

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS EMBARAZADAS O PUÉRPERAS
SOBRE EL MODELO DE LAS CUATRO DEMORAS
QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD MATERNA”**

**Estudio descriptivo realizado en el Distrito de Salud No. 7,
del departamento de Sololá, octubre-diciembre 2008**

**Karla Victoria Mogollón Archila
Mayo, 2009**

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

La estudiante:

1. Karla Victoria Mogollón Archila 9112976

ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médica y Cirujana, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS EMBARAZADAS O PUÉRPERAS
SOBRE EL MODELO DE LAS CUATRO DEMORAS
QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD MATERNA”**

**Estudio descriptivo realizado en el Distrito de Salud No. 7,
del Departamento de Sololá octubre-diciembre 2008**

Trabajo asesorado por el Dr. Jogli Juracán y revisado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, once de mayo del dos mil nueve



DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO

Los infrascritos Director del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud y el Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

La estudiante:

1. Karla Victoria Mogollón Archila 9112976


ha presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS EMBARAZADAS O PUÉRPERAS
SOBRE EL MODELO DE LAS CUATRO DEMORAS
QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD MATERNA”**


Estudio descriptivo realizado en el Distrito de Salud No. 7,
del Departamento de Sololá octubre-diciembre 2008


El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el once de mayo dos mil nueve.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. César Oswaldo García García
Coordinador Unidad de Trabajos de TESIS
Graduación




Vo.Bo.
Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra
Direct


Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS
CIENCIAS DE LA SALUD -CICS-
DIRECCIÓN

Guatemala, 11 de mayo 2009

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador, Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que la estudiante abajo firmante,

1. Karla Victoria Mogollón Archila

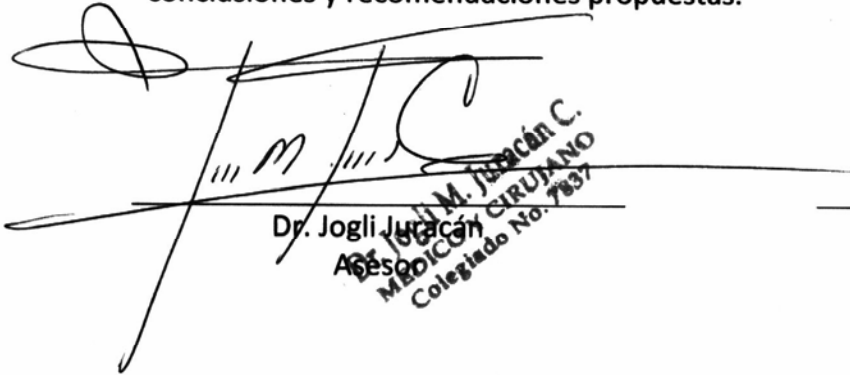


Presentó el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

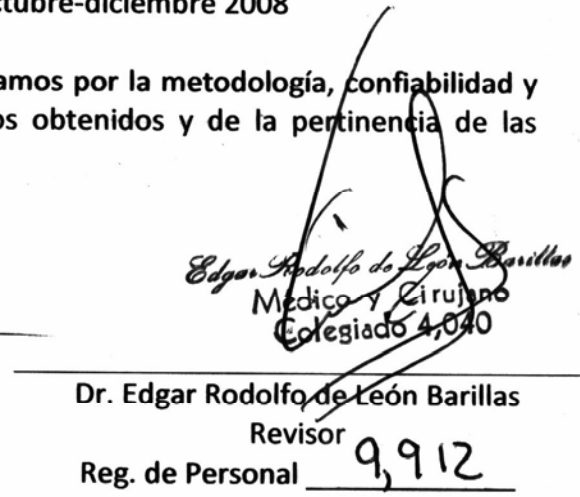
**“CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS EMBARAZADAS O PUÉRPERAS
SOBRE EL MODELO DE LAS CUATRO DEMORAS
QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD MATERNA”**

Estudio descriptivo realizado en el Distrito de Salud No. 7,
del Departamento de Sololá octubre-diciembre 2008

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Dr. Jogli Juracán
Asesor
Médico y Cirujano
Colegiado No. 7837



Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Revisor
Reg. de Personal 9,912

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los conocimientos que poseen las mujeres embarazadas o puérperas, acerca del proceso del modelo de las cuatro demoras en la mortalidad materna del Distrito de Salud 7, departamento de Sololá. **Metodología:** Estudio descriptivo de base poblacional en 133 mujeres embarazadas o puérperas. **Resultados:** En relación a la primera demora, 4% reconoce tres señales de peligro, en cuanto a las señales de peligro durante el parto, 27% reconoce el sangrado vaginal intenso y 21% no sabe, 3% reconoce tres señales de peligro durante el puerperio, hemorragia, fiebre y presencia de coágulos malolientes, y 31% no sabe. En la segunda demora, 37% de mujeres considera que es el esposo el responsable de tomar la decisión para su traslado; 74% decide su traslado en menos de una hora y 51% conoce la existencia de un comité de emergencia. Para la tercera demora, 31% debe recorrer caminando o en carro 15 minutos, en lancha 13% tardaría 30 minutos. El 47% identifica al Centro de Salud de San Pablo la Laguna, como servicio de salud para atención de complicaciones obstétricas, 68% respondió que si han recibido información, y mencionan al personal del centro de salud 29%. **Conclusiones:** Los conocimientos que tienen las mujeres embarazadas o puérperas, en relación a las señales de peligro, la toma de decisiones para el traslado de pacientes, existencia de planes de emergencia y los servicios de salud para a la atención de complicaciones obstétricas, son: reconocen la hemorragia como señal de peligro en el embarazo 17%, parto 27% y puerperio 11%. El 37% menciona al esposo como el responsable de la toma de decisiones para su traslado ante una complicación obstétrica, el 51% si conoce los planes de emergencia comunitaria y 47% reconoce al Centro de Salud de San Pablo la Laguna como servicio de salud para la atención de complicaciones obstétricas. La fuente de información que identifican es el personal del Centro de Salud de San Pablo la Laguna como los personajes mas acreditados que han brindado la información sobre el modelo de las cuatro demoras. Se recomienda promover programas conjuntos interinstitucionalmente dirigidos a grupos de mujeres menores de 19 años, haciendo énfasis en el modelo de las cuatro demoras.

ÍNDICE

	pagina
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1. Generales	5
2.2. Específicos	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. Contexto del área de estudio	7
3.2. Demografía	9
3.3. Niveles de desarrollo	9
3.4. Situación de la salud en el departamento de Sololá	9
3.5. Línea Basal de la Mortalidad Materna para el año 2000	10
3.6. Muerte Materna	10
3.7. Modelo de las 4 Demoras	12
3.8. Empoderamiento de las mujeres sus familias y comunidades	16
3.9. Situación de la Mortalidad Materna	16
3.10. Redes de Servicios de Salud	17
4. METODOLOGÍA	19
4.1. Tipo y diseño de investigación	19
4.2. Unidad de análisis	19
4.3. Población o universo	19
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	19
4.5. Definición y Operacionalización de Variables	21
4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos.	27

4.7.	Aspectos éticos de la investigación	28
4.8.	Alcances y limitaciones de la investigación	28
4.9.	Procesamiento y análisis de datos	29
5.	RESULTADOS	31
6.	DISCUSIÓN	43
7.	CONCLUSIONES	49
8.	RECOMENDACIONES	51
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
10.	ANEXOS	59
10.1.	Anexo 1 Hoja de consentimiento informado	59
10.2.	Anexo 2 Instrumento de recolección de datos	61

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna definida como la muerte ocurrida por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (42 días), afecta a las mujeres de todos los niveles sociales y económicos, pero un número desproporcionado vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema y habita en países que persiguen el desarrollo, en donde los problemas como la mala salud, la desigualdad por razón de género, la falta de educación y la poca participación e intervención comunitaria, condicionan a que en países como Guatemala, mueran dos mujeres cada día por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio. (2) Latinoamérica no es la excepción en donde el riesgo de morir por estas razones es de 1 en 48. (1,2)

De acuerdo a la línea basal de Muerte Materna en el año 2000, se documentó que en la república de Guatemala la razón de muerte materna fue de 153 X 100 000 nacidos vivos, y en ese año el departamento de Sololá ocupó el segundo lugar a nivel nacional después de Alta Verapaz, con una razón de muerte materna de 265 X 100 000 nacidos vivos; dentro de las causas que se identificaron se mencionó que el 53.3% de las muertes se produjeron como consecuencia a hemorragias, en segundo lugar infecciones (14.4%) y la hipertensión inducida por el embarazo, como tercera causa identificada (12.1%). (3,4)

“MEJORAR LA SALUD MATERNA”, cuya meta es “Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes se encuentra ubicado en el numeral cinco en los objetivos del Desarrollo del Milenio”, por lo que organizaciones gubernamentales y no gubernamentales participan en la elaboración y seguimiento de planes o estrategias para abordar este problema que afecta a la sociedad guatemalteca; entre estos enfoques existe el modelo de las “cuatro demoras”.

El modelo de las cuatro demoras consiste en el reconocimiento de las señales de peligro durante el embarazo (primera demora), la capacidad de decisión de traslado de la misma mujer, o de alguien que pertenezca al grupo familiar, esposo, suegra, madre, o inclusive de algún miembro de la comunidad, comadrona, facilitador comunitario de salud (segunda demora), la importancia de la búsqueda de ayuda oportuna y seguir las instrucciones de los planes de emergencia familiares y comunitarios para la movilización de las mujeres al presentarse alguna complicación (tercera demora) y la atención oportuna de calidad en los servicios de salud (cuarta demora); es decir dentro de este modelo se abordan las barreras y limitaciones que las mujeres enfrentan para buscar una atención oportuna que les permita no poner en riesgo su vida; en el momento de reconocer una señal de peligro, lo que justifica la

importancia de trabajar aunadamente con las municipalidades, las iglesias y organizaciones civiles, comunitarias y de mujeres en esta estrategia. (5,6,7,8)

Las mujeres en esta condición siguen muriendo como consecuencia de las complicaciones no reconocidas durante el embarazo, parto y puerperio, y la vigilancia de la muerte materna en Sololá reportó durante los años 2005 a 2007, que el 57% de las muertes están condicionadas con la primera demora. A pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades de salud, la mortalidad materna continúa dejando víctimas que pueden ser evitables; a la fecha se desconoce cuál es el conocimiento que las mujeres embarazadas o puérperas tienen sobre las cuatro demoras, así como los medios por los cuales ha llegado ese conocimiento a ellas identificando si ha sido abordado dentro del contexto cultural de la comunidad usuaria. Esto permitirá evidenciar la situación actual para poder realizar acciones encaminadas a contrarrestar el problema en el departamento de Sololá. (9)

El presente estudio pretende abordar las características epidemiológicas de las mujeres embarazadas o puérperas durante el período de octubre a diciembre 2008, determinando el conocimiento que las mujeres embarazadas o puérperas tienen sobre las 4 demoras, pero además determinar el medio por el cual ellas reciben los mensajes informativos, considerando que los factores geográficos, económicos y socioculturales (idioma, nivel de educación), no sean barreras para que los servicios de salud, mediante la atención integral a la mujer embarazada, transmitan esos conceptos efectivamente.

