

TITULO

PERTINENCIA DE LA REFERENCIA DE PACIENTES CON RIESGO OBSTÉTRICO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD COMUNITARIO Y RESPUESTA DE OTROS NIVELES DE ATENCIÓN.

SUBTITULO

Estudio descriptivo retrospectivo sobre la referencia de pacientes con riesgo obstétrico de los municipios de Santa Bárbara y Todos Santos Cuchumatán, departamento de Huehuetenango y respuesta del Hogar de espera de maternidad y Hospital departamental, agosto del 2,000 a agosto del 2,001.

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Planteamiento del problema	2
III.	Justificación	3
IV.	Objetivos	5
V.	Marco teórico	6
VI.	Metodología	21
VII.	Resultados	25
VIII.	Conclusiones	45
IX.	Recomendaciones	46
X.	Resumen	47
XI.	Referencia Bibliográfica	48
XII.	Anexos	50

I. INTRODUCCIÓN

Los hogares de espera de maternidad son servicios ubicados cerca de una institución médica calificada, en donde la mujer con embarazo de alto riesgo pueda esperar a que comience su trabajo de parto garantizando una atención prenatal calificada desde el hospital y su rápido traslado a éste al inicio del parto con el único fin de reducir la mortalidad materna.

La tasa de mortalidad materna es un indicador de salud por medio del cual se evidencia la gravedad y magnitud de las repercusiones negativas en la salud, por lo que la creación de estos hogares maternos se ha tomado como una alternativa para ayudar a reducir el número de muertes maternas, tal es el caso del centro creado en el departamento de Huehuetenango ante la necesidad de reducir la tasa de mortalidad materna en esta región, ya que para el año de 1999 fue de 163.8 x 100,000 nacidos vivos.

Este estudio se realizó en los municipios de Santa Bárbara y Todos Santos Cuchumatán del departamento de Huehuetenango, evaluando la pertinencia de las referencias que el personal de salud comunitario realizó al Hogar de Espera de Maternidad, basándose en el grado de conocimiento sobre embarazo de alto riesgo que dicho personal tiene y la respuesta del hogar materno y hospital departamental ante dichas referencias.

Para el efecto se entrevistaron a 23 miembros del personal de salud comunitario del municipio de Santa Bárbara y 24 del municipio de Todos Santos Cuchumatán entre los que se incluyeron a Comadronas, Promotores de salud, Enfermeras y Médicos de la ONG, encontrándose que principalmente comadronas y promotores no tienen el conocimiento suficiente sobre embarazo de alto riesgo, ignorando también el proceso de referencia (incluyendo la escala de valoración de riesgo obstétrico), aunado a la inadecuada forma de impartir la educación en salud por parte del personal encargado, puesto que no se toma en cuenta el idioma, analfabetismo y cultura de la región (principalmente en el municipio de Santa Bárbara), por lo que ellos no hacen referencias; las pocas referencias recibidas en un año las efectuaron personal de enfermería y médicos, las cuales han sido pertinentes. La respuesta que el hogar de espera de maternidad y hospital departamental le dieron a estas referencias fue la adecuada. Se recomienda mejorar el sistema de educación al personal de salud comunitario tomando en cuenta los factores antes mencionados, así como hacer más promoción sobre la existencia de este centro y los beneficios que proporciona a la comunidad con el fin de alcanzar el objetivo de reducir la tasa de mortalidad materna.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna constituye un problema ya que es un indicador de la gravedad y magnitud de las repercusiones negativas en la salud por lo que se hace imperativo buscar alternativas para poder resolverlo. Entre dichas alternativas se consideran las acciones que diferentes organizaciones realizan en Guatemala y específicamente en el departamento de Huehuetenango entre ellas, la creación de Hogares de espera de Maternidad. Sin embargo se hace necesario plantearse ciertas interrogantes tales como: ¿ Son pertinentes las referencias que se hacen a estos centros? ¿El personal de salud comunitario esta capacitado para identificar a una mujer con embarazo de alto riesgo y tomar la conducta adecuada? ¿ La respuesta del hogar materno y del hospital departamental es adecuada? La respuesta positiva a estas preguntas lleva a una mejor atención en salud a las mujeres gestantes, con el único fin de reducir la tasa de mortalidad materna. (5,9)

En Guatemala para el año de 1998, se tuvo una tasa de mortalidad materna elevada de, 220 muertes por 100,000 nacidos vivos, en comparación con Costa Rica que presentó una tasa de mortalidad de 60 muertes por 100,000 nacidos vivos y aún más baja en los Estados Unidos donde la tasa de mortalidad fue de 62 muertes por 100,000 nacidos vivos. (7)

En el departamento de Huehuetenango la tasa de mortalidad materna para el año de 1999 fue de 163.8 x 100,000 nacidos vivos. (9)

La creación de centros asistenciales como el hogar de espera de maternidad en el departamento de Huehuetenango, se ha convertido en una opción factible para ayudar a reducir esta tasa de mortalidad, contando con el apoyo del Hospital Departamental y Organizaciones no Gubernamentales, pero sobre todo con la participación activa del personal de salud comunitario como lo son: enfermeras ambulatorias, comadronas y promotores de salud; quienes son capacitados constantemente para poder hacer las referencias pertinentes, con base en el conocimiento sobre los factores que condicionan un embarazo con riesgo obstétrico, permitiendo así poder proporcionarle la respuesta de atención oportuna a la mujer gestante.

Todo esto con la finalidad de modificar en un futuro no lejano los factores que inciden sobre la tasa de mortalidad materna. (5,9)

III JUSTIFICACIÓN

En los países en desarrollo como el nuestro, la población materna es uno de los sectores más afectados, siendo las complicaciones obstétricas directas la causa más frecuente de mortalidad materna; sobre todo en las áreas rurales en donde prestar la atención adecuada a la mujer embarazada es bastante complicado, donde el impacto que este problema tiene es bastante amplio ya que una muerte materna significa un hogar desintegrado, muchas veces un aporte económico menos para la familia y un reflejo de la falta de atención en salud a la madre, por lo que es importante y necesario establecer estrategias para prevenir, tratar y atender médicamente a la mujer gestante, buscando alternativas que permitan ampliar la cobertura, mejorar la calidad y la eficiencia en la atención prenatal y postnatal.

Para esto se debe tener el conocimiento sobre los factores que se deben tomar en cuenta para definir un embarazo de alto riesgo, entre los que podemos mencionar: Hipertensión, embarazo en adolescentes o mujeres mayores, hemorragias, etc.

Por todo lo anterior en varios países incluyendo el nuestro, en donde la tasa de mortalidad es alta, se han creado centros asistenciales como los Hogares de espera de maternidad los cuales se ubican cerca de un hospital a donde son trasladadas las mujeres al momento del parto.

La creación de dichos hogares es una alternativa que tiene como objetivo disminuir la mortalidad materna al detectar, controlar y referir oportunamente a la embarazada de alto riesgo por parte del personal de salud capacitado en las distintas comunidades.

El establecer un Hogar de espera en el departamento de Huehuetenango se hizo basándose en datos proporcionados por el Sistema de Información Gerencial en Salud, los cuales indican que ésta región del país es la más afectada y donde se encuentra una de las más altas tasas de mortalidad materna. En tal sentido la creación de dicho centro así como la pertinencia de la referencia y respuesta se perfila como una alternativa con bastante capacidad para resolver dicho problema. Por lo anterior se tomará la población de los municipios de Santa Bárbara y Todos Santos Cuchumatán, ya que allí se encuentran laborando ONG, participante de citado proyecto.

En tal sentido se consideró importante realizar estudios que generen información confiable, como la relativa a establecer la pertinencia de las referencias de las mujeres gestantes con riesgo obstétrico realizadas por el personal de salud comunitario capacitado y la respuesta por parte de los servicios de salud que intervienen, como lo son el Hogar materno y el Hospital base; todo esto con el fin de ayudar a la reducción de la mortalidad materna.

IV OBJETIVOS

A. GENERALES

1. Evaluar la pertinencia de la referencia de las pacientes con diagnóstico de Riesgo Obstétrico y la respuesta de los niveles de atención en el departamento de Huehuetenango de Agosto del 2,000 a Agosto del 2,001.

B. ESPECÍFICOS

Identificar:

1. La pertinencia de las referencias hechas al Hogar de espera de maternidad.
2. El grado de conocimiento sobre riesgo obstétrico por parte del personal de salud comunitario.
3. La respuesta a las referencias por parte del Hogar Materno y el Hospital Departamental.

V MARCO TEÓRICO

A. HOGARES DE ESPERA DE MATERNIDAD

1. Antecedentes.

Los hogares de espera de maternidad son servicios ubicados cerca de un servicio médico calificado, en donde las mujeres con embarazo de alto riesgo puedan esperar a que comience su trabajo de parto para luego ser transferidas a un centro de salud. En África estos hogares ayudaron a reducir la mortalidad materna en los hospitales, de 10 a 1 muerte por 1000 partos, así también se redujo la tasa de mortalidad infantil.

