

- En **Carretera**, no fue posible hacer el traslado en la fecha estipulada debido a que Caprecom presentó diversos problemas de tipo administrativo a nivel central lo que dificultó la contratación de los vehículos para el traslado, y posteriormente se presentaron inconvenientes con la contratación con la IPS- como se mencionó previamente- por lo cual el proceso de canalización de las gestantes no se llevó a cabo de la manera acordada y en este momento hay algunas gestantes que no han acudido al control prenatal.
- En **Río Abajo**, 2 las gestantes de Wacará fueron captadas en el último mes por lo cual no se ha llevado a cabo el proceso de canalización a los servicios de salud, en las demás comunidades se han presentado inconvenientes con los medios de transporte, la mayoría de motores se encuentran en este momento en reparación, lo cual ha dificultado el traslado de las pacientes hacia la ciudad de Mitú.

Capitanes

En la zona de Río Abajo se logró que los capitanes se comprometieran a trasladar a las gestantes para las actividades de control prenatal y para la atención del parto con la garantía de devolución del combustible utilizado en este transporte

Gestantes

Caracterización

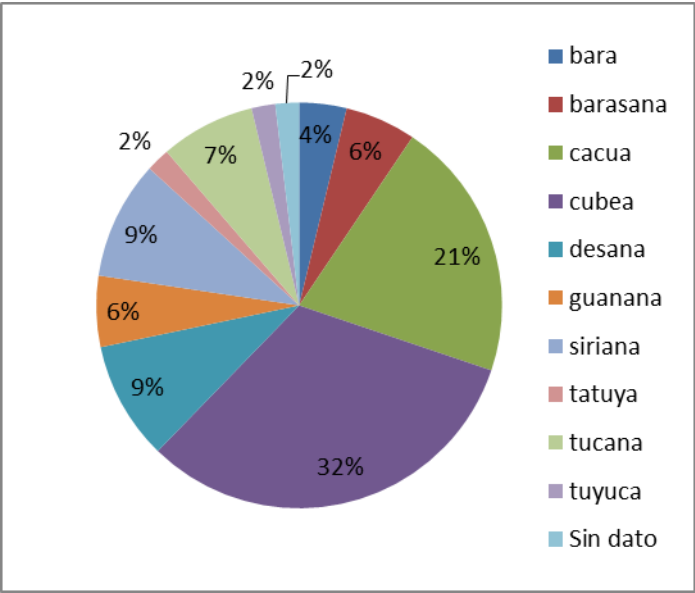
Las 53 mujeres pertenecen a 13 comunidades de las 18 del área suburbana de Mitú, 36% pertenecen a la zona de Carretera y el 64% pertenecen a la zona de Río Abajo (Tabla 2).

Tabla 2 Gestantes de 11 comunidades indígenas del área suburbana de Mitú. 2012-2013

Zona	Comunidad	Nº de gestantes	Mujeres edad fértil	Incidencia de embarazos en MEF
Carretera n=19 (36%)	Bogotá Cachivera	2	24	8,33
	Ceima Cachivera	2	24	8,33
	Cucura	1	15	6,67
	La Sabana	1	9	11,11
	Murutinga	4	38	10,53
	Pueblo Nuevo	6	43	13,95
	Timbó de Betania	3	27	11,11
Río abajo n=34 (64%)	Garrafa	3	14	21,43
	Macaquiño	11	49	22,45
	Santa Marta	2	35	5,71
	Trubón	3	33	9,09
	Tucunaré	4	29	13,79
	Wacará	11	43	25,58
		53	383	13,84