Los resultados encontrados fueron los siguientes: 45% de las mujeres entrevistadas fue menor de 19 años, 64% se encuentra unida, 95% se dedica a oficios domésticos exclusivamente, 41% no sabe leer ni escribir y 51% logró cursar únicamente el nivel de educación primaria. El 88% recibió control prenatal o pos natal y 48% acudió al Centro de Salud de San Pablo la Laguna, mientras que 12% no ha recibido ninguna atención.

En relación a la primera demora, solo 4% reconoce tres señales de peligro durante el embarazo, en cuanto a las señales de peligro durante el parto el 27% reconoce el sangrado vaginal intenso y el 21% no sabe, 3% reconoce tres señales de peligro durante el puerperio, hemorragia, fiebre y presencia de coágulos malolientes, y el 31% no sabe.

En la segunda demora, las mujeres consideran que es el esposo el responsable de tomar la decisión para su traslado cuando se presenten complicaciones obstétricas 37%, el 74% decide su traslado en menos de una hora y el 51% conoce la existencia de un comité de emergencia.

Para la tercera demora, accesibilidad de los servicios, el 31% debe recorrer caminando o en carro 15 minutos, en lancha el 13% tardaría 30 minutos.

El 47% identifica al Centro de Salud de San Pablo la Laguna, como servicio de salud para atención de complicaciones obstétricas, el 68% respondió que si han recibido información y mencionan al personal del centro de salud 29%.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Evaluar los conocimientos que poseen las mujeres embarazadas o puérperas, acerca del proceso del modelo de las cuatro demoras en la mortalidad materna, en el Distrito de Salud No. 7 del departamento de Sololá.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Caracterizar epidemiológicamente a las mujeres embarazadas o en el puerperio.

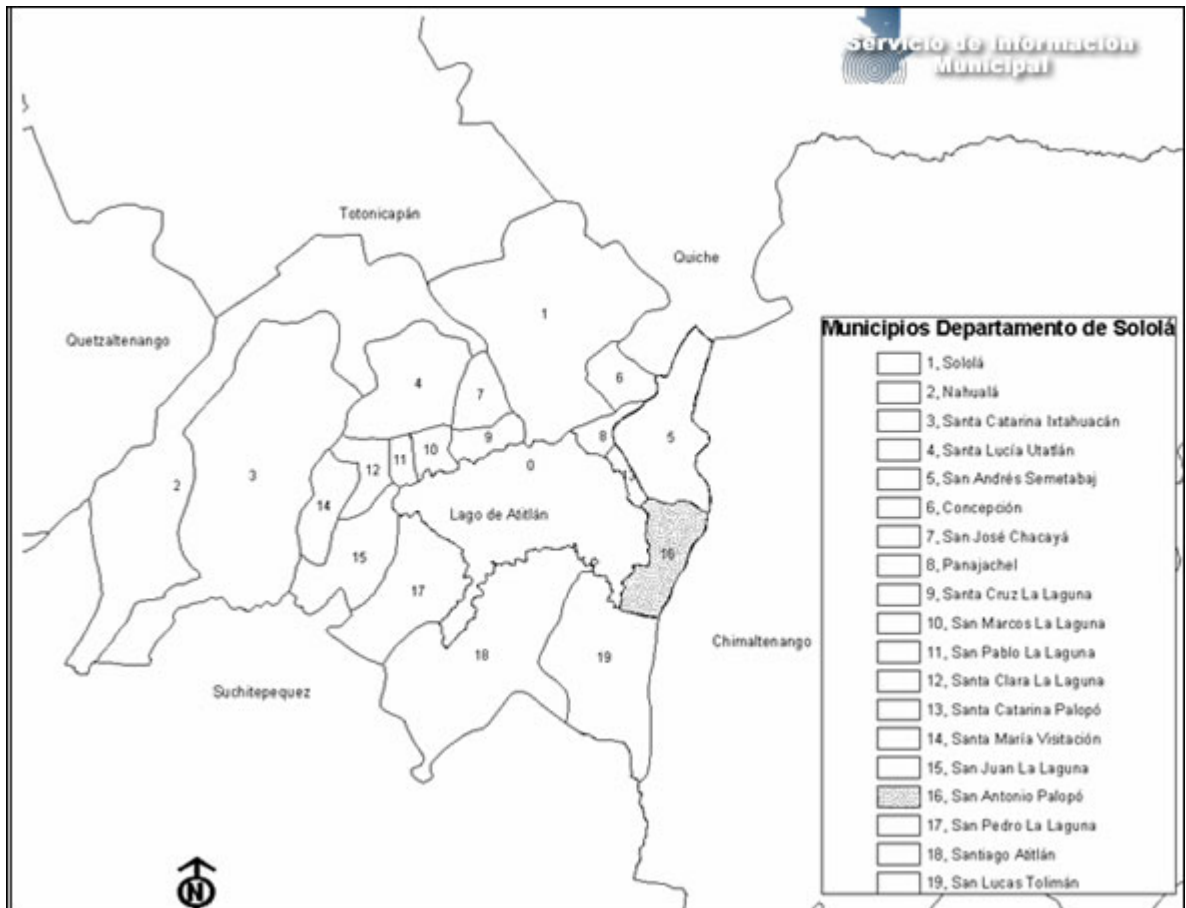
2.2.2 Identificar los conocimientos que tienen las mujeres embarazadas y puérperas del período de octubre a diciembre 2008 en relación a las señales de peligro, la toma de decisiones para el traslado de pacientes, la existencia de planes de emergencia y de servicios de salud para atención de complicaciones obstétricas.

2.2.3 Identificar las principales fuentes de información de las mujeres embarazadas y puérperas sobre el tema de las 4 demoras.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Contexto del área de estudio

El departamento de Sololá se encuentra ubicado al occidente de la república de Guatemala, etimológicamente el nombre se deriva de las voces kaqchiqueles “tzol” volver o retornar, “ol” continuación y “yá” agua, que en conjunto significa “retornar al agua”; cuenta con 1,061km² de extensión territorial, colinda al norte con los departamentos de Totonicapán y El Quiché, al este con el departamento de Chimaltenango, al sur con Suchitepéquez y al oeste con Quetzaltenango y Suchitepéquez. Está conformado por diecinueve municipios y de ellos, diez se encuentran situados a la orilla del lago más bello del mundo, el Lago de Atitlán. La principal carretera que atraviesa el departamento de Sololá es la Interamericana o CA-1. Se convirtió en departamento por decreto de la Asamblea Constituyente del 4 de noviembre de 1825. (8,11)



3.1.1 Municipio de San Pablo la Laguna

El municipio de San Pablo la Laguna marca la frontera entre grupos de procedencia kaqchiquel y tzutuhil, colinda al norte con Santa Lucía Uatlán, al este con San Marcos la Laguna, al sur con el lago de Atitlán y al oeste con San Juan y Santa Clara la Laguna; geográficamente está conformado únicamente por poblados urbanos, se encuentra ubicado a 1 650msnm. Está dividido geográficamente en lugares urbanos, Sector I, Sector II y Sector III. Hacia Panajachel se debe hacer un recorrido por vía lacustre en línea recta y navegable de 12 kms, pero también tiene acceso por vía terrestre teniendo que recorrer un promedio de 33kms por la carretera interamericana de Guatemala hacia Quetzaltenango hasta lograr un desvío en el km 148, pasando por Santa María Visitación y Santa Clara la Laguna. (11)

3.1.2 Municipio de San Marcos la Laguna

Tiene una extensión de 12kms², representando el 1.13% del territorio departamental. Colinda con Santa Lucía al norte, al oeste con San Pablo la Laguna, al sur con el Lago de Atitlán y al este con Santa Cruz la Laguna. Está a una altitud de 1 640msnm en la parte más baja, y a 2 960msnm en su parte más alta, el cerro de San Marcos. Se encuentra a 170km de la ciudad capital y a 48km de la cabecera departamental, tiene dos vías de acceso; terrestre y lacustre teniendo que recorrer 10.5km del lago de Atitlán, haciendo un tiempo estimado de 45 minutos. Está dividido geográficamente por el casco de la cabecera municipal, formándolo tres barrios denominados Barrio Uno, Barrio Dos y Barrio Tres. La población es de etnia kaqchiquel, aunque a este municipio han emigrado pobladores de otras regiones de Guatemala y de otras partes del mundo. Su organización municipal también está regida por un alcalde municipal y se han formado los consejos comunitarios de desarrollo (COCODES). (13)

3.1.3 Municipio de Santa Cruz la Laguna

Es un municipio del departamento de Sololá, colinda al norte con San José Chacayá, al este con Sololá, al sur con el lago de Atitlán, al oeste con Santa Lucía Uatlán y San Marcos la Laguna; se encuentra a 1 665msnm. Dista de la cabecera departamental a 23.7kms, teniendo que recorrer 15kms por la carretera principal (Interamericana) y luego deben recorrerse

aproximadamente 8.7 kms en un desvío a nivel del km 148 de la mencionada ruta. Por vía lacustre las distancias que se deben recorrer hacia Panajachel en línea recta son 4.7kms. Geográficamente está dividido en una aldea denominada Tzununá y cuatro caseríos; Chuitzanchaj, Chaquijchoy, Jaibalito y Pajomel. (11)

3.2 Demografía

De acuerdo a las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el departamento de Sololá tiene en el año 2008, 398 519 habitantes, (2.7% de todo el país), cuya densidad poblacional del departamento es de 290 habitantes por kilómetro cuadrado, una de las más altas de todo el país. Se reportó que Sololá es uno de los principales departamentos con alta proporción de población indígena (94% del total de habitantes), el 51% de habitantes corresponde al área rural con tres grupos mayas, kaqchiquel, kiché y tzutuhil. (14)

3.3 Niveles de desarrollo

El departamento de Sololá se cataloga como uno de los más pobres de todo el país, por encima del promedio nacional, el porcentaje de pobreza calculado de acuerdo a criterios como las necesidades básicas insatisfechas, los niveles de ingreso por día y los niveles de consumo por familia, es de 76.36%, y tomando en cuenta los mismos criterios, el 32.62% de la población sololteca se encuentra en condiciones de extrema pobreza. (12)