Estos servicios no requieren de una tecnología costosa y puede ser una forma práctica para satisfacer las necesidades de las mujeres. Sin embargo es de hacer notar que estos hogares de maternidad no pueden funcionar de forma aislada; tienen que tener acceso a servicios obstétricos de calidad. (1,3,4,10,12)

En el sistema de salud de Cuba establecido en 1961, los Hogares de maternidad fue una prioridad, lográndose reducir con estos la mortalidad materna de forma impactante para el sistema de atención en salud. Los Hogares de espera de maternidad fueron establecidos cerca de los hospitales para que las mujeres de áreas distantes pudieran llegar durante el último período de embarazo. La función que se intentaba dar a estos hogares era dar más soluciones de la que podían dar los hospitales obstétricos, los criterios para referencia a estos hogares fueron flexibles, en algunas ocasiones fueron referidas todas las mujeres en la 34 semana de embarazo, mientras que otros refirieron a las mujeres sobre la base de factores de riesgo tales como: Primeriza, multiparidad, historial obstétrico malo, menor de 20 años o mayor de 38, factores sociales entre los que se incluyen no estar casada y falta de apoyo social.

El parto no ocurre en estos hogares; todas las mujeres son trasladadas al hospital. Durante su estadía en el hogar se le ofrece a la mujer actividades educativas, incluyendo prácticas de parto, que es una de las características más importantes de estos hogares de Cuba y es su atributo de servicio comunitario. (10)

En Malasia la mujer cuyo embarazo es catalogado como de alto riesgo eligen dar a luz en el hogar antes que en el hospital. La preferencia obedece, a motivos culturales y a que las mujeres están poco familiarizadas con el medio hospitalario.

En 1991 en Malasia se fundó un centro de maternidad de bajo riesgo donde eran admitidas aquellas embarazadas consideradas de bajo riesgo, sin embargo a las mujeres en condiciones de alto riesgo se les permitía dar a luz en estos centros, basándose en las condiciones obstétricas calificadas de riesgo como las antes mencionadas. Todas las usuarias de estos servicios opinaban que estos centros disminuían o desaparecían muchos de los inconvenientes de la hospitalización, la opinión del personal de salud como médicos, enfermeras y parteras fue considerar como beneficioso el establecimiento de centros de maternidad para la reducción de la mortalidad materna con costos administrativos bajos. El Ministerio de Salud considera que la calidad de atención en los centros de maternidad es comparable a la de los hospitales.

En los centros de maternidad se procura tener en cuenta las creencias, las necesidades y las prácticas de las embarazadas de las comunidades rurales.
(12)

En 1978 se puso en marcha un programa de atención primaria en el distrito de Bómbale de Sierra Leona el programa funcionaba en 3 niveles: las poblaciones en orden de las 500 personas eran atendidas por promotores de salud rural, parteras tradicionales y ayudantes de salud materno infantil. Al nivel de distrito cada dependencia de atención en salud prestaba servicios a una población de 10,000 a 24,000 personas a cargo de una enfermera un practicante de farmacia y un oficial de salud de la comunidad. Y en los casos mas allá de las posibilidades de los centros de salud se referían a los hospitales de distrito.

En 1984 se elaboró un plan de acción en el ámbito nacional para la atención primaria, uno de cuyos objetivos era reducir la mortalidad materna en un 30 % antes de finalizar el siglo XX. Lamentablemente no se realizó un estudio preliminar, no se dispuso de estimaciones fiables de la mortalidad materna antes de la intervención, por lo que el personal de atención primaria estuvo de acuerdo en que no había ningún programa especialmente hecho para reducir la mortalidad. Las parteras tradicionales desempeñaban una función importante en la atención de salud materna en las áreas rurales, pero estaban mal supervisadas a causa de los problemas de transporte así como de la falta de información.

Como todo programa a su inicio y sin una base sólida para la implementación de éste, tiene sus limitaciones entre las que podemos mencionar: la falta de registro de los partos y las defunciones maternas por parte de las parteras y los ayudantes de salud hacía la vigilancia y la evaluación del programa una tarea difícil; asociado a esto el transporte y el apoyo logístico no eran adecuados para conseguir la mejor supervisión posible del personal, afectando adversamente al sistema de envío de casos.

Por todo lo antes mencionado es de suma importancia tener la coordinación adecuada de los diferentes niveles del programa, así como un estudio preliminar sobre el problema que se desea solucionar antes de la intervención para poder llegar a un resultado satisfactorio, en este caso a reducir la mortalidad materna. (3,4)

En el año de 1987 la OMS realizó las primeras estimaciones en el ámbito mundial de mortalidad materna, se ignoraba en gran medida los diferentes riesgos asociados con el embarazo y el parto en los países en desarrollo, y comprobándose que cada año muere medio millón de mujeres a causa de estas complicaciones lo que hizo que varias organizaciones hicieran un esfuerzo en común para tomar la iniciativa de una maternidad sin riesgo, cuyo propósito principal era elaborar estrategias que permitieran enfrentarse con éste problema. Investigaciones recientes de la OMS y la UNICEF han evidenciado que la magnitud del problema es mayor de lo que se pensaba y que la vigilancia de estas organizaciones sobre los servicios de atención de salud materna muestran que en la mayoría de los países en desarrollo la cobertura sigue siendo insuficiente e inadecuada. (1)

Durante muchos años especialistas en planificación de salud han discutido las ventajas y desventajas de intervenciones dirigidas a lograr una maternidad sin riesgo como lo son: control prenatal, adiestramiento de parteras, criterio de riesgo, pros y contras del parto domiciliario y hospitalario; el punto clave en la cadena y el elemento más importante para reducir la mortalidad materna, es la persona con conocimientos adecuados sobre la atención del parto, que sea capaz de ocuparse de partos normales, de reconocer a una mujer con embarazo de alto riesgo, que tenga el criterio para atenderlas o decidir enviar a las madres a un nivel superior de atención. (1,3,4)

En Guatemala, a través de un proyecto en el que se logró una colaboración más estrecha con las parteras tradicionales, los envíos de casos por estas últimas aumentaron notablemente y entre las mujeres con complicaciones un número mayor recurrió a la utilización de los servicios de salud, también fue necesario evaluar la eficacia del control prenatal en la reducción de la mortalidad materna. Las expectativas de que la atención prenatal o algún elemento de ésta ayudara a evitar las defunciones maternas no se han logrado, por lo que la OMS fue una de las primeras organizaciones que cuestionó que la atención prenatal, por sí sola, podía llegar a reducir la mortalidad materna. (1)

B. HOGAR MATERNO

1. Definición:

Hogar materno u hogares de espera de maternidad son instalaciones de baja complejidad en donde las mujeres embarazadas de alto riesgo permanecen bajo control desde antes de la fecha de su parto, garantizando una atención prenatal calificada desde el hospital y su rápido traslado a éste al inicio del parto, por lo cual el hogar materno, debe estar situado cerca del hospital base que cuente con todas las facilidades para la atención del embarazo y del parto de alto riesgo. (1,3,10)

En algunos casos este centro podría ampliar sus funciones participando en la atención del parto de bajo riesgo, lo que constituye una alternativa mixta porque además de brindar las prestaciones mencionadas podrían funcionar como casas de parto para las embarazadas de bajo riesgo, que en estos casos la responsable directa de la atención del parto sería la partera tradicional con la supervisión médica continua. (3)

2. Características de un Hogar de espera de maternidad

a. Ubicación Geográfica:

El hogar materno debe estar ubicado al lado de un hospital base para que su efectividad sea objetiva y en donde se cubra una parte importante de la comunidad rural, donde las características de riesgo de la población hagan que sean frecuentes la ausencia de control prenatal, captar y tratar tardíamente a mujeres con problemas en el embarazo o durante el parto y en donde los problemas de transporte y largas distancias hagan que estos casos no puedan ser tratados a tiempo en el hospital. (1,3,10)

b. Tipo de atención:

El hogar de espera de maternidad está integrado al primer nivel de atención siendo parte de los sistemas locales de salud de la región. El equipo de salud, las parteras, los promotores de salud de la comunidad deben formar parte de la atención de la población y por lo tanto ser incorporados al funcionamiento de estos centros, con el deseo y conociendo las ventajas que estos hogares representan para la comunidad. (3,4,12)

c. Planta Física:

La infraestructura de estos centros debe ser parecida a los hogares de la población, sencilla y barata ya que no debe representar una carga para el sistema local de salud en su funcionamiento y mantenimiento. En muchos de los países que cuentan con estos hogares, generalmente todos disponen de dormitorios, un lugar específico para realizar actividades de educación para la salud, participación comunitaria, talleres, etc.; también así se dispondrá de una cocina, baños, ambiente para el lavado y secado de la ropa, un espacio especial destinado a exámenes clínicos, consultas y toma de muestras para el laboratorio. (3)

d. Funcionamiento y responsabilidades:

Como se ha mencionado anteriormente el hogar materno deberá estar ligado al hospital base, el cual será responsable en alguna parte de su funcionamiento y supervisión.

Las mujeres embarazadas deben ser visitadas diariamente por el personal de salud del hospital. (3)

e. Participación de la comunidad:

El éxito del hogar materno exige el compromiso de la comunidad a lo largo de todo el proceso, lo que incluye planificación, implementación y evaluación del proyecto. El compromiso de la comunidad es un proceso continuo y simultáneo que consta de varias etapas, no es una actividad aislada. La comunidad debe tener una participación activa desde el principio en que se tenga planeado echar andar un hogar de espera de maternidad, la ayuda y el ánimo de las organizaciones sociales locales, garantizan el éxito de estos centros al cumplir con distintas obligaciones dentro del mismo.