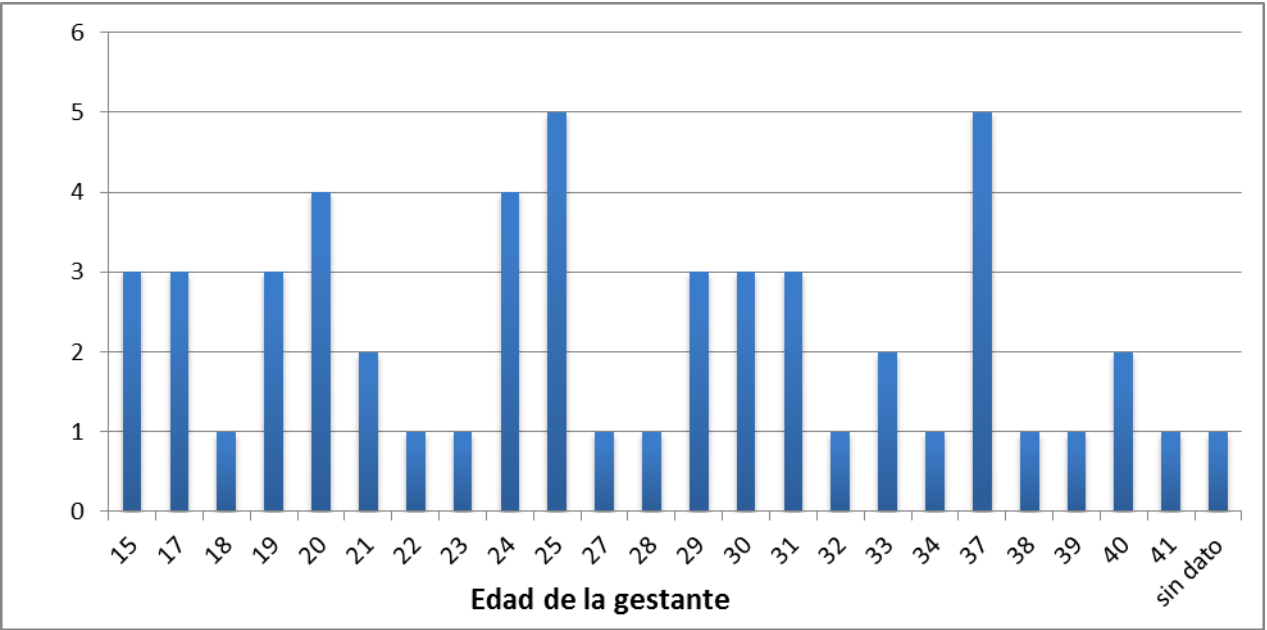
La distribución por **pueblos indígenas** se muestra en la gráfica 1. Se encontraron 10 etnias diferentes en la muestra. No hay dato de etnia de 1 gestante debido no se registró este dato en una de las gestantes captadas por el hospital. Se evidencia que la mayoría (32% (17/53)) pertenecen al pueblo Cubea, seguidos por el Cagua (21% (11/53) y Siriano y Desano 9% (5/35)) cada uno, distribución que semeja la composición de los pueblos indígenas de la zona.

Gráfica 2 Distribución por pueblo indígena de las 53 gestantes del área suburbana de Mitú. 2012-2013

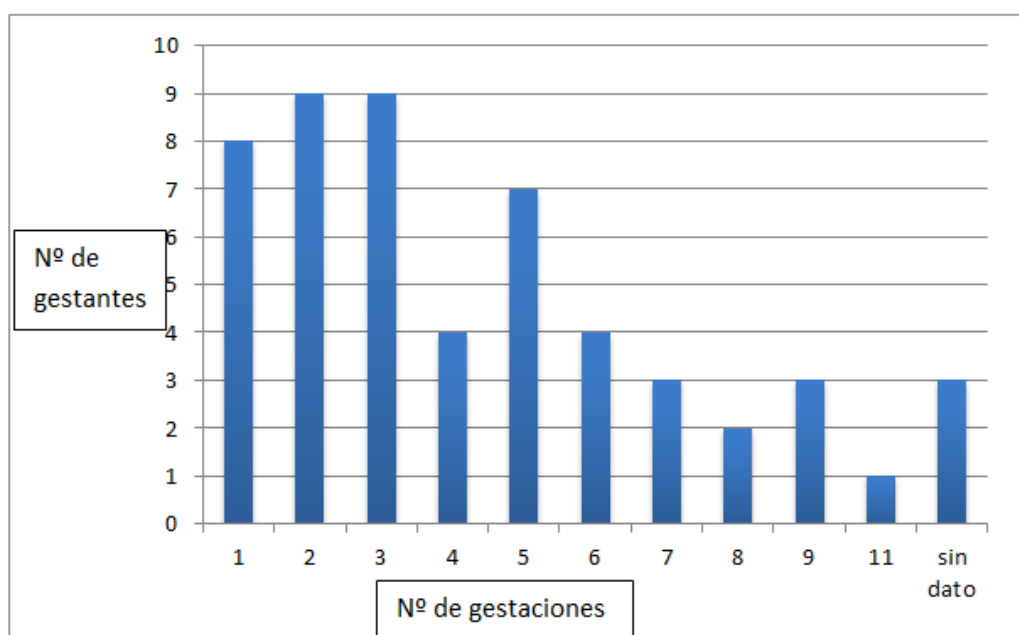


La **edad** de las gestantes oscila entre 15 y 41 años, con promedio de 27,9. La moda son 25 y 37 años y la mediana es de 30 años (Gráfica 2).

