
Trabajador de salud	2 (3.2%)	-	-

De las 36 madres con un recién nacido que falleció, 30 presentaron 63 complicaciones durante el embarazo. La madre fue la persona que en el 90% de los casos identificó el problema.

21 madres presentaron un total de 34 problemas durante el parto. Estas complicaciones fueron identificadas en un 79% por la madre y solamente en un 12% por la comadrona. Durante el período neonatal, todos los 36 casos incluidos presentaron complicaciones, en total 137. La madre se dio cuenta de la complicación en el 77% de los casos, otra persona (esposo, familiar o vecina) en el 17.5% y la comadrona en el 6% de las complicaciones.

En general, se observa que la madre es la persona que con mayor frecuencia identifica los problemas que presenta durante el embarazo, parto y el recién nacido.

Tabla 45: Duración promedio de las complicaciones y tiempo que tardó en buscar ayuda en mortinatos

Duración	Durante el embarazo		Durante el parto	
	Tiempo que tardó en buscar ayuda*	Duración de complicación	Tiempo que tardó en buscar ayuda*	Duración de complicación
Menos de un día	14 (21%)	8 (5%)	45 (77.6%)	43 (45.7%)
De 1 a 3 días	4 (6%)	30 (18.5%)	12 (20.7%)	26 (27.6%)
De 4 a 7 días	4 (6%)	11 (6.8%)	1 (1.7%)	5 (5.3%)
De 8 días a 1 mes	10 (15%)	22 (13.5%)	—	8 (8.5%)
De 1 a 2 meses	9 (14%)	19 (11.7%)	—	1 (1%)
De 2 a 4 meses	9 (14%)	24 (15%)	—	—
Más de 4 meses	16 (24%)	48 (29.5%)	-	-
Total	66	162**	58	94**
Promedio	8 días a 1 mes	2 a 4 meses	Menos de 1 día	1 a 3 días

* La suma de la columna "tiempo que tardó en buscar ayuda" es menor a la de "Duración de la complicación", ya que no todas las madres que identificaron alguna complicación, buscaron ayuda para la misma.

** Una madre no supo la duración de la complicación tanto durante el embarazo, como en el parto.

86 madres de mortinatos presentaron 163 complicaciones durante el embarazo, un promedio de 1.9 complicación por madre. Una de las madres no sabía la duración de esa complicación. La duración de las 162 complicaciones es variable, aunque tienen tendencia a ser de larga duración. Sólo el 5% de las complicaciones duraron menos de un día, el 25.3% hasta una semana y el 38.8% hasta un mes. El restante 61.2% presentó la complicación por más de un mes, y de éstos, el 52.7% presentó la complicación por más de 4 meses. No todas las madres que presentaron algún problema buscaron ayuda. Por las 162 complicaciones que presentaron durante el embarazo, sólo buscaron ayuda por 66 complicaciones (41%). El momento en que buscaron ayuda es muy variable y va desde menos de un día hasta más de 4 meses. El momento en que la madre decidió buscar ayuda no se relaciona con la duración de la complicación, por lo que la primera y segunda columna no se correlacionan. La duración promedio de las complicaciones durante el embarazo fue de 2 a 4 meses, y la búsqueda de ayuda por las mismas fue, en promedio, entre los 8 días y el mes de tener el problema.

En el parto, 66 madres de mortinatos presentaron 95 complicaciones. Una madre no sabía la duración de la complicación. Estas complicaciones tuvieron, en el 45% de los casos una duración de menos de 1 día y en el 73% una duración de hasta 3 días. A diferencia de los problemas del embarazo, los problemas durante el parto son de corta duración. Ocho madres mencionaron que habían presentado sangrado o hemorragia fuerte entre 8 días y 1 mes. El sangrado prolongado es debido a que en el cuestionario no se diferenció el sangrado en el momento del parto del post parto. Una madre dijo haber presentado un parto más largo de lo normal de 1 a 2 meses de duración. Esta apreciación posiblemente se deba a la presencia de contracciones en el último trimestre del embarazo, interpretadas por la madre como dolores de parto. En el parto, la duración promedio de las complicaciones fue de 1 a 3 días, y la búsqueda de ayuda se dio, en promedio, en menos de 1 día de iniciado el problema.

A diferencia de las complicaciones del embarazo, los problemas durante el parto se agruparon, determinándose para todas las complicaciones el tiempo de búsqueda de

ayuda. 60 madres buscaron ayuda, de las cuales 2 no sabían al cuánto tiempo lo habían hecho. Las restantes 58 madres buscaron ayuda, en la mayoría de los casos (77.6%) en menos de 1 día, el 20.7% entre 1 y 3 días y 1 persona mencionó que buscó ayuda entre el 4to. y 7mo. día de estar presente la complicación.

Tabla 46 Duración promedio de las complicaciones y tiempo que se tardó en buscar ayuda en casos de nacidos vivos que murieron

Duración	Complicaciones durante el embarazo		Complicaciones durante el parto		Complicaciones período neonatal	
	Tiempo que tardó en buscar ayuda**	Duración de complicación	Tiempo que tardó en buscar ayuda**	Duración de complicación	Tiempo que tardó en buscar ayuda**	Duración de complicación
Menos de un día	9 (31%)	2 (3.2%)	13 (93%)	15 (45%)	7 (70%)	65 (50%)
De 1 a 3 días	2 (6.8%)	9 (14%)	1 (7%)	13 (39%)	3 (30%)	53 (40.7%)
De 4 a 7 días	2 (6.8%)	8 (12.7%)	—	3 (9%)	—	12 (6.3%)
De 8 días a 1 mes	5 (17%)	9 (14%)	—	2 (6%)	—	—
De 1 a 2 meses	2 (6.8%)	3 (4.8%)	—	—	—	—
De 2 a 4 meses	5 (17%)	11 (17%)	—	—	—	—
Más de 4 meses	4(13.7%)	21 (33%)	—	—	—	—
Total	29	63	14	33*	10	130*
Promedio	1 a 2 meses	2 a 4 meses	Menos de 1 día	1 a 3 días	Menos de 1 día	1 a 3 días

* No incluye todas las complicaciones, ya que para 1 complicación del parto y 7 del recién nacido, la madre no supo la duración de la misma.

** La suma de la columna "tiempo que tardó en buscar ayuda" es menor al de "Duración de la complicación", ya que no todas las madres que identificaron alguna complicación buscaron ayuda para la misma.

*** El tiempo que tardó en buscar ayuda para las complicaciones durante el parto y en el recién nacido no se identificó para cada una de las complicaciones individualmente, sino que se hizo para el conjunto de complicaciones que la madre o el recién nacido presentaron.

30 de las madres que tuvieron un recién nacido vivo que murió, presentaron 63 complicaciones durante el embarazo, un promedio de 2.1 complicaciones por madre. El 44% de estas complicaciones duraron menos de 1 mes, mientras que el 56% estuvieron presentes durante 1 y 4 meses. 15 madres buscaron ayuda por el 46% de estas complicaciones, no habiendo un patrón definido en cuanto al tiempo que tardó en buscar ayuda. El promedio en que buscaron ayuda es de 1 a 2 meses de iniciado el problema, siendo el promedio de duración de las complicaciones durante el embarazo, de 2 a 4 meses de duración.

21 mujeres presentaron 34 complicaciones durante el parto (promedio de 1.6), de las cuales 1 madre no supo la duración de la misma. La duración de las 33 complicaciones fue, en el 90% menor de 3 días. 3 de las complicaciones mencionadas por las madres duraron más de 3 días; se referían a sangrado o hemorragia fuerte durante 7 días y un mes (en el cuestionario no se distingue entre el sangrado fuerte en el parto y el post parto). Debido a que el parto ocurre en un lapso de tiempo corto, a las madres (que pudieron presentar entre 1 y 3 complicaciones durante el parto) se les preguntó el tiempo que tardaron en buscar ayuda para todas las complicaciones en conjunto mencionadas por ellas. Por eso los números de las columnas no corresponden. 14 madres buscaron ayuda, en su mayoría en menos de 1 día de iniciado su problema. El promedio de tiempo que tardaron en buscar ayuda fue de 1 a 3 días de tener el problema.

Los 36 nacidos vivos incluidos en el estudio presentaron 130 complicaciones, con un promedio de 3.6 complicaciones por nacido vivo. El 91% de las complicaciones duraron menos de 3 días, y el 50% menos de 1 día. La búsqueda de ayuda, se determinó igual que para los partos, agrupando todas las complicaciones mencionadas por la madre (hasta 7) y preguntando el tiempo que tardaron en buscar ayuda para todas las complicaciones en su conjunto. También, en este caso, la búsqueda de ayuda se dió en los primeros 3 días en el 100% de las complicaciones.

Es de destacar, tanto para las madres que tuvieron un mortinato, como las que tuvieron un recién nacido vivo que murió, que pese a que la mayoría de ellas identificó algún problema o complicación, ésta no siempre fue percibida como de gravedad o peligro, o había otros factores socio-económicos que impedían una pronta toma de acción (búsqueda de ayuda).

En las historias abiertas de las madres se pueden encontrar algunos ejemplos. Esta madre identificó ausencia de movimientos fetales durante el embarazo, pero no los interpretó como un signo de peligro, por lo que no buscó ayuda. Tampoco asocia la ausencia de movimientos fetales con el nacimiento de su mortinato.

“... Cuando yo estaba embarazada no tuve nada, no me dolía nada. Después yo tuve dolores, cuando nació el niño, porque cuando yo estaba embarazada, no sentí ningún movimiento. Lo único es que me dolió el estómago y la comadrona me ayudó a curar ese dolor, me sobó y bañó en temascal; ¿y a saber porqué nació muerto el niño?...” (Aura Estela, 16 años, Momostenango).

La búsqueda tardía de ayuda y la permanencia del problema durante el embarazo o período pre-parto (hemorragia), y la no búsqueda de ayuda (diarrea) son conductas frecuentemente encontradas y relatadas por las madres incluidas en el estudio.

“Cuando yo estaba embarazada se me hinchó el estómago y se me vino tos y calentura. Tenía yo 3 meses de embarazo cuando tuve hemorragia, tres meses la tuve. Bueno, al mes que me bajó, mi esposo me llevó con el doctor, y viente días antes de que naciera la nena, cuando tuve asientos, los tuve los 20 días hasta que nació la nena...” (Leona, 29 años, Momostenango)

Complicaciones que se presentaron durante los días del parto o que incluso indujeron el trabajo de parto, con frecuencia no fueron identificados como de gravedad por la madre.

“A mí lo que me pasó es que tuve hemorragia cuatro días antes de que naciera el niño y después nació el niño, y lo que hice, me bañé en temascal. Como yo no sabía que estaba embarazada, yo pensé que era mi menstruación, pero que si me dolía la espalda y era un dolor de parto y yo pensé ¿ qué es esto?...” (Emiliana, 20 años, Momostenango)

“... Ahora con el último niño, las complicaciones que tuve es que me bajó mucho flujo blanco y también 3 días faltaban cuando se me vino líquido y luego nació el niño, y cuando se me vino el líquido ya no hice nada, solo esperé y nació el niño...” (Tomasa, 32 años, Momostenango)

Pero no sólo la no identificación de un síntoma de peligro, es causa de una no búsqueda de ayuda o que ésta se busque tardíamente, sino también hay que tener en cuenta factores del entorno de la madre, como por ejemplo pueden ser su limitada posibilidad de dar respuesta ante la ausencia de su esposo.

“... yo hubiera querido que no se muriera, pero como no está su papá, estaba de viaje, y cuando el vino me dijo ¿qué pasó? Y dijo que lo va a llevar al hospital para que lo pongan en incubadora, pero se puso grave y murió.” (Isidora, 34 años, Momostenango)

Tabla 47: Cuidados en el hogar para las complicaciones durante el embarazo, parto y recién nacido vivo que falleció para los mortinatos y nacidos vivos.

Cuidado en el hogar	Durante el embarazo (n=116)	Durante el parto (n= 87)	Período neonatal (n=36)
Medicina tradicional, remedios naturales*	11(6.7%)	8 (8.8%)	8(20%)
Automedicación**	22 (13.5%)	4 (4.4%)	5 (12.5%)
Inyecciones	5 (3%)	2 (2.2%)	—
Masaje o sobada	4 (2.4%)	2 (2.2%)	—
Temascal	6 (3.7%)	6 (6.6%)	1 (2.5%)
Reposo	3 (1.8%)	5 (5.5%)	—
Cambios alimentarios	3 (1.8%)	2 (2.2%)	2 (5%)
Destinismo	1 (0.06%)	—	—
Trató de reanimar	—	—	2 (5%)
Nada	103 (63%)	48 (52.7%)	22 (55%)
Otros	5 (3%)	14 (15.4%)	—
Total	163 (100%)	91 (100%)	40 (100%)

La tabla hace referencia al número de cuidados en el hogar, por lo que la suma de las diferentes columnas no corresponde al "n", que se refiere al número de mujeres.

* Incluye agua de hierbas y zacate, café, agua

** Automedicación: tabletas, pastillas, vitaminas, jarabe, analgésicos, antiácidos, pomada.

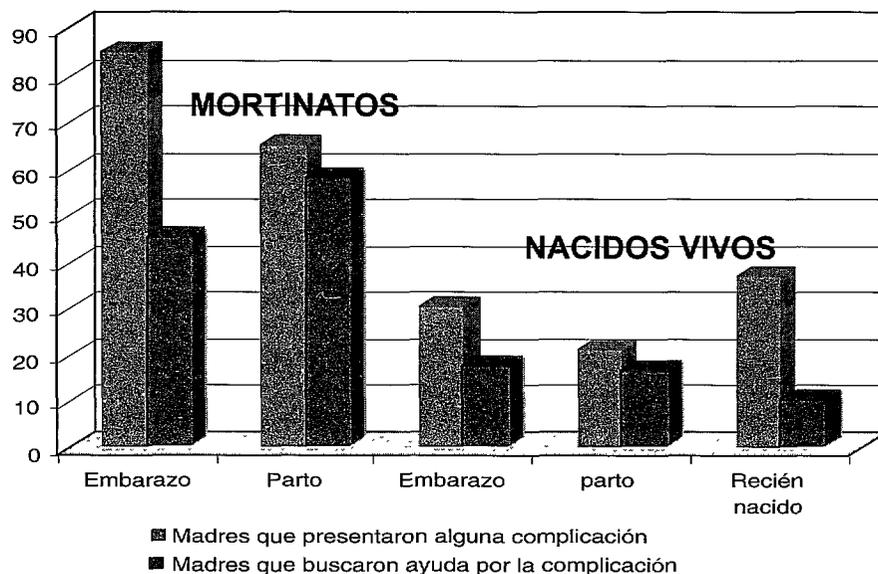
116 de las madres entrevistadas presentaron algún problema durante el embarazo (incluye a los mortinatos y nacidos vivos) y de éstas, 60 madres recibieron algún tratamiento en el hogar. La mayoría de las madres que presentaron e identificaron algún problema durante el embarazo (63%) no hicieron nada en el hogar para tratarlo. Los tratamientos más mencionados fueron la utilización de medicamentos, los remedios naturales o medicina tradicional, el masaje o sobada y el temascal.