Una parte importante es la participación de la comunidad en una relación de respeto y cooperación con el personal de servicio de salud vinculado al hogar materno y al hospital. (1,3,4,10,12)

La mujer que queda embarazada necesita atención durante todo el embarazo y el parto, lo que incluye lo básico de la atención materna pero aún más importante la atención obstétrica para el tratamiento de las complicaciones. Si bien la atención obstétrica es la parte medular para reducir la mortalidad materna, esto no implica que el embarazo y el parto requieran de intervenciones con altos costos hospitalarios, pero tampoco significa que otros aspectos de la atención materna, como el control prenatal deban abandonarse, cabe mencionar que una ruptura en cualquier punto de la cadena impida que las mujeres embarazadas reciban la atención que necesitan lo que puede significar la diferencia entre la vida y la muerte. (1)

En los países desarrollados la mayoría de las mujeres gozan de una asistencia competente durante el parto, mientras que en los países en desarrollo la minoría de las mujeres embarazadas da a luz atendidas por una persona calificada, el 35 % no tiene atención de salud durante el embarazo, y menos de 1 de cada 3 disfruta de alguna atención puerperal. (1)

C. HOGAR DE ESPERA DE MATERNIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO

1. Consideraciones Generales

Las organizaciones de cooperación externa se han interesado por reducir la mortalidad materna en los países en desarrollo como el nuestro, tal es el caso de PCI (Project Concern International) una organización no gubernamental, que estableció un hogar materno en el departamento de Huehuetenango, ya que según informes del SIGSA/INE tiene una de las más altas tasas de mortalidad del país en la población materno infantil, para 1999 la tasa de mortalidad materna fue de 163.8 x 100,000 nacidos vivos, por lo que su principal interés es la reducción de la mortalidad materna en este departamento. (9)

Esta organización creó los lineamientos generales para el funcionamiento de esta casa materna teniendo como objetivos: a. Crear un espacio institucional ligado a los hospitales en las regiones de alta mortalidad materna y de difícil acceso, que albergue a las mujeres embarazadas con alto riesgo durante el último mes de embarazo y a su hijo menor de un año. b. Contribuir con la reducción de la mortalidad materna a través de la detección temprana de las mujeres con embarazo de alto riesgo. c. Promover la instrucción docente a comadronas, promotores de salud y otros profesionales de la salud, mejorando así la calidad de los servicios. d. Reducir los costos hospitalarios al disminuir la cantidad de pacientes que consultan al hospital con alguna complicación del embarazo, parto o puerperio. e. Brindar atención en salud al niño menor de 1 año.

Así también fueron creadas estrategias para poder alcanzar la meta, como lo son: - Poder tener una coordinación entre la casa materna, comunidad, centros de salud, centros comunitarios, jefatura de área, hospital regional y organizaciones no gubernamentales como las que laboran en el departamento de Huehuetenango, fortaleciendo de esta manera los servicios de salud. - Mejorar la calidad de atención en la mujer embarazada. - Realizar una educación permanente sobre riesgo materno y como manejarlo. (9)

2. Componentes de la Atención Materna

a. Atención integral a la mujer:

A la mujer con embarazo de alto riesgo se le proporcionará albergue durante el último mes de gestación y puerperio inmediato(una semana), al ingresar se le hará un examen clínico completo, evaluación ginecológica y obstétrica, monitoreo diario y estricto de su gestación. Se le administrará toxoide tetánico a la mujer que lo necesite, también se le dará hierro aminoquelado y se referirá al hospital cuando inicie su trabajo de parto o presente cualquier complicación.

Se le dará apoyo emocional y capacitación sobre peligros durante el embarazo, planificación familiar, nutrición, puericultura y normas de higiene personal y de alimentación.

Como se mencionó anteriormente se le dará atención en salud a su hijo menor de un año lo que consistirá en realizarle un examen físico completo que incluirá evaluación del crecimiento y desarrollo, medidas antropométricas, así también se les darán las vacunas que necesiten, y si algún niño se encuentra en malas condiciones se referirá al hospital regional.

Para llegar a cumplir una tarea como ésta, es necesario que estén involucrados los niveles de atención de la región, en este caso se cuenta con la participación de: Hospital regional, casa materna, centro de convergencia, comunidad, centros de salud, jefatura de área, distrito, ONGs que presten servicio en la región entre las que podemos mencionar ACOMASMI (Asociación de comadronas de salud materno infantil)

Anteriormente se describió cuales eran los espacios físicos necesarios de la infraestructura de un hogar materno; los servicios básicos con que cuenta la casa materna de Huehuetenango son: recepción, dirección, área de consejería, vestidor, sala de enfermería, cocina, archivo, lavandería y ropería, cadena de frío, bodega, farmacia, área de evaluación clínica, encamamiento, sala de partos, área verde en donde se llevan a cabo solo procedimientos quirúrgicos menores.

La casa materna cuenta con normas para su funcionamiento las cuales deben ser cumplidas tanto por el personal de salud, como por las pacientes ingresadas, vale la pena hacer mención sobre las normas que deben cumplir las mujeres gestantes que acuden a este centro, como lo son: Permanecer dentro de las instalaciones de la casa materna desde su ingreso hasta su egreso, respetar las cosas ajenas, hacer uso adecuado de los servicios lo que incluye comedor, cocina, sanitarios y baños, mantener limpia la instalación. (9)

3. Integrantes del personal de la casa materna y sus funciones:

- a. Coordinador: Es el responsable, técnica y administrativamente del funcionamiento del centro.
- b. Médico responsable: Tiene la función de coordinar los servicios clínicos y comunitarios con las ONGs, planificar, supervisar y monitorear las actividades realizadas en estos servicios, dar educación permanente al personal, coordinar actividades de la casa materna, planificar, guiar y ejecutar procedimientos quirúrgicos en la casa materna, una de las funciones más importantes que tiene es hacer las evaluaciones clínicas y el monitoreo estricto a las pacientes que se encuentran dentro de la casa materna, hacer diagnóstico y dar tratamiento a los niños menores de un año, coordinar las acciones necesarias en el área de atención integral de la mujer con el hospital departamental, presentar informes mensuales al coordinador de la oficina regional.
- c. Enfermera graduada: Sus principales funciones consisten en ser la responsable de la atención de la mujer gestante desde su ingreso, estadía, antes y después del parto, hospitalización en el hospital regional y visita domiciliaria, asistir al médico en procedimientos clínicos y quirúrgicos menores, responsable directa de la administración de la casa, su funcionamiento y promoción, tener equipado el centro, presentar un informe mensual, participar, coordinar y dirigir programas de salud, capacitar al personal de enfermería y a la educadora.

- d. Auxiliar de enfermería: Sus principales funciones son llenar la hoja de admisión de las pacientes, el cuidado del equipo y del inventario de éste, así como del cuidado y buen uso del mobiliario, equipar las salas con lo necesario, atención directa a pacientes, llevar a las pacientes al hospital al iniciar su trabajo de parto, educación y consejería a pacientes, participar en las capacitaciones y programas de salud.
- e. Educadora: Tiene a su cargo dar educación y consejería integral, desarrollar el plan de IEC (información, educación y capacitación), tener contacto con la oficina regional de Huehuetenango para realizar visitas en la comunidad, hacer negociación con los medios de comunicación local para un espacio de la promoción de la casa materna y mensajes clave de salud, hacer reuniones de presentación de los objetivos del hogar materno a diferentes instancias de salud, tanto privadas como públicas.
- f. Cocinera: Encargada de mantener higiénico el servicio de alimentación, preparar la alimentación según dietas ordenadas por el médico coordinando con la enfermera auxiliar.
- g. Conserje: Encargado de mantener en orden y limpio toda el área de la casa materna, velar por la seguridad del local. (9)

Para el buen funcionamiento de los hogares de espera de maternidad se deben de tener ciertos criterios de admisión, con el fin de tenerse en cuenta para facilitar la demanda potencial del hogar materno y planificar las necesidades del mismo.

Generalmente las mujeres embarazadas ingresadas a la casa materna pertenecientes a un área rural presentan determinados factores de riesgo tales como el nivel socio económico bajo, dificultad de transporte o bien complicaciones graves de la gestación que puedan requerir tratamiento especial. Estos criterios generalmente son aplicados en casi todos los hogares maternos de los diferentes países. (3)

4. Criterios de ingreso

Los criterios de admisión en el hogar de espera de maternidad de Huehuetenago son los siguientes:

-Se admite a toda mujer embarazada con complicaciones del embarazo que asistan a pedir atención.

-Que sean captadas por las comadronas o promotores de salud de su comunidad o bien por el médico y enfermera graduada en las visitas a la comunidad.

-Pacientes que han sido detectadas en el hospital durante su control prenatal.
(9)

5. Mecanismo para la detección y referencia de la paciente con embarazo de alto riesgo.

- La mujer gestante es detectada por la comadrona o por el promotor de Salud de su comunidad y es referida al Centro de Convergencia.
- En dicho centro es evaluada por el médico o enfermera ambulatoria y la clasifican según la tabla de riesgo obstétrico.
- Si el médico o la enfermera clasifican a la paciente como de alto riesgo obstétrico, ellos llenan la hoja de referencia y la solicitud de pago de transporte de la paciente.