Gráfica 3 Distribución por edad. Gestantes de la zona suburbana de Mitú, 2012-2013.



La **paridad** de las gestantes captadas se presenta en la gráfica 3. El número de gestaciones promedio es 4,8, con una moda de 3 y 5 cada una con 6 gestantes y una mediana de 5. No se obtuvo el dato de 5 mujeres.



Gráfica 4- Paridad- Gestantes captadas en la zona suburbana de Mitú. 2012-2013

Aplicación de lista de chequeo

La lista de chequeo se aplicó a 51 gestantes de las 53 de la base de datos (96%). No se aplicó a las 2 detectadas por el hospital. 22 gestantes (41,5%) no presentaban ningún factor de riesgo 27 presentaba al menos un factor de riesgo y de ellas 6 presentaban más de 2 factores (tabla 3). El factor que más se detectó fue edad materna avanzada (mayor de 35 años) y la falta de valoración por parte del médico tradicional o payé. Dos auxiliares notificaron multi gestantes, factor que no se encontraba inicialmente entre la lista de chequeo pero que fue posteriormente incluido. Llama la atención el alto porcentaje de gestantes con antecedente de muerte perinatal/neonatal (10%), así como el alto número de gestantes que consumen alcohol.

Tabla 3: factores de riesgo detectados con lista de chequeo-Gestantes del área suburbana de Mitú.2012-2013

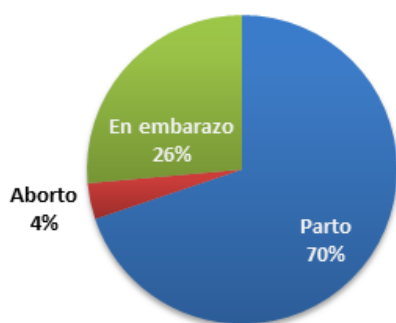
Factor de riesgo	Nº de gestantes	%
Edad materna avanzada	10	18,9
No valoración por paye	10	18,9
Antecedente de muerte neonatal/perinatal	5	9,4
Dolor pélvico	5	9,4
Consumo de alcohol	4	7,5
Adolescentes	3	5,7
Cesárea previa	2	3,8
Multigestante	2	3,8
Antecedente de aborto	1	1,9
Hábito de fumar	1	1,9

Eclampsia embarazo anterior	1	1,9
Antecedente de embarazo ectópico	1	1,9

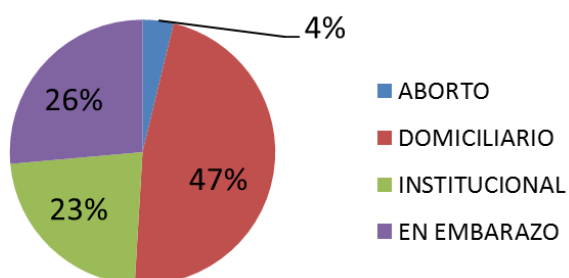
Seguimiento a la gestante

A todas las gestantes que acudieron a control prenatal en el hospital se les realizaron los paraclínicos básicos de control prenatal. A una de ellas se le detectó una serología reactiva para sífilis y recibió el tratamiento, el neonato no presentó ninguna alteración. A final de abril, 37 (69,8%) de las gestantes captadas ya habían tenido su parto, 2 presentaron aborto, y 14 (26%) aún se encontraban en embarazo.