De las 87 madres que reconocieron una o más complicaciones durante el parto, el 52.7 % no hizo nada en el hogar para tratar el/los problema (48 madres). De las madres que sí hicieron algo en el hogar para tratar la complicación, la mayoría (93%) administró un tratamiento y el 7% hasta tres tratamientos diferentes. Dentro de los tratamientos más utilizados están el reposo, medicina tradicional o natural, el temascal y otros.

El 55% de las madres que tuvieron un recién nacido vivo no le dieron ningún cuidado en el hogar, una vez que identificaron el/los problemas. El 31% le dio un tratamiento y el 8% dos tratamientos diferentes. Los tratamientos más mencionados fueron la medicina tradicional y medicamentos.

Gráfica 24

Madres que identificaron alguna complicación durante el embarazo, parto o recién nacido vivo y que buscaron ayuda fuera del hogar.



No todas las mujeres que presentaron alguna complicación durante el embarazo, parto o en el recién nacido buscaron ayuda fuera del hogar. De las madres de los mortinatos o nacidos vivos que fallecieron, cerca del 56% y 50% respectivamente buscó ayuda durante el embarazo. En el parto se observa que las madres de los mortinatos buscaron ayuda en un 89% de los casos, comparado con el 66% de las madres de los nacidos vivos.

Los problemas durante el parto conllevan a una mayor búsqueda de ayuda por parte de las madres, si se compara con el embarazo y el recién nacido. La búsqueda de ayuda fuera del hogar para las complicaciones en el recién nacido es la más baja, sólo el 27%. Posibles explicaciones podrían ser la rápida evolución de la enfermedad del recién nacido (53% murió antes de las primeras 12 horas de vida), la no identificación de la gravedad de los problemas presentados por el niño y descuido.

“No lo curamos porque de repente se le vino esa enfermedad. No le hicimos nada porque era muy pequeño, pero el bebé ya lo traía la enfermedad, porque su mamá se había enfermado de tos, por eso se la pegó al niño.” (Cristina, 22 años, Momostenango)

“...Y como aquí en la casa nació el nene, pero por la placenta que no venía la señora o la comadrona descuidó al nene, no lo tapó. Ahí estaba llorando y como me llevaron a mí al hospital, tal vez nadie lo tapó, luego yo pienso que murió por el frío, fue descuido nada más.” (Juana, 18 años, Momostenango)

Tabla 48: Primer lugar donde se buscó ayuda dentro y fuera de la comunidad para las complicaciones durante el embarazo y parto en los casos de mortinato (n=101)

Recurso	Embarazo No. complicaciones (68)		Parto No. de madres (60)		Total
	Dentro de la comunidad	Fuera de la comunidad	Dentro de la comunidad	Fuera de la comunidad	
Comadrona	24 (35%)	6 (8.8%)	37 (61.6%)	12 (20%)	79 (62%)
Clínica maternidad	—	—	—	—	—
Puesto de salud	12 (17.6%)	7 (10.3%)	1 (1.7%)	—	20 (15%)
Clínica	—	1 (1.5%)	—	—	1(0.008%)
Médico particular	—	10 (14.7%)	—	—	10 (7.8%)
Hospital	—	2(3%)	—	6 (10%)	8 (6.2%)
Otros*	4 (5.8%)	2 (3%)	3 (5%)	1 (1.7%)	10 (7.8%)
Total	40 (58.8%)	28 (41.2%)	41 (68.3%)	19 (31.7%)	128

*Incluye proyecto, clínica particular

48 madres de mortinatos buscaron ayuda fuera del hogar por 68 complicaciones que presentaron durante el embarazo. La suma de las personas/ lugares a donde acudieron es mayor que el total de madres, ya una madre podía presentar más de una complicación, y por cada complicación durante el embarazo se le preguntaba a dónde había acudido. Por el 58.8% de las complicaciones la madre buscó ayuda en la comunidad, siendo la comadrona la persona más solicitada (35%). Fuera de la comunidad, el médico particular era el proveedor más consultado por las madres (14.7%), seguido del puesto de salud y la comadrona.

Para las complicaciones durante el parto, la suma del número de veces que fueron a cada uno de los lugares de asistencia de salud es igual al número de madres que buscaron ayuda, ya que para todas las complicaciones que presentó la madre durante el parto (hasta máximo 3 complicaciones) sólo se identificó un lugar de búsqueda de ayuda. La mayoría de las mujeres buscaron ayuda dentro de la comunidad (68%). De éstas, el 90% acudió a la comadrona. El restante 32% buscó ayuda fuera de la comunidad, siendo igualmente la comadrona (63%) la persona que más atención brindó a estas madres. A diferencia del embarazo, durante el parto un mayor número de mujeres acudió al hospital para su atención. Ninguna fue al puesto de salud.

La tendencia observada para el embarazo y parto se mantiene cuando se mira la última columna. Las mujeres buscaron ayuda principalmente con la comadrona (62%), luego al puesto de salud, médico particular y hospital.

Tabla 49: Primer lugar donde se buscó ayuda dentro y fuera de la comunidad para las complicaciones durante el embarazo, parto y período neonatal en los casos de nacidos vivos que murieron

Recurso	Embarazo No. complicaciones (26)		Parto No. de madres que buscan ayuda (14)		Período neonatal No. de madres que buscan ayuda (10)		Total
	Dentro de la com.	Fuera de la com.	Dentro de la com.	Fuera de la com.	Dentro de la com.	Fuera de la com.	
Comadrona	9 (31%)	1 (3.4%)	11 (78.5%)	—	1(10%)	—	21 (39.6%)
Clínica maternidad	—	—	—	—	—	—	—
Puesto de salud	5 (17.2%)	6 (20.6%)	-	-	-	1(10%)	12 (22.6%)
Clínica	-	-	-	-	-	-	-
Médico particular	1 (3.4%)	1 (3.4%)	-	-	1(10%)	1(10%)	4 (7.5%)
Hospital	-	-	-	2 (14.3%)	-	3(30%)	5 (9.4%)
Otros	2 (6.8%)	1 (3.4%)	1 (7.1%)	-	2 (20%)	1(10%)	7 (13.2%)
Total	17 (58.6%)	9 (31%)	12 (85.7%)	2 (14.3%)	4 (40%)	6 (60%)	53

Las 15 madres de niños que nacieron vivos y que fallecieron (que tuvieron problemas durante el embarazo), acudieron 26 veces a algún centro de asistencia de salud (presentaron más de una complicación durante el embarazo y para cada una de las complicaciones se identificó el lugar a donde acudió la madre). Por el 31% de las complicaciones, la madre buscó ayuda dentro de la comunidad, a la comadrona y en segundo lugar al puesto de salud.

Para los problemas presentados durante el parto, la (n) es igual al número de mujeres que buscaron ayuda, ya que todas las complicaciones que presentaron durante el parto se agruparon y se les preguntó acerca del lugar a dónde acudieron por todas ellas. Las 14 mujeres buscaron ayuda principalmente dentro de la comunidad, el 79% a la comadrona. Sólo 2 mujeres buscaron ayuda fuera de la comunidad, en el hospital.

Para la atención del recién nacido, 10 madres buscaron ayuda por los problemas identificados en su recién nacido. El 40% buscó ayuda dentro de la comunidad y el 60% fuera de la misma. Dentro de la comunidad acudieron a la comadrona, médico particular y otros. Fuera de la comunidad la mayoría acudió al hospital, seguido del puesto de salud, médico particular y otros.

Tabla 50: Las principales recomendaciones que el primer proveedor le hizo a la madre que acudió por complicaciones durante el embarazo, parto y recién nacido.

Principales recomendaciones	Embarazo (n= 111)	Parto (n= 74)	Recién Nacido (n= 9)
Nada	22 (19.8%)	13 (17.5%)	2 (22%)
Medicina tradicional, remedios naturales	9 (8%)	5 (6.7%)	-
Medicamentos, tabletas, jarabes	22 (19.8%)	1 (1.3%)	5 (55%)
Inyecciones	3 (2.7%)	-	-
Masajes o sobada	1 (0.9%)	-	-
Temascal	3 (2.7%)	1 (1.3%)	-
Reposo	11 (9.9%)	10 (13.5%)	-
Cambio de dieta o alimento	4 (3.6%)	-	-
Oración, espera de voluntad de Dios	1 (0.9%)	-	-
Buscó proveedor médico	21 (18.9%)	19 (25.6%)	1 (11%)
Indicó que pujara	-	12 (16.2%)	-
Atiende el parto	-	2 (2.6%)	-
Cirugía	-	1 (1.3%)	-
Otros	13 (11.7%)	6 (8%)	1 (11%)

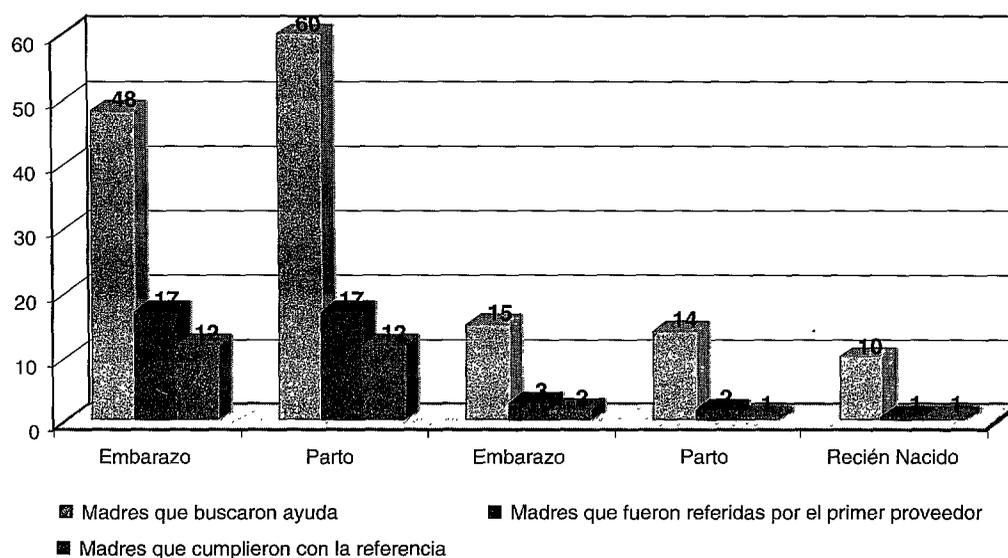
En la tabla anterior se resumen las principales recomendaciones que el primer proveedor le hizo a la madre (incluye sólo lo que la madre espontáneamente recordó y mencionó). Las 63 mujeres que tuvieron complicaciones durante el embarazo recibieron 110 recomendaciones. 22 madres (19.8%) dijeron que no habían recibido recomendación alguna por el proveedor de salud. Las principales recomendaciones fueron medicamentos o tabletas (19.8%), referir a un proveedor médico (18.9%) y reposo (9.9%).

Las 74 mujeres que acudieron a un proveedor de salud por alguna complicación durante el parto recibieron un total de 70 recomendaciones. El 17% no recibió recomendación alguna. Las principales recomendaciones fueron la referencia a un proveedor médico (25.6%), indicar a la madre que pujara (16%) para la atención del parto y que la madre reposara (35%).

Para los recién nacidos, 5 recibieron la indicación de tomar algún medicamento, tableta o jarabe, a 2 no se les sugirió nada y en 1 caso se le indicó buscar un proveedor médico.

Gráfica 25

Madres que fueron referidas por el primer proveedor al que consultaron por complicaciones durante el embarazo, parto y recién nacido y las que cumplieron con la referencia



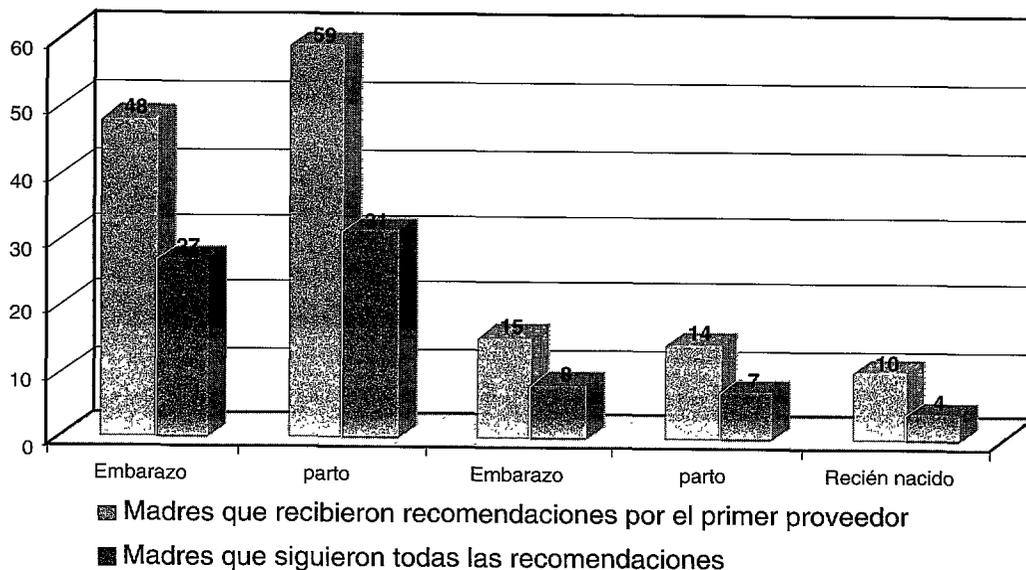
La referencia por el proveedor de salud consultado por las madres, tanto de los mortinatos como de los nacidos vivos, es baja en ambos grupos. El cumplimiento de la referencia es más alto en el grupo de las madres de mortinatos. El 70% aceptó la referencia durante el embarazo y el parto. Para las madres de los nacidos vivos que fallecieron, el número de referencias es bastante más bajo, aunque porcentualmente el 66% cumplió la referencia durante el embarazo y el 50% (1) en el parto. Sólo 1 recién nacido de los 10 vistos por algún proveedor de salud fue referido y cumplió con la referencia.

Si se tienen en cuenta las historias abiertas de las madres, parece que en un buen número de casos, la referencia, en especial si se dio durante el parto, es tardía, cuando ya se está ante un parto complicado de difícil manejo, posible sufrimiento fetal o incluso muerte fetal e importante deterioro del estado de la madre. Estos partos fueron atendidos en su mayoría por la comadrona. Sin embargo, no en todos los casos está claro si la comadrona hubiera podido referir a la madre con tiempo, ya que muchas veces es llamada cuando el parto está avanzado y no hay posibilidad de referencia en ese momento.