- Si la madre tiene un niño menor de 1 año puede llevarlo con ella a la casa materna.
- Si la paciente es detectada en el hospital durante su control prenatal, también es referida al hogar materno.
- La paciente es ingresada a la casa en donde puede permanecer todo el último mes de embarazo, será evaluada por personal calificado y recibirá educación en salud.
- La paciente será trasladada al hospital en el momento de presentarse alguna complicación o inicio del trabajo de parto.
- En el hospital será atendida por personal de éste, pero tendrá seguimiento diario por personal de la casa materna.
- En el período de posparto la paciente retorna a la casa materna por un tiempo estimado de 7 días y si ella lo decide utilizando un método de planificación familiar.
- La paciente es enviada a su comunidad cubriendo la casa materna los gastos de transporte.
- A los hijos menores de un año de las madres hospedadas en el hogar materno, se les brindará recreación, alimentación, esquema de vacunación y serán atendidos en la casa de espera.
- La municipalidad, el hospital, PCI, Ceiba, ACOMASMI y CADECO, funcionarán como un grupo de apoyo y tendrán a su cargo la conducción, funcionamiento y cumplimiento de los objetivos del proyecto. (9)

6. Riesgo Obstétrico

Es toda aquella complicación que se puede presentar durante el embarazo y pone en riesgo la vida de la madre y del producto; entre los que se pueden mencionar:

a. Trastornos hipertensivos del embarazo

Hipertensión aislada: Se desarrolla a consecuencia del embarazo y vuelve a la normalidad después del parto.

Preeclampsia: Es la elevación de la presión arterial, asociado a proteinuria y edema patológico.

Eclampsia: Es la elevación de la presión arterial, proteinuria, edema patológico y convulsiones.

Hipertensión agravada por el embarazo: Se tiene el antecedente de una hipertensión crónica preexistente que es agravada por el embarazo, recibiendo el nombre de preeclampsia sobreañadida o eclampsia sobreañadida.

Hipertensión coincidente: Existe una hipertensión crónica que continúa al embarazo y persiste después del parto. (5,6,8)

b. Hemorragias del primer trimestre

Embarazo ectópico: Embarazo que se produce fuera de la cavidad uterina.

Amenaza de aborto: Se caracteriza por la presencia de hemorragia vaginal con dolor tipo cólico, sin salida de líquido o tejido y los orificios cervicales están cerrados.

Aborto: Es cuando los orificios cervicales se encuentran abiertos y hay expulsión completa de los productos de la concepción. (5,6,11)

c. Hemorragias del tercer trimestre

Placenta previa: Es cuando la placenta se implanta en el segmento inferior del útero y que en ocasiones puede ocluir o no el orificio cervical interno.

Desprendimiento prematuro de la placenta: También conocido como Abruptio Placentae y es definido como el desprendimiento de la placenta antes de la expulsión del feto, generalmente se da después de la vigésima semana. (6,11)

d. Hemorragia pos-parto

Es la hemorragia que se presenta después de la resolución del parto, no importando la vía y que provoca una pérdida sanguínea mayor de 1,000 ml (6,11)

e. Amenaza de parto pretérmino

Se define como el inicio del trabajo de parto con más de 20 y menos de 37 semanas de gestación.

f. Amenaza de parto postérmino

Se define como aquel embarazo que persiste después de las 42 semanas o más desde el inicio de un período menstrual seguido de ovulación 2 semanas después.

g. Retardo del crecimiento intrauterino

Se define como el crecimiento deficiente o retraso del crecimiento fetal, debe reservarse para los neonatos con evidencia clínica de crecimiento anómalo o disfuncional. (6,11)

h. Embarazo gemelar

Se define como el embarazo en el cual logran desarrollarse 2 o más fetos.

i. Presentaciones anormales

Se entiende como presentación anormal, cuando el producto no se encuentra en la presentación de vértice que es la que se presenta en el 95% de los partos. (5,6,11)

j. Isoinmunización Rh

Es la enfermedad en la que los hematíes del feto o del recién nacido son hemolizados por los anticuerpos de la madre que ha atravesado la placenta. (6,11)

k. Anemia en el embarazo

Las causas de la anemia durante el embarazo son las mismas que se encuentran sin que haya gestación, cualquier tipo de anemia habitual en las mujeres en edad fértil puede traer complicaciones en el embarazo.

l. Diabetes gestacional

Es la que se manifiesta en la segunda mitad del embarazo cuando se desarrolla la intolerancia a la insulina, produciendo intolerancia a carbohidratos. (6,11)

m. Embarazo en menores de 17 y mayores de 35 años

Se considera factor de riesgo que sean menores de 17 años ya que generalmente son embarazos no planeados, por lo que va a ver un pobre control prenatal, un posible trabajo de parto prematuro, desproporción céfalo- pélvica y preclampsia. El embarazo en mujeres de 35 años es considerado como factor de riesgo ya que puede presentarse una disfunción feto placentaria, preclampsia o síndrome de Down. (5,6)

VI MATERIAL Y MÉTODOS

A. METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo, no experimental.

2. Sujeto de estudio

Se incluyó en el estudio a toda embarazada referida al Hogar de espera de maternidad, por parte del personal de salud comunitario, y la respuesta de éste y del Hospital Departamental.

3. Universo de estudio

Lo constituyó todas las referencias hechas al Hogar materno por parte del personal de salud comunitario de los municipios de Santa Bárbara y Todos Santos Cuchumatán, departamento de Huehuetenango, durante el período de Agosto del 2,000 a Agosto del 2,001.

4. Criterios de inclusión

Referencia de Mujer gestante con diagnóstico de Riesgo Obstétrico.

Que la referencia hubiese sido efectuada por el personal de salud comunitario o detectadas en el Hospital Departamental.

Existencia de registros en el Hogar Materno.

5. Criterios de exclusión

Inexistencia de registros de las pacientes en el Hospital.

Inexistencia de registros de referencia al Hogar Materno.

6. Variables de estudio

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Pertinencia	Se dice de cuando algo es oportuno o propio.	Cuando se dice o hace algo a tiempo.	Nominal	Registros de referencia.
Referencia	Informe de las cualidades de un tercero, que da una persona a otra.	Registro que informa los riesgos obstétricos de las mujeres gestantes.	Nominal	Registros de referencia.
Riesgo Obstétrico	Cualquier complicación del embarazo que pone en riesgo la vida de la madre y el producto.	Factores de riesgo que complican el embarazo.	Nominal	Riesgo obstétrico diagnosticado.
Respuesta	Satisfacción a una pregunta, duda o dificultad.	Resultado que se da con el fin de resolver una complicación del embarazo.	Nominal	Registros del hogar materno y hospital departamental.
Niveles de atención en salud	Son las instituciones de salud pública destinadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud de la población.	Atención en salud que se presta a la población, según el nivel de servicio que necesiten.	Nominal	Registros de referencia y respuesta en el hogar materno y el hospital departamental.

7. Instrumentos de recolección de datos y medición de las variables o datos

Se pasó una encuesta al personal de salud comunitario y se llenó una boleta de recolección de datos en el Hogar de espera de Maternidad y Hospital Departamental. (Ver Anexos)

8. Ejecución de la investigación

- a. Se solicitó autorización a la Organización PCI para consultar los registros del Hogar de espera de Maternidad.
- b. Se trasladó al Hogar de espera de Maternidad para obtener los datos requeridos en el instrumento respectivo, en el siguiente orden:
 - i. Se llenó la boleta de recolección de datos basándose en los expedientes de las pacientes con embarazo de alto riesgo que fue referida a este centro en el período de investigación establecido.
 - ii. En el ámbito hospitalario se llenó la boleta de recolección de datos basándose en los expedientes de las pacientes con embarazo de alto riesgo que fueron referidas del hogar de espera de maternidad en el mismo período.
 - iii. Traslado a las comunidades de Santa Bárbara y Todos Santos Cuchumatán para obtener los datos requeridos en el instrumento titulado “ Pertinencia de las referencias hechas por el personal de salud comunitario”

9. Presentación de resultados

Todos los datos se ordenarán y presentarán en proporciones.

10. Aspectos Éticos

Se le explicó al personal de salud y a la población, el objeto del estudio y el motivo del mismo, solicitándoles su consentimiento y colaboración. A los mismos se les hizo ver que el estudio servirá para mejorar la calidad de atención con el fin de disminuir la mortalidad materna.

B. RECURSOS

1. Materiales Físicos

Hojas de papel bond tamaño carta
Cartuchos de tinta
Impresora
Computadora
Disquete
Fotocopias
Lápices, lapiceros, borrador

2. Humanos

Personal de Project Concern International
Personal de salud comunitario

3. Económicos

Fotocopias.	Q 300.00
Gastos de computadora.	Q 1,000.00
Gastos de Impresión.	Q 1,000.00
Alimentación.	Q 1,000.00
Transporte.	Q 1,000.00
Vivienda.	Q 500.00
TOTAL aprox.	Q 4,800.00

VII PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Cuadro A-1

Distribución porcentual de las respuestas sobre el reconocimiento del embarazo de alto riesgo por parte del personal de salud comunitario del municipio de Santa Bárbara, Huehuetenango.