Situación Gestantes -Abril 2013-Vaupés

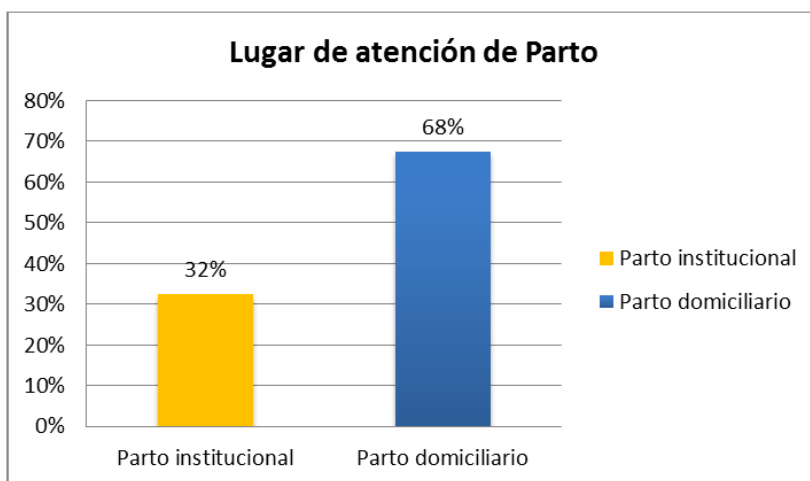


Gráfica 4. Situación de gestantes captadas a abril 2013. Zona suburbana de Mitú.



Gráfica 5-Situación de gestantes captadas a abril 30 de 2013. Zona Suburbana Mitú. 2012-2013

En la evaluación acerca del lugar de atención del parto, la mayoría fueron domiciliarios (25) y solamente 12 fueron atendidos en instituciones de salud (Gráfica 5).



Gráfica 6. Lugar de atención del parto de las gestantes en seguimiento a abril 2013. Zona suburbana Mitú. 2012-2013

En relación a las 37 mujeres que tuvieron parto, 48,6% (18/37) tuvieron al menos un control prenatal por profesional. Ocho gestantes no fueron vistas por profesional del hospital debido a que fueron captadas entre los meses de marzo y abril, y debido a la dificultad con el convenio entre la EPS y la ESE, para el 30 de abril no se alcanzó a asegurar el proceso de canalización y atención, si bien fueron valoradas por los auxiliares y el promotor recibiendo micronutrientes.. De las mujeres que tuvieron parto domiciliario solo el 44% tuvieron control prenatal (11/25). Entre las que no fueron vistas en consulta médica, 7 fueron inscritas en el programa de control prenatal pero no acudieron a la cita de control. La mayoría de las gestantes que tuvieron parto institucional (58%) tuvo al menos un control prenatal, solamente una gestante (8,3%) no acudió a controles prenatales en el hospital y dos de las pacientes (16,7%) no estuvieron en controles y acudieron únicamente al parto institucional. (Ver tabla 4)

Tabla 4: Distribución de controles prenatales y lugar del parto para gestantes del área suburbana de Mitú, 2012-2013.

	Domiciliario	%	Institucional	%	TOTAL	%
No	7	28	1	8,3	8	21,6
Solo inscripción	7	28	2	16,7	9	24,3
Médico	10	40	5	41,7	15	40,5
Ginecólogo	1	4	2	16,7	3	8,1
Urgencias	0	0	2	16,7	2	5,4
TOTAL	25	100	12	100	37	100

De las 37 gestantes que tuvieron por lo menos un control prenatal, solamente el 8% accedieron a este durante el primer trimestre de la gestación, mientras que el 37,8% ingresa tardíamente a controles durante el tercer trimestre (14/37)

Tabla 5: Edad gestacional (trimestre) al primer control prenatal Mitú-2012-2013

Trimestre	Nº de gestantes	%
Primer	3	8,1
Segundo	18	48,6
Tercer	14	37,8
Sin dato	2	5,4
Total	37	100

El 30% de gestantes captadas durante el proyecto no accedieron a control prenatal, de las cuales 8 se encuentran aún en embarazo, por lo cual se considera que podrían acudir a los controles y en consecuencia solamente el 15% del total de gestantes (8/53) no habría recibido ningún tipo de control prenatal.

Hay que resaltar que en este periodo se presentaron diversos inconvenientes administrativos, que ya se han mencionado previamente, que dificultaron el acceso al control prenatal oportuno.

Durante el periodo que se viene analizando se presentaron dos muertes perinatales, una posterior al parto secundaria a hipoxia perinatal por doble circular de cordón en un parto gemelar y una de causa desconocida, asociada a un recién nacido de bajo peso al nacer y sin adecuada recuperación y ganancia de peso durante las primeras semanas de vida. En el capítulo de vigilancia en salud pública se hace una descripción de estos casos.

2.2.4 Discusión

Ha sido un proceso lento en el que, durante los ceses de actividades, no hubo un seguimiento adecuado de gestantes, puérperas y recién nacidos y se perdieron procesos adelantados cuando apenas se estaba comenzando. No obstante, los resultados obtenidos durante el tiempo de implementación permiten una reflexión sobre la situación de las gestantes de las zonas de Carretera y Río Abajo.

La distribución por zonas muestra que hay una proporción mucho mayor de gestantes en el río que en la carretera, aunque entre los factores evaluados i en la caracterización familiar no se encontraron diferencias significativas entre las dos zonas en cuanto al uso de métodos de regulación de la fertilidad. En las discusiones con las comunidades acerca de este fenómeno aún no se han logrado identificar las causas del mismo. Una de las explicaciones plausibles es la prohibición de usar métodos de planificación relacionada con la influencia religiosa (evangélica) en la zona del río, sin embargo la comunidad que más gestantes tiene en el momento es Macaquiño, en la cual no se practica este culto. Más aún, en la comunidad de Wacará, comunidad evangélica, se encontró que las mujeres referían un gran deseo de planificación por lo cual se les dictó una charla al respecto. Es de anotar que el equipo de Sinergias en terreno se enfrentó a una situación dilemática en cuanto al tema de regulación de la fertilidad en esa comunidad ya que la totalidad de esta población pertenece a la etnia Cagua, grupo que se encuentra entre los 87 pueblos en peligro de desaparecer y, al mismo tiempo, la

maternidad se asocia en esta comunidad con alta morbilidad y mortalidad. Es indudable que se requiere una discusión profunda sobre lo ético de establecer en el cuerpo de las mujeres la responsabilidad de la preservación de un grupo étnico desconociendo el peso de enfermedad que implica la maternidad pero también la importancia que implica la adecuada calidad de vida de estas mujeres en la supervivencia de esos hijos que han procreado.

En cuanto al embarazo se encontró que este se presenta desde la adolescencia y se prolonga durante toda la vida reproductiva incluso en edades que son consideradas como factor de riesgo para complicaciones durante la gestación y el parto. Lo cual coincide con los hallazgos obtenidos en el estudio cualitativo, donde la gestación en un momento importante en la vida de la mujer, y este se presenta con mucha frecuencia en la vida de las mismas. Una edad igual o mayor a 36 años fue el factor de riesgo que se encontró con mayor frecuencia en la población evaluada. Es importante anotar que la edad avanzada se asocia a un mayor número de complicaciones durante el trabajo de parto asociadas entre otras causas a la multiparidad, mayor riesgo de aneuploidías, preeclampsia y diabetes gestacional. En la muestra evaluada se encontró un promedio de 4,8 hijos lo cual puede estar relacionado con el gran valor social que tienen los hijos dentro de estas comunidades indígenas, sin embargo estudios en población latinoamericana señalan un aumento de la morbilidad materna relacionada con la multiparidad^{10,11,12}.

En concordancia con lo encontrado en el estudio cualitativo se evidencia que el momento de captación y de inicio de los controles prenatales es tardío, en su mayoría entre el 2do y 3er trimestre de gestación, ya que la certeza del embarazo se tiene tardíamente y además a factores socioculturales ya que es considerado un evento muy íntimo que no se comparte tan fácilmente con personas ajenas a la familia, sino hasta el momento en que es evidente.

Hay que resaltar que durante este corto proceso de detección y canalización obstétrica se logró que más de la mitad de las gestantes tuvieran al menos un control prenatal, que un tercio de los partos fueran institucionales y que las puérperas de los partos domiciliarios fueran evaluadas para signos de alarma de complicaciones. Según lo encontrado en las encuestas de prácticas clave que se presentó en informes previos, anteriormente solo el 44% de las mujeres de las comunidades de Carretera y Río Abajo asistían al control prenatal y únicamente 39% de los partos habían sido atendidos en el hospital o en el puesto de salud.

Estos resultados ponen en evidencia que sí es posible impactar la salud materna si:

- Se unen esfuerzos y se buscan estrategias que involucren tanto a las instituciones como a las comunidades.
- Se implementan procesos de capacitación al personal de salud que trabaja en terreno el cual, debido a las condiciones de alta dispersión de la población y las dificultades de acceso a los servicios de salud, suele ser el único contacto de las comunidades más alejadas con el sector salud.

Surge no obstante la reflexión sobre la importancia que tiene el generar mecanismos para acercar los servicios de salud a las poblaciones dispersas del área rural, como por ejemplo crear sitios de atención que centralicen la atención materna e infantil en lugares más cercanos

a estas áreas así como mejorar el acceso a medios de comunicación y a mecanismos que permitan la referencia y contrarreferencia oportunas.

Dentro de éstas iniciativas es fundamental considerar la importancia de las adaptaciones socioculturales que permitan una adecuada prestación de los servicios por múltiples razones ya estudiadas que se exponen a continuación:²⁴

El sistema tradicional de salud y el occidental, al tener origen en diferentes cosmovisiones, pueden entrar en conflicto. Esta situación se expresa en ocasiones en el trato discriminatorio de parte del equipo de salud hacia los usuarios de origen indígena, generándose en estos últimos una percepción de que está en oposición con su sistema tradicional de salud. La falta de comprensión, tolerancia y respeto por parte del personal de salud hacia la cultura del usuario indígena es una de las barreras que generan y perpetúan el bajo uso de los servicios de salud accidentales por parte de la población indígena.

Las percepciones culturales de los síndromes de complicaciones del embarazo y el parto están impregnadas de la cosmovisión indígena y de su manera de entender la salud y la enfermedad. Aunque se en ocasiones estas poblaciones saben reconocer las complicaciones, no se reconoce a tiempo la gravedad de la situación como por ejemplo la gravedad de la hemorragia obstétrica o el riesgo de una ruptura uterina por una cicatriz uterina por cesárea anterior.

En las comunidades indígenas, el comportamiento reproductivo está influenciado por las expectativas y las normas culturales explícitas o tácitas de reproducción y de continuidad de la etnia y está relacionado directamente con el prestigio femenino. La baja percepción del riesgo obstétrico en comunidades indígenas es resultado de su cosmovisión y de su forma de entender el embarazo y parto como un evento natural.

La autonomía de la mujer es entendida como la libertad de elección y de acción de la mujer para determinar dónde y con quién atender su parto. Tal autonomía está limitada por la jerarquía de roles de género que se establece a partir de la ruptura del equilibrio intrínseco a los conceptos de dualidad y complementariedad derivados de su cosmovisión.

En las comunidades evaluadas en el área suburbana de Río Abajo y Carretera sería posible que la capacitación de personal femenino para que realice las tareas de captación y canalización pueda mejorar la detección oportuna, ya que las mujeres por lo general sienten mayor confianza de compartir estos eventos de su esfera privada con otras mujeres.

Así mismo, vale la pena plantear la discusión sobre la posibilidad de que la capacitación del personal del terreno incluya intervenciones simples que pueden tener gran impacto en la mortalidad materna, como el uso de oxitócicos por parte de los auxiliares de enfermería en las poblaciones más alejadas, sobre todo si se tiene en cuenta que la hemorragia posparto es una de las tres primeras causas de muerte materna. Lamentablemente, en la actualidad la legislación vigente prohíbe al personal no profesional hacer uso de cualquier medicamento.

²⁴ Cordero Muñoz, L., Luna Flórez, A., Ram, V., & Elena, M. (2010). Salud de la mujer indígena. Intervenciones para reducir la muerte materna.

Otro de los factores de riesgo que se detectó con alta frecuencia entre el grupo de gestantes de la zona, fue la falta de valoración por parte del Payé o sabedor tradicional lo cual muestra que muchas de las mujeres dentro de la comunidad no reciben ningún tipo de atención durante el embarazo, ni por parte de la medicina occidental, ni de la medicina tradicional. . Ahora que se cuenta con el estudio cualitativo en el cual las mujeres referían que se acude al sabedor es en el momento del parto o cuando se presentan complicaciones, pero no es una consulta de rutina durante la gestación, es por esto que habría que analizar la pertinencia de tener este aspecto como factor de riesgo o más bien averiguar más acerca de la red de apoyo con la que cuenta la gestante.