“...como las 4 de la tarde me bajó agua, entonces yo dije que ya iba a nacer dije yo y el día jueves se me pasó y hasta el día viernes...estaba la comadrona? Sí, sí estaba, ella me dijo que no venía recto, ella trató componerlo pero, nada, ¿qué hago? dijo ella y entró la noche, pero como dijo mi esposo, ella sólo se ha aliviado aquí, entonces le vamos a inyectarle algunas inyecciones dijo y me inyectaron. Después de una hora de haberme inyectado cuando se le vino la mano y su cabeza así estaba, sí eso le pasó, se le vino primero la mano hasta cuando vieron que se le vino la mano me llevaron al hospital, como ellos dijeron que yo me iba componer en la casa, no les daba pena, aquí se va aliviar dijeron...” (Dominga, 34 años, Momostenango)

Gráfica 26

Número de madres que hicieron todo lo que les recomendó el primer proveedor de salud al que consultaron.



En la columna morada están representadas las madres que fueron vistas por algún proveedor de salud y que por su complicación durante el embarazo, parto o del recién nacido, le hizo alguna recomendación a la madre. Al preguntar a la madre si habían podido hacer todo lo que éste les había recomendado, vemos que para el embarazo y parto, tanto en el grupo de los mortinatos, como los nacidos vivos, cerca del 50% contestó afirmativamente. Esto significa que cerca del 50% de las madres no hicieron todo lo que les había sugerido el proveedor de salud al que consultaron. Para los nacidos vivos que fueron vistos por algún proveedor, el porcentaje es algo menor, sólo un 40% de cumplimiento.

Tabla 51: Razones de falta de cumplimiento con recomendaciones hechas en el primer nivel de atención

Razón	Embarazo (n= 12)*	Parto (n= 8)*	Recién Nacido (n=1)
No tenía dinero	3 (25%)	—	—
No había quién lo llevara	1 (8.3%)	—	—
No le tiene confianza	2 (16.6%)	—	—
Creyó que se iba curar, falta conocimiento de su propia salud	3 (25%)	—	—
No es costumbre ir	2 (16.6%)	—	—
Le da miedo, vergüenza	2 (16.6%)	—	—
Mejóro, se veía/sentía mejor	—	3 (37.5%)	—
No hubo tiempo, el niño murió	—	1 (12.5%)	1 (100%)
Familiar no estaba de acuerdo, no le tenía confianza	—	1 (12.5%)	—
Otros 1 (8.3%)	3 (37.5%)	—	—

* Al (n) total se restaron los que no contestaron la pregunta. Para el embarazo había 28 personas que no siguieron todas las recomendaciones, de las cuales a 25 la pregunta no aplicaba, en 4 casos no contestaron y 3 casos estaban en blanco. Para el parto, en 15 casos la pregunta no aplicaba, 6 casos no contestaron y hay 6 en blanco. De los nacidos vivos que fallecieron, en 2 casos no aplicaba la pregunta y 2 no contestaron. Los (n) son todas las respuestas que se dieron, no hacen referencia al número de mujeres que contestaron la pregunta.

De las madres que no siguieron todas las recomendaciones hechas por el proveedor de salud durante el embarazo, el 25% dijo que era por falta de dinero ...

“Al inicio del embarazo tuvo vómitos, escupideras por 3 meses, se le hincharon las piernas y los piés. Le dijeron que fuera al puesto de salud. Y fue allí y le dijeron que fuera al hospital, porque esa enfermedad era peligrosa. Pero ella se encaprichó, y no pudo ir por falta de dinero; y como sus demás embarazos todo le salió bien, por eso ella pensaba que ese, su embarazo, era normal. Y las gentes de su vecindad le dijeron que esa hinchazón era para tener un buen parto...” (Antonia, 38 años, San Carlos Sija)

...y porque creyó que se iba a curar, o por falta de conocimiento de su propia salud. Esto último fue una apreciación relativamente frecuente en el grupo de mujeres primigestas (más evidente en la historia abierta), que por ser su primera experiencia desconocían no sólo las posibles complicaciones durante el embarazo y parto, sino también la gravedad de las mismas y la necesidad de tratamiento y urgencia en un momento dado. La desconfianza a los servicios de salud formales, el miedo y/o la vergüenza son otros motivos frecuentemente mencionados por las madres.

“... el doctor dijo que el estómago de mi esposa se le inflamaba porque tenía mucho líquido y que el embarazo no estaba bien, que por eso se le inflamaba el estómago, pero como ella tiene miedo que primero le van a operar y por falta de dinero también, fueron las razones...” (Catalina, 30 años, Comitancillo)

“... Y me daban cólicos y luego me dio calentura fuerte y dolor de cabeza y dejé de comer porque no me daban ganas de comer, y se hincharon mis pies y la cara y manos, y fui al centro de salud en Comitancillo y el doctor me dijo que fuera al hospital pero yo no fui, solo me encomendé en manos de Dios, solo Dios por mi dije yo, y me alivié aquí en la casa Dios me ayudó porque así mismo me alivié...” (María, 27 años, Comitancillo)

El motivo para no seguir con todas las recomendaciones durante el parto se debió a que las madres, en el 37.5% de los casos se sentía o veía mejor. Otros motivos mencionados fueron la falta de tiempo (proceso demasiado rápido) y la falta de confianza/ desacuerdo de algún familiar con la recomendación.

En el recién nacido sólo tenemos un caso que no hizo todo lo que el proveedor le recomendó, y fue debido a que no hubo tiempo, la evolución de la enfermedad fue demasiado rápida.

Tabla 52: Accciones que se tomaron cuando no se pudo cumplir con lo recomendado por el primer nivel de atención

<i>Acciones que tomaron las madres</i>	Embarazo (n=6)*	Parto (n=5)*
Cambio de dieta	1	-
Nada	5	-
Se le atiende el parto	-	2
Masajes o sobadas	-	1
Baño o masaje en temascal	-	2

Los (n) hacen referencia al número total de respuestas y no al número de mujeres. En las respuestas relacionadas con el embarazo y con el parto, 7 y 3 mujeres respectivamente no contestaron.

Cuando se le preguntó a las madres sobre aquellas acciones que tomaron para tratar el problema durante el embarazo (sólo aquellas madres que no hicieron todas las recomendaciones dadas por el proveedor de salud), la mayoría no hizo nada. Un gran número de madres no contestó esta pregunta.

Para el parto, dentro de las acciones mencionadas están los baños en temascal y la atención del parto.

Tabla 53: Razones por las cuales no se buscó ayuda médica para las complicaciones durante el embarazo, parto y nacido vivo que falleció.

Razón	Embarazo (n= 157)*	Parto (n= 65)*	Recién Nacido (n= 34)	Total (n= 256)
No tenía dinero	26(16%)	12(18.5%)	3 (8.8%)	41 (16%)
Falta de conocimiento sobre su salud reproductiva y complicaciones	19 (12%)	6 (9.2%)	—	25 (9.8%)
Barreras de acceso al servicio de salud (distancia, transporte, mal tiempo, idioma)	24 (15%)	6 (9.2%)	6 (17.6%)	36 (14%)
No es costumbre ir, desconfía de los servicios, miedo, vergüenza	34 (21%)	14(21.5%)	—	48 (18.8%)
Creyó que se iba a curar, se sentía mejor	16 (10%)	5 (7.7%)	3 (8.8%)	24 (9.4%)
Mala calidad de atención en los servicios de salud	9 (5.6%)	—	4 (11.8%)	13 (5%)
Esposo o familiar no estaba de acuerdo	6 (3.7%)	3 (4.6%)	—	9 (3.5%)
La estaba viendo la comadrona u otro proveedor tradicional	5 (3%)	7 (10.7%)	1 (2.9%)	13 (5%)
Oración o ceremonias especiales	6 (3.7%)	—	—	6 (2.3%)
No hubo tiempo	3 (1.8%)	12(18.5%)	16 (47%)	31 (12.1%)
Se sentía débil para ir	—	1 (1.5%)	—	1 (0.003%)
No creía que podría curarse	—	—	1 (2.9%)	1 (0.003%)
Otros	6 (3.7%)	—	—	6 (2.3%)
No sabe	3 (1.8%)	—	—	3 (1.1%)

* En relación al número total de razones para no acudir ante un problema durante el embarazo y parto, hubo 2 y 5 madres respectivamente que no contestaron la pregunta.

Para el embarazo, las 78 madres que no acudieron a una enfermera o médico mencionaron un total de 157 razones por no haber ido. Para el parto, 71 mujeres mencionaron 65 motivos (5 no contestaron) y 27 madres de nacidos vivos que fallecieron comentaron un total de 34 motivos. Todas las razones mencionadas por las madres se agruparon en la tabla 46.

En la última columna se recoge la suma de las diferentes razones mencionadas por la madre. El motivo más mencionado tanto durante el embarazo y parto (no fue mencionado por los nacidos vivos que fallecieron) es la falta de costumbre, desconfianza hacia los servicios de salud, miedo y/o vergüenza (18.8%). La percepción de que los servicios de salud no dan una atención de calidad, fue mencionado dentro de los motivos para no acudir dentro de las historias abiertas con cierta frecuencia.

“Pero dos días antes del parto me vino a ver la doctora del puesto de salud y ella me dijo que mi bebé ya estaba muerto y me dijo que fuera al hospital. Pero yo no le creí. Pensé que me estaba mintiendo y pensé que voy a gastar mucho dinero. Saber cuánto cobra un carro y como tengo siete meses de embarazo, no pensé que iba a nacer ya mi bebé.” (Erminia, 20 años, Momostenango)

“... y no tardé mucho. Como a las doce me compuse y no fui al puesto de salud, porque no nos atienden ahí...” (Vicenta, 34 años, Momostenango)

“... en la hora de su parto no tardó mucho. Mi bebé se arrojó dos veces delante de nosotros en el temascal. ¿Qué hicieron para ayudarlo? A él no le hicimos nada, como acaba de nacer...y dijo ella que no quiso irse al puesto de salud porque tenía vergüenza. Si fuera que quiso irse, tal vez no se hubiera muerto...” (Antonia, 24 años, Nahualá)

Las barreras de acceso son tanto la distancia, transporte, mal tiempo, idioma como la falta de dinero (aquí se separaron en dos grupos). La falta de dinero es uno de los motivos más mencionados en los 3 grupos, en el total, un 16%, y las barreras de acceso en total un 14%. Si se suman todas las barreras consideradas de “acceso”, éstas representan el 30% de las razones para no acudir a un servicio formal de salud.

“... Cuando yo iba a control, la comadrona me decía que tengo que ir al control en el centro de salud. Pero no fui, queda lejos...” (Berta, 35 años, Comitancillo)

La falta de tiempo es una razón importante especialmente en el momento del parto, como con el recién nacido. Una vez empezado el trabajo de parto se hace más difícil, en corto tiempo, identificar el peligro y organizar el transporte. En los nacidos vivos posiblemente se deba en su mayoría a la rápida evolución de la enfermedad en la mayoría de los casos y a la no detección oportuna de los signos de peligro.

“... y también le dijeron que estuviera en reposo y cuando le toque su parto tiene que ser en el hospital, porque ella trabaja mucho y levanta cosas pesadas, por eso tiene la hemorragia. Y por el reposo ella regresó a su casa, pero cuando empezó con los dolores no le dió tiempo de ir al hospital ni llamar la comadrona. Por eso la atendió su suegra...” (Odilia, 27 años, Momostenango)

La falta de conocimiento de la salud reproductiva y complicaciones fue con frecuencia mencionado por las madres durante la historia abierta (la mayoría primigestas). Igualmente, la no identificación de la gravedad de las complicaciones (creyó que iba a curar, se sentía mejor) representa el 9.4% de los motivos mencionados.

“En el embarazo no me dolió nada, no tuve nada. Como yo no sé de eso, como es mi primer hijo; y en el parto empecé con dolores como a las 12 de la noche para amanecer lunes y nació el bebé hasta miércoles a las 11 de la mañana. Cuando empecé con los dolores yo no dije nada, yo pensé que eso pasa, que si no aguanté todo el día lunes no dije y después mi concuñada se dió cuenta tal vez y llamaron la comadrona y solo eso digo, ya no me acuerdo...” (María, 21 años, Momostenango)

Un 5% de las razones mencionadas por las madres referían mala calidad de atención de los servicios de salud. Preferían ser atendidas y tratadas por otro proveedor, por lo general la comadrona. Las citas de las narrativas no necesariamente hacen referencia al por qué no acudieron a un proveedor médico, sino más bien a las malas experiencias que han tenido con el centro de salud.

“Pues sí, cuando yo estaba embarazada tenía dolores y por eso fui al centro de salud. Pero la misma cosa, no hubo solución ahí. Lo que hice fue buscar a otra comadrona para que me compusiera...”(Felisa, 35 años, Momostenango)

Las oraciones y encomendarse en las manos de Dios es otro motivo mencionado por las madres en las historias abiertas, al igual que la falta de apoyo del esposo u otro familiar.

“... como yo no fui a control en el puesto de salud porque mi religión no nos permite, y el pastor de la iglesia regaña, por eso no fui a mi control al centro de salud; y también mi esposo no quiere, el dice que sólo Dios tiene poder.” (Cecilia, 19 años, Momostenango)

“... porque nosotros somos evangélicos, o van a pedir oración? ¡Qué vamos a hacer ahorita?, nos dijo. Y me dijeron “¿te vas al hospital?” Y yo les dije que no, si me muero aquí, que muera, no voy, le dije. Y ¿qué vamos a hacer? me dijeron y fueron a llamar a un hermano e hicieron oración conmigo, y dijo Dios a mi esposo que ahorita está en peligro y ellos creyeron con fé en El y después, al ratito después de la oración, vino primero el agua... ya era como a media noche y ya estaba muerto el niño cuando nació, y su cabeza como si se temblaba o se palpitaba, me dijeron, como yo no vi...” (Dominga, 26 años, Nahualá)

Mal estado de la madre, en especial en el post- parto, condicionó, con frecuencia, la referencia. Esto es muy observado en las historias abiertas.