Respuesta	%
Sí	65 %
No	35%
Total	100%

Fuente: Boleta personal de recolección
De datos.

El 65% del personal de salud comunitario respondió afirmativamente con respecto a reconocer un embarazo de alto riesgo, el 35% dijo no poder identificar este problema. Esto puede deberse a la falta de educación en salud constante pero sobre todo en su idioma, ya que durante la realización del trabajo se pudo observar que la enseñanza fue dada en español cuando las comadronas, que son las que más contacto tienen con la comunidad, hablan el idioma de su región que es el Mam. Así mismo hay comadronas que están empezando con este oficio por lo que la experiencia no es la suficiente como para reconocer problemas del embarazo. A pesar de los resultados obtenidos en este cuestionamiento, es importante hacer notar que el haber respondido afirmativamente no significa que reconozcan en su totalidad un embarazo de alto riesgo; por la experiencia de años de algunas comadronas podría decirse que identifican algunos riesgos obstétricos como se podrá ver más adelante, sin embargo estos datos deben hacer notar que aún falta capacitación con respecto a esto.

Cuadro A- 2

Distribución porcentual de las respuestas sobre el conocimiento de los Riesgos Obstétricos por parte del personal de salud comunitario del municipio de Santa Bárbara, Huehuetenango.

Respuesta	%
Sí	65 %
No	35%
Total	100%

Fuente: Boleta personal de recolección
De datos.

Con relación al conocimiento de los riesgos obstétricos, el 65% respondió afirmativamente (principalmente comadronas), entre los que se mencionan: presentación anómala, hemorragia; el 35% dijo no conocer ninguno de los riesgos. Situación que podría obedecer a la falta de capacitación de una forma constante, principalmente a comadronas y promotores de salud quienes son los que más contacto tienen con la comunidad, por lo que para que este personal sea participe del protocolo de manejo de la mujer con embarazo de alto riesgo estipulado por la ONG y aprenda el sistema de referencia al hogar materno, es básico dar educación con respecto a éste, tomando en cuenta el analfabetismo existente, el idioma y las situaciones culturales que puedan presentarse, como podrían ser el machismo y la desconfianza que aún tiene la mujer embarazada a otra atención que no sea la de la comadrona.

Cuadro A- 3

Distribución porcentual de las respuestas sobre el conocimiento de la Escala de Valoración de Riesgo Obstétrico por parte del personal de salud comunitario del municipio de Santa Bárbara, Huehuetenango.

Respuesta	%
Sí	9 %
No	91%
Total	100%

Fuente: Boleta personal de recolección
De datos.

Con respecto al conocimiento de la escala de valoración de riesgo obstétrico, el 91% dijo no conocer la escala, este porcentaje corresponde a comadronas y promotores de salud, el 9% que dijo conocerla fue el personal de enfermería y médicos los cuales solo asisten una vez al mes a dar capacitación. Estos resultados podrían obedecer al hecho de que las referencias no son hechas por comadronas ni promotores ya que para ellos referir a una paciente es llevarla directamente al hospital o bien al hogar materno, esto evidencia que el personal que más contacto tiene con la comunidad no conoce el sistema de referencia utilizado por el hogar materno ya que éste no esta hecho contemplando el analfabetismo, la barrera que impone el idioma y la falta de educación adecuada y constante. Con relación a la pregunta 4 que se refiere al rango de puntaje de un embarazo de alto riesgo según la escala de valoración de riesgo obstétrico y basándose en el cuadro anterior, el 96% ignora el rango de puntaje de un embarazo de alto riesgo, el 4% que si lo conoce, corresponde a médicos y enfermeras siendo ellos lo que hacen las referencias el día que dan consulta en la comunidad (la cual no es constante) y si la comadrona se presenta con las pacientes que ha detectado con problemas en el embarazo. Tomando en cuenta lo anterior se podría decir que esta situación afecta de una manera importante el poder alcanzar el objetivo de reducir la mortalidad materna a través del hogar materno.

Cuadro A- 4

Distribución porcentual sobre la identificación de la edad (<17 años y >35 años) y Hemorragia en el Primer trimestre del embarazo como riesgo obstétrico por parte del personal de salud comunitario del municipio de Santa Bárbara, Huehuetenango.

Riesgo Obstétrico	Es riesgo %	No es riesgo %	No sabe %	Total %
Edad <17 años y >35 años	52 %	17 %	31 %	100%
Hemorragia en el I trimestre Del embarazo	83 %	0 %	17 %	100 %

Fuente: Boleta personal de recolección de datos.

Con relación a la identificación de los extremos de la edad como riesgo obstétrico, el 52% lo considera problema, el 17% refirió no tomarlo como riesgo y el 30% ignoran si lo es o no. En lo referente a hemorragia en el primer trimestre, el 83% lo considera un riesgo, 17% no conoce si es un riesgo. Esto evidencia que el 65% de respuestas afirmativas en el cuadro 1 no coincide con estos resultados, lo cual podría obedecer al hecho de que el personal de salud (comadronas y promotores) aún les hace falta capacitación sobre las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, ya que como se hizo mención anteriormente son ellos los que atienden a la mujer embarazada más de cerca. Según el protocolo de manejo de la mujer con embarazo de alto riesgo de la ONG, es básico reconocer todos los riesgos obstétricos que se pueden presentar durante el embarazo, con el fin de hacer una referencia pertinente y poder proporcionar un tratamiento adecuado y oportuno para evitar una muerte materna. Para lograr lo dicho con anterioridad es necesario continuar educando al personal comunitario de forma tal que ellos puedan reconocer, tratar o bien referir a tiempo a la mujer embarazada, ya que la experiencia adquirida a través de los años por parte de las comadronas y promotores no es suficiente para poder reconocer un embarazo de alto riesgo.

Con respecto a la pregunta sobre presión alta en el embarazo (No. 7) el 74% refirió no tener conocimiento sobre hipertensión como factor de riesgo durante el embarazo, el 26% que se distribuye entre comadronas con más de 20 años de experiencia, personal de enfermería y médicos, refirieron identificarla como un problema. Con relación al conocimiento sobre Anemia como riesgo obstétrico (No. 8) solamente el 12% la reconoce como riesgo, el 88% conoce alguno de los síntomas que se pueden presentar, mas no lo reconocen como tal. Como ya se mencionó, el personal que corresponde a comadronas y promotores si bien es cierto logran reconocer en determinado momento algún riesgo obstétrico, es de hacer notar que existen problemas que se les escapan de las manos al no poder identificarlos, lo cual evidencia que la capacitación impartida por la ONG debe ser de una forma en que este grupo, la entienda y la capte, es decir que conociendo que se esta trabajando con personas analfabetas, que no hablan totalmente el español (siendo su idioma natal el Mam) y que por cultura existen tradiciones que deben de ser respetadas, debe darse la educación tomando en cuenta todos estos aspectos con el fin de lograr manejar de la mejor forma posible a la mujer con embarazo de alto riesgo, haciendo referencias pertinentes al hogar materno para que se pueda proporcionar el tratamiento adecuado y evitar una muerte, con lo cual se estaría cumpliendo el objetivo que tiene la creación de este hogar de espera de maternidad.

Cuadro A- 5

Distribución porcentual de las respuestas sobre la conducta del personal de salud comunitario ante la alta paridad, en el municipio de Santa Bárbara, Huehuetenango.

Conducta	%
Atención del parto	30 %
Referencia a Hospital	22 %
Referencia al Hogar Materno	22%
No sabe	17 %
Educación sobre Planificación Familiar	9 %
Total	100 %

Fuente: Boleta personal de recolección de datos.

En relación con las conductas a seguir por el personal de salud comunitario (principalmente comadronas) en lo referente a la alta paridad, se pudo observar que el 30% atiende el parto, 22% refiere al hospital, en el mismo porcentaje refieren al hogar materno, 17% no sabe que conducta tomar y el 9% da educación a la mujer sobre planificación familiar. Como se ha mencionado con anterioridad, hay riesgos obstétricos que aún no son reconocidos como tales, siendo uno de estos la alta paridad, ya que un buen porcentaje de comadronas atiende el parto en la comunidad no importando el número de embarazo que sea, basándose en el hecho de que las mujeres en su población tienen más de 5 hijos y lo toman como normal; sin embargo el protocolo de manejo del embarazo de alto riesgo lo considera como uno de los riesgos obstétricos suficiente para hacer la referencia al hogar materno, por lo que para que esto ocurra es necesario educar al personal para que sea capaz de tomarlo como una complicación del embarazo que si no es atendido a otro nivel podría devenir en una muerte materna más. Asociado a la capacitación, debe de hacerse promoción sobre la existencia del hogar de espera de maternidad, el objetivo que persigue y la importancia que tiene el hacer referencias pertinentes en beneficio de la población de esta región.

Cuadro A- 6

Distribución porcentual de las respuestas sobre la conducta tomada por el personal de salud comunitario al identificar un embarazo gemelar, en el municipio de Santa Bárbara, Huehuetenango.

Conducta	%
Referencia al Hogar Materno	39 %
Referencia al Hospital	26 %
No sabe	18 %
Atención del parto	17 %
Total	100 %

Fuente: Boleta personal de recolección de datos.