3.4 Situación de la Salud en el departamento de Sololá

En relación a la salud, en el año 2007 fueron reportados 9 138 nacidos vivos, con 92 331 mujeres en edad fértil (15 a 45 años), presentó una tasa de fecundidad de 179 por cada 1,000 mujeres en edad fértil, una tasa de natalidad de 38 por cada 1,000 habitantes en término de un año. En cuanto a la mortalidad infantil (menores de un año) para el año 2007 se presentaron 25 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. (6)

3.5 Línea Basal de la Mortalidad Materna para el año 2000

En el afán de reducir la mortalidad materna derivada del embarazo, parto y puerperio a nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha intensificado los esfuerzos y durante la administración 2000 a 2003, se consideró un reto para la salud pública en Guatemala, perseguir que el enfoque se fundamente con información técnica que permita un acuerdo interinstitucional sobre la situación actual y las metas que deben ser alcanzadas, permitiendo establecer una línea de base para evaluar el impacto de acciones futuras. (4)

Se logró realizar una recolección de datos durante el año 2001, y estimó que la razón de muerte materna (número de defunciones maternas durante un periodo determinado, por 100 000 nacidos vivos durante el mismo período), fue de 153 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos a nivel nacional, y como departamento Sololá se encontró con una razón de muerte materna de 265 por 100 000 nacidos vivos, superior a la media nacional, después de Alta Verapaz. (4,15)

La razón de mortalidad materna es mayor en los extremos de la edad reproductiva (menor de 20 años y mayor de 35 años), en las mujeres multíparas y en mujeres indígenas residentes en área rural. El 53% de las muertes maternas ocurrieron el mismo día del parto, y un 54% se presentaron en el hogar. (4)

3.6 Muerte Materna

La mortalidad materna se define como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”. (4)

3.6.1 Causas de Mortalidad Materna

Las tres principales causas de mortalidad materna para Guatemala de acuerdo a la línea basal 2000, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fueron:

- Hemorragias (53%), y de estas el 65.5% de los casos como consecuencia de retención placentaria y atonía uterina.

- Infección (14.4%), concluyendo que la sepsis fue la causa mas frecuente en el 84% de los casos.
- Hipertensión inducida por el embarazo (12.1%), el síndrome de HELLP con 53% de los casos ocupó el primer lugar. (4)

3.6.2 Señales de Peligro

Una señal de peligro es toda indicación de peligro que antecede a una complicación, desencadenando una patología. El Ministerio de Salud, establece las siguientes señales de peligro.

3.6.2.1 Señales de peligro durante el embarazo

- Hemorragia vaginal
- Presión arterial alta (mayor o igual a 140/90mm/hg) cefalea, visión borrosa, edema
- Fiebre (temperatura arriba de 37.5°C)
- Presentación fetal anormal podálica ó transversa (a partir de la 36 semanas)
- Salida de líquido por vagina
- Palidez generalizada
- Dificultad respiratoria
- Contracciones uterinas antes de las 36 semanas de embarazo
- Aumento de peso por arriba de lo esperado
- Epigastralgia (dolor en la boca del estómago)

3.6.2.2 Señales de peligro durante el parto

- Determinar presencia de hemorragia vaginal.
- Presentación fetal podálica o transversa.
- Palpación de múltiples partes fetales.

- Presión arterial alta mayor o igual 140/90mmhg.
- Fiebre mayor ó igual 38° centígrados.

3.6.2.3 Señales de peligro durante el pos parto

- **Hemorragia**

Hemorragia vaginal más abundante de lo normal

- **Preclampsia**

Presión arterial igual o mayor o igual 140/90mmhg.

Dolor de cabeza severo

Visión borrosa

Dolor abdominal severo, (epigastralgia)

Edema de cara y manos

- **Eclampsia**

Signos de preclampsia mas convulsiones

- **Infección**

Coágulos con mal olor

Fiebre mayor ó igual 38° centígrados. (16)

3.7 Modelo de las 4 Demoras, “Ruta de la vida o camino a la supervivencia”

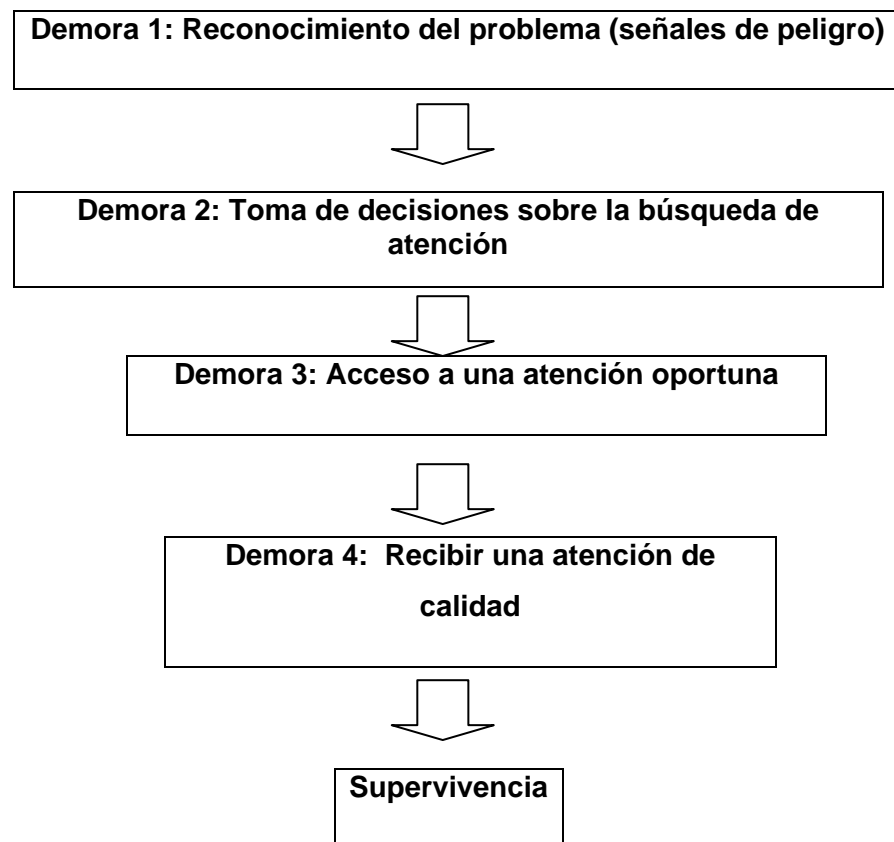
Las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, deben recorrer un extenso camino para lograr su objetivo final y lograr con éxito salvaguardar su vida y la de su hijo, pero en la mayoría de veces ese camino está obstruido parcial o totalmente por muchos factores sociales y deben experimentar al menos una de las cuatro demoras: (17,18)

El modelo de las cuatro demoras describe las barreras que retrasan la obtención o recepción de atención de emergencia, cada una de las demoras se refieren a un contexto específico y permite evaluar el nivel de atención materna. (17)

Este modelo se basa en la versión original que surgió como una necesidad de establecer programas para reducir la mortalidad materna, durante el año de 1997 la red regional de prevención de mortalidad materna trabajó para diseñar y evaluar

programas para ayudar a las mujeres que desarrollaron complicaciones relacionadas con el embarazo, con el objeto de obtener cuidados que salvaran vidas. Fueron diseñados para corresponder las circunstancias geográficas, económicas, políticas y culturales particulares en las cuales cada equipo trabajaba; además para ser sostenibles y replicables. (Centro para la población, facultad de salud pública, Universidad de Columbia). (28)

Cuadro 1: Demoras que afectan la supervivencia Materna



(7)

3.7.1 Primera Demora

La falta de conocimiento de las señales de peligro y la tardanza en reconocer que existe un problema y que necesita ser atendido por un servicio de salud con un nivel de atención mayor, hacen que las mujeres presenten riesgo durante el embarazo, parto y pos parto. (4,17,18)

Las mujeres que residen en las áreas rurales o marginales del departamento de Sololá, presentan un bajo nivel educativo según reportes oficializados por

INE, aún existe una tasa de analfabetismo arriba del 60%, por ende muchas de estas mujeres no han recibido la información adecuada, y además no han logrado que la comunicación sea clara. Los hombres o “jefes de casa”, por su parte, aún no están sensibilizados, sobre temas relacionados con la salud.

Sololá ha sido uno de los departamentos que más ha reportado muertes maternas, y estas están relacionadas en un 57% con la primera demora o sea el reconocimiento de las señales de peligro. (9)

Los programas con buenos resultados deberían contemplar un completo abordaje en la primera demora, elevando la conciencia de las comunidades sobre la detección de las señales de peligro y evitar las complicaciones graves, e incluso la muerte; educando a mujeres, sus esposos y familias para que busquen ayuda oportunamente. (17)

3.7.2 Segunda Demora

Aún cuando las mujeres reconocen la presencia de las complicaciones mortales, puede que no busquen ayuda con rapidez, es por ello que esta demora se refiere a la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención ante cualquier adversidad que se presente, pero lamentablemente existen factores sociales, culturales (creencias) y económicos que influyen en la falta de decisión para acudir en búsqueda de atención cuando hay una complicación obstétrica, ya sea por la misma mujer, la del conviviente, la de la madre o suegra, o de alguien que integre el núcleo familiar. (4,10,18)

En comunidades, principalmente en áreas rurales de Sololá, la toma de decisiones es responsabilidad de personas ajenas a ese núcleo familiar, como las comadronas, facilitadores comunitarios de salud, líderes religiosos, y/o personal institucional de salud. (17)

La comadrona aún sigue teniendo un papel protagónico en la toma de decisiones para referencia de casos, y es un personaje tradicional, cuya función es el acompañamiento durante el embarazo, la atención del parto y el seguimiento durante el período del puerperio. La OMS describe a la comadrona como “una mujer ponderada e inteligente, elegida por las mujeres de su familia o aldea a causa de su sentido práctico y experiencia” (3)

3.7.3 Tercera Demora

El alto costo de la vida, entre otros, y la falta de conocimientos de las mujeres y sus familias, e incluso de la comunidad, hacen que exista un largo tiempo entre lo que es la detección de las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, y la decisión de trasladar a la mujer con complicaciones obstétricas desde la comunidad, es por ello que muchas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, con las municipalidades han coordinado comisiones de salud, pretenden involucrar a miembros de la comunidad para que ellos mediante la elaboración de un plan emergencia comunitario, tengan disponible el transporte para el traslado de las pacientes hacia un centro de atención, en este caso el hospital nacional. (4,17,18)

Durante el año 2004 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con la asistencia técnica del Proyecto de Salud Materno Neonatal promovió la participación comunitaria mediante la implementación de planes de emergencia comunitaria, coordinando y capacitando a organizaciones comunitarias y a proveedores de salud, para definir y organizar los esfuerzos eficientes y rápidos ante las complicaciones obstétricas. (19)

En áreas de Sololá, se propuso que las propias familias, mediante una orientación adecuada, elaboraran los planes de emergencia familiar, y con la intervención de facilitadores capacitados se ejecutaran planes de emergencia comunitaria, para resolver emergencias que ponen en peligro la vida de las madres, para lograr una articulación entre los servicios tradicionales e institucionales. El proceso se llevó a cabo mediante la metodología de las cinco A, sugerido por el MSPAS, en base al material originalmente elaborado por programas de salud materno neonatal.

- Activar la organización comunitaria
- Autodiagnóstico de situación de salud y emergencias
- Análisis y búsqueda de soluciones
- Acción comunitaria
- Apreciación de los logros

3.7.4 Cuarta Demora

Existen obstáculos físicos, financieros y socioculturales que desfavorecen que las mujeres obtengan servicios oportunos ante las complicaciones obstétricas.

Recibir servicios de calidad de atención materna, conlleva que exista personal calificado que sea capaz de reconocer la emergencia obstétrica, que existan suficientes insumos, medicamentos para atender emergencias y que siempre estén disponibles, además de equipo esencial con reserva de sangre para garantizar un parto sin riesgo. (17) La línea basal de la muerte materna para el año 2000, hace referencia que una tercera parte de las muertes maternas ocurridas, recibieron atención de algún personal de salud, y el 4% de los casos fueron atendidos en algún hospital público o privado. (4,18)

3.8 Empoderamiento de las mujeres, sus familias y sus comunidades

Proporcionar información adecuada a las mujeres, es una estrategia clave para la reducción de la mortalidad materna, les permite tomar decisiones en lo que se refiere a su salud, y reconocer las señales de peligro y las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, para seguir los procedimientos de programas de atención en salud ya establecidos. (17)

Con conocimientos las mujeres asumirán la responsabilidad de su propia salud y la de su hijo, exigiendo una atención pronta y de calidad para su familia y además para su comunidad. (20)

Ramos Cruz MS, en su tesis previo a optar el título de Médico y Cirujano, 2003, concluyó que desarrollar actividades y material de información, educación y comunicación, así como procesos de movilización comunitaria, especialmente con mujeres embarazadas, personas de la comunidad y agentes comunitarios de salud (comadronas) aumenta la demanda de atención materna y perinatal en casos de complicaciones obstétricas, y con ello se contribuye a la reducción de la mortalidad materna. (21)

3.9 Situación de la Mortalidad Materna

Sololá es uno de los departamentos con más altas razones de mortalidad materna, 265 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, se encuentra sobre la línea basal de mortalidad materna para Guatemala el año 2000, según datos oficializados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Las mujeres en Sololá tienen que luchar contra adversidades desde que inician su embarazo hasta que logran la solución del mismo y durante los cuarenta y dos días posteriores al parto. (8)

Se debe agregar además, los componentes de género, en donde asignan las responsabilidades del embarazo parto y puerperio exclusivamente a la mujer. Se

menciona que siete de cada diez muertes maternas son previsible, pero debe contarse con adecuada atención prenatal y obstétrica, aprovechar el recurso de la organización comunitaria para responder a las emergencias que se presenten, además el rol que la comadrona ha desempeñado durante tantos años, hace que sea un personaje importante, y su desempeño respecto al embarazo, atención del parto y puerperio normal es aceptable, pero en esa ardua tarea que realizan existen limitantes que son ajenos como por ejemplo, la falta de insumos, los escasos recursos económicos, factores culturales, poco acceso y precaria relación con el personal de salud institucional.(19,22)

De enero a mayo de 2008, Sololá reportó al Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud pública y asistencia social, 6 muertes maternas de las cuales el 50% se presentaron en los municipios de Sololá y Santa Cruz la Laguna; el promedio de edad fue de 36 años; el 83.3% recibió atención médica y el 16.7% fue atendida por comadrona. El sitio de defunción fue en un 50% en el hospital y el 33.3% en el hogar. (24) Las causas asociadas fueron en primer lugar hemorragias, seguidas por sepsis y eclampsia. El 26.7% de las muertes ocurrieron como consecuencia de la primera demora, el 15.8% por la segunda demora, 15.8% se ubicaron en la tercera demora y el 22.5% en la cuarta demora, datos reportados por las áreas de salud. (5,17,24,25)

3.10 Redes de Servicios de Salud

Según el MSPAS, a nivel nacional existe una red de establecimientos del sistema integral de atención en salud, que integra a todos los establecimientos institucionales y comunitarios que prestan servicios de salud, con responsabilidades de acuerdo a su capacidad de resolución.

Sololá como departamento está organizado de la siguiente manera:

- Primer Nivel de Atención
 - o 23 Jurisdicciones con 307 Centro comunitario de salud: centros de convergencia en cada comunidad o lugar poblado.
 - o 32 Puestos de Salud
- Segundo Nivel de Atención
 - o 10 Centros de Salud

- Centros de atención Médica permanente (CAP)
- 3 Centros de atención materna infantil (CAIMI)
- Tercer Nivel de Atención
 - 1 Hospital Nacional. (9,26)

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo y Diseño de Investigación

Descriptivo de base poblacional.

4.2 Unidad de Análisis:

Información oral de las mujeres embarazadas o en puerperio (42 días después del parto) durante el período de octubre a diciembre 2008, residentes en los municipios de San Pablo la Laguna, San Marcos la Laguna y Santa Cruz la Laguna, del departamento de Sololá.

4.3 Población o universo

Fueron 133 mujeres embarazadas o en puerperio, durante el período de octubre a diciembre de 2008. Registradas en el Distrito de Salud No. 7, conformado por los siguientes servicios de salud: Centro de Salud de San Pablo la Laguna, Puesto de Salud de San Marcos la Laguna, Puesto de Salud de Santa Cruz la Laguna, Extensión de cobertura: Asociación Centro Maya para el desarrollo comunal (CEMADEC) y Vivamos Mejor.

Municipio	No. Embarazadas	%
San Pablo la Laguna	84	63
Santa Cruz la Laguna	36	27
San Marcos la Laguna	13	10
Total	133	100

Fuente: Unidad de Estadística, Dirección de Área de Salud de Sololá, octubre a diciembre 2008.

4.4 Criterios de Inclusión y exclusión

4.1.1 de Inclusión

Mujeres embarazadas o en puerperio durante los meses de octubre a diciembre 2008, residentes en los municipios de San Pablo la Laguna, San Marcos la Laguna y Santa Cruz la Laguna.

4.5.2 De exclusión

Mujeres embarazadas o puérperas que en el momento de la entrevista manifestaron que son residentes de otros municipios de San Pablo la Laguna, Santa Cruz la Laguna y San Marcos la Laguna.

Mujeres embarazadas o puérperas que no aceptaron participar en el estudio.

Mujeres embarazadas o puérperas que por razones de índole personal, familiar o de trabajo no se encontraron en la comunidad.

4.6 Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Clasificación de Variable	Escala de medición	Instrumento
Características epidemiológicas	Conjunto de cualidades y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de las enfermedades humanas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad: Dato de la edad en años, respondido por la mujer embarazada o puérpera, según: Menores de 15 años De 15 a 19 años De 20 a 24 años De 25 a 29 años De 30 a 35 años De 35 años o mas ▪ Estado civil: condición de la mujer embarazada o puérpera, según respuesta directa: Soltera Casada Unida Viuda Otra. ▪ Ocupación: Dato del tipo de actividad al que se dedica la mujer embarazada o puérpera, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de la Oficina Internacional del Trabajo, modificada³⁶ Vendedoras ambulantes Personal doméstico Otra Ninguna ▪ Alfabetización: Dato según respuesta directa sobre si sabe leer y escribir 	<p>Cuantitativa Discreta</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>De razón</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	Boleta de recolección de datos

		<p>SI NO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escolaridad: Dato según respuesta directa sobre nivel académico que cursó: Primaria Secundaria Diversificado Otro Ninguno ▪ Lugar de residencia: Dato del lugar geográfico donde vive la mujer embarazada o puérpera de acuerdo a: San Pablo la Laguna Sector I Sector II Sector III San Marcos la Laguna Barrio I Barrio II Barrio III Santa Cruz la Laguna Cabecera municipal Tzununá Jaibalito Pajomel Chuitzanchaj Chaquijchoy Laguna Seca ▪ Control prenatal o pos natal: Dato obtenido al presentar su carnet de asistencia al servicio de salud donde le ofrecieron atención durante el embarazo o durante el puerperio, según: SI_____ Dónde NO Meses de embarazo: _____ 	Cualitativa		
--	--	---	-------------	--	--

<p>Conocimiento de señales de peligro</p>	<p>Conjunto de ideas o nociones que las mujeres posean en cuanto a las condiciones que pongan en peligro su vida, durante el embarazo, parto o puerperio.</p>	<p>La participante responderá a una serie de preguntas de selección múltiple según sea la ocurrencia, una de cada evento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante el embarazo Hemorragia vaginal Edema manos y/o cara Ataques o convulsiones Fiebre ▪ Durante el parto Parto tardado Sangrado vaginal intenso Ataques o convulsiones ▪ Durante el puerperio Hemorragia Fiebre Salida de coágulos malolientes 	<p>Cualitativa</p>	<p>nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>
<p>Conocimiento sobre la toma de decisiones para el traslado de la paciente con complicación obstétrica</p>	<p>Información que la mujer embarazada o puérpera tiene sobre el responsable que influye directamente sobre la toma de decisiones para el traslado de la paciente con complicación obstétrica</p>	<p>Dato según respuesta de la mujer embarazada o puérpera a preguntas de selección múltiple según:</p> <p>Quien tiene a cargo la toma de decisiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la familia: La propia mujer Esposo Suegro o suegra Padre o madre ▪ Fuera de la familia Sacerdote Pastor Comadrona ▪ Al cuanto tiempo se decide el traslado: Menos de 1 hora De 1 a 6 horas De 6 a 12 horas De 12 horas o más. 	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>

<p>Conocimiento sobre plan de emergencia familiar y comunitario</p>	<p>Conjunto de ideas o nociones que las mujeres poseen en cuanto a que su familia tenga un plan el cual incluya; ahorro familiar, comunicación hacia los servicios de atención, transporte para el traslado, ante la presencia de una complicación obstétrica.</p>	<p>Respuestas de la participante ante preguntas de selección múltiple según:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quién la acompañaría de ser necesario su traslado Esposo Suegro o suegra Padre o madre Otro ▪ Que medio utilizaría de ser necesario su traslado Carro Lancha Ambulancia Otro ▪ Existencia de un comité comunitario de emergencias SI NO NO SABE ▪ Quiénes conforman el comité comunitario de emergencias Alcalde auxiliar Facilitador comunitario Comadrona Otro. ▪ Tiempo que debe recorrer en su traslado Minutos (caminando) Minutos (vehículo o lancha) 	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>
<p>Conocimientos sobre la existencia de servicios de salud para atención de complicaciones obstétricas</p>	<p>Conjunto de ideas o nociones que las mujeres poseen en cuanto a la existencia de servicios de salud para la atención de complicaciones obstétricas.</p>	<p>Respuesta de la participante a pregunta de selección múltiple, sobre a cual servicio prefiere asistir, según:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer Nivel Centro de atención comunitario. Puesto de salud 	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Segundo Nivel Centro de salud Centro de atención médica permanente CAP Centro de atención integral materno-infantil. CAIMI ▪ Tercer Nivel Hospital Nacional de referencia ▪ Otros 			
Principales fuentes de información respecto al modelo de las cuatro demoras	Recursos utilizados por la persona para obtener la información sobre el proceso del modelo de las cuatro demoras en la mortalidad materna.	<p>Respuestas de la participante a pregunta de selección múltiple según:</p> <p>Ha recibido información SI NO NO RECUERDA</p> <p>Quien le ha brindado la información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipo básico de salud ▪ Personal del centro de salud ▪ Personal de otras instituciones ▪ Familiares ▪ Amistades ▪ Guías religiosos ▪ Radio ▪ TV ▪ Periódicos ▪ Revistas ▪ Otros 	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

4.7 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnicas:

Se entrevistó de persona a persona, aplicando un cuestionario dirigido.

4.6.2 Procedimientos

4.6.2.1 Se aprobó el protocolo por las autoridades de la Unidad de trabajos de graduación (carta de aprobación).

4.6.2.2 Se presentó la carta de solicitud a las autoridades del Área de Salud de Sololá, para la realización del trabajo de campo en el distrito de salud No. 7.

4.6.2.3 Se presentó la autorización al director de distrito de salud No. 7 en el municipio de San Pablo la Laguna, para luego acudir a los puestos de salud de San Marcos y Santa Cruz la Laguna.

4.6.2.4 Se coordinó con los servicios de salud para citar a las mujeres embarazadas o puérperas en: Centro de salud, puestos de salud, centros de convergencia, o en las viviendas por medio de visitas domiciliarias.

4.6.2.5 Se aplicó el instrumento a través de una entrevista de persona a persona, considerando que la población que se integra en la investigación es en el 95% de etnia indígena, se dará tiempo para establecer una buena comunicación, que las mujeres puedan explicar lo que piensan, y de esa manera recolectar la información, mediante un ambiente de confianza, anotando la información de según las respuestas obtenidas.

4.6.2.6 Se clasificó las boletas según los municipios que integran el distrito de salud No. 7, para luego ingresar la información en una base de datos.

4.6.3 Instrumentos de recolección de datos (ver anexo)

Es un instrumento para la recolección de la información que consiste en una boleta que se dividió en secciones:

- **Sección 1:** Incluyó los datos generales, que servirán de base para la clasificación de las boletas por municipio y distritos de salud.
- **Sección 2:** Correspondió a la caracterización epidemiológica, con las características individuales como edad, estado civil, ocupación, alfabetización, escolaridad y lugar de residencia.
- **Sección 3:** Incluyó toda la serie de enunciados que sirvieron de guía para recabar información sobre los conocimientos de las mujeres sobre las señales de peligro.
- **Sección 4:** Incluyó la información sobre la toma de decisiones.
- **Sección 5:** Comprendió Información sobre los conocimientos del plan de emergencia.
- **Sección 6:** En esta sección se encontró la información indispensable para conocer la existencia de los servicios de salud para atención de complicaciones.
- **Validación del Instrumento:**

Se realizó en una de las comunidades de Sololá, en el Centro de Convergencia de San Jorge la Laguna, y se aplicó a 10 señoras

4.7 Aspectos éticos de la investigación

Para que en esta investigación se garantizara los aspectos éticos, se contó con una hoja de consentimiento informado, en donde cada mujer embarazada o en posparto, se le informó del por qué de la investigación. Siguiendo con las “Pautas Internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos”, este estudio se clasifica como de Categoría I, sin ningún riesgo para los entrevistados y sin invadir la intimidad de las personas. La información se trató con privacidad y confidencialidad, por lo que quedó a criterio de las mujeres, aceptar participar en el estudio.

4.8 Alcances y limitaciones de la investigación

4.8.1 Alcances

Por medio del presente trabajo, se evaluó los conocimientos que las mujeres embarazadas o puérperas poseen sobre el modelo de las

cuatro demoras en mortalidad materna, durante el periodo de enero a julio del año 2008, originarias y residentes de los municipios de Santa Cruz la Laguna, San Marcos la Laguna y San Pablo la Laguna.

4.8.2 Limitaciones

Por el tipo de estudio, no permitió encontrar la causalidad del problema. No se evaluó la metodología ni la didáctica, con que se lleva a cabo la enseñanza de los temas de las cuatro demoras.

4.9 Procesamiento y análisis de datos

Con lo datos de los cuestionario recopilados se elaboró una base de datos en el programa Epi Info versión 3.

4.9.1 Procesamiento

Recopilada la información a través de los instrumentos de recolección de datos, se realizó lo siguiente:

4.9.1.1 Se clasificó los instrumentos de recolección de datos de acuerdo a cada uno de los municipios que integran el distrito de salud No. 7.

4.9.1.2 En el procesamiento de los datos se creó una vista exclusiva, en el Programa EPI INFO para el instrumento, ingresando los datos en la misma sección “grabar datos” y para la ruta de análisis se usó el mismo software en la sección “analizar datos”.

4.9.1.3 Al terminar un día de trabajo se calificó las encuestas: si no estaban completamente llenas o faltaba un ítem, se volvió a buscar a la persona que se entrevistó.

4.9.1.4 En el ingreso de los datos a algunas variables se les exigió ser “requeridos” o valores de rango para poder ser ingresados: dentro de los requeridos fueron “lugar poblado”, “conoce las señales de peligro en los desagregados de la demoras”, dentro de los rangos se efectuó en el de edad.

4.9.1.5 Finalmente se limpió la base de datos.

4.9.2 Análisis

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando el programa Epi info versión 3.4.1 en español se usaron, razones, proporciones, medidas de tendencia central y dispersión. El intervalo de confianza admitido fue del 95%.

Se elaboraron tablas y gráficas para la presentación final de los resultados.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos al entrevistar a 133 mujeres embarazadas o durante el período de puerperio en el distrito de salud No. 7 (municipios de San Pablo la Laguna, San Marcos la Laguna y Santa Cruz la Laguna) durante el período de octubre a diciembre del año 2008.

CUADRO 1

Distribución según edad de las mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 15 años	2	1
De 15 a 19 años	45	34
De 20 a 24 años	41	31
De 25 a 29 años	24	18
De 30 a 35 años	10	7
De 35 años o mas	11	8
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 2

Distribución según estado civil de las mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No.7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	9	7
Casada	36	27
Unida	85	64
Viuda	1	1
Otra	2	1
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 3

Distribución según ocupación a mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Vendedoras ambulantes	2	1
Personal doméstico	126	95
Otra	4	3
Ninguna	1	1
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 4

Distribución según alfabetización a mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Alfabetización	Frecuencia	Porcentaje
SI	78	59
NO	55	41
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 5

Distribución según escolaridad de mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	68	51
Secundaria	6	4
Diversificado	1	1
Otro	3	2
Ninguno	55	41
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 6

Distribución según municipio y lugar de residencia de mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

San Pablo la Laguna

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Sector I	23	27
Sector II	14	17
Sector III	47	56
TOTAL	84	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

San Marcos la Laguna

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Barrio I	5	28
Barrio II	6	46
Barrio III	2	15
TOTAL	13	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

Santa Cruz la Laguna

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Cabecera	7	19
Tzununá	22	61
Jaibalito	5	14
Pajomel	1	3
Chuitzanchaj	1	3
Chaquijchoy	0	0
Laguna Seca	0	0
TOTAL	36	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 7

Distribución según control pre o posnatal a mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Control pre o posnatal	Frecuencia	Porcentaje
SI	117	88
NO	16	12
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 8

Distribución según el establecimiento en donde recibieron el control pre o posnatal a mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Establecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud	64	48.1
Centro de Salud, Clínica San Pedro	3	2.3
Clínica San Pedro	10	7.5
Clínica Naturista	2	1.5
Clínica Naturista, Clínica San Pedro	1	0.8
Puesto de Salud	37	27.8
Ninguno	16	12
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 9

Distribución según trimestre en el que recibieron el control pre o posnatal a mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 3 meses	62	47
De 4 a 6 meses	41	31
De 7 a 9 meses	15	11
NO	15	11
TOTAL	133	100.0

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 10

Distribución según el conocimiento que poseen sobre las señales de peligro durante el embarazo, las mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Señales de Peligro	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia vaginal	22	17
Edema manos y/o cara	7	5
Ataques o convulsiones	1	1
Fiebre	8	6
Hemorragia vaginal, edema y fiebre	6	4
Hemorragia vaginal, fiebre	25	19
Hemorragia vaginal, otro	2	1
Hemorragia vaginal, edema	1	1
Enema, otro	2	1
Otro	30	22
NS	29	22
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 11

Distribución según el conocimiento que poseen sobre las señales de peligro durante el parto, las mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Señales de Peligro	Frecuencia	Porcentaje
Parto tardado	34	25
Sangrado vaginal intenso	36	27
Ataques o convulsiones	2	1
Parto tardado, sangrado vaginal intenso	1	1
Sangrado vaginal intenso, convulsiones	1	1
Otro	28	21
NS	31	23
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 12

Distribución según el conocimiento que poseen sobre las señales de peligro durante el puerperio, las mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Señales de Peligro	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia	16	11
Fiebre	16	11
Salida de coágulos malolientes	1	1
Hemorragia, fiebre	20	15
Hemorragia, coágulos malolientes	1	1
Hemorragia, otro	1	1
Fiebre, coágulos malolientes	1	1
Hemorragia, fiebre, coágulos	5	3
Hemorragia, fiebre, coágulos, otro	2	1
Otro	29	19
NS	41	31
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 13

Distribución según el conocimiento que poseen las embarazadas o puérperas, sobre la toma de decisiones para el traslado de la paciente con complicación obstétrica, distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Quien tiene a su cargo la toma de decisión	Frecuencia	Porcentaje
La propia mujer	23	15
Esposo	55	37
Suegro o suegra	10	7
Padre o madre	22	16
Comadrona	3	2
Usted, esposo	2	1
Usted, comadrona	1	1
Usted, pastor	1	1
Esposo, suegro o suegra	3	2
Esposo, comadrona	7	5
Esposo, pastor	1	1
Suegro o suegra, comadrona	2	1
Padre o madre, comadrona	1	1
Usted misma, esposo, comadrona	1	1
Otro	1	1
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 14

Distribución según la percepción que posee la mujer embarazada o puérpera, sobre cuanto tiempo se decide el traslado, distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Cuanto tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 hora	99	74
De 1 a 6 horas	17	13
De 6 a 12 horas	4	3
De 12 horas o más.	13	10
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 15

Conocimiento que poseen las mujeres embarazadas o puérperas, sobre el Plan de emergencia comunitario, quien la acompañaría si se decide el traslado, distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Quien la acompaña	Frecuencia	Porcentaje
Esposo	62	47
Suegro o suegra	20	15
Padre o madre	18	13
Esposo, suegro o suegra	3	2
Esposo, padre o madre	2	1
Suegro o suegra, padre o madre	1	1
Otro	27	20
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 16

Distribución según el conocimiento que poseen las mujeres embarazadas o puérperas, sobre el plan de emergencia comunitario, que medio utilizaría si se decide el traslado, distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Medio para traslado	Frecuencia	Porcentaje
Carro	22	16
Lancha	6	4
Ambulancia	30	22
Carro, lancha	22	16
Lancha, ambulancia	1	1
Carro, lancha, ambulancia	8	6
NO	1	1
Otro	43	32
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 17

Distribución según el conocimiento sobre la existencia de Comité Comunitario de Emergencia de mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
SI	68	51
NO	49	37
NO SABE	16	12
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 18

Distribución según el conocimiento sobre quienes conforman el Comité Comunitario de Emergencia de mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Quienes conforman el comité	frecuencia	%
Alcalde auxiliar	12	9
Facilitador comunitario	7	3
Comadrona	25	19
Comadrona, otro	2	1
Otro	22	16
NS	65	49
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 19

Distribución según el conocimiento sobre el tiempo que deben recorrer en el traslado, hacia el centro de atención mas cercano, de mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

	Minutos	Frecuencia	Porcentaje
Caminando o carro	15 minutos	42	31.5
	30 minutos	34	25.5
	60 minutos	19	14.2
	90 minutos	3	2.2
	120 minutos	2	1.5
Lancha	15 minutos	7	5.2
	30 minutos	18	13.5
	60 minutos	7	5.2
	90 minutos	0	0
	TOTAL	133	100.0

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 20

Distribución según el conocimiento sobre la existencia de servicios de salud para la atención de complicaciones obstétricas, de mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Servicios de salud	Frecuencia	Porcentaje
Centro de atención comunitario.	1	0.75
Puesto de salud	30	22.6
Centro de salud	62	46.6
Centro de atención médica permanente CAP	7	5.3
Hospital Nacional de referencia	8	6
Otro	25	18.8
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 21

Distribución sobre si ha recibido información o no respecto al modelo de las cuatro demoras, de mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Ha recibido información	Frecuencia	Porcentaje
SI	91	68
NO	30	23
No Recuerda	12	9
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

CUADRO 22

Distribución según el conocimiento sobre quien le ha brindado la información sobre el modelo de las cuatro demoras, mujeres embarazadas o puérperas, del distrito de salud No. 7 del departamento de Sololá, durante octubre a diciembre 2008, marzo 2009.

Servicios de salud	Frecuencia	Porcentaje
Equipo básico de salud (médico, enfermera, auxiliares.)	17	13
Personal del centro de salud	38	29
Personal de otras instituciones	20	15
Familiares	1	1
Revistas	1	1
Equipo básico de salud, personal del centro de salud	1	1
Equipo basico de salud, personal del centro de salud, personal de otras instituciones	1	1
Personal del centro de salud, personal de otras instituciones	11	8
Otros	1	1
Ninguno	42	32
TOTAL	133	100

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas o puérperas del distrito de salud No. 7, departamento de Sololá, 2008

6. DISCUSIÓN

La mortalidad materna continúa siendo un problema devastador, son muertes que se producen secundarias al embarazo, al parto o al puerperio o 42 días después del parto. (1) En el presente estudio se logró la participación de 133 mujeres, las cuales aceptaron ser incluidas y firmaron voluntariamente la hoja de consentimiento informado.

Sololá es el segundo departamento en documentar muertes maternas con una razón de 265 x 100,00 nacidos vivos, según informe de la Línea Basal de Mortalidad Materna del año 2000.

Se consideró oportuno caracterizar epidemiológicamente según edad, pues los extremos en la edad reproductiva siguen siendo condicionantes que contribuyen en la incidencia de la mortalidad materna. (1,2,3)

Se determinó que el 45% de las mujeres entrevistadas, (47 de 133) fue menor de 19 años, y 8% mayores de 35 años, (11 de 133) (Cuadro 1). Este resultado es igual a lo reportado por la literatura que menciona que la razón de mortalidad materna es mayor en los extremos de la edad reproductiva (menor de 19 años y mayor de 35 años), que incluye también las mujeres múltiparas y en mujeres indígenas residentes en área rural. (4)

Es importante enfatizar que la salud se encuentra en el corazón del desarrollo, y que problemas como la mala salud, la desigualdad por razón de género, la falta de educación, condicionan a que en países como Guatemala, mueran dos mujeres cada día por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio (3,4). Se puede mencionar que las mujeres de estos municipios se unen maritalmente muy jóvenes, y que especialmente en San Pablo La Laguna no existen medios para que decidan optar por algún trabajo y ellas prefieren dedicarse al cuidado de los hijos en la casa, sin continuar con sus estudios y solo han logrado terminar su educación primaria.

El riesgo de morir por alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio, se intensifica en poblaciones vulnerables, principalmente en mujeres de escasos recursos, determinándose que el 64% (85 de 133), únicamente se encuentran unidas, y de estas 133 entrevistadas 95% (126 de 133) se dedican a oficios domésticos exclusivamente (Cuadro 2 y 3). Aunado a esto, 41% no sabe leer ni escribir (55 de 133), y 51% (68 de 133), únicamente logró cursar el nivel de educación primaria (Cuadro 4 y 5).

El 88% recibió control prenatal o pos natal (117 de 133), y 48.% acudió al Centro de Salud de San Pablo la Laguna, (64 de 133), habiendo recibido la atención en su mayoría a partir del tercer mes de embarazo, mientras que 12% (16 de 133), no ha recibido ninguna atención para evaluar su embarazo o puerperio (Cuadros 7,8,9). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, como ente rector de la Salud nacional, incluye en las "Normas de Atención de Segundo Nivel" la prevención de la mortalidad materna, recomendando que las embarazadas deben tener su primera atención prenatal en el primer trimestre, alrededor de las 12 semanas, y la atención del puerperio debe ser en el puerperio inmediato, primeras 24 horas.

El distrito de Salud No. 7 se caracteriza por tener un Centro de Atención Permanente en cuya estructura organizativa se cuenta con médicos permanentes, enfermeras y educadoras, las educadoras de esos municipios son las encargadas de tener todo el registro de las embarazadas y captar a mujeres embarazadas o puérperas nuevas, así como de ofrecerle la consejería necesaria para sensibilizarlas y que acepten su control pre o pos natal (9,26). Sin embargo aún con todo este sistema implementado no se logra la atención del total de mujeres y existe el riesgo de presentar una muerte materna al no identificar riesgos y no brindar una atención inmediata.

El Ministerio de Salud Pública considera que una señal de peligro es toda indicación que antecede a una complicación, desencadenando una patología, y que por lo menos las mujeres deben reconocer tres señales de peligro durante el **embarazo**, considerando que las principales causas de muerte materna son hemorragias, infección e hipertensión (4). Solo 4% (6 de 133) reconoce, por lo menos, tres señales de peligro durante el embarazo, siendo estas: hemorragia vaginal, edema y fiebre (Cuadro 10). Sin embargo en el distrito de salud No. 7 este porcentaje aumenta, cuando se les pregunta el reconocimiento de una señal de peligro, siendo estas las hemorragias vaginales 17% (2 de 133).

En cuanto a las señales de peligro durante el parto, las mujeres solo identifican una señal de peligro, el 27% (36 de 133) reconoce el sangrado vaginal intenso, el 25% (34 de 133) menciona el parto tardado mas de 8 horas y el 21% (31 de 133) no sabe (Cuadro 11).

Es preocupante que las mujeres no pueden reconocer la presencia de otras señales de peligro que pueden poner en riesgo su vida durante el **parto** siendo estas: presentación fetal podálica o transversa, palpación de múltiples partes fetales, signos de hipertensión inducida por el embarazo. fiebre mayor ó igual 38° centígrados (16). Lo anterior puede deberse a que dentro de la consejería que se brinda a estas mujeres únicamente se ha dado énfasis a las hemorragias, pero se ha dejado fuera de los programas de capacitación otras complicaciones que también pueden influir y desencadenar la muerte.

Únicamente 5 de 133 mujeres (3%), reconocen tres señales de peligro durante el **puerperio**, hemorragia, fiebre y presencia de coágulos malolientes, y el 31% (41 de 133) no sabe. (Cuadro 12) Sololá ha sido uno de los departamentos que más ha reportado muertes maternas, y estas están relacionadas en un 57% con la primera demora o sea el reconocimiento de las señales de peligro. (9) Sin embargo aún cuando los esfuerzos que se han realizado han sido muchos, las entidades de salud incluyen dentro de sus programas temáticas específicas para la socialización de información del reconocimiento de las señales de peligro, pero se considera que las estrategias utilizadas aún no están cumpliendo su cometido de lograr que de forma clara puedan identificar dichas complicaciones.

En relación a la segunda demora, se destaca que las mujeres consideran que es el esposo el responsable de tomar la decisión para su traslado cuando se presenten complicaciones obstétricas 37% (55 de 133), el 16% (22 de 133) creen que es el padre o la madre, el 15% indica que deben ser ellas mismas (23 de 133), la suegra ocupa el cuarto lugar con el 7% (10 de 133). (Cuadro 13) En algunas comunidades, principalmente en las áreas rurales de Sololá, la toma de decisiones es responsabilidad de personas ajenas a ese núcleo familiar, como las comadronas, facilitadores comunitarios de salud, líderes religiosos, y/o personal institucional de salud (17). Puede mencionarse que la mujer sigue relegada en la toma de decisiones, y ella le otorga la potestad a su conviviente para que sea él el que determine si puede buscar ayuda o no.

El 74% de las entrevistadas indicó que deben de decidir su traslado en menos de una hora, (99 de 133). El 47% que el esposo debe acompañarla durante el traslado (62 de 133). Y el 22% (30 de 133), considera que debe ser trasladada en una ambulancia, pues es un lugar seguro, equipado, con credibilidad en la comunidad, y sobre todo rápido. (Cuadros 14,15,16)

La falta de conocimientos, el bajo nivel socioeconómico y factores culturales, hacen que en comunidades de Sololá tenga que pasar un largo tiempo para el traslado de la mujer embarazada, o puérpera en búsqueda de una atención oportuna ante cualquier complicación identificada, sin embargo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han coordinado acciones con organizaciones locales y municipalidades para la creación de comisiones de salud, y poder involucrar a la comunidad para contar con medios adecuados para el traslado, desde personal permanente hasta vehículos o lanchas de emergencia, en cuyos servicios se minimice el gasto económico para las familias. (4,17,18)

En cuanto al conocimiento de que si existe un comité comunitario de emergencia, 68 de 133 mujeres respondieron sobre la existencia de un comité (51%), y que está integrado por la

comadrona, el alcalde auxiliar y otro, mientras que el 37% indica que no y 12% no sabe (16 de 133) (Cuadro 17, 18). Desde el 2004 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con la asistencia técnica del Proyecto de Salud Materno Neonatal promovió la participación comunitaria mediante la implementación de planes de emergencia comunitaria, coordinando y capacitando a organizaciones comunitarias y a proveedores de salud, para definir y organizar los esfuerzos eficientes y rápidos ante las complicaciones obstétricas (19), por lo que se ha podido evidenciar la evolución que en este aspecto se ha tenido mediante la coordinación oportuna con todos los actores importantes en aspectos de salud dentro de la comunidad.

Para la tercera demora, accesibilidad de los servicios, se puede mencionar que el traslado de la mujer embarazada o puérpera, el 31% (42 de 133), debe recorrer caminando o en carro 15 minutos, mientras que en lancha el 13% (18 de 133) se tardarían 30 minutos, considerando que los trayectos de acceso hacia el centro asistencial mas cercano, se logra por vía lacustre y por vía terrestre (Cuadro 19). Los municipios de San Marcos y San Pablo la Laguna, cuentan con ambulancias las 24 horas y actualmente el Ministerio de Salud tiene disponible una Ambulancia en Santa Cruz la Laguna, lo lamentable es que aún cierta población no conoce el servicio disponible (Cuadro 16).

El 47% identifica al Centro de Salud de San Pablo la Laguna, como servicio de salud para atención de complicaciones obstétricas (62 de 133), 23% al puesto de salud (30 de 133), y 19% (25 de 133) a otro servicio (Cuadro 20).

En lo que se refiere a la cuarta demora, el recibir servicios de calidad de atención materna, conlleva que exista personal calificado que sea capaz de reconocer la emergencia obstétrica, que existan suficientes insumos, medicamentos para atender emergencias y que siempre estén disponibles, además de equipo esencial con reserva de sangre para garantizar un parto sin riesgo (17).

En los servicios de salud de Sololá, se está iniciando un proceso dentro del cual se pueda cumplir con todos estos requerimientos, y en el distrito de salud No. 7, se está estableciendo centros de atención permanente para que todas esas complicaciones detectadas puedan ser estabilizadas para referir a un centro de atención mas especializados como lo es el Hospital Nacional de Sololá. Lo difícil es lograr esa credibilidad dentro de la población, y esto ha sido superado por el Centro de Salud de San Pablo la Laguna, a quien las mujeres identifican como servicio importante dentro de su comunidad (Cuadro 20).

En relación al conocimiento de las principales fuentes de información, 91 de 133 (68%) indicaron que si han recibido información, de ellas 29% (38 de 133), la ha recibido a través de personal del centro de salud; y del personal de otras instituciones 15% (20 de 133) (Cuadro 21,22) Ramos Cruz MS (21), concluyó que desarrollar actividades y material de información, educación y comunicación, así como procesos de movilización comunitaria, especialmente con mujeres embarazadas, personas de la comunidad y agentes comunitarios de salud (comadronas) aumenta la demanda de atención materna y perinatal en casos de complicaciones obstétricas, y con ello se contribuye a la reducción de la mortalidad materna (21). Puede mencionarse que este es un pilar clave en la reducción de la muerte materna, proporcionar información adecuada, les permite tomar decisiones en lo que se refiere a su salud, y reconocer las señales de peligro y las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, para seguir los procedimientos de programas de atención en salud ya establecidos.

7. CONCLUSIONES

- 7.1** Las características epidemiológicas que las mujeres embarazadas o puérperas presentan, en el distrito de Salud No. 7, son: 35% está comprendido entre el grupo de menores de 19 años, el estado civil es unida 64%, su ocupación es personal doméstico 95%, 59% sabe leer y escribir, mientras que el 51% estudió el nivel primario, lo cual permite de manera concreta abordar las intervenciones en esta temática.
- 7.2** Los conocimientos que tienen las mujeres embarazadas o puérperas, en relación a las señales de peligro, la toma de decisiones para el traslado de pacientes, existencia de planes de emergencia y los servicios de salud para a la atención de complicaciones obstétricas, son: reconocen la hemorragia como señal de peligro en el embarazo 17%, parto 27% y puerperio 11%. El 37% menciona al esposo como el responsable de la toma de decisiones para el traslado ante una complicación obstétrica, el 51% si conocen los planes de emergencia comunitaria y 46% reconoce al Centro de Salud de San Pablo la Laguna como servicio de salud importante para la atención de complicaciones obstétricas.
- 7.3** La principal fuente de información que las mujeres embarazadas o puérperas identifican de los municipios de San Marcos la Laguna, San Pablo la Laguna y Santa Cruz la Laguna es: el personal del Centro de Salud de San Pablo la Laguna como los personajes mas acreditados que han brindado la información sobre el modelo de las cuatro demoras, entre ellos Medico, Enfermeras y Educadoras.

8. RECOMENDACIONES

A:

8.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Ministerio de Educación

8.1.1 Promover programas conjuntos en educación en salud reproductiva, formal y no formal, dirigidos al grupo de mujeres menores de 19 años, haciendo énfasis en el modelo de las cuatro demoras que incide en la mortalidad materna en Guatemala.

8.1.2 Proporcionar educación permanente, culturalmente apropiada dirigida a mujeres embarazadas y que no saben leer ni escribir, pero que necesitan recibir conocimientos sobre el modelo de las cuatro demoras, y validarlos localmente.

8.2 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

8.2.1 Promocionar el modelo de las cuatro demoras en el grupo de mujeres embarazadas, a través del personal institucional de salud localmente instalado, médico, enfermera y educadora, y que se haga énfasis en la identificación de señales de peligro, el conocimiento del Plan de emergencia comunitaria.

8.2.2 Que la promoción del modelo de cuatro demoras se haga mediante metodología participativa a través de un enfoque andragógico y cultural.

8.2.3 Generar sistema de monitoreo para cada municipio, validado localmente.

8.3 Dirección de Área de Salud de Sololá:

Puestos de Salud, Centros de Salud, Centros de Atención Permanente, Hospital Nacional:

8.3.1 Promover estudios de validación del proceso del modelo de las cuatro demoras, y que sea generado por el Centro de Salud de San Pablo la Laguna, que incluyan: la sistematización de programas de capacitación, evaluación de estrategias utilizadas y el abordaje dentro de la temática de las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.

8.3.2 Implementen un sistema de consejería permanente, en donde se sensibilice a las mujeres embarazadas y puérperas sobre el modelo de las cuatro demoras, y que por cualquier razón que se visite los servicios las familias puedan estar bien informadas.

8.3.3 Crear material audiovisual apropiado culturalmente por medio del cual el mensaje sea sencillo de comprender, aún cuando las mujeres no sepan leer ni escribir.

8.4 Distrito de Salud de San Pablo la Laguna

8.4.1 Fomentar capacitación, talleres participativos y prácticos, al personal de los servicios de salud: puestos, centro y CAP, para que se cuente con una información estandarizada del modelo de las cuatro demoras, principalmente el conocimiento de la identificación de las señales de peligro.

8.4.2 Facilitar la organización de autoridades locales, líderes y lideresas, organizaciones gubernamentales, personal de salud, y grupos comunitarios, que contribuyan a fortalecer los planes de emergencia comunitaria.

8.4.3 Incluir dentro del proceso de capacitación a la familia de las embarazadas o puérperas.

8.4.4 Promocionar la existencia de medios de transporte disponible durante las 24 horas en los servicios, y que estos sean incluidos dentro de los planes de emergencia.

8.5 Hospital Nacional de Sololá

8.5.1 Promover dentro del personal destinado a atender emergencias obstétricas, la estandarización de normas y procedimientos, para el reconocimiento y el tratamiento oportuno, así como el conocimiento del modelo de las cuatro demoras (cuarta demora).

8.5.2 Facilitar y mantener disponibles suficientes insumos, medicamentos, así como el equipo esencial para garantizar el parto sin riesgo.

8.5.3 Disponer de un programa de consejería permanente, en el que se haga énfasis a la paciente y a su familia sobre el modelo de las cuatro demoras.

8.6 Municipalidades de San Pablo la Laguna, San Marcos la Laguna y Santa Cruz la Laguna

8.6.1 Crear acuerdos municipales que permitan el apoyo a programas de salud preventiva, principalmente al modelo de las cuatro demoras.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera M M. Mortalidad Materna en el Mundo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68(6):536-543.[accesado 11 Septiembre 2008], p.536-543. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600015
2. Organización Panamericana para la Salud. Salud Integral de la mujer, salud sexual y reproductiva con énfasis en la reducción de la muerte materna. 2000.
3. Franco de Méndez N. Mortalidad materna en Guatemala: una tragedia inevitable. (Population Referente Bureau). Biblioteca Virtual en Población, Centro Centroamericano de Población. 2003. Disponible en: <http://www.poline.org/docs/275252>
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Línea basal de la mortalidad materna para el año 2000. Informe Guatemala: MSPAS; 2003.
5. Congreso de la República de Guatemala. Acuerdos de Paz. Guatemala 1996. [accesado 07 de septiembre de 2008] Disponible en: www.congreso.gob.gt/Docs/PAZ/Acuerdo%20de%20paz%20firme%20y%20duradera.pdf
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de Salud en Guatemala. Indicadores básicos. Informe final. Guatemala: MSPAS; 2001.
7. -----. Lineamientos estratégicos para la reducción de la muerte materna. Guatemala: MSPAS; 2008.
8. Díaz Morales EO. Modelo de las 4 demoras y su impacto en la mortalidad materna. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 2006.
9. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de epidemiología y sistema de información de salud. Memoria anual del departamento de Sololá, año 2007. Área de salud de Sololá. Informe final. Guatemala: MSPAS; 2003.
10. -----. Plan estratégico para reducir la muerte materna 2004-2008., Informe final. Guatemala: MSPAS; 2004.
11. Francis Gall. Diccionario Geográfico de Guatemala, Instituto Geográfico Nacional. (CD-ROM) Guatemala septiembre; 2000.
12. Municipalidad de Sololá. Directorio y Servicios de la Municipalidad de Sololá, Sololá. [accesado 07 de septiembre de 2008] Disponible en: www.infopressca.com/solola/director.php

13. Municipalidad de San Marcos la Laguna. San Marcos la Laguna. [accesado 08 de septiembre de 2008] Disponible en: www.atitlanresource.com/muni_acceso.htm
14. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones de la población por municipio. Período 2 000 – 2 010. Guatemala: INE; 2000.
15. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales, Ginebra 2005. [actualizada el 14 de abril de 2007; accesado 29 de agosto de 2008] Disponible en: <http://www.who.int/tb/wtbd2005/en>
16. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas generales de atención. Guatemala: MSPAS; 2008.
17. ----- . Estrategia AIEPI AINM-C. Componente comunitario. Manejo integrado de la mujer y recién nacido/a. Guatemala: MSPAS; 2004.
18. UNFPA. Mortalidad materna, actualización 2002. New York, Estados Unidos de América. 2002. [accesado 28 de julio de 200] Disponible en: <http://www.unfpa.org/publications>.
19. García Búrbaro H. Monitoreo de mortalidad materna comunitaria 2003 y morbimortalidad hospitalaria 2001-2003. departamento de Sololá. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 2004.
20. Maine Deborah. Evaluación de programas para mortalidad materna. New Cork. Universidad de Columbia, Facultad de Salud Pública, Centro para la Población, 1997.
21. Instituto Nacional de Centro América y Panamá, INCAP. Diplomado a distancia en la Salud de la Mujer, Modulo 1, Actualización en Obstetricia , Situación de la salud de la mujer. Guatemala: INCAP; 2004.
22. OPS; OMS, Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. 130ª sesión del comité ejecutivo, OPS, OMS. Washington, D.C. EUA, 24-28 de junio de 2002. [accesado 16 de agosto de 2008] Disponible en www.ops-oms.org.pa/boletines
23. Ramos Cruz MS. Factores asociados a la mortalidad materna. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 2003.

24. Franco Maldonado OE. Desempeño ocupacional de las comadronas en la atención del embarazo, parto y puerperio normal y complicado. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 2006.
25. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Evaluación de impacto, cambio de conducta y movilización comunitaria, componente materno neonatal. Informe del estudio de caso. Guatemala: MSPAS; 2004.
26. -----. Análisis de Muertes Maternas. Centro Nacional de Epidemiología. Guatemala enero-mayo 2007-2008. Guatemala: MSPAS; 2008.
27. -----. Morbimortalidad Materna. Centro Nacional de Epidemiología. Guatemala enero-diciembre 2007. Guatemala: MSPAS; 2007.
28. -----. Red de Servicios. Guatemala 2007. [accesado 28 de septiembre de 2008] Disponible en: www.mspas.gob.gt/menu/red_de_servicios/RISSvRM02.html.
29. Oficina Internacional del Trabajo. Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones. Ginebra: OIT. (accesado el 05 de octubre). Disponible en línea en: <http://www.igssgt.org/images/Recarnetizacion/ocupaciones.pdf>

10. ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
AREA DE SALUD DE SOLOLÀ

Conocimientos de las mujeres embarazadas o en el puerperio de las cuatro demoras que inciden en la mortalidad materna en los municipios de San Pablo la Laguna, San Marcos la Laguna y Santa Cruz la Laguna.

Esta Información es para las mujeres embarazadas o en el puerperio de los municipios de San Pablo la Laguna, San Marcos la Laguna y Santa Cruz la Laguna.

Respetable señora: este es un estudio de investigación que se realiza en el municipio donde usted vive, con este estudio vamos a determinar si las mujeres tienen conocimientos sobre las cuatro demoras que ponen en riesgo su vida, (las señales que ponen en peligro su vida, quien es el responsable de tomar decisiones en el hogar para que cuando se presente una emergencia y si acude a los servicios de salud existentes) durante el embarazo, parto o pos parto. Solo se toman en cuenta a las mujeres que han estado embarazadas o han tenido parto durante los meses de enero a julio del año dos mil ocho, y servirá de mucho para que otras mujeres puedan recibir información sobre estos peligros y así evitar la muerte materna.

YO: _____ residente en el municipio de: _____, después de haber recibido la información de parte de la investigadora, sobre el estudio de investigación que persigue la "Evaluación de los conocimientos de las 4 demoras en la reducción de la mortalidad materna", estando informada de la ayuda que puede dar a mi comunidad, **ACEPTO PARTICIPAR**, brindando la información que se me solicite.

Dado en el municipio de: _____, a los _____ días del mes de _____ del año 2008.

Firma o huella digital

Anexo 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DE SOLOLA
DISTRITO DE SALUD No. 7

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Instrucciones: Anotar en los espacios correspondientes, la respuesta que las mujeres indiquen, explicándoles cada uno de los siguientes enunciados.

SECCIÓN 1: DATOS GENERALES

1. BOLETA No.

2. MUNICIPIO

<input type="checkbox"/>	San Pablo la Laguna
<input type="checkbox"/>	San Marcos la Laguna
<input type="checkbox"/>	Santa Cruz la Laguna

SECCIÓN 2: CARACTERIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

3 EDAD (años)

Menor de 15 años
De 15 a 19 años
De 20 a 24 años
De 25 a 29 años
De 30 a 34 años
35 años o mas

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

4 ESTADO CIVIL

<input type="checkbox"/>	Soltera
<input type="checkbox"/>	Casada
<input type="checkbox"/>	Unida
<input type="checkbox"/>	Viuda
<input type="checkbox"/>	Otra

5 OCUPACIÓN:

Vendedora ambulante
Personal doméstica
Otra
Ninguna

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

6 ALFABETIZACIÓN

Sabe leer y escribir

<input type="checkbox"/>	SI
<input type="checkbox"/>	NO

7 LUGAR DE RESIDENCIA

San Pablo la Laguna

<input type="checkbox"/>	Sector I
<input type="checkbox"/>	Sector II
<input type="checkbox"/>	Sector III

San Marcos la Laguna

<input type="checkbox"/>	Barrio I
<input type="checkbox"/>	Barrio II
<input type="checkbox"/>	Barrio III

Santa Cruz la Laguna

Cabecer municipal
Tzununà
Jaibalito
Pajomel

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Chuitzanchaj
Chaquijchoy
Laguna Seca

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

8 CONTROL PRENATAL

SI	<input type="text"/>
NO	<input type="text"/>

Dónde

SECCIÒN 3: CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE PELIGRO			
9	Cuàles son las señaes del embarazo que ponen en peligro su vida		
	Hemorragia vaginal		
	Edema		
	Ataques o convulsiones		
	Fiebre		
	otro.		
10	Cuàles son las señaes que ponen en peligro su vida durante el parto		
	Parto tardado (mas de 8 horas)		
	Sangrado vaginal intenso		
	Ataques o convulsiones		
	La placenta no sale en 30 minutos		
	otro		
11	Cuàles son las señaes que ponen en riesgo su vida, durante los 42 dias pos parto		
	Hemorragia vaginal		
	Fiebre		
	Càgulos malolientes		
	Dolor fuerte de estòmago		
	Convulsiones		
	otro		

SECCIÒN 4: CONOCIMIENTOS SOBRE LA TOMA DE DECISIONES

12 Què persona es la que decide que debe buscar ayuda para que si se presenta una complicaciòn durante el embarazo, parto o pos parto, busquen ayuda inmediatamente.

En la familia:

Usted misma

Esposo

Suegro o suegra

Padre o madre

Fuera de la familia

Sacerdote

Pastor

Comadrona

Ambos

13 Cuanto tiempo decide el traslado

Menos de 1 hora

De 1 a 6 horas

De 6 horas a 12 horas

De 12 horas o mas

SECCIÓN 5: CONOCIMIENTO SOBRE PLAN DE EMERGENCIA

- 14** Quien debe acompañarla si es necesario llevarla para que la atiendan por presentarse alguna emergencia
- Esposo
 - Suegro o suegra
 - Padre o madre
 - otro
- | |
|--|
| |
| |
- 15** Por que medio de transporte podria trasladarse a otro lugar para que la atendieran si se presenta una complicación
- carro
 - Lancha
 - Ambulancia
 - otro
- | |
|--|
| |
| |
- 16** Usted sabe si xiste un comité comunitario de emergencias
- SI
 - NO
 - NO SABE
- | |
|--|
| |
| |
- 17** Quienes son las personas que están integrando el comité comunitario.
- Alcalde auxiliar
 - Facilitador comunitario
 - Comadrona
 - Otro
- | |
|--|
| |
| |
- 18** Cuánto considera Usted que es el tiempo que debe recorrer para su traslado
- No. Minutos (caminando) _____
- No. Minutos (Lancha) _____

SECCIÓN 6: CONOCIMIENTOS SOBRE LA EXISTENCIA DE SERVICIOS DE SALUD PARA ATENCIÓN DE COMPLICACIONES

- 19** Usted sabe que existen lugares en donde le pueden prestar ayuda si se presentara alguna complicación durante el embarazo, parto y 42 días después del parto.
- SI
 - NO
- | |
|--|
| |
| |
- 20** Puede mencionar los lugares que Usted sabe que existen
- Primer Nivel**
- Centro de atención comunitario, (convergencia)
 - Puesto de Salud
- | |
|--|
| |
| |
- Segundo Nivel**
- Centro de Salud
 - Centro de atención médica permanente (CAP)
 - Centro de atención integral materno infantil (CAIMI)
- | |
|--|
| |
| |
- Tercer Nivel**
- Hospital Nacional de referencia
- | |
|--|
| |
| |
- 21** A dónde prefiere asistir Usted para que la atiendan
-

SECCIÓN 7: FUENTES DE CONOCIMIENTO

22 Usted ha recibido información sobre las señales de peligro durante el embarazo, parto o puerperio

SI

NO

NO RECUERDA

23 Quien o quienes le han informado sobre este tema

Equipo básico de salud

Personal del centro de salud

Personal de otras instituciones

Familiares

Amistades

Guias religiosos

Radio

TV

Periódicos

Revistas

Otros

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN iii