“... cuando la comadrona vino, “ya está muerto”, dijo, “con razón estás pujando mucho, si ya no puede nacer”, y nació. No importa que esté muerto si hubiera nacido rápido, pero no, se quedó trabado y eso es lo que más me costó dar a luz. Ya no sentí a qué horas me compuse. Me desmayé, me desmayé como una hora, como una hora se quedó...” (Francisca, 35 años, Momostenango)

“...pero ya sólo me puso una inyección por la hemorragia, como ya había nacido el bebé y después que nació el bebé yo me sentí débil, se me nubló la vista y se me vino escalofríos, y empecé con arrojadera y asientos, y por eso me puso la inyección la comadrona y poco a poco me pasó...” (María, 25 años, Momostenango)

Capítulo 4: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. DISCUSIÓN

La salud materna y perinatal están estrechamente relacionadas, por lo que comparten la mayoría de los factores de riesgo. Los bebés o recién nacidos tienen un mayor riesgo de morir si la edad materna es extrema, las condiciones socio-económicas y el nivel educativo es bajo, el estado de salud materno es malo, el cuidado del embarazo fue inadecuado, la atención del parto fue inapropiada y con mala higiene, y no hubo un cuidado adecuado del recién nacido. Además, se considera que tanto la mortalidad materna como la perinatal, son indicadores indirectos de la calidad de los servicios de salud, ya que por lo general tienden a ser mayores en los lugares donde el acceso a los servicios de salud, en especial al control prenatal y atención del parto, son bajos.^{1,2}

Este estudio fue realizado en 4 comunidades rurales de Guatemala: Momostenango, Nahualá, Comitancillo y San Carlos Sija. Los cálculos para obtener el número de muertes esperadas por comunidad se basaron en estimaciones y en las proporciones que entre los mortinatos y nacidos vivos que mueren en los primeros 7 días de vida, se manejan internacionalmente,² al igual que en las tasas de mortalidad neonatal⁵⁵ e infantil.⁶ El subregistro de las muertes perinatales y la poca información que en general se tiene acerca de las mismas,² justifican el desarrollo de este estudio, donde su enfoque primordialmente comunitario, provee herramientas útiles para determinar las principales causas de muerte, al igual que los quiebres más importantes dentro del modelo «Camino de Supervivencia», lo que permite determinar posibles intervenciones capaces de disminuir la mortalidad perinatal en las comunidades del estudio. Durante el período incluido en el estudio (6 meses, de diciembre 97 a mayo 98), sorprende que el 80% de los casos fue identificado a través del registro civil. Sin embargo, esta proporción elevada de muertes y nacimientos registrados, ha sido descrita en otros estudios, donde incluso estiman que esta proporción es del 90% o más en Guatemala.^{12,56} El número total de

muertes perinatales incluidas en el estudio es similar a las esperadas, donde, de acuerdo a la estimación que se tome, se habría captado entre un 28% y un 5% más de casos. Destaca la comunidad de Momostenango, en la cual se identificaron aproximadamente un 35% más casos que los estimados, en su mayoría mortinatos. Además es la comunidad en donde se identificaron el 53% de todos los casos del estudio, siendo también la comunidad que con más población cuenta. Sin embargo, al comparar Momostenango con las otras comunidades incluidas en el estudio, no se observan diferencias aparentes en cuanto a la composición de la población ni acceso o utilización de los servicios de salud.

Las mujeres incluidas en el estudio son en su mayoría de etnias indígenas, por lo cual no se pudieron hacer comparaciones con la población ladina. Sin embargo se diferenciaron las mujeres bilingües (30%) de las monolingües (70% Mam o K'iche'), y se hicieron algunas comparaciones respecto al uso de los servicios de salud, ya que en diferentes estudios realizados en Guatemala, el idioma ha sido identificado como una barrera importante para la utilización de los servicios de salud.^{8,13,57} El 59% de las mujeres no tienen educación, siendo la mayoría monolingües (66%). La edad de las madres oscila entre los 15 y los 41 años, encontrándose una mayor proporción de casos (31%) en el grupo de 20 a 24 años. Para el 34% de las madres la muerte del bebé incluido en el estudio era ya el segundo o más muerto, ya sea mortinato (26%) o nacido vivo (27%).

Uno de los aspectos incluidos en el estudio, es el uso y acceso de las madres a los diferentes proveedores de salud para las complicaciones que han identificado durante el embarazo, parto y recién nacido (curativo), al igual que al control prenatal (preventivo). El Ministerio de Salud, desde 1970, tiene como meta la de dar atención a la mayoría de las mujeres en Guatemala, expandiendo sus servicios a las áreas rurales. Se estima que el 40% de la población tiene acceso a los servicios de salud.⁵⁸ El acceso a los mismos, sobre todo por la población rural e indígena (43%⁵⁹) varía mucho entre las diferentes comunidades.¹³ En las comunidades rurales e indígenas los servicios de salud y el

personal de salud es por lo general más escaso^{12,15}, y la utilización de «otros» proveedores por las mujeres y niños, en este caso las comadronas tradicionales, es bastante común. Aunque el acceso a los diversos proveedores de salud puede ser adecuado en comunidades indígenas sub-urbanas⁶⁰ y rurales¹⁷, se observa una baja utilización de servicios de salud oficiales⁶⁰. La selección de uno u otro servicio de salud parece estar mediado por una serie de factores como la etnicidad, creencias sobre la efectividad de los diferentes tipos de cuidado, accesibilidad a los servicios formales de salud, nivel económico y social de la familia y características de la comunidad.¹³

La etnicidad de la madre y la de la comunidad¹⁷ de la cual proviene, se ha visto asociado al patrón de utilización de los servicios de salud. La poca credibilidad en el modelo de causa-enfermedad biomédico, preferencia de ser tratado por un miembro de la misma comunidad, desconfianza hacia los ladinos y el uso de la comadrona como parte de su identificación étnica y comunitaria,^{13,57} hacen parte de las posibles explicaciones. La utilización de los servicios de salud formales para el control prenatal y atención del parto es menor en las mujeres indígenas que en las ladinas¹³, siendo esta subutilización mucho más marcada en las monolingües.^{8,13,57} Esto, sin embargo, no concuerda con los hallazgos del estudio, donde, al diferenciar la utilización de la comadrona y del centro/puesto de salud para el control prenatal, la utilización es similar entre las mujeres bilingües y monolingües.

El nivel de educación es otro factor a tener en cuenta, ya que se ha visto que a mayor nivel de educación, mayor será el uso de servicios de salud en general y formales en particular (prenatal y parto)^{13,57}. La ocupación de la madre parece ser otro factor que, a través de una mayor disponibilidad de recursos económicos, ejerce como un factor que propensa la utilización de servicios de salud.¹⁷ Debido a que las mujeres del estudio son de características similares, no fue posible diferenciar el patrón de utilización de los servicios de salud de acuerdo al nivel de educación alcanzado, ni la ocupación de la madre.

La distancia a la clínica más cercana se ha relacionado con uso de servicios formales para control prenatal y atención del parto^{13,57}. En un estudio realizado en los lugares del

estudio (Sololá, Totonicapán y San Marcos) se midió el acceso de la población a los servicios de salud en términos de distancia geográfica, encontrando que era razonable en las 188 comunidades estudiadas.⁶¹ Pese a la presencia de un puesto/centro de salud en los pueblos, su acceso puede estar limitado por el horario de atención, poco personal asistencial, falta de equipamiento y medicina ^{13,24,57}. Los recursos humanos y materiales existentes en los puestos/ centros de salud con frecuencia son inadecuados, lo que revierte en la calidad de atención recibida por los pacientes. Se determinó que la baja utilización de los servicios de salud era debida principalmente a una atención de pobre calidad y no tanto por la dificultad de acceso (distancia) a los mismos⁶¹ o a factores culturales/ antropológicos mencionados por varios autores.^{13,17} También la sensación de descontento sobre la actitud del personal de salud hacia los pacientes y las comadronas^{24,60}, ha sido identificado como un determinante importante en la utilización no sólo de los puestos/ centros de salud, sino también de los hospitales.²⁴

En este estudio se identificaron las razones por las cuales 78 madres no acudieron a un médico o enfermera (servicio formal) al presentar una complicación durante el embarazo, parto y el recién nacido. Durante el embarazo, las principales razones mencionadas fueron la falta de costumbre, miedo o vergüenza, la falta de dinero y barreras de acceso (transporte, distancia, idioma). Los motivos durante el parto son similares a los descritos durante el embarazo, aunque se le suman los propios al estado agudo del parto; la falta de tiempo y que ya se había llamado a la comadrona. La razón más importante en el recién nacido es la falta de tiempo, seguramente debido a que la mayoría de los bebés murieron en las primeras 24 horas después del parto. También mencionaron las barreras de acceso (transporte, distancia), la percepción de que los servicios de salud no son de calidad, la falta de dinero y que pensaban que el bebé iba a curarse, que se veía mejor. Las dificultades de comunicación, el hecho que los proveedores de salud formales por lo general no hablan el idioma indígena, ha sido descrito como una barrera de acceso y es interpretado por algunos del sector salud como motivo de la preferencia de la población indígena de acudir a las comadronas.^{8,13,57} Las barreras lingüísticas, sin embargo, no fueron mencionadas por las mujeres como una limitante importante de utilización. Aunque no se preguntó acerca

de las razones para no acudir a control prenatal (23 madres), no se encontraron diferencias en el uso de los servicios de salud formales o de la comadrona de las mujeres monolingües en comparación con las mujeres bilingües. Sin embargo, para ambos grupos, la comadrona es el principal proveedor, tanto para el control prenatal como para la atención del parto. De hecho se estima que sólo el 17% de la población indígena recibe atención prenatal por un proveedor de salud formal.¹⁸

Este patrón de utilización de los servicios de salud por la mujer indígena está reflejado en las estadísticas nacionales, en las cuales el 65% de los partos ocurren en casa, atendidos en un 55% por la comadrona, porcentaje mayor en las zonas rurales de Guatemala.⁶ Se ha descrito que la preferencia de las mujeres indígenas de acudir a la comadrona no sólo es por el papel obstétrico⁵⁷ y social que ésta desempeña, sino también por el rechazo que sienten por parte de los servicios de salud formales.^{13,26,57,61} Otras razones descritas son que la comadrona por lo general vive en la comunidad y es accesible a cualquier hora del día o noche^{8,13,57} y la cercanía cultural.^{13,14} Ciertas características sociodemográficas han sido identificadas como determinantes de la utilización de los servicios de salud formales; de los cuales, la distancia, el vivir en zona rural y la paridad de la madre ejercen un efecto negativo; mientras que el nivel socioeconómico, la exposición a medios de comunicación, los problemas durante el parto y el riesgo percibido ejercen un efecto positivo.⁶²

La utilización de los diferentes servicios de salud por las mujeres indígenas está condicionada por que los sectores médicos públicos y privados en Guatemala se desarrollaron de forma paralela y aislada de los sistemas de creencias y tratamientos tradicionales existentes. Pese a que ha aumentado el uso de los servicios de salud, los proveedores tradicionales siguen siendo una fuente común de tratamiento¹³. No se puede hablar de dicotomía de servicios, sino más bien de pluralismo de proveedores de salud, lo que significa que al mismo tiempo se utilicen servicios tradicionales y formales sin entrar en contradicciones. El grado de complementariedad entre los servicios varía de acuerdo al momento: embarazo, parto o post-parto. En el embarazo perciben que los servicios ofrecidos por cada proveedor es diferente, además de que con frecuencia la comadrona refiere ante la presencia de

una complicación. La complementaridad es menor durante el parto, donde la mayoría de las mujeres prefieren ser atendidas por una comadrona y en el período postparto, la comadrona y los familiares son los principales recursos utilizados por la madre.⁸

Este patrón de utilización de los diferentes proveedores de salud se observa en el estudio. Durante el embarazo y en especial para el control prenatal, de las 114 mujeres que acudieron a algún tipo de atención prenatal, el 93% consultaron al menos en una ocasión a la comadrona y el 58% consultaron al menos en una ocasión al centro de salud. 61 mujeres (53%) utilizaron tanto a la comadrona como a los servicios de salud formales, porcentaje similar al encontrado en otros estudios.⁸ Sorprende que de las mujeres que acudieron al centro de salud, el promedio de consultas haya sido 2.7. En otros estudios se ha descrito que las mujeres suelen acudir al servicio formal en una sola ocasión, posiblemente por problemas de acceso y porque no sienten la necesidad de volver si el embarazo está bien^{8,20}. Parece que no conciben a estos servicios como preventivos, sino más bien curativos, a los cuales se acude cuando se está ante una complicación o problema concreto.²⁰

La utilización de los diferentes proveedores de salud durante el embarazo fue similar en las cuatro comunidades. En Comitancillo sólo un 69% de las mujeres tuvieron control prenatal, porcentaje que en las restantes tres comunidades varió entre el 84 y 100%. Este dato incluye a la comadrona como al resto de proveedores.

En general se puede decir que el contacto de éstas mujeres con un proveedor de salud durante el embarazo fue adecuado, igual que el momento en que en promedio acudieron por primera vez, a los 5.8 meses (segundo trimestre), de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. El número de problemas identificado por éstas mujeres durante el embarazo fue importante (262), la mayoría de los cuales requerían de un tratamiento para evitar posibles complicaciones con el bebé. Destaca que sólo un 25% de las madres recordaron que el proveedor de salud, en el control prenatal, les dijo que su embarazo era de riesgo, y que fuera atendida en el hospital. Igualmente sobresale el bajo cumplimiento de dicha recomendación por las madres, donde las razones de no seguir éstas recomendaciones, ya se esbozaron con anterioridad.

En el cuestionario se incluyeron algunas preguntas que intentan monitorizar la calidad de la atención recibida por los proveedores que prestaron atención prenatal, aunque el establecimiento de criterios de calidad y el poder valorar las acciones tomadas, no estaba incluido en los objetivos del estudio. El 48% de las madres que fueron a control prenatal recibieron algún tipo de medicamento, sobre todo vitaminas y hierro. Aunque no se obtuvo la información sobre la aplicación de vacuna antitetánica en el presente embarazo, el 43% había recibido una vacuna en embarazos previos. Al 49% se le midió la altura del abdomen y al 43% se le tomó la presión arterial. La toma de muestras de sangre u orina no fue algo hecho con frecuencia, sólo en el 11% de los casos. El incluir en futuros estudios criterios de calidad de atención posiblemente permita identificar los principales problemas en la atención, lo que también ha sido propuesto por otros estudios.⁶²

El control prenatal ha sido definido como uno de los pilares de la maternidad segura. Se ha visto en diferentes estudios que el control prenatal rutinario y un mayor contacto con el sector formal no solo permite una mayor detección de los problemas durante el embarazo, sino que también aumenta la conciencia de que sea utilizado para la atención del parto.^{13,57,62} Esto es importante, ya que según las mejores estimaciones, sólo el 55% de los 125 millones de nacimientos vivos anuales en países en desarrollo son atendidos por un proveedor capacitado. Esta cifra puede fluctuar entre el 35% en Africa, el 56% en Asia y el 76% en América Latina, aunque no refleja las diferencias rural- urbano que puedan darse.⁹ Sin embargo, esto no ha sido observado en el estudio, en el cual más de la mitad de las mujeres que acudieron a control prenatal fueron vistas por un proveedor de salud formal y sólo un 13% tuvo al bebé en el hospital, de las cuales gran parte llegaron referidas por complicaciones durante el parto. Solo un 4% de las madres habían planificado tenerlo en el hospital. La madre sola o junto con su esposo son los que en la mayoría de los casos toman la decisión acerca del lugar del parto, aunque en ocasiones también la suegra puede ser determinante. La comadrona sólo fue mencionada en 11 casos como partícipe de dicha decisión. Ninguna madre mencionó al trabajador de salud u hospital como determinantes en la escogencia del lugar del nacimiento. El cambio del lugar planificado del parto se debió en su mayoría a la presentación de problemas durante el parto (81%), a que no hubo tiempo porque el bebé nació (11%) y problemas durante el embarazo (7.4%).

Para la atención del parto, la comadrona sigue siendo el proveedor de salud preferido por las mujeres de las zonas rurales.^{8,14} En el estudio se encontró que el 79% de las madres tuvieron el parto en casa, lugar donde el 95% había planificado tenerlo, lo que concuerda con cifras de partos en el hogar de Quetzaltenango (80%).²⁴ Las cifras oficiales nacionales y de la región sur-occidental son algo menores, siendo del 55% y 69% respectivamente.⁶ La utilización del hospital está determinada principalmente por la presencia de complicaciones.¹⁴

Las prácticas tradicionales que rodean el parto se reflejan de forma indirecta en este estudio. La clara preferencia de las mujeres de acudir a la comadrona, la elevada proporción que planifica y que tiene el parto en casa, y las descripciones sobre todo en la historia abierta sobre algunas prácticas asociadas al parto, muestran además que la mezcla de los diferentes proveedores de salud en este momento es mucho menor que durante el embarazo, lo que también ha sido descrito por otros estudios.^{8,13} Se ha descrito que las prácticas tradicionales están muy unidas a la forma en que las mujeres indígenas conciben el cuerpo y los estados humorales. Esto puede explicar la frecuente utilización de aceite o huevo tomado como ayudante del parto o incluso la inducción del vómito, que además facilita la expulsión de la placenta.^{13,14} Dentro de los relatos de las madres éstas prácticas fueron descritas como necesarias y útiles a la hora de tener al bebé. La utilización de inyecciones de oxitocina para acelerar el proceso del parto es una práctica frecuente en las comadronas, pese a ser considerada como inadecuada en las capacitaciones.¹³ Aunque en este estudio no se preguntó de forma explícita sobre la utilización de oxitocina, parece que su uso es relativamente frecuente, ya que fue mencionado de forma espontánea por algunas madres tanto en las preguntas abiertas del cuestionario como en la narrativa. Esta utilización de la oxitocina puede deberse a la mayor presencia de complicaciones durante el parto en las mujeres de este estudio.

Los estados corporales de frío y calor son especialmente importantes durante el embarazo, parto y post-parto para las mujeres indígenas en Guatemala. Una mujer embarazada se

considera como en un estado «caliente», debido parcialmente al acúmulo de sangre en su cuerpo, pasando a un estado «frío» con el parto. Estos dos estados fisiológicos van a condicionar su dieta y sus baños durante el embarazo, parto y post-parto. En estudios sobre utilización de servicios de salud de mujeres embarazadas, algunas madres mencionaron el temor de ir al hospital por la comida incompatible, imposibilidad de taparse con pañuelos y el agua fría. Este aspecto, aunque mencionado por algunas madres en la narrativa, no fue abordado directamente en la entrevista. Los baños en temascal antes y después del parto son una práctica mencionada con frecuencia por las madres, ya que parece tener un efecto curativo y aumentar la producción de leche.¹³

Además de la utilización de los servicios de salud para el control prenatal y la atención del parto, en la encuesta se identificaron los posibles problemas o complicaciones presentes durante el embarazo, parto y recién nacido, para los cuales se determinó la búsqueda de ayuda, utilizando el modelo «Camino de Supervivencia». Los signos y síntomas identificados por la madre como problema, también fueron utilizados por el panel de expertos para determinar la posible causa de muerte del bebé.

Para obtener información acerca de las posibles causas de muerte, se utilizó la narrativa abierta y preguntas cerradas acerca de los posibles signos y síntomas presentes durante el embarazo, parto y el recién nacido. En otros estudios encontraron que la causa de muerte podía ser extraída de la historia abierta del entrevistado como instrumento único,⁶⁴ lo que no se corrobora en este estudio, ya que del total de los síntomas presentes durante el embarazo, parto y nacido vivo, sólo fueron mencionados de forma espontánea el 43, 27 y 18% respectivamente. Las madres tuvieron una mayor dificultad para identificar algunos signos o síntomas durante el parto (por ejemplo el agua estaba amarilla o verde, el cordón umbilical, el aspecto y salida de la placenta, etc.), muchos de los cuales son importantes para determinar la posible causa de muerte del bebé. Es en esta sección, la del parto, donde el segundo informante, siempre que haya estado presente durante el parto, complementa la información obtenida de la madre.

Los diagnósticos obstétricos y neonatales fueron determinados por el panel de expertos utilizando las complicaciones mencionadas por las madres como presentes durante el embarazo, parto o el recién nacido, los algoritmos diagnósticos que ellos mismos definieron para las principales causas de mortalidad perinatal (ver anexo 5), al igual que su criterio clínico, la historia abierta de la madre, y otras secciones del cuestionario que consideraron importante. Esto hace que estos diagnósticos sean menos comparables con otros estudios de este tipo.³² Sin embargo, la determinación de los posibles diagnósticos, da una idea sobre las principales causas de muerte perinatal en las cuatro comunidades del estudio, necesario para entender la magnitud del problema y poder establecer algunas intervenciones tendientes a disminuir esta elevada mortalidad.

Los diagnósticos obstétricos más frecuentes definidos por el panel de expertos son la presentación anormal (39%), el trabajo de parto prolongado (15%) y la hemorragia del tercer trimestre (20%). Los principales diagnósticos neonatales son la asfixia (79%), la prematuridad (28%) y la sepsis (13%). Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado en otro estudio, donde los mayores contribuyentes a la muerte neonatal, en áreas rurales de Guatemala, la presentación anormal y el trabajo de parto prematuro.^{8,9} Las muertes intraparto más frecuentes, en un área rural de Guatemala, fueron debidas a asfixia o trauma intraparto⁷, lo que igualmente concuerda con los hallazgos de este estudio. La hemorragia o sangrado vaginal es un síntoma que se relaciona con la muerte materna y perinatal^{10,11} y que ha sido identificado como principal causa de mortalidad materna en la población indígena guatemalteca (1986).¹² En cuanto al recién nacido estaba descrito que las complicaciones más frecuentes son el bajo peso al nacer, la prematuridad, la asfixia, la sepsis neonatal, la infección respiratoria y el tétanos.⁹ Estos diagnósticos son también frecuentes en el presente estudio, aunque no se encontró ningún caso de tétanos neonatal. El tétanos neonatal no parece ser una condición muy frecuente en Guatemala, aunque se han reportado algunos casos en estudios llevados a cabo por el INCAP.⁷

El diagnóstico neonatal más frecuente es la asfixia, que estuvo presente en todos los mortinatos y en el 20% de los nacidos vivos. El panel de expertos diagnosticó a 3 nacidos

vivos como con «bajo peso al nacer», basado en el criterio de la madre. La percepción materna de que el «niño es pequeño» ha sido asociado a muerte neonatal en otros estudios ^{7,9}, con la limitante de que se trata de una percepción y no se cuenta con un registro confiable para determinar el peso real del recién nacido.⁷ Aunque el presente estudio intente aproximarse a la sensibilidad (85.7%) y especificidad (88.7%) de la percepción materna del tamaño del bebé, el haber tomado la edad gestacional y no el peso exacto del recién nacido por la ausencia de dicho registro, limita este resultado.

Como ya se mencionó al comienzo de la discusión, el número de muertes perinatales identificadas durante el periodo del estudio se ajusta a los números esperados. Sin embargo, cuando se disgrega el total de muertes perinatales en mortinatos (50-60% del total de las muertes perinatales) y nacidos vivos (40-50% del total de las muertes perinatales) y se compara con la proporción esperada de cada uno de ellos, vemos que en el estudio se identificaron más mortinatos (74%) y menos nacidos vivos (26%) que los esperados. Este número mayor de mortinatos podría explicarse con algunos de los resultados obtenidos en el estudio como son:

1) Elevada mortalidad intraparto: El 45% de los mortinatos tuvo una presentación anormal. La mayoría de estos partos fueron atendidos en casa, siendo con frecuencia prolongados y traumáticos, resultando en asfixia neonatal y muerte intraparto. La elevada frecuencia de presentación anormal aparente en este estudio como causa de muerte intraparto, ya ha sido descrita anteriormente por otros estudios.^{8,9}

2) La hemorragia del tercer trimestre fue mencionada por el 29% de las madres de los mortinatos como complicación durante el parto, aunque no se diferencia entre el sangrado intraparto del post parto. La hemorragia severa es considerada una causa importante de muerte materna y perinatal. En la mayoría de casos, si se administra el tratamiento adecuado, la muerte perinatal y la materna pueden ser evitadas.

3) La dificultad de establecer la muerte en un recién nacido muy deprimido, podría igualmente explicar el elevado número de mortinatos encontrados, especialmente si se presume que el trauma intraparto es una condición frecuente en estas mujeres. En el estudio se incluyeron, como criterios de muerte fetal, la ausencia de movimientos, no respira y no llora, que en un nacido vivo deprimido pueden estar presentes, por lo que posiblemente algunos de los recién nacidos clasificados como mortinatos realmente hayan nacido vivos. El criterio que con mayor frecuencia fue mencionado de forma espontánea y equiparado como signo de muerte por la madre, fue la ausencia de movimientos. El establecer con certeza la muerte fetal requiere un cierto entrenamiento, y de acuerdo a la definición de la OMS habría que determinar, después de la separación del feto, que éste no respira ni muestra otras evidencias de vida como son el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o movimientos claros de los músculos voluntarios.⁵⁵ Sin embargo, para fines de una intervención, no es tan importante el poder diferenciar con certeza los mortinatos de los nacidos vivos que mueren en las primeras horas después del parto, ya que son considerados de forma conjunta tanto en la tasa como en las posibles intervenciones. Representan un continuo entre la madre y el recién nacido. Las intervenciones, en ambos casos, están relacionadas con acciones a nivel materno e infantil, sin diferenciar a ninguno de los dos grupos.²

Las muertes debidas a diagnósticos como presentación anormal, hemorragia del tercer trimestre y trabajo de parto prolongado podrían considerarse muertes prevenibles siempre que sean detectadas precozmente y la atención del parto sea de calidad,²⁴ especialmente si se tiene en cuenta que el 77% de los bebés del estudio eran a término.

En el área de Quetzaltenango, un estudio de conglomerados identificó que el 19% de todos los casos presentaban complicaciones, dándose el 6% de las mismas en el embarazo, el 8% en el parto y el 4% en el post parto.⁹ Aunque el presente estudio no considera controles, el número absoluto de complicaciones durante el parto (262) fue mayor al número de complicaciones durante el embarazo (243). Muchas de las complicaciones del embarazo no eran comprometedoras de la vida como fiebre y debilidad entre otras, mientras que la mayoría de las complicaciones del parto eran graves.

Para el análisis del proceso de búsqueda de ayuda de las madres, se incluyeron únicamente aquellas complicaciones por las cuales se consideraba que las madres debían haber buscado ayuda durante el embarazo, parto y recién nacido (226, 124 y 137 respectivamente). Sorprende que son principalmente las madres las que identifican los signos o síntomas de las enfermedades. La comadrona sólo identificó el problema durante el embarazo y parto en 3 y 4 oportunidades respectivamente, siendo el número aún menor para el trabajador de salud. Pese a que las madres identifican los signos o síntomas, la mayoría no reconoce los signos de peligro ni su gravedad. Por ello, la presencia de complicaciones graves no siempre llevó a una búsqueda de ayuda oportuna, lo que se refleja en la escasa búsqueda de ayuda fuera del hogar durante el embarazo (54%). Por los problemas del parto y del recién nacido, buscaron ayuda, fuera del hogar, 63 de 87 y 10 de 36 madres respectivamente por las 124 y 137 complicaciones identificadas. La búsqueda de ayuda fue mucho más rápida que en el embarazo, posiblemente por la corta duración del parto, la rápida evolución de la enfermedad del recién nacido y su estrecha relación con el parto. Aunque buena parte de los problemas encontrados durante el embarazo y parto pudieron haber sido identificados por la madre, hubo complicaciones que sólo el proveedor de salud podía identificar y por ende determinar el manejo de las mismas. Por la elevada proporción de casos encontrados en este estudio, la presentación anormal (40%) es el ejemplo más sobresaliente. El riesgo y la conducta, en este caso, debe ser establecida por el proveedor de salud al que acude la mujer.

El no identificar la gravedad de los síntomas condiciona lo que la persona o la madre hará a continuación; pueden no buscar ayuda, no dar tratamiento en el hogar, buscar ayuda de forma tardía y/o incluso acudir a los servicios de referencia de forma tardía. La no identificación de la gravedad y su potencial riesgo sobre la vida materna, del recién nacido o del niño es un hallazgo descrito en otros estudios.¹¹

Se sugiere que en la mayoría de las sociedades, la persona (generalmente la madre) tiene varias opciones para enfrentar un episodio de enfermedad, como son los cuidados en el hogar, o la búsqueda de atención por un proveedor tradicional y/o formal.¹³ Tanto en

estudios realizados en la población guatemalteca como en otros países, el auto-cuidado y tratamiento en el hogar hace parte del manejo de un episodio de enfermedad.^{13,63} La automedicación parece ser una práctica habitual y prevalente en las comunidades rurales de Guatemala,⁶³ a diferencia de los hallazgos encontrados en este estudio, en el que las madres, en una proporción elevada, mencionaron que no habían hecho nada en el hogar para tratar las complicaciones que se presentaron durante el embarazo, parto y recién nacido (63%, 53% y 55% respectivamente). Esta poca utilización de medicamentos y tratamientos caseros pueden indicar que éstos son más frecuentes cuando se trata de una enfermedad infantil o de adulto que en las dolencias del embarazo, parto y recién nacido (en los primeros 7 días de vida).

Un episodio de enfermedad infantil agudo, como es el caso de los nacidos vivos de este estudio, puede determinar la búsqueda de ayuda. Se ha descrito en dos comunidades guatemaltecas un acceso limitado a los servicios de salud para enfermedades agudas.¹⁷ La elevada proporción de no búsqueda de ayuda en los recién nacidos (72%) puede deberse a la presencia de cuadros agudos de corta duración o por razones de tipo cultural, como encontrado en otros estudios.⁶⁴

En el proceso de selección y búsqueda de ayuda, es importante tener en cuenta que las decisiones de las personas, que con frecuencia, están basadas en una racionalidad no médica; las personas no piensan en términos médicos, sino en aquello que es culturalmente aceptado.²⁴ Este proceso puede estar basado en las creencias de las personas y sus actitudes, que a su vez están determinados por factores como experiencias previas personales y familiares de enfermedad, el manejo de la enfermedad por el/los proveedor(es) de salud, la información disponible y la ayuda prestada por vecinos, amigos o familiares.⁶⁵ En las comunidades indígenas se ha descrito que la utilización de servicios de salud formales es irregular, y posiblemente hagan uso de los mismos en casos de emergencias.^{13,57}

La comadrona fue el proveedor de salud al cual acudieron con mayor frecuencia las madres con problemas durante el embarazo y el parto. El proveedor formal fue, sin embargo, el más consultado por las madres con un recién nacido enfermo. Para las complicaciones durante el embarazo, el 59% de las madres buscaron ayuda dentro de la propia comunidad, siendo la comadrona el proveedor seleccionado en el 29% de los casos. El puesto de salud también se encontró dentro de la comunidad, por lo que el acceso no debería ser un determinante a la hora de la selección de los servicios. Los demás servicios formales se encontraron con mayor frecuencia fuera de la comunidad, lo que podría haber condicionado su acceso. Durante el parto, la comadrona es el principal proveedor, lo que se explica por la preferencia de que el nacimiento ocurra en el hogar y sea atendido por alguien de la propia comunidad. La búsqueda de ayuda se concentró dentro de la comunidad (76%). Los hospitales se encuentran fuera de la comunidad, y la distancia referida por las mujeres encuestadas al mismo, utilizando el medio habitual de transporte, es de 2.5 horas, lo que definitivamente podría haber limitado su acceso, especialmente cuando el trabajo de parto ha empezado. De los recién nacidos que buscaron ayuda, la mayoría lo hizo en un proveedor formal; sólo en 1 caso hubo una consulta tanto por la comadrona como por un proveedor formal de salud.

Las madres que consultaron por problemas durante el embarazo, parto o por el recién nacido, recibieron en su mayoría algún tipo de tratamiento. No se pudo determinar la calidad de los mismos, ya que no se analizaron los registros médicos de cada uno de los casos. Es importante, que sólo el 27, 52 y 40% de todas las madres durante el embarazo, parto y el recién nacido respectivamente, siguieron todas las recomendaciones del proveedor de salud. Las principales razones para no seguir las recomendaciones fueron la creencia de que se iba a mejorar y falta de conocimiento sobre su propia salud en las embarazadas, que mejoró o se sentía mejor en el parto y que no hubo tiempo en el recién nacido.

La referencia tardía es especialmente patente cuando se siguen las acciones tomadas por la madre, comadrona y familiares ante las complicaciones durante el parto. De acuerdo a los certificados de defunción de 1986 en Guatemala, se encontró que la proporción de muertes maternas es mayor en los hospitales en todas las regiones, lo que se interpretó como debido a una referencia tardía a los hospitales, calidad de atención inadecuada y número bajo de partos hospitalarios.¹² En el presente estudio, la proporción de partos atendidos en el hospital es tan sólo el 13%; de los cuales, más de la mitad llegaron referidos de forma tardía.

Cuando se presenta alguna complicación, la comadrona es importante para la toma de decisión (referencia), aunque los familiares igualmente tomen parte de la misma. Sin embargo, hay una resistencia de acudir al hospital en aquellas mujeres que nunca habían acudido antes, además de las dificultades de acceso a los servicios como pueden ser la distancia y transporte, costo de los servicios y del transporte; así como factores socioculturales.¹³

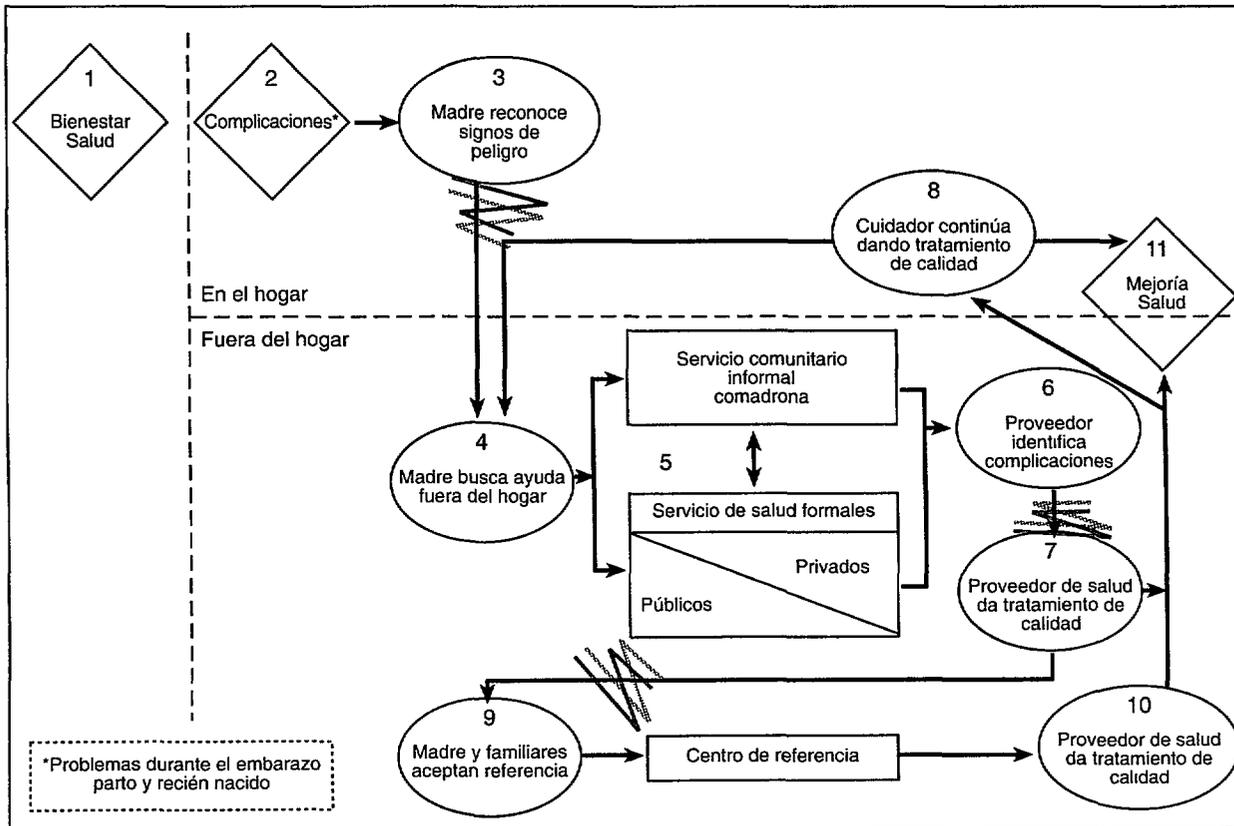
B. CONCLUSIONES

1. Los principales diagnósticos obstétricos de muerte perinatal en las 4 comunidades del estudio fueron la presentación anormal, hemorragia del tercer trimestre, trabajo de parto prolongado y pre-eclampsia.
2. Los principales diagnósticos fetales fueron la asfixia, la prematuridad y la sepsis.
3. Si se hiciera una intervención que sólo incluyera la detección precoz y manejo adecuado de la presentación anormal, se prevendría la muerte de cerca del 50% de los bebés en el período perinatal.
4. Una proporción elevada de casos (unas tres cuartas partes) pudieron haber sido evitados y prevenidos con un diagnóstico precoz del problema durante el embarazo o parto, además de un manejo adecuado y de calidad del parto.
5. El acudir a un control prenatal es una práctica habitual para las mujeres de este estudio durante el embarazo. El control prenatal, sin embargo, no mostró ser útil en la detección y manejo de las complicaciones.
6. El ser monolingües mayas no es un factor limitante para el uso de los servicios de salud formales en el control prenatal.
7. La comadrona es el principal proveedor de salud al que acude la población rural indígena del estudio. Es el principal nexo con los servicios de salud formales, por lo que se hace necesario su inclusión en cualquier intervención tendiente a la disminución de la mortalidad perinatal.
8. Los principales quiebres en el modelo Camino de Supervivencia identificados en el estudio y sobre los que deberían identificarse posibles intervenciones

están representados gráficamente en el modelo adjunto, adaptado para al proceso de búsqueda de ayuda durante el período perinatal. Son:

- a) Las madres del estudio identifican la mayoría de los problemas presentes durante el embarazo, parto y del recién nacido, pero no identifican la gravedad de los mismos, ni la necesidad de búsqueda de ayuda.
- b) Ni la comadrona ni los servicios de salud formales de la comunidad consideraron la gravedad de las complicaciones durante el embarazo y parto, ni la necesidad de referir a un servicio de salud con mayor capacidad de resolución.
- c) Las madres y familiares que son referidos ya sea por la comadrona o un proveedor de salud por los problemas identificados, con frecuencia no cumplen con la referencia. Esta una de las causas de muerte perinatal en el hogar o referencia tardía al hospital.

Modelo Camino de Supervivencia para la Mortalidad Perinatal y principales quiebres



9. Estudios sobre mortalidad perinatal a nivel comunitario son útiles e importantes, utilizando la metodología de las autopsias verbales y sociales, ya que permiten establecer presuntivamente los principales diagnósticos de muerte e identificar los principales quiebres en el modelo del camino de sobrevivencia.
10. La utilización de métodos de investigación combinados (historia abierta, cuestionario y hoja de búsqueda de ayuda) son complementarios y necesarios para la determinación de diagnósticos biológicos y sociales de la muerte perinatal. Consideramos que ninguno de éstos, por sí sólo, sustituye al otro, aunque esto es algo que deberá ser validado en estudios posteriores. Estas últimas dos conclusiones identifican posibles áreas de intervención, por lo cual se hace necesario ahondar en ellas en posteriores estudios.
11. No se pudieron obtener conclusiones sobre la lactancia materna, debido a que la mayoría de los recién nacidos murieron en las primeras horas de vida.
12. Al analizar las historias abiertas, la falta de conocimiento sobre su salud reproductiva y sexual, principalmente en las mujeres primigestas, es un factor limitante para la detección de los problemas durante el embarazo y parto, y la búsqueda de ayuda.
13. Al analizar las historias abiertas, se observa que tanto las mujeres, como las comadronas aceptan la ocurrencia de un problema o complicación como algo sobre lo cual no tienen control y no pueden intervenir. Muchas de las situaciones son descritas como por la «voluntad de Dios», «el destino», para lo cual no hay nada que hacer.

C. RECOMENDACIONES

1. Componentes de posibles intervenciones

1. La comadrona es el principal proveedor de salud para la mujer indígena embarazada. Es un recurso humano necesario a nivel rural por la limitada capacidad del sistema de salud oficial de dar atención del parto. Por ello, es importante que continúe la capacitación de las mismas, utilizando técnicas de aprendizaje de adultos y participativas, además de un enfoque de riesgo. Es importante desarrollar un sistema de supervisión y evaluación de las comadronas, al igual que talleres de reforzamiento.
2. El acercamiento entre los servicios de salud y las comadronas es fundamental, ya que sólo el trabajo en equipo entre los diferentes proveedores podrá asegurar una atención de calidad del embarazo y del parto. Estos acercamientos se pueden lograr a través de visitas periódicas de las comadronas a los servicios y el intercambio de experiencias con el personal de salud.
3. Por el papel no solo obstétrico, sino también social y cultural de la comadrona en el momento de la atención del parto, a la comadrona debería permitírsele que acompañe a la paciente en el hospital (si hubo necesidad de referencia). Esto posiblemente no sólo repercuta en un aprendizaje de la comadrona, sino también en una mayor aceptación de los servicios hospitalarios por parte de la paciente indígena.
4. La sensibilización cultural y la capacitación en protocolos de manejo obstétrico en los servicios de salud ha mostrado tener un efecto positivo sobre el número de pacientes hospitalizadas y por ello en la reducción de la mortalidad perinatal. Por ello este trabajo debería ser continuado en los servicios de salud.

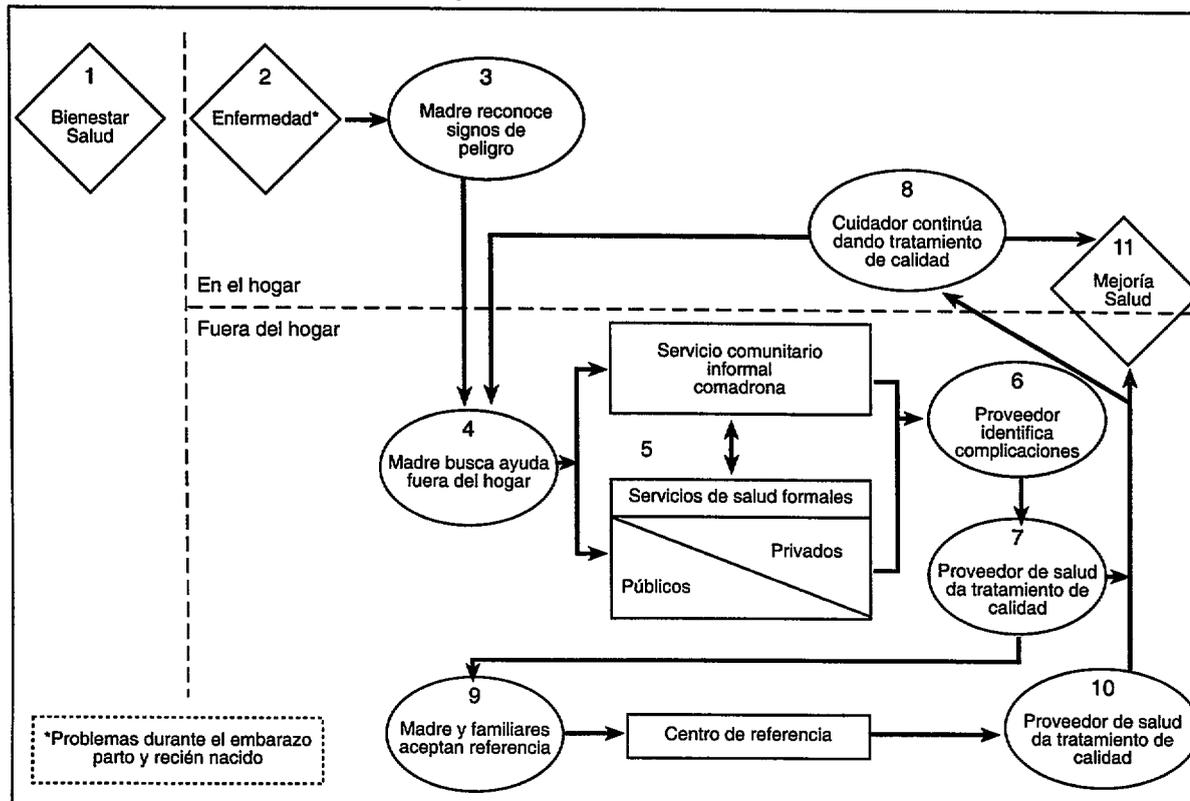
5. Las mujeres identificaron los signos o síntomas durante el embarazo, parto y el recién nacido. Sin embargo, la mayoría no reconoció su gravedad, y por ello no buscaron ayuda de forma oportuna, ni tomaron las medidas pertinentes. Anteriormente se habían realizado cuñas de radio con mensajes sobre signos de peligro en el embarazo, que al parecer fueron recordados por un buen número de madres que los escucharon. Aunque el radio es un medio de comunicación poco explorado hasta la fecha como medio de difusión de mensajes de salud, por su potencial cobertura debería ser considerado para mensajes relacionados con los signos de peligro durante el parto y el recién nacido.
6. El reforzamiento de los principales signos de peligro deberían también ser reforzados en los grupos de mujeres.
7. A través de los grupos de mujeres, especialmente las embarazadas, apoyar el desarrollo de planes de emergencia para cuando se presente un problema grave durante el embarazo o el parto. Por ejemplo plantear lo que harían si pasa algo, a dónde irían, cuánto costaría, quién podría pagar el transporte.
8. Incluir lo más posible al esposo y a otros familiares que puedan ser importantes en el momento de una toma de decisión acerca del lugar del parto o de la aceptación o no de la referencia. Se ha visto en este estudio como en otros, que con frecuencia la madre no puede tomar sus propias decisiones, sino que depende del esposo o suegra.
9. Buscar la manera de apoyar la organización y movilización comunitaria para mejorar el acceso y traslado de emergencia de la madre embarazada o en parto al hospital.

10. El control prenatal es una práctica habitual de la mujer embarazada del estudio. Gran parte de los problemas y complicaciones que llevaron a la muerte del bebé sólo podían ser detectados por éstos proveedores de salud, como son las presentaciones anormales, embarazos gemelares u otros factores de riesgo propios de la mujer. Es importante reforzar la calidad de atención de los servicios o proveedores que prestan atención prenatal, centrándose en las principales causas de mortalidad perinatal. Igualmente la comadrona, que es un proveedor de salud aceptado por el Ministerio de Salud para la atención de la mujer embarazada, debería ser reforzada como nexo entre la comunidad y los servicios de salud.

2. Estudios de mortalidad perinatal

1. El análisis del proceso de búsqueda de ayuda se basó en el modelo del Camino de Supervivencia. Los hallazgos del estudio y el hecho que el modelo debe aplicarse a la mujer embarazada, al parto y al recién nacido hasta los primeros 7 días de vida, ha llevado a que se adaptara el modelo inicial, destacando los siguientes cambios (ver esquema)

Modelo Camino de Supervivencia para la Mortalidad Perinatal



a) Se quitó del modelo, la casilla « Cuidador da tratamiento de calidad en el hogar» (#4), ya que se consideró que para ninguna complicación que se presente durante el embarazo, parto o recién nacido tenga un tratamiento recomendado y de calidad en el hogar. Se recomienda que por cualquier problema identificado, la madre debe buscar ayuda fuera del hogar.

b) Uno de los problemas identificados en el estudio, fue que el proveedor de salud al cual acudió la madre por las complicaciones durante el embarazo, parto o recién nacido, no reconoció el problema. Sin ese reconocimiento (por ejemplo de presentación anormal, embarazo gemelar, etc), el tratamiento y las recomendaciones no pueden ser de calidad. Para resaltar este paso, se agregó una casilla, «Proveedor identifica complicaciones» (#6).

2. Los algoritmos diagnósticos definidos por el panel de expertos deberían ser validados y complementados en futuros estudios de este tipo para poder hacer comparaciones entre regiones e incluso entre países.
3. Para estudios que se centran en el embarazo y sobre todo en el parto como momento especialmente crítico para la sobrevivencia del bebé, el segundo informante es una fuente de información importante. Complementa la información de la madre, que en ocasiones es fragmentada e incompleta. Además de la historia abierta, debería incluirse el listado de complicaciones durante el parto en el cuestionario del segundo informante, ya que muchos de los hallazgos sólo los sabe la persona que estuvo presente durante el parto.
4. Para complementar el análisis de los datos, al iniciarse este tipo de estudios habría que definir la inclusión o no de criterios de calidad de atención prenatal y del parto. Como parámetro de comparación se pueden utilizar las normativas nacionales y las recomendaciones internacionales para fines comparativos con otros países.

5. A partir de la historia abierta, en este estudio, sólo fueron mencionados de forma espontánea un porcentaje bajo de problemas o complicaciones durante el embarazo, parto y el recién nacido, por lo que la inclusión de listados de signos y síntomas deberían ser incluidos en los cuestionarios. Sin embargo, a través de la historia abierta, se obtiene otro tipo de información: la descripción del proceso enfermedad- muerte desde la perspectiva del entrevistado, que es útil para entender en muchos casos los datos obtenidos en el cuestionario. Por ello en futuros deberían incluirse además del cuestionario una historia abierta y el cuadro de búsqueda de ayuda.
6. El estudio etnográfico previo al diseño del cuestionario es importante ya que permite adaptar el cuestionario, las preguntas e incluso el contenido del mismo a las características de la población del estudio. Asegura que las preguntas y en especial los signos y síntomas importantes para determinar el diagnóstico, sean entendidos por el entrevistado. Además se puede utilizar como una herramienta durante la capacitación de las encuestadoras y ayuda a obtener la historia abierta. Por ello, se recomienda la realización de un estudio etnográfico previo al diseño de los instrumentos.
7. Aunque la hoja "Autopsia social" recoge gran parte de la información contenida en el Camino de Supervivencia, se observó una pérdida de información, especialmente en relación a la búsqueda de ayuda y ciertas acciones tomadas en el hogar, al compararlo con la historia abierta de la madre. Para futuros estudios, habría que revisar este formato y evaluar otras alternativas de recolección de la información, como podría ser tomar las acciones, en vez de los síntomas.
8. Dentro de la capacitación, la aplicación de los cuestionarios es fundamental. Debido a que la identificación de casos de muerte y el desplazamiento para la entrevista es complicado, el número de entrevistas realizadas durante la capacitación es limitado. Por ello habría que considerar el incluir una mayor práctica "supervisada", como por ejemplo realizando visitas a hospitales u otros servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mother Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*. World Health Organization. 1996.
2. DEAN T. JAMISON; H. MOSLEY, A.R. MEA SHAM; J.L. BOBADILLA. *Disease Control Priorities in Developing Countries. Chapter Reproductive Health and Malnutrition*. Published for the World bank, Oxford University Press: 363-390, 1993.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Family and Reproductive Health. Perinatal Mortality, A listing of available information*. World Health Organization. Geneva, 1996.
4. FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS (FNUAP). *Estado de la Población Mundial 1997: El derecho a optar: Derechos de la Procreación y Salud de la Reproducción*. Fondo de la Población de las Naciones Unidas, Estados Unidos de América, 1997.
5. BURK HALTER, B.R. *First Month Mortality as a function of Infant Mortality*. Pathway of Survival Working Notes. Series No. 2. BASICS. January 1995.
6. Encuesta nacional de Salud Materno Infantil 1995. Instituto Nacional de Estadística (INE). MSPYAS. Guatemala 1995.
7. A.V. BARTLETT, M.E PAZ DE BOCALETTI. *Intrapartum and Neonatal Mortality in a Traditional Indigenous Community in Rural Guatemala*. Acta Paediatr Scand 80: 288-296, 1991.
8. D. ACEVEDO, E. HURTADO. *Midwives and formal providers in prenatal delivery and post-partum care in four communities in rural Guatemala: complementarity or conflict?* In: demographic Diversity and Change, chapter twelve. Pp 270- 326.
9. KWAST B.E. *Building a community- based maternity program*. International J Gynecology & Obstetrics, 48 Suppl: S67 - S82. 1995.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION, DIVISION OF FAMILY HEALTH. *Verbal Autopsies for Maternal Deaths*. Report of the WHO workshop, London, 10-13 January 1994.
11. J. CHIWUZIE, C. OKOLOCHA, O, OKOJIE, T. ANDE, B. ONOGUWE. *Aspectos socioculturales de la hemorragia del embarazo*. Foro Mundial de la Salud, Vol 18, 1997.
12. KESTLER E. *Guatemala: maternal mortality in Guatemala: assessing the gap, beginning to bridge it*. Rapp Trimest statist sanit mond, 48 : 28 -33, 1995.

13. A. PEBLEY, N. GOLDMANN. *Family, community, ethnic identity and the use of formal health care services in Guatemala*. Office of Population Research, Working Paper No. 92-12. November 1992.
14. S. COMINSKY. *Childbirth and change: a Guatemalan study*. Ethnography and Fertility and Birth. 2da edición, ed por Mar Larrack, Waveland Press: Prospect Height 11, 1974.
15. A. PEBLEY, N. GOLDMANN. *La inmunización y los servicios relacionados con el embarazo en Guatemala*. Estudios demográficos y urbanos: 10(1), enero - abril, 1995.
16. *Mortalidad por Enfermedades Objeto de la Estrategia AIEPI en los países de la Región de las Américas*. Boletín AIEPI, N° 3, Diciembre 1998.
17. E. BOCALETTI, E. DELGADO, P. VAN DER STUYFT, S. SORENSEN. *Health seeking behavior of mothers in rural Guatemala and its relation to childhood mortality*. Centro de investigaciones para áreas rurales (CEISAR).
18. J.B.LANG; E.D.ELKIN. *A study of the beliefs and birthing practices of traditional midwives in rural Guatemala*. Journal of Nurse- Midwifery; 42(1) January/ February 1997: 25-31.
19. P.J. PUTNEY; B. SMITH. *The training and practices of traditional birth attendants in Guatemala*. Paper prepared by Prietch Consultants for USAID Guatemala, Arlington (VA), 1989.
20. L.C. CALLISTER; R. VEGA; *Giving birth: Guatemalan women's Voices*. JOGNN; 27(3), May/ June 1998: 289 - 295.
21. DE BROUWERE, V. TONGLET R, VAN LEBERGHE W. *Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialized West?* Tropical Medicine and International Health, 3(10) : 771-782, Oct 1998.
22. P.J. PUTNEY; B. SMITH. *The training and practices of traditional birth attendants in Guatemala*. Paper prepared by Prietch Consultants for USAID Guatemala, Arlington (VA), 1989.
23. O'ROURKE K. *Evaluación de un programa de capacitación de parteras tradicionales en Quetzaltenango, Guatemala*. Bol Oficina Sanitaria Panamericana 119 (6) : 503 - 513, 1995.
24. KWAST, B.E. *Reduction of maternal and perinatal mortality in rural and peri-urban settings: what works?* Europ J Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 69: 47 - 53. 1996.

25. SCRIMSHAW SCM; HURTADO E. *Anthropological involvement in the Central American Diarrheal Disease Control Project*. Soc Sci Med, 27 (1): 97 - 105, 1988.
26. O'ROURKE K. *The effect of hospital staff training on management of obstetrical patients referred by traditional birth attendants*. International Journal Gynecology & Obstetrics, 48 suppl: S95 - S102, 1995.
27. BOEX J.R. COOKSEY J. INUI T. *Hospital participation in Community Partnership to Improve Health*. Journal Quality Improvement, Oct 1998, Vol 24 (10): 541 - 548.
28. REYES H; TOMÉ P; GUISCAFRÉ H; MARTINES H; ROMERO G; PORTILLO E; RODRÍGUEZ R; GUTIÉRREZ G. *Autopsia verbal en niños con infección respiratoria y diarrea aguda. Análisis del proceso enfermedad - atención - muerte*. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol 50(1), enero: 7 - 16, 1993.
29. C.C. MOBLEY; J.T. BOERMA; S. TITUS; B. LOHRKE; K. SHANGULA; R.E. BLACK. *Validation Study of a verbal Autopsy Method for Causes of Childhood Mortality in Namibia*. Journal of Tropical Pediatrics. Vol 42, December 1996: 365 - 369.
30. SNOW RW; ARMSTRONG JRM; FORSTER D; WINSTANLEY MT; MARSH VM; NEWTON CRJ; WARUIRU C; MWANGI I; WINSTANLEY PA; MARSH K. *Childhood deaths in Africa: uses and limitations of verbal autopsies*. Lancet, 1992, Vol 340; Aug. 8, 1992, pp 351 - 355.
31. MARTINEZ H; REYES H; TOME P; GUISCAFRRE H; GUTIÉRREZ G. *La autopsia verbal: una herramienta para el estudio de la mortalidad en niños*. Bol Med Hosp Infant Mex, 50(1), 57 - 63, Enero 1993.
32. L.HOJ; J. STENSALLE; P.AABY. *Maternal Mortality in Guinea Bissau- The use of verbal Autopsy in a Multi-ethnic Population*. Int. J. Of Epidemiology. 28: 70-78; 1999.
33. L.C. CALLISTER; R. VEGA; *Giving birth: Guatemalan women's Voices*. JOGNN; 27(3), May/ June 1998: 289 - 295.
34. GUTIÉRREZ G; REYES H; MARTINEZ H; TOMÉ P; GUISCAFRÉ H. *Study of the disease health seeking death process: another use of verbal autopsy*. International Journal of Epidemiology, 23(2): 427-428, 1994.
35. GUTIÉRREZ G; GUISCAFRE H; REYEWS H; PÉREZ R; VEGA R; TOMÉ P. *Reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas. Experiencias de un programa de investigación-acción*. Salud Pública de México. Vol 36(2), marzo - abril: 168 - 179, 1994.

36. KALTER HD; GRAY RH; BLACK RE; GULTIANO SA. *Validation of Postmortem Interviews to ascertain selected causes of death in children*. International J of Epidemiology, 19(2): 380 -386, 1990.
37. CHANDRAMOHAN D; MAUDE GA; RODRIGUES LC; HAYES RJ. *Verbal autopsies for adult deaths: issues in their development and validation*. International J of Epidemiology, 23(2): 213 - 221, 1994.
38. WHO/ESM/UNICEF/CONS/ 92.5. *The measurement of overall and cause-specific mortality in infants and children*. 15-17 december 1992.
39. BANG; BANG RA; and search team. *Diagnosis of causes of childhood deaths in developing countries by verbal autopsies: suggested criteria*. WHO Bulletin OMS. Vol 70(4): 499-507, 1992.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 1999*. WHO, Geneva.
41. BASICS. *The Pathway: A strategic Model for Child Health Activities*. BASICS Highlights. Arlington (VA); 1996.
42. WORLD BANK. World Bank Report 1993.
43. WING DM. *A comparison of traditional folk healing concepts with contemporary healing concepts*. J Community Health Nursing. 15(3): 143 - 154, 1998.
44. GREEN EC. *Traditional healers, mothers and childhood diarrheal disease in Switzerland: the interface of anthropology and health education*. Soc Sci Med, 20(3); 277 - 285, 1985.
45. BENTLEY ME; PELTO G; STRAUS WL; SCHUMANN D; ADEGBOLA C; DE LA PENNA E; ONI GA; BROWN KH; HUFFMAN SL. *Rapid ethnographic assessment: applications in a diarrhea management program*. Soc Sci Med, 27(1): 107-116, 1988.
46. GOVE S, PELTO G. *Focused Ethnographic Studies in the WHO Programme for the Control of Acute Respiratory Infections*. Medical Anthropology Vol 15: 409 - 424, 1994.
47. HUDELSON P; HUANCA T; CHARALY D; CIPRA V. *Ethnographic studies of ARI in Bolivia and their use by the national ARI programme*. Soc Sci Med; vol 41(12), pp 1677-1683, 1995.
48. SELENE ALVAREZ LARRAURI. *Las prácticas maternas frente a la enfermedad diarreica infantil y la terapia de rehidratación oral*. Salud Pública de México, 40(3), mayo-junio: 256 - 264, 1998.

49. HOMERO MARTINEZ, KIMBERLY SURIAQNO; GERY W RYAN, GRETTEL H. PELTO. *Etnografía de la infección respiratoria aguda en una zona rural del altiplano mexicano*. Salud Pública de México, vol 39 (3), mayo-junio, 1997. Pp207-216.
50. BASICS. *Emphasis behaviors in maternal and child health: focusing on caretaker behaviors to develop maternal and child health Programs in Community*. Technical Report. 1997.
51. SODEMANN M; JAKOBSEN MS; MOLBAK K; MARTINS C; AABY P. *Maternal perception of cause, signs and severity of diarrhea in a suburban West African community*. Acta Paediatr 85: 1062-9, 1996.
52. DENNIS, MULL; DOROTHY MULL. *Mothers' concept of childhood diarrhea in rural Pakistan: what ORT program planners should know*. Soc Sci Med , 27(1): 53-67, 1988.
53. RENÉ SALGADO *Development of a Perinatal Mortality Survey- Report*. Basics. September 1-3, 1977.
54. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adaptation Guide (C. Technical basis for Adapting Clinical guidelines, feeding recommendations and local terms)*. Division of Child Health and Development, October 1998. Working Draft Version 4: limited distribution only; 208 - 213
55. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Perinatal Mortality*. Maternal Health and safe Motherhood Programme. WHO, Geneva, 1996.
56. UNICEF. *UNICEF on Deficient Birth Registration in Developing Countries*. Population and Development Review. Vol 23(3): 659- 663.
57. N. GOLDMANN, A. PEBLEY. *Childhood immunization and pregnancy related services in Guatemala*. Health Transition Review: 4 (1), pp 29-44, 1994
58. *Situación de Salud en Guatemala. Indicadores básicos 1995*. Organización Panamericana de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. 1995.
59. *República de Guatemala: Características Generales de la Población y Habitación*. Instituto Nacional de Estadística. Guatemala, CA. Marzo 1996.
60. VAN DEL STUYFT, P; DELGADO E; SORENSEN S.C. *Utilization rates and expenditures for public and private, curative - care services in semi- urban Guatemala*. Annals of Tropical Medicine and Parasitology, Vol 91 (2): 209-216. 1997.

61. S. ANNIS. *Physical access and utilization of health services in rural Guatemala*. Social Science and Medicine : vol 15D, pp 515-523, 1981.
62. S. BLOOM; T. LIPPEVELT; D. WYPIJ. *Does antenatal care make a difference to safe delivery? A study in urban Uttar Pradesh, India*. Health Policy and Planning, 1999; 14 (1): 38 - 48.
63. WELLER S; RUEBUSH TRENTON; KLEIN R. *Predicting treatment- seeking behavior in Guatemala: A comparison of the Health Services Research and Decision- Theoretic Approaches*. Medical Anthropology Quarterly 11(2) : 224 - 245, 1997.
64. BANG AT; BANG RA; TALE O; SONTAKKE P; SOLANKI J; WARGANTIWAR R; KELZARKAR P. *Reduction of pneumonia mortality and total childhood mortality by means of community- based intervention trial in Gadchiroli, India*. Lancet July, 336 : 201- 205, 1990.
65. SENSKY T. *Eliciting lay beliefs across cultures: principles and methodology*. British Journal of Cancer, 74, Suppl XXIV: S63 - S65, 1996.
66. *Mujeres latinoamericanas en cifras, 1995*. Instituto de la mujer, Ministerio de Asuntos Sociales (España) y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
67. *Guatemala 2000: Desarrollo con equidad. Hoja de indicadores*. Proyecto Policy, 1999.
68. PAHO. *Health Conditions in the Americas*. Geneva, WHO, 1990. Scientific Publication no. 524, vol II.

ANEXO 1

ALGORITMOS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL

1. Diagnósticos del recién nacido

- a) bajo peso al nacer a término: Era muy pequeño +(edad del embarazo de 8 ó más meses)
- b) Prematuro (nació antes de tiempo) + (edad del embarazo menos de 8 meses)
- c) Sepsis: (no mamó o mamaba bien, pero dejó de mamar) + (dejó de moverse, decaído) + (estaba frío, se enfrió)
- d) Asfixia: (no respiró) + (nació morado/se puso morado o estuvo pálido / de mal color o mamaba bien, pero dejó de mamar o lloraba fuerte, pero dejó de llorar)
- e) Malformación congénita: tenía un impedimento o deformidad física.
- f) Tétanos neonatal: (mamaba bien, pero dejó de mamar) + (dejó de moverse, decaído o ataques) + (edad del recién nacido de 5 ó más días)

2. Diagnóstico del embarazo

- a) Pre-Eclampsia: (presión alta o hinchazón de manos y cara)
- b) Eclampsia: (presión alta) + (hinchazón de manos y cara) + (ataques)
- c) Hemorragia del tercer trimestre: sangrado o hemorragia vaginal.
- d) Corioamnionitis: (se rompe la fuente, sale agua antes de tiempo) + calentura, fiebre, escalofríos.
- e) Trabajo de parto prematuro: dolores de parto antes de tiempo.
- f) Embarazo gemelar: embarazo múltiple

3. Diagnósticos del parto y trabajo del parto:

- a) Trabajo de parto prolongado: (parto más largo de lo normal (más de 12 horas) + (pujó por más de 2 horas)
- b) Pre-eclampsia: Presión alta
- c) Eclampsia: (Ataques) + (Presión alta)

- d) Hemorragia: (Sangrado o hemorragia fuerte) o (la placenta salió antes del bebé)
- e) Corioamnionitis: (Se rompe la fuente, sale agua antes de tiempo) + (Calentura, fiebre o escalofríos)
- f) Problema del cordón: (El cordón salió antes del bebé o la placenta salió antes del bebé)
- g) Presentación anormal: Presentación anormal (vino primero la mano, piés, sentado, atravesado)
- h) Distocia de parto: Su parto fue más largo de lo normal (más de 12 horas) o pujó por largo tiempo (más de 2 horas)

ANEXO 2

INVESTIGACION CUALITATIVA SOBRE MORTALIDAD PERINATAL

Elena Hurtado

ANTECEDENTES

En Guatemala la tasa de mortalidad infantil es aproximadamente 73 por cada 1000 nacimientos. Casi un tercio de estas muertes ocurren dentro de los primeros 28 días de vida (Shieber et al. 1994). La tasa de mortalidad neonatal es de 29 muertes por 1000 nacidos vivos.

Se presume que más de la mitad de las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida.

El proyecto MotherCare/Guatemala tiene como misión contribuir a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna y peri-neonatal en Guatemala. Para ello, ha identificado y propuesto como meta, aumentar el número de mujeres que hagan uso de los servicios de salud, con complicaciones obstétricas y perinatales.

En octubre de 1997 se llevó a cabo una investigación cualitativa sobre muerte perinatal, previa a un estudio cuantitativo sobre mortalidad perinatal comunitaria. El propósito de la investigación cualitativa fue documentar los conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres, comadronas y promotores, en relación a la mortalidad perinatal y, específicamente sobre la muerte de un niño durante el embarazo (óbito), intra parto y en los primeros 7 días de vida de un niño. Asimismo, uno de los objetivos fue el de identificar la terminología utilizada por las personas, para referirse a la muerte perinatal y sus posibles causas.

METODOLOGIA

El estudio cualitativo se llevó a cabo en cuatro Municipios de Guatemala donde el Proyecto MotherCare ha venido trabajando durante los últimos años. Los cuatro Municipios fueron Nahualá (Sololá), Momostenango (Totonicapán), San Carlos Sija (Quetzaltenango) y Comitancillo (San Marcos). De cada municipio se seleccionó para estudio, una comunidad rural (aldea) perteneciente al mismo.

Selección de la Muestra

En cada una de las cuatro comunidades rurales se invitó a participar a un grupo de madres jóvenes, de 18 a 29 años y a un grupo de madres mayores, de 30-39 años, a un grupo de comadronas y a un grupo de promotores u otros trabajadores comunitarios presentes en la comunidad.

Método

La metodología utilizada fue cualitativa y específicamente el estudio utilizó la técnica de discusión de grupo focal.

Instrumentos

Se preparó una guía de grupo focal única, que se utilizó en todos los grupos. La guía incluía tres temas principales y sugería preguntas bajo cada tema. Los temas de la guía fueron : 1) el embarazo y muerte de un niño en el embarazo, 2) niño muerto al nacer o muerte del niño durante el parto, 3) atención del niño recién nacido y muerte perinatal.

Personal

La recolección de datos de este estudio fue llevada a cabo por 8 trabajadoras de campo (2 por cada comunidad) bilingües en español y el idioma maya de las comunidades (K'iche' y Mam). Las trabajadoras de campo operaron en parejas, una de moderadora y otra de redactora del grupo focal. La investigadora principal actuó como capacitadora y supervi-

sora. Las mismas trabajadoras de campo realizaron la transcripción de los datos que fueron grabados.

Calendario

El estudio tuvo seis semanas de duración entre octubre y noviembre de 1997. En la primera semana se preparó la guía de discusión. La capacitación de las trabajadoras de campo tomó una semana. La recolección de los datos duró una semana y media. Como todas las discusiones fueron grabadas en cassettes, los mismos fueron escuchados, traducidos y transcritos en español por las trabajadoras de campo, durante semana y media. Las transcripciones de los datos fueron mecanografiadas en Word durante las siguientes dos semanas.

Análisis de Datos

Las trabajadoras de campo grabaron todas las entrevistas y reuniones de los grupos focales. Los cassettes fueron escuchados, traducidos y transcritos en la oficina después de concluido el trabajo de campo. La transcripción de los grupos focales fue textual. Todas las transcripciones fueron leídas íntegramente y, ya que el principal propósito de la investigación, era obtener información para la elaboración del instrumento del estudio cuantitativo, se extrajeron los términos utilizados por las personas, para referirse a la muerte de un/a niño/a durante el embarazo, parto y en los primeros 7 días de vida. Está pendiente el análisis completo de los datos.

RESULTADOS PRELIMINARES

Se incluye aquí la terminología que utilizaron las participantes en los grupos focales para referirse a la muerte de un niño en el embarazo, parto y en los primeros 7 días de nacido. Esta terminología también está disponible en K'iche' y Mam.

Complicaciones que ocurrieron durante el embarazo

No come, falta de apetito

Mareos, náuseas, vómitos

Pereza, sueño y debilidad (sugiere anemia, pero no mencionaron anemia)

Anemia

Sangrado o hemorragia vaginal

Flujo blanco

Mal de orín

Se rompo la fuente, sale agua

Demasiado líquido (amniótico), "bola de agua"

Hinchazón de cara y manos

Dolor de cabeza

Dolor de estómago, de embarazo

Dolor de espalda o cintura

Calambres en manos o piés

Dolor de corazón

Se le sale el corazón, palpitaciones, miedo o susto

"Presión" o presión arterial alta

Calentura, fiebre, escalofríos

Ataques

Caída, golpe o esfuerzo

Bebé dejó de moverse

Embarazo gemelar

No puede dormir

Diabetes

Úlcera genital, ronchas, mezquinos

Cesárea anterior

Complicaciones que ocurrieron durante el trabajo de parto y/o parto

Su parto fue largo o más difícil que lo normal

Pujó por largo tiempo

Falta de fuerzas, desmayo, debilidad
Sangrado o hemorragia vaginal fuerte
El agua estaba de color café, verde
Se rompió la fuente más de un día antes del parto
Hinchazón de cara y manos
Dolor de cabeza
Estrechez de la madre
Niño muy grande
Calambres manos y pies
Dolor de corazón
Se le sale el corazón, palpitaciones, miedo, susto
"Presión" o presión arterial alta
Mucho frío, tembladera
Calentura, fiebre, escalofríos
Ataques
El bebé dejó de moverse
Embarazo gemelar
Cordón enrollado
Parto seco, poco líquido
Niño muerto
Mala presentación (vino primero mano, piés, sentado, atravesado)
El bebé traía el cordón primero
El bebé traía la placenta primero
Niño muerto
Placenta se va, no nace
Matriz cansada
Cesárea

Complicaciones del recién nacido

“Ojo”

“Re tuj” (enfermedad del temascal)

Susto

Pujo

El bebé nació antes de tiempo

El bebé era muy pequeño

El bebé era muy grande

El bebé tenía una deformidad física, impedimento

El bebé tenía hernia

Moretes o marcas de golpes en la cabeza o cuerpo

No mamó

No tenía fuerzas para mamar

Mamaba bien, pero dejó de mamar

No lloraba fuerte

Lloraba fuerte, pero dejó de llorar

Lloradera o lloraba mucho

Tuvo cólicos o dolor de estómago fuerte

Tuvo calambres

Se puso tieso

No respondía, decaído, sin moverse

Calentura o fiebre

Estaba frío o se enfrió

Tenía la mollera abombada

Tenía la mollera hundida

Nació morado o se puso morado

Vomitaba todo, arrojadera

Tuvo el ombligo rojo, con materia o pus

Estaba pálido o con mal color

Manchas en la piel rojas o calientes
No respiró o se ahogó
Tuvo dificultad para respirar
Nació cansado
Respiraba muy rápido
Nariz tapada, catarro, gripe
Garganta tapada
Tuvo tos o tosferina
Tuvo costillas hundidas
No orina
No hace popó
Popó o asientos líquidos
Popó o asientos con sangre
Fuego o granos en la boca
Granos en la piel
Tragó líquido o hemorragia, se ahogó
Ronco, con flemas
Ojos hundidos
Niño "eclipsado"