Con respecto a las conductas que toma el personal de salud comunitario al identificar un embarazo gemelar se mencionan las siguientes: el 39% refiere al hogar materno, 26% refiere al hospital, 18% no sabe que conducta tomar, 17% atiende el parto. A pesar de que un buen porcentaje refiere a la paciente para hacer atendida a otro nivel, como lo indica el protocolo de manejo, es importante hacer notar que también existen comadronas que por la experiencia de años ejerciendo el oficio deciden atender un parto gemelar, sin entender el riesgo que representa tanto para la madre como para los productos. Sin embargo, vale la pena mencionar que la única forma de concientizar tanto al personal de salud como a las madres, es a través de la educación y capacitación dada de la forma correcta, haciéndoles ver que existe la alternativa del hogar materno que tiene como objetivo proporcionar el tratamiento adecuado y oportuno a la mujer que presente cualquier complicación durante el embarazo y que sea referida pertinentemente con el fin de evitar una muerte más, ayudando de esta manera a reducir la mortalidad materna.

Cuadro B- 1

Distribución porcentual de las respuestas sobre reconocimiento del embarazo de alto riesgo por parte del personal de salud comunitario del municipio de Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango.

Respuesta	%
Sí	100 %
No	0 %
Total	100%

Fuente: Boleta personal de recolección
De datos.

El 100% del personal de salud comunitario, principalmente las comadronas, refirió reconocer un embarazo de alto riesgo; Sin embargo es importante hacer notar que ello no significa que el citado personal pueda identificar todos los riesgos que en un momento dado se presenten en un embarazo, a pesar de que el protocolo de manejo de la mujer con embarazo de alto riesgo menciona una serie de riesgos los cual si bien es cierto algunos son captados por las comadronas hay situaciones que se les escapan de las manos. Lo anterior demuestra que la educación al personal sigue siendo un eslabón muy importante para alcanzar la meta que se propone la creación de este hogar de espera de maternidad, la cual como ya se ha mencionado anteriormente, es ayudar a reducir la mortalidad materna. El hecho de que todo el personal a quien se le paso la encuesta haya respondido poder captar un embarazo con riesgo, da la idea de que pueden reconocer algunos de los riesgos, pero como se podrá ver más adelante existen complicaciones que son ignoradas por ellos, siendo allí donde debe ser más enfocada la educación que le imparte la ONG, con el fin de obtener referencias pertinentes al hogar materno.

Cuadro B- 2

Distribución porcentual de las respuestas sobre el conocimiento de los riesgos obstétricos por parte del personal de salud comunitario del municipio de Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango.

Respuesta	%
Sí	100 %
No	0 %
Total	100%

Fuente: Boleta personal de recolección
De datos.

El 100% del personal de salud comunitario a quienes se le paso la encuesta, respondió afirmativamente sobre el conocimiento de los riesgos obstétricos, de los cuales refirieron los siguientes: Presentación anómala, hemorragia durante el embarazo, edad de riesgo, anemia y otros. Es importante hacer notar que esta población tiene más conocimiento sobre los riesgos que se pueden presentar durante un embarazo, situación que podría obedecer al hecho de que la educación al personal es dada con material de fácil comprensión para ellos, que es su mayoría son personas analfabetas, además de ser impartida en su idioma por medio de la facilitadora comunitaria de la región. Sin embargo, no se puede descartar que existan complicaciones que aún no son identificadas por el personal, por lo que la capacitación de éste es básica, tomando en cuenta que son ellos de quienes se espera mayor cooperación para alcanzar la meta del hogar materno al ser quienes tienen contacto primario con las mujeres, por lo que la educación que se les imparta debe seguir siendo con material comprensible, en el idioma de la región, puesto que esto va ser de utilidad para que el personal pueda referir pertinentemente a la paciente al Hogar de Espera de Maternidad.

Cuadro B- 3

Distribución porcentual de las respuestas sobre el conocimiento de la Escala de Valoración de Riesgo Obstétrico por parte del personal de salud comunitario del municipio de Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango.

Respuesta	%
Sí	12 %
No	88 %
Total	100%

Fuente: Boleta personal de recolección
De datos.

Con relación al conocimiento de la escala de valoración de riesgo obstétrico, el 12% del personal de enfermería y médicos refirió conocerla y el 88% manifestó no tener conocimiento sobre dicha escala; lo cual podría obedecer al hecho de que a pesar de que el personal de salud recibe capacitación de una mejor manera por parte de la ONG, dentro de ésta no se contempla el enseñar dicha escala. En tal sentido, el 96% no conoce el puntaje que se le da a un embarazo de alto riesgo, el 4% si lo conoce. Basándose en los datos obtenidos, es importante hacer notar que según el protocolo de manejo de la mujer con embarazo de alto riesgo utilizado por la ONG, toda mujer referida al hogar materno debe llevar un puntaje según el o los riesgos que se presente, lo cual no es cumplido por las comadronas y promotores, ya que como se mencionó anteriormente son personas que no saben leer ni escribir, lo que asociado a que no se les enseña la referida escala de valoración, hace obvio el pensar que ellos no utilizan ninguna hoja de referencia sino solamente los conocimientos que a través de los años han adquirido y en los que se basan para decidir referir o no en determinado momento a la mujer embarazada.

Cuadro B- 4

Distribución porcentual sobre la identificación de la edad (<17 años y >35 años) y Hemorragia en el Primer trimestre del embarazo como riesgos obstétricos, por parte del personal de salud comunitario del municipio de Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango.

Riesgo Obstétrico	Es riesgo %	No es riesgo %	No sabe %	Total %
Edad <17 años y >35 años	96 %	4 %	0 %	100 %
Hemorragia en el Primer trimestre Del embarazo	100 %	0 %	0 %	100 %

Fuente: Boleta personal de recolección de datos.

Con respecto a la identificación de los extremos de la edad como riesgo obstétrico, el 96% del personal de salud comunitario lo considera problema, refiriendo el 4% que no era riesgo. En lo referente a la pregunta sobre hemorragia en el primer trimestre del embarazo (No. 6) el 100% respondió que la hemorragia durante el embarazo era un riesgo. Estos datos podrían evidenciar que el personal de salud comunitario de esta región tiene un mayor y mejor conocimiento sobre estas complicaciones del embarazo, lo cual se puede deber a la experiencia que han adquirido principalmente las comadronas, así como los promotores a lo largo de los años en el ejercicio de este oficio, asociado a la educación que recibe el personal que en determinado momento a contribuido a reforzar estos conocimientos, lo cual trae como beneficio el poder dar una mejor atención a la mujer gestante, refiriendo pertinentemente a la paciente a otro nivel de atención, como lo es el hogar de espera de maternidad, para que se le pueda dar el tratamiento adecuado y oportuno con el fin de evitar una muerte materna.

El 75% del personal de salud comunitario, principalmente comadronas y promotores, respondió no tener conocimiento sobre la presión alta durante el embarazo (pregunta No. 7), 21% que corresponde a enfermería solamente tiene una vaga idea de algunos de los síntomas que se pueden presentar, el 4% que es personal médico respondió adecuadamente. En lo referente a la Anemia como riesgo (pregunta No. 8), el 87% no tiene conocimiento de la misma como riesgo obstétrico del embarazo y el 13% (médicos) conocen esta complicación. Como se hizo mención en el cuadro número B-1, todo el personal refirió identificar un embarazo de alto riesgo, sin embargo estos datos evidencian que principalmente comadronas y promotores logran identificar algunos de los riesgos obstétricos, pero existen otros como los mencionados que no reconocen. Basándose en el protocolo de manejo de la mujer con embarazo de alto riesgo es indispensable tener el conocimiento suficiente de todas las complicaciones de un embarazo con el fin de poder atender y tratar adecuadamente a la mujer gestante, a través de realizar en este caso referencias pertinentes al hogar de espera de maternidad con el fin de evitar una muerte materna. Esta claro que para que esto se pueda llevar a cabo, es necesario que el personal (comadronas, promotores y enfermeras) que más contacto tiene con la población sean capacitados de la mejor forma posible, para que aprendan y enseñen a participar en el cuidado de la salud de su comunidad.

Cuadro B- 5

Distribución porcentual de las respuestas sobre la conducta del personal de salud comunitario ante la alta paridad, en el municipio de Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango.

Conducta	%
Referencia al Hospital	46 %
Educación en Planificación Familiar	42 %
Atención del parto	8 %
No sabe	4 %
Total	100 %

Fuente: Boleta personal de recolección de datos.

Respecto a la conducta que toma el personal de salud comunitario ante la alta paridad, el 46% dijo referir a la paciente al hospital, 42% da educación en planificación familiar, 8% atiende el parto, 4% no sabe que conducta tomar. Estas conductas podrían obedecer al hecho de que, como se pudo observar durante la realización del trabajo, es una comunidad más organizada y que está recibiendo la capacitación de una mejor forma, desde el momento en que ésta es impartida en su idioma (Mam) y con material comprensible, asociado a la experiencia de las comadronas la cual no se puede menospreciar; es importante hacer notar que aunque algunos riesgos obstétricos no son identificados por el personal, los que ya son captados tienen un mejor manejo ya que son referidos a la clínica de la ONG situada en la región para que desde allí sea referida la paciente por personal médico si fuera necesario; o bien la comadrona la lleva directamente al hogar materno u hospital. La educación constante al personal sobre el protocolo de manejo de la mujer con embarazo de alto riesgo es básica puesto que esto contribuirá a disminuir la mortalidad materna.

Cuadro B- 6

Distribución porcentual de las respuestas sobre la conducta tomada por el personal de salud comunitario al identificar un embarazo gemelar, en el municipio de Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango.

Conducta	%
Referencia al Hospital	88 %
No sabe	8 %
Referencia al Hogar Materno	4 %
Total	100 %

Fuente: Boleta personal de recolección de datos.

Las conductas a tomar por parte del personal de salud comunitario al identificar un embarazo gemelar son las siguientes: el 88% dijo referir al hospital, 8% no sabe que conducta seguir, 4% refiere al hogar materno. Con relación a los datos obtenidos cabe hacer énfasis en ciertas situaciones: la primera es que las comadronas y promotores están manejando adecuadamente un embarazo gemelar en un buen porcentaje, aunque no se puede dejar de mencionar que existen ocasiones en las cuales son atendidos los partos gemelares en la comunidad sin más asistencia que la comadrona; la segunda es el porcentaje tan bajo que refieren al Hogar de Espera de Maternidad, lo cual podría obedecer a lo reciente de la apertura del hogar materno, a la falta de confianza de la población en otra atención que no sea la acostumbrada (comadrona), o probablemente a la escasa promoción que se le ha hecho al centro; por lo que la comunidad aún desconoce los beneficios que se prestan sin costo alguno y que su principal objetivo es dar la atención adecuada y a tiempo a la mujer embarazada que presenta riesgo obstétrico para evitar una muerte. Esta información puede ser incluida dentro de la capacitación que se le da al personal puesto que son ellos de quienes se espera que reconozcan un embarazo de alto riesgo, identifiquen los riesgos, traten o bien refieran pertinentemente a la mujer gestante al hogar de espera de maternidad.

Cuadro C- 1

Distribución porcentual del personal de salud comunitario que efectuó las referencias al Hogar de Espera de Maternidad, del municipio de Santa Bárbara, Huehuetenango.

Referencia hecha por	%
Comadrona	0 %
Promotor de salud	0 %
Enfermera ONG	33 %
Otro (médico particular, Centro de salud Puesto de salud)	67 %
Total	100 %

Fuente: Boleta personal de recolección de datos.

El personal de salud que ha hecho las referencias durante un año al hogar de espera de maternidad se distribuye de la siguiente manera: 67% fueron realizadas por médico particular, o por Centro o Puesto de salud pero sin identificar a la persona que la hizo y sin utilizar la boleta de referencia, 33% las realizó personal de enfermería y ninguna de las referencias (según los registros) fue por parte de las comadronas o promotores. Esta situación podría obedecer al hecho de que en esta región la población aún no acepta la atención de otra persona que no sea por la que conoce, en este caso la comadrona, además de que el hombre en esta comunidad ejerce una gran presión sobre la decisión de la mujer, ya que durante la realización del trabajo se pudo observar que los promotores de salud enfrentaban dificultades en su labor, por la no-aceptación de los esposos de las mujeres embarazadas. Las referencias al hogar materno en un año fueron muy pocas, por lo que es importante informar a la población sobre los beneficios que tiene dicho centro y educar principalmente a comadronas para que ellas refieran a las pacientes aunque no sea con la boleta manejada por la institución ya que no saben leer ni escribir, para que ayuden de esta forma a reducir la mortalidad materna.

Cuadro C- 2

Distribución porcentual del puntaje de referencia encontrado en los registros del hogar materno, municipio de Santa Bárbara, Huehuetenango.

Rango de puntaje	%
1 – 3 puntos	67 %
4 – más puntos	33 %
Total	100 %

Fuente: Boleta personal de recolección
De datos.

El rango de puntaje más encontrado en las referencias fue de 1-3 puntos lo que corresponde a un 67%, de 4-más puntos fue un 33%. Esta situación podría deberse a que el 67% del personal que esta refiriendo(médico particular, centro y puesto de salud) desconoce o no utiliza la escala de valoración de riesgo obstétrico manejada por la ONG y que refieren solo por el hecho de catalogar determinada situación como riesgo, el otro porcentaje esta refiriendo según la escala, pero se trata de personal de la institución que visita la región cada cierto tiempo; se podría pensar que las mujeres que son identificadas están siendo referidas pertinentemente, sin embargo esto no es suficiente ya que las referencias son muy pocas, 3 mujeres en un año de las cuales sólo 1 fue pertinente según el rango de puntaje; lo que dificulta alcanzar el objetivo que tiene el hogar materno de ayudar a reducir la mortalidad materna. Es importante que sé de un esfuerzo mayor para lograr hacer partícipes a toda la población de esta región con el fin de alcanzar la meta propuesta por la ONG.

En relación con los diagnósticos encontrados en los registros, los mismos se pueden catalogar como riesgos obstétricos que necesitaban atención dentro del hogar materno o bien en el hospital, sin embargo existen registros que a pesar de tener diagnósticos de riesgo, la persona que lo refiere no hizo buen uso de la escala de valoración de riesgo obstétrico dando un puntaje incorrecto; según el protocolo de manejo de la mujer con embarazo de alto riesgo es importante dar un diagnóstico adecuado y el puntaje correspondiente para hacer una referencia pertinente. Esta situación podría obedecer al hecho de que un buen porcentaje de las referencias son efectuadas por personal que desconoce o no utiliza la escala, el personal de salud que si la conoce (enfermería ONG) aún no tiene claro como se maneja, puesto que los diagnósticos no se correlacionan con el puntaje dado, por lo tanto es importante dar capacitación constante a todo el personal de salud comunitario para que puedan hacer referencias pertinentes basándose en estos dos requisitos.

Lo correspondiente al tratamiento dentro del hogar materno, se pudo verificar en los registros que tienen un buen manejo de la mujer con embarazo de alto riesgo, ya que de acuerdo al diagnóstico procedían a realizar los exámenes necesarios, tanto físicos como de gabinete o bien instituir el tratamiento, o bien refiriendo inmediatamente a la paciente al hospital para su atención; lo cual se pudo ver en la correlación entre la fecha en que la paciente fue admitida en el hogar materno y la fecha de ingreso al hospital. A pesar de que las referencias han sido muy pocas se podría decir que las han manejado correctamente.

En lo referente a los diagnósticos de ingreso al hospital se pudo corroborar que algunos de ellos se correlacionaban con los del hogar materno, y ameritaban un tratamiento inmediato (placenta previa, situación transversa entre otros) como resolución del embarazo por cesárea, lo cual da la idea de la comunicación que existe entre las dos instituciones. La condición de egreso tanto de las madres como de los recién nacidos fue satisfactoria según los registros de la institución.

Cuadro D- 1

Distribución porcentual del personal de salud comunitario que efectuó las referencias al Hogar de Espera de Maternidad, del municipio de Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango.

Referencia hecha por	%
Comadrona	12 %
Promotor de salud	0 %
Enfermera ONG	0 %
Médico (clínica ONG)	25 %
Otro (Médico particular, Centro de salud Puesto de salud)	63 %
Total	100 %

Fuente: Boleta personal de recolección de datos.

Según los registros encontrados en el hogar de espera de maternidad, se pudo constatar que el 63% de las referencias fueron hechas por el centro o puesto de salud (sin identificar quien refiere), o por médico particular, 25% son hechas por el médico de la clínica de la institución, 12% por comadronas, haciendo énfasis que referir para ellas es llevar directamente a la paciente al hogar materno u hospital o enviarla con algún familiar sin hacer ninguna nota escrita. A pesar de que hay más participación del personal de salud comunitario (comadronas) al referir a la paciente, cabe hacer notar que durante un año aún son muy pocas las referencias (8 pacientes en un año) por lo que es importante seguir dando capacitación constante, incluyendo promoción del hogar materno para que haya más afluencia a éste, sin restarle valor a la tarea que desempeña la comadrona dentro de su comunidad.

Cuadro D- 2

Distribución porcentual del puntaje de referencia encontrado en los registros del hogar materno, municipio de Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango.

Rango de puntaje	%
1 – 3 puntos	50 %
4 – más puntos	50 %
Total	100 %

Fuente: Boleta personal de recolección
De datos.

Basados en los datos encontrados en los registros, el 50% de las referencias tiene un punteo de 1-3 puntos, 50% de 4-más puntos. Algunas de las referencias que se hicieron tienen el punteo correcto para el o los diagnósticos, pero otras tienen un punteo que no corresponde al riesgo obstétrico, esta situación podría obedecer al hecho de que el 50% de las referencias son hechas por personal que no utiliza o desconoce la escala de valoración de riesgo obstétrico basándose solamente en el diagnóstico para referir, el otro porcentaje no correlaciona los riesgos con el rango de puntaje. Es necesario capacitar al personal sobre el manejo de esta escala con el fin de que hagan referencias pertinentes según los requisitos establecidos en el protocolo de manejo de la mujer con embarazo de alto riesgo.

En relación con los diagnósticos encontrados en los registros del hogar materno, se puede decir que conllevaban riesgos obstétricos que ameritaban atención dentro del hogar de espera de maternidad u hospital, siendo importante hacer notar que para referir a una paciente los diagnósticos deben ser correctos, con el puntaje correspondiente para poder proporcionar la atención adecuada a la mujer gestante. Sin embargo a toda mujer embarazada admitida en la institución se le realizan los exámenes necesarios o bien se le traslada inmediatamente al hospital según sea el caso.

Se pudo constatar que las fechas de admisión al hogar materno coinciden con las de ingreso al hospital y que según los riesgos que se presenten la paciente de ser necesario es trasladada, dándose así un buen manejo pero sobre todo oportuno para evitar una muerte materna.

Con relación a los diagnósticos de ingreso al hospital, algunos de ellos coincidían con los dados por el hogar de espera de maternidad, a los cuales se les dio tratamiento apropiado. De los embarazos que fueron resueltos según los registros de la institución las madres egresaron en condiciones estables al igual que los recién nacidos, así también a las pacientes que no resolvieron el embarazo y les fue controlada la complicación fueron citadas para control prenatal constante. Basándose en todos estos datos se podría decir que el manejo de la paciente con embarazo de alto riesgo a sido el correcto, sin embargo es básico que se siga dando capacitación al personal de salud comunitario con el fin de que refieran a las pacientes que lo necesiten ayudando de esa forma a reducir la mortalidad materna siendo éste el objetivo principal del hogar de espera de maternidad.

VIII CONCLUSIONES

1. Las referencias hechas por personal de salud de la ONG, médicos particulares y personal de Centros y Puestos de salud al hogar de espera de maternidad son pertinentes.
2. Los conocimientos sobre embarazo de alto riesgo que se imparten al personal de salud comunitario (principalmente comadronas y promotores) del municipio de Santa Bárbara, están siendo dados de una forma inadecuada puesto que no se toma en cuenta que la población no habla español y el 76% es analfabeta.
3. Los conocimientos sobre embarazo de alto riesgo que se imparten al personal de salud comunitario (principalmente comadronas y promotores) del municipio de Todos Santos Cuchumatán, son dados de una forma adecuada ya que toman en cuenta, el idioma de la región y el 65% es analfabeta.
4. El 100% de las referencias de ambos municipios, recibieron una respuesta adecuada por parte del Hogar de espera de maternidad y Hospital Departamental.

IX RECOMENDACIONES

1. Implementar y aplicar técnicas didácticas apropiadas en la educación en salud, sobre Embarazo de Alto Riesgo que se le imparte al personal de salud comunitario(Principalmente comadronas y promotores), tomando en cuenta el idioma, analfabetismo y cultura, con el fin de facilitar una atención adecuada a la mujer embarazada y evitar retardos en la atención y referencia de la mujer con embarazo de alto riesgo.
2. Hacer promoción sobre la existencia del Hogar de Espera de Maternidad y los beneficios que éste proporciona a través del personal de salud comunitario (comadronas y promotores), siendo ellos los que más contacto tienen con la comunidad; con el fin de alcanzar el objetivo de reducir la tasa de mortalidad materna.

X RESUMEN

Los Hogares de Espera de Maternidad son instalaciones de baja complejidad en donde mujeres con embarazo de alto riesgo permanecen bajo control desde antes de la fecha de su parto, con atención prenatal calificada y cerca del hospital base para su rápido traslado al momento de iniciar con trabajo de parto. Se visualiza como una alternativa para ayudar a reducir la tasa de mortalidad materna.

El presente estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, no experimental incluyó a toda embarazada referida al Hogar Materno por parte del personal de salud comunitario de los municipios de Santa Bárbara y Todos Santos Cuchumatán del departamento de Huehuetenango, con la finalidad de evaluar la pertinencia de las referencias, así como determinar la respuesta del Hogar de Espera de Maternidad y Hospital departamental a dichas referencias; para lo cual se utilizó dos boletas de recolección de datos, una dirigida a evaluar el conocimiento sobre embarazo de alto riesgo y la pertinencia de las referencias que hace el personal de salud comunitario, la segunda dirigida a evaluar la respuesta del Hogar Materno y Hospital.

Los resultados de la investigación indican que el sector del personal de salud comunitario que corresponde a comadronas y promotores de salud no tienen el conocimiento suficiente sobre embarazo de alto riesgo, ni del sistema de referencia; ya que son personas analfabetas que les limita hacer referencias, dejando dicha acción en manos de enfermeras y médicos de la ONG, quienes están realizando referencias pertinentes. También se pudo constatar que tanto el Hogar Materno como el Hospital departamental dieron una respuesta adecuada a dichas referencias, aunque fueron muy pocas. Por lo anterior, se recomienda fortalecer el sistema de educación en salud, tomando en cuenta el idioma, analfabetismo y cultura, así como hacer más promoción sobre la existencia del Hogar de Espera de Maternidad y los beneficios que proporciona, haciendo participe a toda la población con el fin de alcanzar el objetivo de reducir la tasa de mortalidad materna.

XI BIBLIOGRAFÍA

1. Abouzahr, C.L. Lecciones sobre maternidad sin riesgo. OMS, 1997. Agosto, volumen 19 número 3 261-269p.
2. Álvarez, Rafael. Salud pública y Medicina Preventiva. México DF: El Manual Moderno, 1991. 381p.
3. CLPDH/OPS/OMS/DID. El Hogar Materno. Descripción y propuesta para su instalación. Uruguay: Publicación Científica del CLAP número 1263.1ª. Edición 1992. 12p.
4. Konteh, R. Salvar la vida de las madres: un empeño que puede fracasar. OMS. 1998. Octubre. Volumen 19. 139-143p.
5. MSPAS. Protocolos de manejo de las principales emergencias obstétricas. Hospitales Regionales y Departamentales. Guatemala: 1996. 149p.
6. MSPAS. Protocolos de manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales. Centros y Puestos de Salud. Guatemala: 1996. 99p.
7. MSPAS. Manual de metodología participativa para trabajar con grupos comunitarios en salud de la Madres y del Recién Nacido/a. Guatemala: 1998. 101p.
8. PCI. Referencia de Urgencias Obstétricas. Guatemala: 2,000. 9p.

9. PCI. Lineamientos para el funcionamiento de la Casa Materna para Gestantes de Alto Riesgo. Guatemala: 2,000. 16p.
10. Rac, R.S. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido. Guatemala: CARE, 1998.
11. Williams, et al. Obstetricia. 4ed. Barcelona: Masson, 1996. 1339p.
12. Zulkifli, A. et al. Una tercera alternativa para mujeres embarazadas. OMS 1998. Octubre. volumen 19, 136-138p.

XII. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Área de Salud Huehuetenango
Responsable Br. Victoria Barrondo

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
“PERTINENCIA DE LAS REFERENCIAS HECHAS POR EL PERSONAL
DE SALUD COMUNITARIO”

Instrucciones: El presente estudio servirá para evaluar el sistema de referencia por parte del personal de salud comunitario y respuesta del Hogar de espera de maternidad y Hospital Departamental, con la finalidad de reducir la mortalidad materna. Toda la información que se obtenga será estrictamente confidencial. Responda de acuerdo a sus conocimientos, cada una de las preguntas que se le harán a continuación.

DATOS GENERALES:

NOMBRE:

EDAD:

COMUNIDAD:

TIEMPO DE EJERCER COMO COMADRONA O PROMOTOR DE
SALUD

1. Reconoce usted un embarazo de Alto Riesgo

SÍ _____ NO _____

Si su respuesta es afirmativa, como lo reconoce _____

2. Conoce usted los riesgos obstétricos en un embarazo

SÍ _____ NO _____

Si su respuesta es afirmativa, mencione algunos _____

3. Conoce usted la Escala de Valoración de Riesgo Obstétrico, proporcionada por el Hogar de espera de Maternidad.

SÍ _____

NO _____

4. Según la escala de valoración de riesgo obstétrico, que rango de puntaje le da a un embarazo de alto riesgo

5. Considera usted que un embarazo en una mujer menor de 17 años o mayor de 35 años es factor de riesgo

6. En un embarazo, si hay hemorragia en los primeros 3 meses usted lo considera como normal

7. Según sus conocimientos defina que es presión alta en el embarazo

8. Como define usted Anemia en el embarazo como factor de riesgo

9. Si una mujer que ha tenido más de 5 partos le consulta, cual es la conducta que usted seguiría y porqué ?

10. Si usted detecta en su comunidad a una mujer con embarazo gemelar cual es la conducta que usted seguiría y porqué ?

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
HOGAR DE ESPERA DE MATERNIDAD Y HOSPITAL
DEPARTAMENTAL

Hogar Materno

Nombre de la paciente:

Edad:

Comunidad:

Fecha de ingreso:

Referencia hecha por: Comadrona _____ Promotor de Salud _____

Enfermera _____ Médico _____ Otro _____

Puntaje de Referencia: _____

Diagnóstico de Referencia:

Tratamiento en el Hogar Materno:

Fecha de referencia al hospital

Hospital Departamental

Fecha de ingreso al hospital:

Diagnóstico al ingreso:

Tratamiento :

Condición de egreso

Madre:

Recién Nacido:

