

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

**“PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Y EL CONOCIMIENTO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS”**

Estudio cualitativo realizado en usuarias que reciben
atención prenatal en el Hospital Nacional de Jalapa

noviembre-diciembre 2012

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

Carlos Manuel Yanes López

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2013



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



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

El estudiante:

Carlos Manuel Yanes López 200311262

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

"PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL CONOCIMIENTO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS"

Estudio cualitativo realizado en usuarias que reciben atención prenatal en el Hospital Nacional de Jalapa

noviembre-diciembre 2012

Trabajo asesorado por la Dra. Ana Eugenia Palencia Alvarado y revisado por la Dra. Sonia María del Rosario Anckermann Sam, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, quince de julio del dos mil trece


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO





El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que el estudiante:

Carlos Manuel Yanes López 200311262

ha presentado el trabajo de graduación titulado:

**“PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Y EL CONOCIMIENTO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS”**

**Estudio cualitativo realizado en usuarias que reciben
atención prenatal en el Hospital Nacional de Jalapa**

noviembre-diciembre 2012

El cual ha sido revisado, corregido y autorizado por el Dr. César Oswaldo García García y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el día quince de julio del dos mil trece.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. César Oswaldo García García
Coordinador *ai*

 **USAC** 
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 15 de julio del 2013

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que el estudiante abajo firmante:

Carlos Manuel Yanes López



Presentó el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

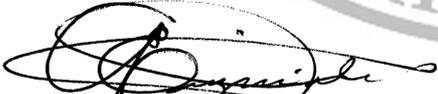
**“PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Y EL CONOCIMIENTO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS”**

**Estudio cualitativo realizado en usuarias que reciben
atención prenatal en el Hospital Nacional de Jalapa**

noviembre-diciembre 2012

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

Atentamente,


Dra. Ana Eugenia Palencia Alvarado
Asesora
Firma y sello profesional


Dra. Sonia María del Rosario Anckermann
Revisora
Firma y sello profesional



RESUMEN

El objetivo general de la investigación es describir la percepción que tienen las usuarias acerca de los servicios de salud y su conocimiento sobre las emergencias obstétricas, la cual se realizó en el servicio de control prenatal del Hospital Nacional de Jalapa durante noviembre y diciembre del 2012. Para lograr los objetivos se desarrolló una investigación cualitativa en las usuarias que asistieron a su control prenatal y que presentaron uno o más factores de riesgo según expediente médico por conveniencia, el número de las participantes terminó cuando hubo saturación teórica de la información, se solicitó la participación de las entrevistadas mediante un consentimiento informado. Los datos obtenidos se organizaron de acuerdo con la convergencia de los discursos en categorías emergentes, posteriormente fueron considerados los testimonios significativos con el fin de autenticar las conclusiones y sus significados interpretativos. Los resultados son presentados en cuadros por categorías. Después de analizar la información obtenida se concluye: que la mayoría de las usuarias era menor de 20 años de edad, casadas, con escolaridad primaria, amas de casa, el principal factor de riesgo que presentaron fue ser menor de 20 años. En cuanto a la opinión acerca de los servicios todas afirmaron estar satisfechas, exceptuando con el tiempo de espera. La mayoría conoce una o más señales de peligro, todas acudirían al hospital en caso de emergencia obstétrica, los servicios de atención obstétrica son accesibles; las causas de inasistencia a sus citas de control prenatal fueron: el control del esposo y la disponibilidad de tiempo, se les ha dado poca información acerca de las señales de peligro durante el embarazo y ninguna conoce sus propios factores de riesgo.

Palabras Clave: Servicios de salud. Calidad de atención en salud. Complicaciones en el embarazo. Embarazo de alto riesgo. Mortalidad materna.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	3
3. Marco Teórico.....	5
3.1 Contextualización del área de estudio.....	5
3.1.1 Departamento de Jalapa, Guatemala.....	5
3.1.2 Red de servicios de salud en Guatemala.....	5
3.2 Mortalidad Materna en Guatemala.....	8
3.2.1 Conceptos sobre mortalidad materna.....	10
3.2.1.1 Muerte materna.....	10
3.2.1.2 Muertes obstétricas directas.....	10
3.2.1.3 Muertes obstétricas indirectas.....	11
3.2.1.4 Demoras en la atención obstétrica.....	11
3.3 Percepción de las mujeres embarazadas sobre las señales de una emergencia obstétrica.....	12
3.3.1 Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave.....	12
3.3.2 Gestación de Riesgo: Sentimientos y percepción de las Mujeres embarazadas.....	14
3.4 Generalidades sobre emergencias obstétricas.....	18
3.4.1 Embarazo de alto riesgo.....	18
3.4.2 Factores de riesgo.....	19
3.4.3 Identificación de la embarazada de alto riesgo.....	19
3.4.4 Hemorragia vaginal durante el embarazo.....	22
3.4.7 Hipertensión Arterial inducida por el embarazo.....	28
3.4.8 Anemia y desnutrición durante el embarazo.....	29
3.4.9 Infecciones genito-urinarias durante el embarazo.....	32
3.4.10 Poca o ninguna ganancia de peso durante el embarazo....	36
3.4.11 Embarazo ectópico.....	38
3.5 Estudios relacionados con las percepciones de los usuarios frente a los servicios de salud.....	41
3.5.1 Mujeres gestantes con complejos sociales: Un modelo para la prestación de servicios.....	41
3.5.2 Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios.....	45
3.5.3 Calidad de la atención en el control prenatal: Opinión de Las usuarias de una institución prestadora de servicios En Bogotá, Colombia.....	46
3.5.4 Estudios de nivel de calidad de atención Prenatal a nivel internacional.....	46

4. Población y métodos.....	49
4.1 Tipo de estudio.....	49
4.2 Unidad de Análisis.....	49
4.2.1 Unidad de muestreo.....	49
4.2.2 Unidad de análisis.....	49
4.2.3 Unidad de información.....	49
4.3 Población y muestra.....	49
4.3.1 Población o universo.....	49
4.3.2 Marco muestral.....	49
4.3.3 Muestra.....	49
4.4 Selección de los sujetos de estudio.....	50
4.4.1 Criterios de inclusión.....	50
4.4.2 Criterios de exclusión.....	50
4.5 Definición y operacionalización de variables.....	51
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos.....	55
4.6.1 Técnica.....	55
4.6.2 Procedimientos.....	55
4.6.3 Instrumentos.....	58
4.6.3.1 Boleta de recolección de datos.....	58
4.7 Procesamiento y análisis de datos.....	58
4.7.1 Procesamiento.....	58
4.7.2 Análisis.....	58
4.8 Alcances y límites.....	59
4.8.1 Alcances.....	59
4.8.2 Límites.....	59
4.9 Aspectos Éticos.....	59
5. Resultados.....	61
6. Discusión.....	77
7. Conclusiones.....	85
8. Recomendaciones.....	87
9. Aportes.....	89
10. Referencias Bibliográficas.....	91
11. Anexos.....	95

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema de magnitud mundial, Guatemala no es la excepción, ya que ocupa el lugar 142 de 162 países con la mortalidad más alta, con un índice de 139.7 muertes por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2011; y aunque ha mejorado con respecto a la línea basal realizada en el año 2000 donde el índice era de 158.3 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, no se ha logrado el objetivo de reducirla en un 50% para el presente año. (1)

Algunas de las causas médicas directas de la mortalidad materna son: las hemorragias, las infecciones, los abortos inseguros, la hipertensión. Otras causas incluyen los embarazos ectópicos. Condiciones como la anemia, diabetes, infecciones de transmisión sexual y otras pueden asimismo aumentar el riesgo de una mujer de experimentar complicaciones durante el embarazo y parto y así, son causas indirectas de la mortalidad y morbilidad maternas. (1)

Los esfuerzos para reducir la mortalidad y morbilidad materna deben abordar también los factores sociales y culturales que tienen impacto en la salud de las mujeres y en su acceso a los servicios, visualizados desde la percepción de las mismas, su opinión acerca de los mismos y el conocimiento que poseen sobre las emergencias obstétricas, lo cual es el objetivo principal del estudio.

Estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública como el de Mortalidad Materna en Guatemala 2011 menciona las causas de la mortalidad materna, pero no se encontró ninguno en el cual las mujeres embarazadas opinen sobre la temática y expresen su forma de ver el problema. Un conocimiento sólido acerca de las señales de peligro durante el embarazo es una condición indispensable, aunque a menudo insuficiente para la adopción de comportamientos y actitudes frente a una emergencia obstétrica. (1)

Se seleccionó el Hospital Nacional de Jalapa para la realización de este estudio ya que cuenta con la afluencia suficiente de usuarias al servicio de atención prenatal, con diferentes estratos socio-económicos, culturales y étnicos. Asimismo por ser Jalapa uno de los departamentos de Guatemala con índice de mortalidad materna más bajos, con 53.4 muertes por cada 100,000 nacidos vivos lo cual puede servir como modelo para otros departamentos implementando las medidas que el área de salud de Jalapa posee. (2)

En el presente estudio se concluyó que las usuarias de los servicios de atención prenatal en el Hospital de Jalapa tienen una buena opinión acerca de los mismos, calificaron la calidad de atención como buena, conocen las señales de peligro durante el embarazo, ya que mencionaron

las más comunes como: dolor de cabeza y hemorragia vaginal, en caso de presentar alguna emergencia obstétrica las usuarias consultarían a algún centro asistencial, el acceso a los servicios de salud del Hospital de Jalapa es aceptable por ellas, las principales dificultades que mencionaron para acudir a sus controles prenatales fueron: control del esposo, mala atención de enfermería, las usuarias entrevistadas desconocen sus propios factores que podría poner en riesgo su embarazo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Describir la percepción que tienen las usuarias acerca de los servicios de salud y el conocimiento sobre las emergencias obstétricas, en el servicio de control prenatal del Hospital Nacional de Jalapa, durante el mes de noviembre y diciembre del año 2012.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Establecer si las usuarias del servicio de control prenatal saben identificar una emergencia obstétrica.

2.2.2 Determinar qué acción toman las usuarias del servicio de control prenatal al haber identificado una emergencia obstétrica.

2.2.3 Determinar si las usuarias del servicio de control prenatal cuentan con la accesibilidad para acudir de manera rápida y oportuna a los servicios de salud al presentar una emergencia obstétrica.

2.2.4 Identificar cuáles son las principales causas de inasistencia que manifiestan las usuarias que no han asistido a todas sus citas de control de embarazo.

2.2.5 Establecer si las usuarias del servicio de control prenatal reciben información acerca de las emergencias obstétricas cuando acuden a sus citas.

2.2.6 Determinar si las usuarias conocen los factores de riesgo que pueden contribuir a presentar una emergencia obstétrica.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

A continuación se describen las áreas donde se realiza el presente estudio.

3.1.1 Departamento de Jalapa, Guatemala

Su nombre proviene de dos palabras náhuatl XAL y Pan, que significan "Lugar de Arena". El Departamento de Jalapa se encuentra situado en la región Sur-Oriente de Guatemala. Limita al Norte con los departamentos de El Progreso y Zacapa; al Sur con los departamentos de Jutiapa y Santa Rosa; al Este con el departamento de Chiquimula; y al Oeste con el departamento de Guatemala. La cabecera departamental de Jalapa se encuentra aproximadamente a una distancia de 96 km de la ciudad capital vía Sanarate y una distancia aproximada de 168 Km vía Jutiapa - Santa Rosa.

El Departamento de Jalapa se encuentra a 1,362 metros sobre el nivel del mar, tiene una población de 272,192 habitantes, fue decretado como departamento el 24 de noviembre 1,873, cuenta con 7 municipios los cuales son Jalapa (cabecera departamental), Monjas, San Pedro Pinula, San Luis Jilotepeque, San Carlos Alzatate, San Manuel Chaparrón y Mataquescuintla. Se habla predominantemente español y en algunos sectores de la población el pocoman. El nivel de alfabetización oscila alrededor del 76.6% de la población. (3)

3.1.2 Red de Servicios de Salud en Guatemala

La configuración de la mayoría de los Sistemas de Salud actuales partió inicialmente de la noción de Sistema de Servicios y posteriormente del concepto de Sistemas Sanitarios. A partir de estas definiciones, los diferentes países han seguido tres tipos básicos que surgieron a finales del siglo XIX y que pueden ser explicados de acuerdo con la clasificación de Terris: el seguro de enfermedad, el servicio nacional de salud y la asistencia pública. (4)

3.1.2.1. El Seguro Social

Es con frecuencia un seguro social, el cual está dirigido a dar cobertura de servicios médicos a las/los trabajadores formales y en algunos casos a sus familias. Su esquema de financiamiento está basado en contribuciones obligatorias del Estado, patrono y la/los empleados a un fondo común administrado por una entidad del Estado. Los servicios pueden ser prestados tanto por el sector público como privado. Este tipo tiene su origen en el propuesto por Bismarck en Alemania en 1883.

El seguro social es un modelo solidario que distribuye recursos para la salud a toda la población que contribuye a los sistemas de seguridad social. Sin embargo, El problema es cuando solo una fracción de la población está afiliada como es el caso en la mayor parte de América Latina; pues solo los trabajadores asalariados pueden afiliarse. Los seguros sociales impulsados en Latinoamérica han partido de los tipos desarrollados en Europa, donde la mayoría de la población pertenece al sector formal, situación que es muy distinta en Guatemala. (4)

3.1.2.2 La Asistencia Pública

En este la participación estatal es más limitada pero sigue siendo sustancial. Este tipo está planteado para dar cobertura a grupos de población pobre, con lo cual el resto de la población depende del seguro social o del sector privado. Es criticado por ser ineficiente y de baja calidad, explicada entre otras razones por la falta de personal y recursos financieros. En la práctica cubre a la población con menos recursos y los que tienen más recursos utilizan servicios del sector privado. (OPS/OMS, 1995) Por los bajos salarios, muchos médicos que trabajan para la asistencia social también ejercen la práctica privada. (4)

3.1.2.3 Los servicios privados

En éstos, las contribuciones suelen quedar a cargo del trabajador y en algunos casos del patrono, pero no se destinan a un fondo común, sino al pago de una prima individual como en cualquier otro tipo de seguro. La cantidad de seguros privados está creciendo en la región. Su debilidad más fuerte es que los seguros privados intentan cubrir a las personas más jóvenes, sanas y con capacidad de pagar mientras, que los ancianos, enfermos y pobres dependen del sector público que por lo general cuenta con recursos escasos. En cambio, en un sistema de seguro social, hay un pool de recursos fiscales que permite establecer mecanismos para subsidiar a las personas de menores ingresos y asegurar solidaridad entre generaciones, entre sanos y enfermos y entre ricos y pobres. (4)

3.1.2.4 El Servicio Nacional de Salud

Está basado en una amplia participación estatal en la planificación y el financiamiento del Sistema Sanitario, el cual depende principalmente de ingresos tributarios. La prestación de servicios también está a cargo del sector público y plantea cubrir a toda la población. Los recursos se distribuyen por medio de presupuestos de acuerdo al número de habitantes, trabajadores y establecimientos de salud. El primer ejemplo de este tipo fue el instaurado en después de la revolución bolchevique de 1,917, el cual duró casi ochenta años, un ejemplo más reciente es el Sistema Sanitario de Cuba. (4)

3.1.2.4.1 Hospital Nacional de Jalapa

El Hospital Nacional de Jalapa se encuentra ubicado sobre la 2ª. Calle y Avenida Chipilapa en la zona 1, Bo. La Esperanza del Municipio de Jalapa, fundado en 1924, posteriormente a la donación del terreno donde se encuentra por la Señora Nicolasa Cruz, razón por la cual lleva este nombre, el hospital cuenta con todas las áreas de tratamiento (pediatría, maternidad, cirugía de hombres y de mujeres, medicina de hombres y de mujeres, cuenta con 2 quirófanos, sala de emergencia y consulta externa de las distintas especialidades). El área de Consulta Externa de

Maternidad atiende de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs a mujeres gestantes, con o sin embarazo de alto riesgo, dando prioridad a las que son de la cabecera departamental y a las que son referidas de los distintos centros de salud, atienden un promedio diario de 15 pacientes, de las cuales el 2% presenta uno o más factores de riesgo. Se cuenta únicamente con una clínica para la atención de las usuarias y un equipo de ultrasonido, para lo cual se programan las pacientes conforme a necesidades y espacio. La consulta es dada por un Médico Especializado en Gineco-obstetricia. El área de maternidad cuenta con 20 camas, dos salas de parto y un área séptica, los partos regularmente son atendidos por el personal de enfermería, los médicos atienden los partos complicados y a las primíparas, la realización de cesáreas es en los quirófanos comunes del hospital. (5)

3.2 Mortalidad Materna en Guatemala

La Mortalidad Materna es un problema de salud pública a nivel nacional y mundial y pesar de que se considera una prioridad nacional, los esfuerzos realizados en el sector salud aún no se ha logrado una reducción acelerada de las cifras en nuestro país. En el año 2000 se realizó el estudio de Línea Basal de Mortalidad Materna para establecer la razón de ésta, así como caracterizar a la mujer que fallece por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio e identificar las causas más frecuentes de mortalidad materna en el país, en ese momento.

Durante los siguientes 10 años, el estudio brindó datos que permitieron establecer las líneas de trabajo y acciones a desarrollar para reducir los casos de aquellas causas prevenibles. Se definieron intervenciones dirigidas a enfrentar los problemas emergentes y no emergentes en materia de salud de la mujer, específicamente en relación a la maternidad saludable, entre estas se incluyó la investigación y la vigilancia epidemiológica permanente, pero era evidente la importancia de actualizar la información. (6)

Comparando los resultados del estudio de Línea Basal de Mortalidad Materna del año 2000, en el que se registró la Razón de Mortalidad Materna de 153 por 100,000 nacidos

vivos, y el resultado obtenido en la presente investigación, Razón de Mortalidad Materna de 139.7 por 100,000 nacidos vivos, se documenta una reducción de 8.7 por ciento de Mortalidad Materna, con descenso promedio anual de 1.2 %. Sin embargo, pone de manifiesto que aún existe un gran reto para el país en el tema de aseguramiento de servicios que permitan ejercer el derecho de las mujeres a una maternidad saludable, reforzando la necesidad de dar seguimiento al cumplimiento e implementación de las acciones planteadas en el Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015, especialmente garantizar el acceso de todas las mujeres a servicios de salud de calidad, con enfoque de género y pertinencia cultural. (7)

Guatemala ha tenido en toda su historia elevados niveles de mortalidad materna que han afectado principalmente a mujeres indígenas, rurales y pobres, por causas que son prevenibles y por tanto injustificadas. La actual situación de mortalidad materna ubica al país en el tercer lugar en América Latina y la velocidad de descenso de la misma es inferior al promedio de la región. (7)

En respuesta a este marco legal y en busca del bien común, en los Acuerdos de Paz de 1996 se asumió el compromiso de reducir la mortalidad materna en un 50% para el año 2000, tomando como año base 1995, pero once años más tarde, aún no se cumple con tal compromiso. A nivel internacional se ha asumido el compromiso de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y particularmente el ODM, que se refiere a la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes antes del año 2015. Guatemala está lejos de alcanzar esta meta, a no ser que se modifique de inmediato y en forma sustancial los factores de riesgo de muerte materna que enfrentan las madres del país. (8).

El análisis de la mortalidad materna demostró que los departamentos del altiplano son los que tienen mayor población indígena, rural y pobre, y concentran el mayor número de muertes maternas, mientras que el departamento de Guatemala y la mayor parte de los ubicados en el oriente del país tienen los menores niveles. (9)

Entre la población indígena se encontró una RMM que es más del doble de la que ocurre en la etnia no-indígena (163 Vrs. 77), para un riesgo relativo de 2.11; y un porcentaje de

muerter (71.2%) muy superior al porcentaje de nacidos vivos de esta etnia en la población general (54%). Estos datos son claramente indicativos de un mayor riesgo de muerte en la población indígena. (9)

En relación al sitio de defunción, se encontró que el 41.4% fallecen en su casa y el 5.8% en tránsito; o sea que 47.2% de las defunciones ocurren sin que las madres tengan la oportunidad de atención institucional. (9)

En relación con las causas de muerte, la hemorragia persiste en el país como la primera (41%), seguida por los trastornos hipertensivos del embarazo (16.6%), infecciones (15.5%) y abortos (6.3%). (9)

3.2.1 Conceptos sobre mortalidad materna

Entre algunos de los conceptos más relacionados con la mortalidad materna se pueden mencionar los siguientes:

3.2.1.1 Muerte Materna

Es la de una mujer durante su embarazo o en los 42 días posteriores a la finalización del mismo, sin importar la duración y sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada, agravada por el mismo o su manejo, pero no de causas accidentales o incidentales. (10)

3.2.1.2 Muertes obstétricas directas

Son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado de embarazo (asociadas al embarazo en sí, parto y post-parto), derivadas de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de eventos que resulte en cualquier de los previos. Son muertes debidas, por ejemplo, a hemorragia, pre-eclampsia/eclampsia o aquellas debidas a complicaciones derivadas de la anestesia u operación cesárea. (10)

3.2.1.3 Muertes obstétricas indirectas

Son aquellas que resultan de enfermedades que existían previamente o de enfermedades que se desarrollaron durante el embarazo que no fueron debidas a causas obstétricas directas, pero agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Por ejemplo, muertes debidas al agravamiento por el embarazo de una enfermedad cardíaca o renal previa. (10)

3.2.1.4 Demoras en la atención obstétrica

Como demoras se describen las barreras que retrasan la obtención o recepción de atención de emergencia, cada una de las demoras se refiere a un contexto específico y permite evaluar el nivel de atención materna. Las cuáles son las siguientes:

3.2.1.4.1 Primera demora

Se produce por: “el desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, post-parto y del recién nacido”. (11)

3.2.1.4.2 Segunda demora

Se produce cuando, “aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y tomar decisión por sí misma; sino que ésta deba ser decidida por su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros).” (11)

3.2.1.4.3 Tercera demora

“Se refiere a los limitantes que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud”. (11)

3.2.1.4.4 Cuarta demora

Se refiere a la producida por: “una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado.” (11)

3.3 Percepción de las mujeres embarazadas sobre señales de una emergencia obstétrica

En este apartado del marco teórico se reúnen distintos estudios realizados sobre el tema percepción de las gestantes acerca de las señales de una emergencia obstétrica.

3.3.1 Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo- puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave

Se tuvo por objetivo comprender la experiencia relativa a morbilidad materna grave, a partir de un grupo de mujeres que experimentó ese problema. Se adoptaron los preceptos metodológicos de la investigación cualitativa. (12)

Fueron entrevistadas dieciséis mujeres que experimentaron morbilidad materna grave. Los resultados fueron discutidos a partir de cuatro temas:

- 1) Describiendo el deseo y la planificación para tener un hijo.
- 2) Percibiendo su problema de salud, su influencia en la gestación y en el concepto.
- 3) Pasando por el choque inicial del post-parto.
- 4) Experimentando la situación de riesgo: deseos, frustraciones y superación.

Se espera que este trabajo pueda contribuir para calificar la asistencia de enfermería, especialmente reconocer la diversidad y amplitud de las necesidades

que las mujeres presentan en situaciones de morbilidad grave durante el ciclo de embarazo y puerperio.

La asistencia prenatal consiste en un espacio de orientación en lo que se refiere a aspectos inherentes al proceso fisiológico de la gestación y de la promoción de la salud, además de hacer la profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de la gestación o de ella provenientes, de forma a superar su mayor desafío que es la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

El análisis de la ocurrencia de muertes maternas evidencia variaciones no apenas entre países, pero también en diferentes regiones de un mismo país o inclusive dentro de un estado. La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que, anualmente, 20 millones de mujeres en el mundo presentan complicaciones agudas relacionadas a la gestación, con la ocurrencia de 529 mil muertes.

Resultados del estudio

El abordaje cualitativo de la investigación utilizada en este estudio se mostró adecuado a la temática, permitiendo el alcance del objetivo propuesto, o sea, comprender la experiencia sobre la morbilidad materna grave, a partir de un grupo de mujeres que experimentaron ese problema.

Se notó una gran expectativa de las mujeres con relación al futuro de sus vidas y de los hijos, durante la gestación y después el nacimiento. Ellas se muestran aprehensivas, con miedo de la muerte, miedo de lo inesperado y de perder al hijo. Sin embargo, manifestaron esperanza de victoria, al término del proceso por el cual estaban pasando. Quedó evidente el deseo de volver a tener una vida saludable y, muchas veces, basándose en la creencia religiosa, por creer que Dios les daría la fuerza necesaria para superar el desafío de la enfermedad, del embarazo y de la condición de ser madre.

Delante de eso, es importante, también, que la planificación del cuidado de la salud contemple esta cuestión, como estrategia para aumentar la disposición a la superación de las complicaciones.

Otro aspecto importante a considerar en la asistencia a las mujeres en el ciclo de embarazo y puerperio es la calidad de la información y de la atención a los cuidados tanto físicos como emocionales que les debe ser garantizada. La percepción del riesgo de muerte trae diversos sentimientos y con diferentes intensidades. Los sentimientos como miedo, ansiedad y culpa, de esta forma, pueden ser amenizados. Se debe valorizar la adecuada interacción del equipo multiprofesional con el binomio madre-hijo. El acogimiento a esas madres debe tener prioridad en el momento de la admisión del recién nacido, incluyéndolas como participantes en la recuperación del hijo de forma positiva, respetando sus expectativas e individualidad. Considerando las necesidades maternas, los profesionales de la salud en general y, de forma particular el enfermero, podrán mejorar el proceso de cuidado prestado a ellas y a sus hijos, para proporcionar más seguridad y valorizar la autoestima y la confianza mutua. (12)

3.3.1 Gestación de riesgo: Percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas.

El embarazo acarrea alteraciones emocionales y fisiológicas en las mujeres, pues ocurren cambios en el cuerpo, en el ámbito familiar y en las relaciones interpersonales. Así, la adaptación psicológica a las nuevas condiciones establecidas ante un embarazo requiere una reflexión de la mujer embarazada y de los profesionales de la salud frente a este ciclo vital.

En este sentido, debe saberse que algunos factores pueden desequilibrar la frágil estructura emocional de una mujer embarazada, impidiendo su proceso de adaptación a los desafíos impuestos por el embarazo. Si esto ocurre, podrá causar daños a su salud, desencadenando un embarazo de riesgo.

El embarazo de riesgo hace mucho que viene siendo discutido, tornándose una preocupación mundial, debido a los agravios que comprometen tanto a la mujer embarazada como al feto, que conduce al proceso de la enfermedad que resulta en tratamientos de alto costo, impactando en la economía del país.

Etimológicamente, la palabra riesgo se deriva de la palabra *riscare*, es decir, se atreven. Así, el riesgo sería una opción y no un destino. Para el Ministerio de Salud, la evaluación del riesgo no es tarea fácil, ya que el concepto de riesgo se asocia a varias posibilidades y la unión entre un factor de riesgo y un daño no siempre es explicada. Específicamente, el concepto de riesgo en el embarazo parece identificar los grados de vulnerabilidad durante los períodos de embarazo, parto, posparto y la vida del niño en su primer año. En la atención prenatal, el embarazo de alto riesgo se refiere a las alteraciones relacionadas tanto con la madre como con el feto.

El embarazo entraña en sí mismo un riesgo para la madre y el feto. Sin embargo, en aproximadamente 20% de ellas, este riesgo se incrementa, siendo entonces incluidas entre los llamados embarazos de alto riesgo, en contraste a las "normales", llamadas de bajo riesgo. Así, se define como un embarazo de alto riesgo "aquel en que la vida o la salud de la madre y / o del feto tienen mayores posibilidades de ser atendidas que las de la media de la población considerada".

Metodología del estudio

Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo, que contiene entre sus preceptos cualitativos la descripción, en que el investigador observa, cuenta, describe y clasifica.

El estudio fue realizado en una maternidad pública, en la ciudad de Fortaleza, Ceará-Brasil, clasificada por el Ministerio de Salud, como de nivel terciario, considerado como un centro de referencia para todo el estado del Ceará. Tiene como misión promover la formación de recursos humanos, actividades de aprendizaje, educación, investigación y extensión, en la búsqueda de la excelencia en la atención general y la salud humanizada de las mujeres y los recién nacidos. Esta maternidad tiene en su estructura física un espacio con 44 camas destinadas para la admisión de mujeres embarazadas en situación

de riesgo y un lugar con sillas, mesas, sonido y televisión en que las mujeres embarazadas desarrollan artesanías y conferencias.

Participaron del estudio 11 mujeres embarazadas con diagnóstico de rotura de membranas sin importar color, raza, religión o nivel de educación, internadas en los meses de septiembre y octubre de 2007 en la maternidad que albergó el estudio. La cantidad de participantes se hizo a partir de la saturación de los datos.

Se utilizó para la colecta de datos una entrevista semi-estructurada dividida en dos partes. La primera formada por los datos de identificación y obstetricia. La segunda guiada por tres cuestiones norteadores, a saber: ¿Qué sabe usted sobre amniorrexe prematura? ¿Cómo es para usted la vivencia de este momento? ¿Cuénteme usted cómo reaccionó cuando vio o supo que su bolsa de aguas se rompió?

Como un recurso para grabar las informaciones se utilizó una grabadora para la validación de la entrevista, después de la entrevista los investigadores hicieron un retroceso en las citas con la finalidad de que la entrevistada escuchase la entrevista, confirmase o no de acuerdo con lo que fue registrado; caso de que estuviese en desacuerdo, la participante sería nuevamente entrevistada hasta la confirmación. Las entrevistas fueron posteriormente transcritas en la íntegra.

Después de la transcripción de los testimonios y lectura detallada de las respuestas, los datos obtenidos en estas lecturas fueron organizados de acuerdo con la convergencia de los discursos, en la cual surgieron las categorías empíricas que fueran fundamentadas en la literatura relacionada con la temática. De acuerdo con algunos autores esta es una manera de organizar los datos mediante su agrupamiento en categorías. Cuando terminó este paso fueron seleccionados los testimonios considerados significativos, con el fin de autenticar las conclusiones y sus significados.

Resultados de la investigación

Conocimiento de las mujeres embarazadas respecto al factor de riesgo

En esta categoría, las declaraciones revelaron que ocho de las participantes ignoran la patología y tres relacionaron su etiología a otros factores distintos de la rotura de membranas, como embarazo agitado, edad avanzada y el esfuerzo físico. Lo que nos hace pensar que estamos ante un fracaso en la comunicación entre el profesional de salud y las mujeres embarazadas durante el tratamiento, los profesionales de alguna manera pueden estar explicando, sin embargo, las mujeres embarazadas no están entendiendo.

Sentimientos de las participantes

Los sentimientos, el miedo y la preocupación fueron evidentes, por el hecho de la mujer no saber lo que podría haber ocurrido o lo que está aconteciendo con sus hijos dentro del vientre ahora sin la bolsa íntegra para protegerlos. Para las personas legas, el hecho de la rotura de la bolsa significa que su hijo nacerá poco después, lo que crea preocupación y miedo cuando ello no ocurre. Esto nos alerta sobre la importancia de disponer atención integral a las mujeres embarazadas, proveer las aclaraciones necesarias para tranquilizarlas sobre la salud de su bebé.

Consideraciones finales

El estudio reveló que las mujeres embarazadas conocen poco la patología, tienen miedo por la vida de sus hijos y no saben lo que hacer ante esta situación. Por lo tanto el embarazo no debe ser un evento estresante en el sentido patológico, puesto que ya es fisiológicamente, y que los profesionales de la salud, especialmente el enfermero, debe estar atento a los cambios y alteraciones que puedan surgir durante un embarazo. El seguimiento del embarazo es importante, porque su objetivo no es dejar que ocurran trastornos para la madre, ya que afectará directamente al feto, que es sensible a factores emocionales. Cuando una mujer se enfrenta a un embarazo de alto riesgo

podrá tener dificultades para responder de forma positiva al cambio de su cuerpo.

Ante estos dos factores el conocimiento y la percepción, pudieramos alertar a los profesionales de la salud en cuanto al cuidado de una mujer en esta etapa de la vida que en sí misma sólo trae una serie de sentimientos ambiguos, que hacen que el embarazo sea un momento único e intenso en cuanto a los sentimientos, especialmente el miedo y la preocupación. En caso de rotura prematura de membranas, el hecho de la gravedad es mucho más intensa, como la madre que no tiene conocimientos sobre su salud, no podrá participar activamente del proceso de gestación, desde el momento en que se dice solo que la bolsa de aguas rompió antes de la hora, que el bebé está bien y que tiene que esperar por el curso "normal" del embarazo, la madre crea una ansiedad en cuanto a lo que realmente está esperando. (13)

3.4 Generalidades de emergencias obstétricas

Casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias sociales, médicas, obstétricas o de otra índole, se acompañan de una morbimortalidad materna superior a la de la población general. Por ello es prioritario identificar precozmente los factores de riesgo y estimar su importancia relativa en relación con el resultado perinatal para poder disminuir así las consecuencias adversas de los mismos. (14)

3.4.1 Embarazo de alto riesgo

El embarazo de alto riesgo es aquel que se acompaña de factores de riesgo socio demográficos u obstétricos maternos o patologías médicas y obstétricas concomitantes que estadísticamente se encuentran asociados con un incremento en la morbilidad y mortalidad de la madre, el feto o el recién nacido.

El embarazo de alto riesgo constituye del 10 al 20% del total de embarazos y es responsable del 75% de la morbilidad y mortalidad de la madre, del feto o del

recién nacido. Por esta razón es necesaria la identificación temprana y el manejo de los factores de riesgo con el fin de racionalizar la atención médica y concentrar los recursos en quienes más los necesitan con el fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera. (14)

3.4.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son características que presentan una relación significativa con un determinado daño. Estas relaciones pueden ser:

1. De tipo causal, en las que el factor desencadena el proceso, (por ejemplo las malformaciones congénitas debido a una infección por rubeola durante el embarazo).
2. De tipo predictivo, en el que las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño, pero están asociadas a causas subyacentes no totalmente identificadas o no comprendidas. Por ejemplo una mujer que ya ha perdido un feto o un recién nacido corre mayor riesgo de perder su siguiente hijo. (14)

3.4.3 Identificación de la embarazada de alto riesgo

Diferentes autores han propuesto distintos sistemas de identificación de la embarazada de alto riesgo. En general, estos constan de una lista de complicaciones médicas y de antecedentes socio-demográficos y obstétricos de la madre, a las cuales se les asignan diferentes valores numéricos dependiendo de la gravedad de sus efectos sobre la gestación.

La suma de estos valores permite la obtención de un puntaje que refleja la importancia del problema potencial y que clasifica a las embarazadas en alto y bajo riesgo. Entre los factores de riesgo socio-demográficos se pueden mencionar los siguientes:

- 1) Aborto habitual (2 o más abortos consecutivos).
- 2) Multiparidad (más de 5 partos).
- 3) Antecedente de aborto inducido, parto prematuro o bajo peso al nacer, diabetes mellitus, hipertensión arterial, (incluyendo preeclampsia), ruptura prematura de membranas ovulares, parto distócico, hemorragias vaginales y cesáreas previas.
- 4) Estado socio-económico bajo.
- 5) Edad materna menor de 20 años o mayor de 35.
- 6) Hábito de fumar y/o ingerir bebidas alcohólicas.

Entre los factores inherentes al embarazo actual, se pueden mencionar los siguientes:

- 1) Desnutrición u obesidad.
- 2) Talla corta (menos de 1.45 mts).
- 3) Intervalo intergenésico corto o largo (menos de 6 meses o mayor de 5 años respectivamente).
- 4) Embarazo prolongado.
- 5) Problemas placentarios: placenta previa o desprendimiento de placenta previamente normoinserta.
- 6) Embarazo múltiple.
- 7) Presentación podálica al término del embarazo.
- 8) Restricción del crecimiento intraútero.
- 9) Falta de control prenatal.
- 10) Trabajo de parto pretérmino.
- 11) Óbito fetal.

Complicaciones médicas maternas:

- 1) Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial crónica, hipertensión gestacional, miocarditis, pericarditis, insuficiencia cardíaca, insuficiencia venosa profunda.
- 2) Enfermedades hematológicas: anemia, hemofilia.
- 3) Enfermedades pulmonares: neumonía, tuberculosis, asma bronquial, edema pulmonar.

- 4) Enfermedades de las vías urinarias: pielonefritis, nefrolitiasis, riñón poliquístico.
- 5) Enfermedades endocrinas: diabetes mellitus, hipo o hipertiroidismo, hiperprolactinemia.

Asociación entre algunos factores de riesgo y aumento de la morbi-mortalidad durante el embarazo:

Fumar durante el embarazo:

- 1) Aborto espontáneo.
- 2) Bajo peso al nacer.
- 3) Parto prematuro.
- 4) Restricción del crecimiento intrauterino.
- 5) Muerte fetal.
- 6) Muerte del recién nacido en los primeros siete días de vida.

Edad materna igual o mayor a 35 años:

- 1) Aborto espontáneo.
- 2) Anormalidades cromosómicas (Síndrome de Down).
- 3) Bajo peso al nacer.
- 4) Parto prematuro.
- 5) Restricción del crecimiento intrauterino.
- 6) Muerte fetal.
- 7) Diabetes gestacional.
- 8) Preeclampsia.
- 9) Embarazo múltiple.
- 10) Muerte materna.

Edad materna igual o menor a 20 años:

- 1) Bajo peso al nacer.
- 2) Parto prematuro.
- 3) Restricción del crecimiento intrauterino.
- 4) Parto instrumentado con fórceps.
- 5) Hemorragia postparto

- 6) Infección uterina postparto.
- 7) Muerte materna en embarazadas menores de 15 años.

Obesidad materna:

- 1) Muerte materna.
- 2) Preeclampsia.
- 3) Diabetes gestacional.
- 4) Cesárea.

Nuliparidad:

- 1) Preeclampsia.
- 2) Eclampsia.

Multiparidad:

- 1) Inserción anormalmente baja de placenta.
- 2) Hemorragia postparto.

Espacio intergenésico corto:

- 1) Bajo peso al nacer
- 2) Parto prematuro
- 3) Anemia materna.
- 4) Muerte materna.
- 5) Placenta previa.
- 6) Infección uterina postparto. (14)

3.4.4 Hemorragia vaginal durante el embarazo

Se deben dividir en las hemorragias de la primera mitad del embarazo y las de la segunda mitad. (15)

3.4.4.1 Hemorragias de la primera mitad del embarazo:

La primera causa es el aborto, el cual se define como: La interrupción de la gestación antes de las 22 semanas y un feto con peso inferior a los 500g. Independientemente de la viabilidad y de la causa (espontáneo o provocado).

Se clasifican en precoces, si se producen antes de las 12 semanas de gestación, y tardíos si lo hacen entre las 12 y 22 semanas. Diagnóstico: hemorragia de intensidad variable y luego aparecen dolores abdominales cólicos, algunas horas o incluso días después. Se debe realizar el diagnóstico inmunológico o ecográfico del embarazo, y luego confirmar con especuloscopia que el sangrado proviene del útero. Se debe realizar diagnóstico diferencial con A) la enfermedad trofoblástica: sangrado escaso, que se sucede con intermitencia, y sin dolor, hasta que comienza la expulsión de las vesículas, en que aparece; presentan como característica, sialorrea y vómitos (hipermesis). B) embarazo ectópico: metrorragia, dolor abdominal, mal estado general y a la palpación aumento del útero y predominantemente engrosamiento anexial.

3.4.4.2 Hemorragias de la segunda mitad del embarazo:

Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, se acompañan de mal pronóstico perinatal. La mortalidad perinatal es cinco veces mayor en estos casos. Las causas más frecuentes relacionadas con la gestación son: Placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera, amenaza de parto pretérmino.

Placenta Previa:

La hemorragia provocada por esta patología puede ser en ocasiones graves, llevando a la paciente al shock hipovolémico; otras veces, la pérdida puede ser insidiosa y escasa, con mínima repercusión sobre la salud materno-fetal. Definición: se entiende por placenta previa, la implantación de la placenta en el segmento inferior del útero, pudiendo interponerse totalmente a la presentación fetal. Existen varias formas de clasificar el proceso, la más aceptada relaciona la situación placentaria con el orificio cervical. Aunque se asume que cuanto más cubra la placenta el OCI, mayor será la hemorragia, cualquier tipo será de cuidado, ya que, una placenta marginal o lateral, puede

cursar el embarazo sin clínica, y desencadenar una hemorragia importante durante el trabajo de parto.

Con respecto a la clínica, el hecho clínico más característico de la placenta previa es la metrorragia sin dolor, en el segundo o tercer trimestre. El episodio inicial suele aparecer entre las 33 y 34 semanas de gestación, aunque puede presentarse raramente alrededor de las 30 semanas.

El inicio del sangrado suele ser sin causa aparente, posterior a una relación sexual, un tacto vaginal, o el inicio del trabajo de parto. La sangre suele ser líquida, roja rutilante, y la cantidad inferior a 500 ml, tendiendo a parar el sangrado espontáneamente. Se debe tener en cuenta: la forma de inicio de los síntomas, metrorragia, dolor, consistencia del útero, palpación de partes fetales, percepción vaginal de la placenta (por tacto= almohadillado placentario), signos de afectación materna y fetal.

En cuanto al tratamiento, dos hechos han mejorado el pronóstico y contribuido a reducir la mortalidad perinatal; por un lado el tratamiento conservador en casos de hemorragias leves, y por otro, la intervención de la cesárea abdominal, frente al parto vaginal.

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta(DPPNI):

Constituye la separación de la placenta de su área de inserción antes del 3º período del parto. La mortalidad fetal es muy alta (superior al 15%) y la materna es tres veces superior a la esperada.

La aparición frecuente de SFA, prematuridad, anemia, etc., hace que el número de secuelas tanto sensitivas como motoras sea alto. Desde el punto de vista materno, complicaciones secundarias a la hemorragia, a las alteraciones de la coagulación o bien a la embolia pulmonar también tienen una tasa muy alta.

Desde la antigüedad se identificó al cuadro clínico caracterizado con la tríada sintomática de hipertensión, metrorragia y muerte fetal, con pronóstico materno comprometido.

La clínica del DPPNI puede variar ampliamente, desde la forma asintomática hasta la manifestación más florida:

1. Hemorragia: 60-80%, sangre roja oscura cuando es escasa y rojo vivo si es abundante. Sin coágulos siempre. Si la hemorragia es oculta (por sangrado transplacentario), la clínica de anemia es aguda y puede presentar shock (hipotensión, taquicardia, palidez, sudoración, oliguria, pérdida de conciencia, acúfenos, etc.).
2. Dolor. 45%, presentan algias abdominales difusas. Otras veces puede referir dolores como de "cuchilladas". Indica la extravasación de sangre al miometrio.
3. Hipertonía. La rotura vascular y la lesión de células deciduales ponen en un mecanismo de síntesis de prostaglandinas que, a nivel local, actúa sobre el miometrio provocando una contractura. No es raro observar al examen obstétrico, sensibilidad uterina al dolor muy acusada. La morbilidad perinatal está aumentada. El LA puede ser hemático, cuando se produce RPM, por la infiltración sanguínea hacia la cavidad uterina. (20)

3.4.5 Ruptura prematura de membranas ovulares

Se llama así comúnmente a la salida de líquido amniótico por los genitales sin que se desencadene el trabajo de parto en las siguientes 24 horas. Es lo que se conoce como "rotura de la fuente". Es más común en las últimas semanas del embarazo, pero puede ocurrir en cualquier momento, a partir del segundo trimestre. Cuando la fuente se rompe los gérmenes invaden el líquido amniótico y pueden provocar una infección en el feto.

Es imprescindible un examen vaginal realizado por personal capacitado para confirmar la rotura de las membranas ovulares, muchas veces resulta ser incontinencia de orina o flujo vaginal.

Si la rotura se produce antes de la semana 32, se intentará prolongar unas semanas el embarazo porque el riesgo de prematuridad es mayor que el de infección fetal, se indicará reposo, esteroides para maduración pulmonar fetal y antibióticos, siendo necesarios controles de laboratorio para diagnosticar signos de infección, como el recuento de glóbulos blancos o un cultivo de secreción vaginal para identificar los gérmenes que allí se encuentran. Si se sospecha infección, se inducirá el trabajo de parto para evitar mayores riesgos para el feto.

Factores de riesgo que se asocian a ruptura prematura de membranas ovulares: Bajo nivel socioeconómico, bajo peso materno, parto prematuro previo, tabaquismo, hemorragia vaginal del segundo y tercer trimestre, infecciones cérvico-vaginales y vaginosis, embarazo gemelar, malformaciones y tumores uterinos, embarazo con DIU.

Clínica y Diagnóstico:

La paciente refiere pérdida de líquido por genitales externos, debiendo interrogarse sobre la fecha, hora y forma de inicio, color (opalescente, verdoso claro, verdoso oscuro, serohemático, etc.), olor (hipoclorito de sodio), y cantidad del mismo. Se debe hacer diagnóstico diferencial con leucorrea, incontinencia urinaria, eliminación del tapón mucoso, rotura de quiste vaginal, hidrorreadecidual o rotura de bolsa amniocorial. No se realizará tacto vaginal si no hay dinámica uterina compatible con trabajo de parto. La especuloscopia se realizará con previo lavado perineal, con líquido aséptico, utilizando espéculo estéril. Se visualizara el cérvix, tratando de constatar si fluye líquido amniótico en forma espontánea. En caso de que esto fuera negativo, se realizará la maniobra de tarnier o compresión de fondo uterino. (16)

3.4.6 Trabajo de parto pretérmino

Existe la necesidad de encontrar medidas eficaces para la detección e intervención del trabajo de parto pretérmino, con el fin de disminuir la morbilidad neonatal y los altos costos derivados de la atención del recién nacido prematuro.

Frente a esta necesidad, y ante el advenimiento de la ultrasonografía cérvicouterina, se requiere revisar algunos conceptos como: factores de riesgo, la valoración del cérvix durante el embarazo, la medición de la longitud cervical por ultrasonido transvaginal, la variación del cérvix con la edad gestacional, el valor de la fibronectina y de otras pruebas que pueden servir como coadyuvantes en la detección del parto pretérmino.

El trabajo de parto pretérmino (TPP) se asocia con un alto índice de morbilidad y mortalidad perinatal. El parto pretérmino (PP) ocurre entre las 24 y 37 semanas de gestación. A pesar de todos los avances de la neonatología, conservar al feto dentro del útero constituye la manera más eficaz para lograr mejorar la supervivencia neonatal.

El TPP idiopático que culmina en PP, explica la mitad de los PP, y es la causa más importante de mortalidad perinatal en los países desarrollados, siendo responsable del 75% de las muertes perinatales. La incidencia de PP es del 7% al 10% y ha permanecido estable en los últimos 20 años, a pesar del amplio uso de medicamentos. Sin embargo, en los últimos años se ha logrado disminuir la mortalidad perinatal gracias a la mejoría en la atención neonatal y a los progresos en los cuidados intensivos al nacer, pero esto implica un alto costo.

Es necesario entonces encontrar medidas eficaces de detección e intervención del TPP para disminuir los costos de la atención neonatal y los costos generados por las deficiencias neurosensitivas moderadas a profundas que aparecen en la niñez cuando los productos al nacer pesan menos de 750 g y 1 000 g. Estas deficiencias incluyen: parálisis cerebral, retardo psíquico, epilepsia, ceguera, sordera y educación especial.

Lograr la disminución de la morbilidad y mortalidad perinatal y del costo de atención neonatal, dependen únicamente de que se disminuya la prematurez mediante la identificación oportuna.

Factores de Riesgo:

La detección temprana del TPP, depende de la identificación de los factores de riesgo (FR) y la identificación de síntomas y signos precoces de trabajo de parto. El diagnóstico es difícil de hacer hasta que el proceso esté bien establecido. La

detección sistemática de los FR, a saber: demográficos, antecedentes médicos, hábitos diarios y algunos aspectos anormales del embarazo actual, permiten identificar algunas personas expuestas a mayor riesgo, pero existe un número importante de eventos que ocurren sin la presencia de FR.

El sistema más utilizado para la valoración de FR es el sistema de cuantificación de riesgo de Papiernik, modificado por Gonik y Creasy que asigna puntos del 1 al 10 para valorar los siguientes FR:

- 1) Factores socioeconómicos que incluye estado civil, nivel socioeconómico, edad, talla y peso materno;
- 2) Historia médica previa que comprende abortos, pielonefritis o parto pretérmino;
- 3) Hábitos cotidianos como el consumo de cigarrillo > 10/día y trabajo duro y estresante; y
- 4) Aspectos del embarazo actual como la ganancia de peso, placenta previa, hidramnios o cuello corto. Una paciente con puntuación > 10 se clasifica como de alto riesgo de trabajo de parto pretérmino. (17)

3.4.7 Hipertensión inducida por el embarazo

La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematuridad, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna.

En la actualidad los términos más aceptados son hipertensión inducida por el embarazo, si no está acompañada por proteinuria, y preeclampsia cuando la proteinuria está presente.

La preeclampsia (PE) es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato. La misma se caracteriza por una respuesta materna, inmunológica – vascular, anormal a la implantación del producto de la concepción, que se manifiesta a través de una función endotelial alterada, representada por la activación de la cascada de la coagulación, y un aumento de la resistencia vascular periférica y de la agregación plaquetaria.

La enfermedad tiene un periodo de evolución preclínico, antes de las 20 semanas de gestación, y un periodo clínico, el cual se presenta en la segunda mitad del embarazo con hipertensión, proteinuria y otras alteraciones sistémicas. El signo hipertensión es el marcador que define y marca el pronóstico de la enfermedad.

Varios factores que pueden ser reconocidos en el interrogatorio y examen físico en la primera consulta prenatal incrementan el riesgo de desarrollar preeclampsia: primiparidad, historia familiar o personal de PE, edad mayor a 35 años, presencia de anticuerpos antifosfolípidos obesidad, y embarazo gemelar. La hipertensión previa, la enfermedad renal crónica, la diabetes, las enfermedades autoinmunes y un periodo intergenésico mayor a 10 años incrementan también el riesgo.

Diagnóstico de Hipertensión Gestacional:

El mismo se realiza cuando las cifras tensionales alcanzan o superan los 140/90 mm Hg. de presión sistólica y diastólica respectivamente. La paciente debe permanecer sentada por al menos cinco minutos antes de medir la tensión arterial. Si la misma es anormal, se debe repetir la medición tres veces más, separadas por intervalos de un minuto. Si estos valores se presentan antes de la semana 20, estaremos presuntamente en presencia de una paciente con hipertensión previa. Si ocurren luego de la semana 20, deberemos recurrir a los estudios complementarios y al análisis de los factores de riesgo para poder diferenciar una hipertensión crónica de una inducida por el embarazo. (18)

3.4.8 Anemia y desnutrición durante el embarazo

En cuanto a la palidez durante el embarazo se abarcan dos temas, distintos pero con un común factor predisponente, desnutrición durante el embarazo y anemia durante el embarazo.

Desnutrición durante el embarazo:

La desnutrición sobreviene cuando la cantidad disponible de energía o proteína es insuficiente para cubrir las necesidades orgánicas.

La desnutrición es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono - grasas) y proteínas. Según la UNICEF, la desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños y en gran parte de la materna en países en desarrollo.

Las causas de desnutrición se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional. El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo. Es una enfermedad que puede ser primaria o secundaria.

La desnutrición primaria, aparece porque no se puede ingerir una cantidad suficiente de alimentos, es un síndrome que acompaña la pobreza de la población que está marginada por razones políticas o socioeconómicas.

La desnutrición secundaria puede aparecer por diferentes causas. Las infecciones crónicas y las neoplasias malignas son enfermedades primarias que, en sus etapas terminales, provocan una pérdida paulatina de peso que puede llegar a la caquexia o inanición. Sin embargo, las autoridades sanitarias se preocupan mucho más por la atención de los casos de desnutrición primaria, particularmente la infantil.

Entre los síntomas generales se pueden mencionar: fatiga, mareo, pérdida de peso y disminución de la respuesta inmune, hipoproteinemia, edema, pérdida masa muscular, alteraciones de la coagulación, anemia.

Las mujeres embarazadas necesitan más de algunos nutrientes. Estas necesidades están determinadas en parte por la etapa del embarazo ya que el crecimiento fetal varía según el tiempo de gestación. Durante el primer trimestre,

la síntesis de los tejidos fetales impone demandas no muy considerables a la nutrición de la madre en virtud del pequeño tamaño del embrión/feto. En cambio, los últimos tres meses son un período de notorio crecimiento fetal cuando se presenta la mayor proporción de acopio de fuentes de energía y minerales en el feto.

Anemia durante el embarazo:

La anemia es un cuadro clínico frecuente durante el embarazo, donde la deficiencia de hierro es la falla nutricional más conocida. Su prevalencia es alta en mujeres en edad reproductiva, particularmente en embarazadas lo cual incrementa los riesgos de desarrollar enfermedades maternas y/o fetales. En la mayoría de países latinoamericanos, la cantidad de hierro y ácido fólico disponible en la dieta es baja, y requiere de suplementación adicional para incrementar las reservas que utilizaran la gestante y su hijo. Ambos elementos son importantes para determinar el efecto adecuado en el crecimiento fetal, placentario y en el incremento de la masa eritrocitaria.

La anemia en el embarazo es un gran problema de salud pública en países subdesarrollados donde, sumada a la malnutrición y otras afecciones frecuentes como la malaria y las infecciones parasitarias, contribuyen a incrementar la morbimortalidad materna y perinatal.

Aspectos clínicos de la anemia del embarazo

La OMS (1972) define a la anemia durante el embarazo, independientemente de su causa, como la presencia de un nivel de hemoglobina menor a 11.0 g/dL y menor a 10.0g/dl durante el periodo posparto. El Center of. Disease Control (CDC) desde 1989 recomienda tener en cuenta las variaciones fisiológicas de la hemoglobina durante el embarazo. Se considera que la anemia está presente si el nivel de hemoglobina es menor a 11g/dL durante las semanas 1-12 (primer trimestre) y 29-40 (tercer trimestre) del embarazo y menor a 10.5 g/dL durante las semanas 13-28 (segundo trimestre). Estos niveles de hemoglobina corresponden a valores de hematocrito de 33.0%, 32.0% y 33.0%, respectivamente.

Consecuencias de la anemia en el embarazo; morbimortalidad materna y perinatal:

Innumerables investigaciones científicas, han establecido una asociación entre malnutrición y anemia con aborto, parto pretérmino, recién nacido de bajo peso y anemia neonatal.

Requerimientos y pérdidas de hierro durante el embarazo:

Pérdidas basales (0.8 mg/día) + 1er trimestre 1 mg/día: necesidades fetales y eritrocitarias mínimas (+– 30 a 40mg)

Pérdidas basales (0.8 mg/día) + 2do trimestre 5 mg/día: necesidades eritrocitarias (330mg)+necesidades fetales (115mg)

Pérdidas basales (0.8 mg/día) + 3er trimestre 5 mg/día: necesidades eritrocitarias (150mg)+necesidades fetales (223mg). (19)

3.4.9 Infecciones genito-urinarias durante el embarazo

3.4.9.1 Infección del Tracto Urinario:

La infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más urante el embarazo. Los microorganismos involucrados son principalmente las enterobacterias, entre ellas Escherichiacoli (80% de los casos), Klebsiellasp, Proteusmirabilis, Enterobacterssp. Existen además otros agentes que siguen en frecuencia, como ser Streptococcus del grupo B y Staphylococcuscoagulasa negativo

Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y ue aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria. Entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono ureteral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la

vejiga aumentando su capacidad vesical y disminuyendo su vaciamiento (éstasis urinaria), obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha, aumento del pH de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana, hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter, aumento de la filtración glomerular que determina la presencia de glucosa en la orina lo que favorece la aparición de los gérmenes, aumento del reflujo vesicoureteral, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal.

Si no existen enfermedades concomitantes, el riesgo es mayor en las embarazadas de mayor edad, múltipara, y de bajo nivel socioeconómico, pero sobre todo en aquellas con historia previa de infección urinaria.

Del 2 al 10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática y sin tratamiento, el 30 al 50% evolucionarán a pielonefritis, ésta por su parte puede asociarse a insuficiencia renal aguda, sepsis y shock séptico. Aumenta el riesgo de parto prematuro y de recién nacido de bajo peso al nacer. La mortalidad fetal más alta se presenta cuando la infección ocurre durante los 15 días que anteceden al parto. Por lo expuesto anteriormente, la detección y el tratamiento temprano de las IU en las embarazadas debe ser una prioridad.

Desarrollo:

La IU desde el punto de vista clínico, puede presentarse como una infección asintomática: Bacteriuria asintomática del embarazo, o como una infección sintomática: cistitis y pielonefritis gravídicas:

- Bacteriuria asintomática (BA): es la presencia de bacterias en la orina, generalmente mayor de 100.000 UFC/ml de orina en ausencia de síntomas en el momento de tomar la muestra para el cultivo. En general se admite que las tasas de BA durante el embarazo son

similares a las de la población no gestante y se considera que la mayor parte de ellas son previas al embarazo. Es detectable ya en las primeras semanas de embarazo por lo que se recomienda el cribado de las gestantes para la detección durante el primer trimestre

- Cistitis: Se caracteriza por la presencia de disuria, polaquiuria, micción urgente acompañado de dolor suprapúbico, orina maloliente y en ocasiones hematuria. No existe clínica de infección del tracto urinario superior, cuando de asocia a dolor lumbar, signos sistémicos de infección y fiebre indican siempre afectación renal.

- Pielonefritis aguda: es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, suele presentarse en el último trimestre y casi siempre secundaria a una BA no diagnosticada o no tratada correctamente. Es la forma más grave de presentación de la infección del tracto urinario. La clínica incluye la sintomatología de la cistitis más alteración del estado general, fiebre, sudación, escalofríos y dolor lumbar intenso y constante. A la exploración física hay puñopercusión positiva. El 2 - 3% desarrollará shock séptico, con la consiguiente gravedad para la madre y el feto.

Diagnóstico:

La sospecha de infección se sustenta en el cuadro clínico y el análisis de orina y se confirma con el sedimento urinario y el urocultivo.

Diagnóstico de BA: el Urocultivo al principio del embarazo es el procedimiento diagnóstico de elección, el momento para hacerlo es al final del primer trimestre a inicio del segundo entre las 9 y 17 semanas. Si éste revela más de 100.000 UFC/ ml de un único microorganismo considerado uropatógeno, es suficiente para el diagnóstico de BA. La presencia de más de una especie bacteriana así como bacterias que normalmente no causan BA, es indicativo de contaminación. En caso de contajes entre 10.000 y 100.000 UFC/ ml debe repetirse el cultivo.

La persistencia de un urocultivo positivo después del tratamiento sugiere infección del parénquima renal. Síntomas de infección urinaria: Polaquiuria, Hematuria, Dolor lumbar, Dolor a la palpación en el ángulo costovertebral. A su vez, cuatro síntomas y un signo disminuyen la probabilidad de IU: Ausencia de disuria, Ausencia de dolor lumbar, Historia de flujo o irritación vaginal, Evidencia al examen genital de flujo vaginal.

Tratamiento:

Se pueden dividir 2 grupos de antibióticos:

Sin efectos nocivos conocidos sobre el desarrollo embrionario:

- Aminopenicilinas
- Cefalosporinas
- Penicilinas
- Carboxipenicilinas
- Monobactámicos

Con efectos nocivos, por lo tanto están estrictamente contraindicados:

- Aminoglucósidos
- Tetraciclinas
- Quinolonas
- Acidonalidixico

En el caso de los siguientes fármacos, se destacan algunas particularidades con respecto a su uso: Trimetoprim/Sulfametoxazol: está contraindicado en el 1º Trimestre y después de las 28 sem. Nitrofurantoína y Sulfamidas: contraindicados en el 3º Trimestre Cloranfenicol: contraindicado antes de las 12 sem y después de 28 semanas. (20)

3.4.9.2. Vaginosis:

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser: inodoras, claras, viscosas, pH ácido menor que 4,5, no contienen neutrófilos y no fluyen durante el examen con espéculo. La flora vaginal está constituida por lactobacilluspp .

La infección vaginal o síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal. (20)

3.4.10 Poca o ninguna ganancia de peso durante el embarazo

Al hablar de Restricción del Crecimiento Intrauterino, podemos incluir el tema de poca o ninguna ganancia de peso durante el embarazo, para lo cual una discrepancia entre altura uterina y edad gestacional puede tomarse como una señal de peligro.

3.4.10.1 Restricción del Crecimiento Intrauterino:

Se estima que cerca de 30 millones de niños nacen anualmente en el mundo con RCIU. La incidencia de RN con RCIU en los países desarrollados es de 6,9%, y en los países en vías de desarrollo es de 23,8%.

La detección temprana de RCIU es muy importante, ya que con el manejo perinatal adecuado, al evitar la asfixia y otras complicaciones a las cuales son susceptibles estos RN, se logran mejores resultados. Sin embargo, para efectuar el diagnóstico antenatal es necesario realizar mediciones ecográficas seriadas de las dimensiones fetales; al comprobar que el peso fetal es menor a dos desviaciones estándar, con respecto al peso fetal predecido por el ritmo de crecimiento que presentaba previamente.

La medición seriada de la circunferencia abdominal del feto, es otro parámetro útil para el diagnóstico, con una sensibilidad de 71%, especificidad de 95%, y valor predictivo positivo de 86%.

Conocer las causas de RCIU en nuestra población, nos permitirá dirigir oportunamente la pesquisa diagnóstica a esos grupos de riesgo. Los RN con RCIU sometidos a un ambiente intrauterino hipoxémico, son propensos a sufrir complicaciones como la asfixia perinatal, Síndrome de Aspiración Meconial (SAM), hipoglicemia, hipocalcemia, Enterocolitis Necrotizante (ECN), y policitemia.

Los factores de riesgo pueden subdividirse en:

Factores preconceptionales:

1. Bajo nivel socioeconómico- educacional de la mujer.
2. Edades extremas (menores de 18 años y mayores de 30).
3. Primigesta.
4. Talla baja.
5. Enfermedades crónicas: Hipertensión arterial, nefropatías, diabetes.

Factores conceptionales:

1. Embarazo múltiple
2. Aumento de peso materno (menor de 8 Kg. al término del embarazo)
3. Corto intervalo intergenésico (menor de 12 meses)
4. Hipertensión arterial inducida por el embarazo.
5. Hemorragias frecuentes que producen anemia.
6. Infecciones.
7. Malformaciones congénitas.

Factores ambientales y del comportamiento:

1. Hábito de fumar durante el embarazo.
2. Consumo exagerado de alcohol y cafeína.

3. Elevada altitud sobre el nivel del mar.
4. Stress.
5. Control prenatal ausente o inadecuado.
6. Consumo indebido de drogas.

Las probabilidades de diagnosticar un RCIU y los métodos que se puedan utilizar, dependen fundamentalmente del conocimiento preciso y sin dudas de la fecha de última menstruación (FUM) y del momento en que se capta a la embarazada para su control prenatal. Para determinar la FUM exacta, se debe descartar los factores que la convierten en incierta como ser: oligomenorreas, puerperio, lactancia, medicación previa o actual con anticonceptivos orales.

Durante el control prenatal se deben evaluar muy cuidadosamente el estado nutricional materno, el incremento de peso materno, la altura uterina y la circunferencia abdominal, para la comprobación de un posible enlentecimiento y/ o detención del crecimiento uterino, medido por su altura, por la disminución de la circunferencia abdominal y la pérdida progresiva del peso materno. En caso de sospecha, el control prenatal debe realizarse cada 15 días, verificando los parámetros clínicos. Como elemento coadyuvante de la clínica cuando la amenorrea es desconocida o imprecisa, o cuando la paciente ingresa a control tardíamente, la ecografía antes de las 20 semanas otorga máxima confiabilidad para el diagnóstico. Podemos, entonces, utilizar un algoritmo diagnóstico basándonos en la confiabilidad de la FUM. (21)

3.4.11 Embarazo ectópico

El Embarazo Ectópico (E.E.) se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (alrededor del 10%).

Su incidencia es del 1/200-300 embarazos. Con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida (TRA), en las últimas décadas, se ha registrado una tendencia al aumento en los países desarrollados. En EE.UU ha pasado del 4'5 al 19'7 por mil, entre 1970 a 1992, debido por una parte al desarrollo de las técnicas de detección precoz, y por otra, al aumento de prevalencia de los factores de riesgo entre la población. En cuanto a la edad, afecta en el 48'2% a mujeres entre los 30-39 años y en el 36'8% entre los 20-29 años, representando las nulíparas el 34'4% y las que han tenido 1-2 hijos el 23,6%.

3.4.11.1 Etiología

Está determinada por todos aquellos factores que impiden o dificultan la migración normal del huevo hacia la cavidad uterina. Se pueden distinguir entre:

Factores tubulares: pueden ser debidos:

- 1) Enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P.), y dentro de ella la causada por la salpingitis gonocócica y la TBC genital (asintomáticas en el 80-90% de casos), y las salpingitis postabortivas. Deterioran la actividad ciliar y la motilidad tubárica, y generan adherencias en la mucosa tubárica que conducen a la estenosis.
- 2) Cirugía tubárica contra la infertilidad y cirugía conservadora de ectópico previo.
- 3) Cirugía tubárica para la esterilidad permanente, sobre todo si es por electrocoagulación.
- 4) Endometriosis Tubárica: favorece la nidación precoz.
- 5) Anomalías congénitas: hipoplasias (observada en la exposición intraútero al dietilestilbestrol) o trompas excesivamente largas y tortuosas.

- 6) Alteraciones funcionales del peristaltismo tubárico o de la actividad ciliar, debidas tanto a la hipocontractibilidad como al espasmo tubárico.

Factores ovulares: aquellos que conducen a la:

- 1) Nidación precoz del huevo, bien sea debido a huevos excesivamente pesados que maduran con rapidez y no pueden progresar, o al desprendimiento precoz de la capa pelúcida del huevo capacitando la implantación.
- 2) Transmigración: se ha sugerido la posibilidad de la Hipermigración del huevo y su implantación en la trompa contralateral. En el 20% de los casos el cuerpo lúteo se encuentra en el ovario contralateral al de la implantación. DichHipermigración puede ser:
Hipermigración externa: cuando la trompa homolateral está ocluida.
Hipermigración interna: cuando el óvulo captado, es fecundado, alcanza la cavidad uterina y progresa hacia la trompa contralateral donde se implanta.
- 3) Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): de todos los embarazos clínicos resultantes de las TRA, el 5 - 5,7% fueron ectópicos y el 1% fueron embarazos heterotópicos (coexistencia simultánea de un embarazo ectópico y otro eutópico), debido a la hiperestimulación ovárica y a las implantaciones múltiples resultantes de la transferencia de varios embriones. Estas tasas incluyen todas las formas de TRA: fecundación in vitro (FIV), transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT) y transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT). (22)

3.5 Estudios relacionados con las percepciones de los usuarios frente a los servicios de salud

3.5.1 Mujeres gestantes con complejos sociales: Un modelo para la prestación de Servicios

Esta guía fue puesta en servicio en el reconocimiento de los problemas sin dirección en las mujeres embarazadas con complejos sociales, es decir, las mujeres cuya situación social puede influir negativamente en los resultados del embarazo para ellas y sus bebés. Una serie de informes clave han puesto de relieve algunos de los problemas que enfrentan estas mujeres.

Salvando vidas de las madres (2007) llamó la atención sobre el hecho de que las mujeres socialmente excluidas están en mayor riesgo de morir durante el embarazo o después de que otras mujeres. Las mujeres con vidas vulnerables socialmente que murieron eran mucho menos propensas a buscar atención prenatal temprana en el embarazo o para mantenerse en contacto regular con los servicios de maternidad. En general, el 17% de las mujeres que murieron por causas directas o indirectas reservado para el cuidado de la maternidad después de 22 semanas de edad gestacional o que habían perdido más de cuatro visitas prenatales de rutina frente al 2% de la población general. En comparación con las mujeres que refirieron antes de las 20 semanas, las mujeres que indicaron atrasados en más de cuatro citas de rutina eran más propensos a ser: negro africano o el Caribe; experimentando violencia doméstica; abuso de sustancias, conocida por los servicios sociales o los servicios de protección de menores, o desempleados.

Cuestiones de maternidad (2007) incluye una sección centrada en "La evaluación de impacto de la igualdad». Este informó que las mujeres en todos los grupos vulnerables puedan reconocer su embarazo más tarde, para ver primero a un profesional de la salud más tarde y después de reservar para el cuidado prenatal.

Maternidad Matters también destacó el hecho de que los comisionados deben entender qué barreras en sus servicios actuales pueden impedir que estas mujeres busquen atención temprana, o mantener el contacto con sus servicios de maternidad, y para superar estos por la prestación de servicios más flexibles en horarios y lugares que cumplan su necesidades.

Mortalidad Perinatal (2009) demostró que las mujeres procedentes de grupos étnicos blancos y las mujeres en el quintil de población más desfavorecidos tenían tasas de muerte fetal y neonatal que eran el doble de las de las mujeres blancas y las personas que residen en las zonas más favorecidas. También se reconoce que el estrés materno durante el embarazo tiene un efecto perjudicial sobre el desarrollo infantil subsiguiente.

Los siguientes principios generales se establecieron en informe el "Parto cambiante" y "atención prenatal: atención de rutina para la mujer sana embarazada la guía NICE.

Las mujeres deben ser el foco de atención de la maternidad, con especial énfasis en la prestación de elección, de fácil acceso y la continuidad de la atención.

La atención durante el embarazo deberá permitir a una mujer tomar decisiones informadas, basadas en sus necesidades, tras debatir asuntos completamente con los profesionales sanitarios implicados.

Es esencial que las mujeres, sus parejas y sus familiares sean tratados con amabilidad, respeto y dignidad. Esto incluye el respeto a sus opiniones, creencias y valores. La buena comunicación entre los profesionales sanitarios y las mujeres es vital. Toda información suministrada debe ser basada en la evidencia y el apoyo de la información adecuada, por escrito. Toda la información también debe ser accesible a las mujeres con necesidades adicionales, por ejemplo las

personas con discapacidades sensoriales o de aprendizaje, y para las mujeres que no hablan o leen inglés.

Esta orientación es especialmente pertinente para las mujeres con problemas sociales:

Si una mujer tiene problemas de salud adicionales que complican el embarazo (como la hipertensión o la diabetes), además de los problemas sociales, la guía NICE pertinente también debe ser consultada para dirigir eficazmente la atención clínica.

En la planificación de esta guía se pretende que cuatro poblaciones de ejemplares que se utilizan para representar a las mujeres con complejos sociales que pueden influir en su salud durante el embarazo, así como los resultados del embarazo. Estos grupos fueron seleccionados de los grupos señalados en verano Lives madres que tienen pobres resultados del embarazo que la población general y en consulta con las partes interesadas de la directriz.

Las cuatro poblaciones ejemplares son:

Mujeres que abusan de sustancias (incluyendo drogas y / o alcohol) inmigrantes recientes, los refugiados, los solicitantes de asilo, y las mujeres con poco o nada de entendimiento del idioma inglés, las mujeres jóvenes menores de 20, años mujeres que sufren violencia doméstica.

Se reconoce que esto no es una lista exhaustiva y que hay una serie de otros complejos sociales que pueden influir en el embarazo (por ejemplo, problemas de aprendizaje, familias en las que uno o ambos padres están desempleados encarcelamiento y la pobreza). También se reconoce que las mujeres vulnerables a menudo tienen múltiples necesidades y pueden experimentar una serie de complejos sociales al mismo tiempo. Aunque la mayoría de las recomendaciones de la guía se han escrito para los grupos de población específicos enumerados

anteriormente, se han producido algunos principios generales para el cuidado de identificar que se pueden aplicar a todas las mujeres vulnerables con complejos sociales.

Se espera que los profesionales sanitarios consideren toda la gama de complejos sociales que puedan influir en el embarazo y aplicar estas recomendaciones. Si bien puede ser útil tener en cuenta las conclusiones generales de una población especialmente vulnerable, al diseñar un servicio para ese grupo, es importante tener en cuenta las necesidades de cada mujer individualmente y reconocer que ella puede tener necesidades que atraviesan los límites de la población y requieren la participación prenatal de un gama de profesionales de la salud y sociales, así como los organismos del tercer sector.

La guía se centra en las mujeres que son migrantes recientes (definidos aquí como las mujeres que han llegado al país de residencia en el último año), los solicitantes de asilo, los refugiados y las mujeres con poco o nada de Inglés (o el idioma que se habla en el país de residencia) en lugar de mujeres migrantes en general, ya que estos subgrupos se destacan en verano Lives, madres que tienen riesgo de problemas al nacimiento.

Estos malos resultados se cree que están relacionados específicamente con dificultades para acceder a los servicios debido a las barreras del idioma y la falta de conocimiento y comprensión de la forma en que el sistema de salud y obras sociales. Dado que la mejora del acceso es un aspecto importante de esta directriz, esto se consideró una selección más adecuada del grupo de población migrante que considerar todas las mujeres migrantes en su conjunto.

La guía describe cómo el acceso a la atención que se puede mejorar, cómo el contacto con los prestadores de atención prenatal pueden mantener, por lo que más consultas y apoyos son necesarios y qué información adicional debe ser proporcionada a las mujeres embarazadas con complejos sociales.

Los temas específicos considerados incluyen: consideración del entorno médico más adecuado para la prestación de atención de maternidad, modelos de buenas prácticas para superar los obstáculos y facilitar el acceso, incluido el acceso a servicios adecuados de interpretación y todo el cuidado necesario formas de comunicar información a las mujeres para que puedan tomar las decisiones apropiadas optimización de los recursos. (23)

3.5.2 Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios.

Objetivo: Describir la calidad de los servicios de salud según la percepción de los usuarios en México, así como un análisis de los factores predisponentes y facilitadoras para el uso de estos servicios.

Material y Métodos: Los datos fueron seleccionados de la Encuesta Nacional de Salud II de 1994. La encuesta contiene información de 3.324 usuarios de servicios de salud ambulatorios que solicitaron atención en las dos semanas anteriores a la encuesta.

Resultados: El 81,2% de los usuarios percibió que la atención buena y el 18,8% pensaba que era pobre. Las principales razones de la buena calidad de la atención fueron: el trato personal (23,3%) y mejoría en la salud (11,9%). Por la mala calidad de la atención, las razones principales fueron: tiempo de espera (23,7%) y el examen clínico pobre (11,7%), la seguridad social, los usuarios de servicios de salud percibidos 2,6 veces más frecuentemente la calidad de la atención como pobres, de los que acudieron a los servicios privados de salud. La calidad está representada por los aspectos del proceso de atención (44,8% 9, los resultados (21,3%), la estructura (18,0%) y la accesibilidad (15,7%) Los principales motivos para no volver al centro de salud mismo servicio fueron: atención deficiente (18,2%) y los largos tiempos de espera (11,8%).

Conclusiones: La perspectiva de la población debe ser más estudiada y acciones para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención de salud debe ser implementada.(24)

3.5.3 Calidad de la atención en el control prenatal: Opinión de las usuarias de una institución prestadora de servicios en Bogotá, Colombia.

Resumen: El presente trabajo se efectuó con el propósito de describir la opinión que tienen las gestantes con respecto a la calidad de atención que reciben en control prenatal, En una Institución Prestadora de Servicios ubicada en Bogotá, Colombia. Enfatizando en la infraestructura, procedimientos y resultados de asistencia, desde el enfoque satisfacción de usuarias, con el fin de caracterizar la atención en salud e identificar los principales nudos críticos de la atención prenatal.

Para ello se realizó un estudio descriptivo de tipo cualitativo dirigido a 10 mujeres embarazadas, habitantes de la Ciudad de Bogotá. El instrumento utilizado fue una entrevista semi-estructurada, herramienta que se consideró como la más apropiada para penetrar en las significaciones y comportamientos de las usuarias, aplicada en el mes de noviembre del 2008.

Al evaluar los resultados obtenidos de la entrevista en forma global, se encontró que la apreciación que tienen las entrevistadas acerca del servicio de salud es altamente negativa, frente a un bajo porcentaje que se siente satisfecha o medianamente satisfecha con los servicios ofrecidos por el centro de salud. (25)

3.5.4 Algunos estudios del nivel de calidad del control prenatal a nivel Internacional

3.5.4.1 Cuba

En un trabajo realizado en el 2006 en Cuba sobre la calidad del control prenatal, se encontró que esta es adecuada, como así también es

adecuado el nivel de competencia profesional, satisfacción por parte de las embarazadas con la asistencia médica recibida y de los médicos de familia con el servicio brindado. La satisfacción con el cumplimiento del horario de consulta (93,0%) y el tiempo suficiente dedicado por los médicos (96,0%) fueron evaluados como adecuados, el no empleo de palabras engorrosas o muy científicas (92,0%) y preocupación por la paciente (92,0%) como aspectos tomados en cuenta para determinar la satisfacción de las grávidas en los servicios recibidos. (26)

3.5.4.2 Colombia

Castaño. , S. (2009) Realizó una investigación sobre la calidad de la atención en el control prenatal en Colombia, los resultados se evaluaron mediante indicadores tales como la satisfacción del usuario y la calificación al Centro de Salud. En el primer caso hay un grado de satisfacción bajo, frente a un alto porcentaje que se quejó de una u otra forma del servicio. En el segundo caso, cuatro usuarias respondieron con calificaciones entre 8 y 9 (habiendo sido su máxima calificación de 10); otras cuatro con calificación entre 5 y 7, y dos lo calificaron con 3. Las variables indicadores de una buena dimensión interpersonal, se encontraron asociadas de manera inversa con la percepción de mala calidad. Tres de todas las entrevistadas percibió un trato poco amable o francamente descortés por parte del que prestaba los servicios. El mayor número de quejas, manifestada por un bajo porcentaje de las usuarias, se recibió sobre el personal que proporcionaba la ficha clínica (en el caso de la seguridad social, el asistente o auxiliar médico); en segundo lugar, sobre el personal en general y en tercer lugar el profesional de la salud. (27)

3.5.4.3 México

Camarena, L. (2007) Realizó una investigación donde aborda la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las usuarias de los subsistemas principales del sistema de salud en la ciudad de Chihuahua,

México. Entre sus principales resultados se da cuenta de los aspectos importantes para las mujeres, en términos de satisfacción, en el momento de acudir a las instituciones de salud para su atención prenatal. Estas mujeres presentan una predilección por obtener “orientación plena en cuanto a los cuidados” y un trato que vislumbre respeto e “interés de los médicos por sus emociones y sentimientos”. También critican la condición de las clínicas y los medicamentos surtidos. Se considera que con las técnicas metodológicas empleadas se coadyuvará a mejorar la calidad de atención médica y, por ende, la continuidad de la atención de las mujeres embarazadas. (28)

3.5.4.4 Filipinas

En la Universidad de Filipinas, Lavado. , R; Lagradad., L; Valerie. , G; Tan., L; y Ulep. , T. (2010), realizaron un trabajo con el propósito de describir la proporción de la buena calidad de los servicios de atención prenatal a cargo de médicos, enfermeras y comadronas, parteras tradicionales, y el nacimiento, e identificar la relación entre el desarrollo económico y variables demográficas y la calidad de atención. Entre los principales resultados encontrados en este estudio, destacan que las mujeres que son más viejas, más pobres y con menor nivel de estudios recibieron una peor calidad de atención prenatal en comparación con las mujeres que son más jóvenes, ricas y mejor educadas. Asimismo las multíparas también recibieron una peor calidad de atención prenatal. Entre los proveedores de atención de salud, los médicos ofrecen una muy buena calidad de la atención prenatal, mientras que la mayoría de las parteras y las enfermeras proporcionaron una calidad razonable de cuidado prenatal. No sorprendentemente, la mayoría de las parteras tradicionales proporcionan escasa calidad de la atención prenatal. (29)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudio

Cualitativo.

4.2 Unidad de Análisis

4.2.1 Unidad de muestreo

La selección de la muestra se realizó por conveniencia.

4.2.2 Unidad de análisis

Respuestas de las usuarias del servicio de control prenatal del Hospital Nacional de Jalapa.

4.2.3 Unidad de información

Usuarias que acudieron a control prenatal en Hospital Nacional de Jalapa durante los meses de noviembre y diciembre del 2012.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo: Mujeres embarazadas.

4.3.2 Marco muestral: Por conveniencia.

4.3.3 Muestra: Usuarias del servicio de control prenatal que asistieron a consulta durante noviembre y diciembre del 2012 y que presentaron uno o más factores de riesgo según expediente médico, el número de participantes terminó cuando hubo saturación de la información proporcionada por las mismas.

4.4 Selección de los sujetos de estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

4.4.1.1 Usuarías del servicio de control prenatal que asistan al servicio durante noviembre y diciembre del 2012.

4.4.1.2 Usuarías que presentan uno o más factores de riesgo según expediente médico.

4.4.1.3 Usuarías que deseen participar voluntariamente en el estudio.

4.4.2 Criterios de exclusión

4.4.2.1 Usuarías con discapacidades que no les permitan realizar la entrevista.

4.4.2.2 Usuarías que no hablan español.

4.4.2.3 Usuarías que se presentan a su primer control prenatal, por carecer de ficha clínica.

4.5 Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Instrumento
Percepción	Acción y consecuencia de percibir, es decir de tener la capacidad de recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas o comprender y conocer algo.	Respuestas a las preguntas abiertas realizadas acerca de la opinión de las usuarias acerca de los servicios de salud de control prenatal.	Cualitativa	Nominal	Relatos de las entrevistadas en respuesta a la pregunta No. 1 de la entrevista semi-estructurada
Identificación de una emergencia obstétrica.	Procedimiento de reconocimiento de un evento o hecho que se manifiesta en la embarazada y que tiene la posibilidad de producir un daño consecuente tanto en la propia madre como en su producto.	Respuestas a las preguntas abiertas acerca del reconocimiento de las emergencias obstétricas.	Cualitativa	Nominal	Relatos de las entrevistadas en respuesta a la pregunta No. 2 de la entrevista semi-estructurada

Acción	Dejar de tener un rol pasivo para pasar a hacer algo.	Respuestas a las preguntas abiertas acerca de las acciones que toman las gestantes al haber identificado una emergencia obstétrica	Cualitativa	Nominal	Relatos de las entrevistadas en respuesta a la pregunta No. 3 de la entrevista semi-estructurada.
Accesibilidad	Proviene del sector de la geografía y se refiere a la facilidad de acceder a un lugar, una persona o una cosa. La accesibilidad al medio físico se refiere a la cualidad que tienen los espacios para que cualquier persona, incluso las afectadas de discapacidades de movilidad o comunicación.	Respuestas a las preguntas abiertas acerca del fácil o difícil acceso a los servicios de salud.	Cualitativo	Nominal	Relatos de las entrevistadas en respuesta a las preguntas No. 4 y 5 de la encuesta semi-estructurada.

Causa	Se entiende por causas a los fundamentos o el comienzo de una situación determinada. La causa es la primera instancia a partir de la cual se desarrollan eventos o situaciones específicas que son una consecuencia necesaria de aquella y que por lo tanto pueden ser completamente diferentes a las que resulten de la presencia de otras causas o de las mismas pero en un contexto distinto.	Diferentes motivos o razones por los cuales las usuarias no asisten a todas sus citas de control prenatal.	Cualitativa	Nominal	Relatos de las entrevistadas en respuesta a la pregunta No. 6 de la entrevista semi-estructurada.
-------	--	--	-------------	---------	---

Información	En sentido general, la información es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje	Se les dará o no información a las usuarias acerca de las señales de peligro durante el embarazo cuando acuden a sus citas de control prenatal	Cualitativa	Nominal	Relatos de las entrevistadas en respuesta a la pregunta No. 7 de la entrevista semi-estructurada.
Factores de riesgo durante el embarazo	Son las vulnerabilidades que presentan las gestantes ante un posible o potencial perjuicio o daño a la salud para ella o su producto durante el embarazo.	Conocimiento que tienen las gestantes acerca de los factores de riesgo en comparación con los establecidos en su ficha materna.	Cualitativa	Nominal	Relatos de las entrevistadas en respuesta a la pregunta No. 8 de la entrevista semi-estructurada.

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

Para la recolección de información del presente estudio se utilizó la siguiente técnica:

4.6.1 Técnica

Entrevista semi-estructurada que consistió en la aplicación de un instrumento para la obtención de respuestas directamente de los sujetos de estudio.

4.6.2 Procedimientos

5. Se envió una carta al Director del Hospital Nacional de Jalapa a fin de obtener la autorización para realizar el estudio en dicha instalación y obtener acceso a los expedientes médicos de las usuarias y a las usuarias para la aplicación de la entrevista.
6. El investigador se presentó a la Consulta de Control Prenatal del Hospital Nacional de Jalapa desde las 8:00 hasta las 15:00 horas de lunes a viernes (exceptuando asuetos y feriados oficiales en los cuales no se atiende la consulta).
7. Se procedió a identificar a las usuarias del servicio de atención prenatal que poseen uno o más factores de riesgo
8. Se les solicitó su participación y se les informó de la investigación a través de un consentimiento informado.
9. Se les realizó una entrevista individual, basándose en una encuesta semi-estructurada, dividida en dos partes; la primera formada por los datos de identificación y factores de riesgo de la usuaria. La segunda guiada por 8 preguntas de respuesta abierta la cuál fue grabada con la autorización del sujeto de estudio mediante un consentimiento informado.
10. Las respuestas obtenidas se transcribieron de forma íntegra manualmente a una hoja de Microsoft Word, después de la transcripción de los testimonios y la lectura detallada de las respuestas.

11. Los datos obtenidos en las lecturas se organizaron de acuerdo con la convergencia de los discursos, en la cual surgieron las categorías emergentes que fueran fundamentadas en la literatura relacionada con la temática.
12. Cuando terminó este paso fueron seleccionados los testimonios considerados significativos, con el fin de autenticar las conclusiones y sus significados interpretativos.
13. Al obtener los resultados de la primera parte de la entrevista estos fueron vaciados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 para presentarlos en forma de cuadros. Los datos obtenidos de la segunda parte de la entrevista fueron plasmados en forma resumida conforme respondieron las usuarias, posteriormente se plasmaron en cuadros por categorías. Por tratarse de un estudio cualitativo las categorías surgieron después de haberse realizado el trabajo de campo.

13.1.1 Instrumentos

13.1.1.1 Boleta de recolección de datos

La boleta de recolección de datos, consistió en una hoja tamaño carta, la cual está identificada con el logotipo de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el extremo superior izquierdo y el logotipo de la Facultad de Ciencias Médicas en el extremo superior derecho, al centro de la página se encuentra el título del estudio, contiene un apartado de datos generales del participante los cuales son edad, paridad, No. De consulta prenatal, No. De expediente médico, escolaridad y estado civil. Además contiene una serie de preguntas de opción abierta seguida de un espacio correspondiente para poder anotar sus respuestas.

13.2 Procesamiento y análisis de datos

13.2.1 Procesamiento

Los resultados obtenidos en este estudio se procesaron de la siguiente manera:

Los datos obtenidos por medio de la boleta de recolección de datos, se tabularon manualmente por el investigador, los cuales fueron plasmados en tablas de vaciado de relatos de las entrevistadas por pregunta y participante tal y como las mismas lo relataron.

13.2.2 Análisis

Los datos obtenidos en la boleta de recolección de datos, fueron analizados de manera individual por tratarse de un estudio cualitativo, se plasmaron conforme a la repetición de las respuestas de las participantes en categorías y se hicieron comparaciones entre las respuestas comunes y las respuestas diferentes.

El nivel de conocimientos acerca de la identificación de una emergencia obstétrica se evaluó a partir de las respuestas obtenidas, las cuales por sí mismas y de forma

subjetiva plasmaron el grado de conocimiento que posee cada una de ellas y la percepción que tienen de los servicios de atención prenatal.

13.3 Alcances y límites de la investigación

13.3.1 Alcances

El estudio pretendió describir la percepción que tienen las usuarias acerca del servicio de atención prenatal en el Hospital Nacional de Jalapa; y el conocimiento y las actitudes frente a las emergencias obstétricas.

Aportó información sobre un tema, como lo es la mortalidad materna y su prevención, ya que es de interés mundial.

13.3.2 Límites

Una de las principales limitaciones del presente trabajo de investigación es la poca cobertura de las usuarias del servicio de atención prenatal debido al tiempo disponible para la realización de dicha investigación.

Otra limitación que puede surgió durante la realización del presente estudio es la negación de las usuarias a participar, así como cese de la consulta por factores internos o externos del Hospital.

Los resultados solo serán válidos para la muestra de usuarias, pero no se podrá generalizar, ya que es un estudio cualitativo.

13.4 Aspectos éticos

Esta investigación toma en cuenta los principios de la libre expresión del pensamiento, y el respeto a las creencias y costumbres de las entrevistadas.

A todas las usuarias seleccionadas se les brindó una explicación detallada sobre la investigación, sus fines y los beneficios que con el estudio tendrán, los cuales no son directos pero que si contribuirán a una mejor calidad de servicio. Dicha información se

entregó en forma escrita a cada participante a través de un consentimiento informado el cual fue firmado o plasmado la huella digital si estuviesen de acuerdo. Se les informó sobre el derecho que tienen de participar o no en la investigación. Se les aseguró la confidencialidad de los datos cuya custodia fue responsabilidad de los autores, quienes utilizarán los resultados, conjuntamente con el asesor únicamente para fines de estudio.

Dadas las características y condiciones de nuestro estudio se considera que es categoría I dado que la población en estudio no corre ningún riesgo y se protege la intimidad de cada persona que participará. También se ha vigilado el cumplimiento de requisitos metodológicos.

5. RESULTADOS

5.1. Descripción de la realización del estudio

El trabajo de campo fue realizado durante los meses de noviembre-diciembre del 2012 en el municipio de Jalapa del departamento de Jalapa.

En total se entrevistaron a las usuarias de los servicios de atención prenatal en la Consulta Externa del Hospital Nacional de Jalapa en horario de atención del servicio asignados por el Director del Hospital. Previo al inicio de cada entrevista se realizó la lectura y firma del consentimiento informado tal y como se especifica en el (Anexo 1).

Se tuvo acceso a las fichas clínicas de las usuarias para establecer si presentaban o no factores de riesgo.

Se realizaron un total de 10 entrevistas semi-estructuradas a usuarias de los servicios de atención prenatal que acudieron a consulta en los días establecidos, ya que con ese número de respuestas se obtuvo saturación de los datos en todas las preguntas formuladas en la entrevista semiestructurada.

El contacto se hizo cuando las usuarias salían de su consulta prenatal y que tuvieran uno o más factores de riesgo establecidos en la ficha materna, las entrevistas se realizaron previa lectura y firma del consentimiento informado.

5.2 Datos generales de las usuarias

Tabla 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2012

Edad de las usuarias	Frecuencia
Menor de 20 años	5
De 20 a 24 años	1
De 25 a 29 años	2
De 30 a 34 años	1
Mayor de 35 años	1
Estado civil de las usuarias	Frecuencia
Casada	5
Soltera	1
Unida	4
Escolaridad de las usuarias	Frecuencia
Primaria	4
Básica	3
Diversificada	2
Universitaria	0
Ninguna	1
Ocupación de las participantes	Frecuencia
Ama de casa	9
Maestra	1

Fuente: Datos proporcionados por las usuarias entrevistadas

Tabla 2

**DATOS OBSTÉTRICOS DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2012**

Paridad	Frecuencia
Primigesta (ningún hijo)	5
Múltipara (1 o más hijos)	5
No. de control prenatal	Frecuencia
Segundo	2
Tercero	3
Cuarto	3
Sexto	1
Séptimo	1

Fuente: Fichas maternas de consulta externa de maternidad, Hospital Nacional de Jalapa.

Tabla 3

**FACTORES DE RIESGO DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2012**

Factor de riesgo	Frecuencia
Menor de 20 años	5
Más de 3 gestas anteriores	4
Antecedente de hijo con alto peso al nacer	1
Muerte fetal previa	2
Hemorragia vaginal	1

Fuente: Fichas maternas de consulta externa de maternidad, Hospital Nacional de Jalapa.

5.3 Respuestas de las usuarias en la entrevista

<p>Pregunta 1</p> <p>¿Cuál es su opinión acerca de los servicios de salud de maternidad del Hospital Nacional de Jalapa?</p>
<p>Usuaría 1:(17 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal)Que está bien porque están dando la atención.</p>
<p>Usuaría 2:(38 años, múltipara, casada, 3º primaria, ama de casa, séptimo control prenatal)Pues ahorita... (Titubea) que he estado viniendo me han atendido bien, no he tenido de que quejarme, porque si me han atendido bien.</p>
<p>Usuaría 3:(18 años, primigesta, unida, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal)De que aquí le prestan a uno los primeros auxilios. Mi opinión de los que trabajan aquí es que ellos le quieren ver el bien a uno y por eso es que lo refieren a uno cuando ya va a nacer el niño.</p>
<p>Usuaría 4:(27 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal)Bien, porque lo atienden bien a uno a cualquier hora, procuran el bien de uno y cualquier cosa los doctores lo trasladan a la emergencia.</p>
<p>Usuaría 5:(16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Pues para mí está bien porque lo atienden bien a uno.</p>
<p>Usuaría 6:(33 años, múltipara, casada, ninguna escolaridad, ama de casa, segundo control prenatal) Por ejemplo mi opinión mía pues... o sea de que uno viene a sus controles y por lo menos los doctores son comprensivos, todo y las enfermeras también.</p>
<p>Usuaría 7:(16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Pues bien.</p>
<p>Usuaría 8:(19 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, segundo control prenatal) Pues está bien, me atienden bien.</p>
<p>Usuaría 9:(18 años, primigesta, soltera, 4º magisterio, ama de casa, cuarto control prenatal)Para mí está bien, cuando uno llega lo atienden amablemente y ¿qué más decirle?... me quedo sin palabras.</p>
<p>Usuaría 10:(28 años, múltipara, casada, 6º magisterio, maestra, 6º control prenatal) Opino que está bien, aunque a veces hay mucha gente y cuesta que uno pase a la consulta y uno tiene más cosas que hacer en la casa o trabajar, ojalá hubieran más doctores que atendieran.</p>

Fuente: Respuestas a la entrevista semiestructurada.

<p>Categorías de la pregunta 1</p>
<p>1. Aprobación de los servicios de atención prenatal. Todas las usuarias entrevistadas aprueban los servicios de atención prenatal del Hospital Nacional de Jalapa.</p>
<p>2. Desaprobación de los servicios de atención prenatal. Ninguna usuaria desaprueba los servicios de atención prenatal del Hospital Nacional de Jalapa.</p>

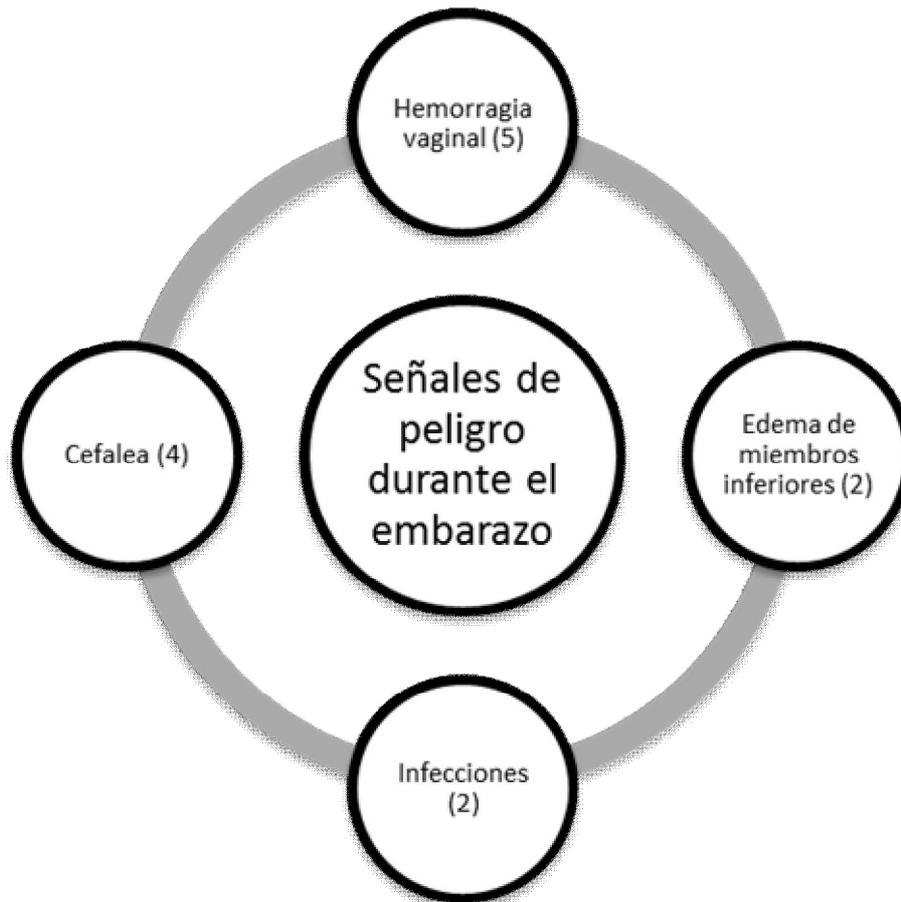
Pregunta 2
¿Qué señales de peligro durante el embarazo conoce?
Usuaría 1: (17 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Ninguna.
Usuaría 2: (38 años, múltipara, casada, 3º primaria, ama de casa, séptimo control prenatal) Pues como me explicaron el jueves que vine, me explicó la enfermera que estaba y pues yo por lo menos gracias a Dios no he tenido peligro en mis embarazos que he tenido. Lo que me dijeron ahí es que si uno tiene hemorragia antes del parto.
Usuaría 3: (18 años, primigesta, unida, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Pues... ¿Señales de peligro?... mmm... náuseas, mareos, dolor de cabeza, algunas veces visión borrosa.
Usuaría 4: (27 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Pues he oído decir que fuertes dolores de cabeza, se le hinchan los pies a uno y de que sangrado.
Usuaría 5: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) En primer lugar cuando uno está embarazado, a según cuentan que si uno padece de mucha hinchazón de pies o sangrado.
Usuaría 6: (33 años, múltipara, casada, ninguna escolaridad, ama de casa, segundo control prenatal) Abortos... eeemmm... y eso preocupa bastante y que el niño no venga de cabecita.
Usuaría 7: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Mmmm... ninguna.
Usuaría 8: (19 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, segundo control prenatal) No sé.
Usuaría 9: (18 años, primigesta, soltera, 4º magisterio, ama de casa, cuarto control prenatal) Fuerte dolor de cabeza, dolor fuerte en el estómago, caída de líquido blanco, ó, ó, ó... también convulsiones y... ya no me acuerdo (risas).
Usuaría 10: (28 años, múltipara, casada, 6º magisterio, maestra, 6º control prenatal) Hemorragia vaginal, dolor de cabeza, infecciones urinarias, fiebre, vómitos, que ya no se mueva el bebé, diarrea, que el niño quiera nacer antes del tiempo.

Fuente: Respuestas a la entrevista semiestructurada.

Categorías de la pregunta 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de las señales de peligro durante el embarazo. El 70% de las entrevistadas respondieron una o más señales de peligro 2. Desconocimiento de las señales de peligro durante el embarazo. El 30% de las entrevistadas no respondieron acerca de las señales de peligro durante el embarazo.

Diagrama 1

**SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO IDENTIFICADAS POR LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2012**



Fuente: Elaboración propia.

Pregunta 3
¿Qué haría usted ante una emergencia durante el embarazo?
Usuaría 1: (17 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Acudo al hospital.
Usuaría 2: (38 años, multípara, casada, 3º primaria, ama de casa, séptimo control prenatal) De primero venirme al hospital.
Usuaría 3: (18 años, primigesta, unida, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Venir al hospital... Ajá! (mueve la cabeza en señal de afirmación)
Usuaría 4: (27 años, multípara, casada, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Venir al hospital.
Usuaría 5: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Acudir luego al hospital.
Usuaría 6: (33 años, multípara, casada, ninguna escolaridad, ama de casa, segundo control prenatal) Acudir al hospital.
Usuaría 7: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Venir al hospital.
Usuaría 8: (19 años, multípara, casada, 3º básico, ama de casa, segundo control prenatal) Me vendría al hospital.
Usuaría 9: (18 años, primigesta, soltera, 4º magisterio, ama de casa, cuarto control prenatal) Llamar a alguien rápido para que me traigan al hospital.
Usuaría 10: (28 años, multípara, casada, 6º magisterio, maestra, 6º control prenatal) Acudir al médico.

Fuente: Respuestas a la entrevista semiestructurada.

Categorías que surgieron de la pregunta 3
1. Acudir a un servicio de salud ante una emergencia obstétrica. El 100% de las entrevistadas acudiría a un servicio de salud en caso de emergencia.

<p>Pregunta 4</p> <p>¿Qué opina acerca de la accesibilidad a los servicios de salud materna del Hospital Nacional de Jalapa?</p>
<p>Usuaría 1: (17 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) No es difícil el acceso porque no me queda muy lejos.</p>
<p>Usuaría 2: (38 años, múltipara, casada, 3º primaria, ama de casa, séptimo control prenatal) A veces cuesta cuando hay mucha gente, pero la venida no es difícil.</p>
<p>Usuaría 3: (18 años, primigesta, unida, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Pues haciendo la voluntad es fácil porque hay médicos, pero viniéndose uno a pie hace como media hora porque hay buen camino.</p>
<p>Usuaría 4: (27 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Para mí es fácil pero en la tarde porque en la mañana no tengo casi tiempo, después de mediodía se me hace más fácil.</p>
<p>Usuaría 5: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Para mí es fácil porque vivo cerca.</p>
<p>Usuaría 6: (33 años, múltipara, casada, ninguna escolaridad, ama de casa, segundo control prenatal) Cuesta venir un poco por los oficios y por el camino está bien.</p>
<p>Usuaría 7: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Me cuesta venir porque vivo lejos, vivo a 45 minutos y ahí no pasa bus.</p>
<p>Usuaría 8: (19 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, segundo control prenatal) Pues está fácil venir.</p>
<p>Usuaría 9: (18 años, primigesta, soltera, 4º magisterio, ama de casa, cuarto control prenatal) Me cuesta caminar hasta acá.</p>
<p>Usuaría 10: (28 años, múltipara, casada, 6º magisterio, maestra, 6º control prenatal) El hospital tiene buena accesibilidad, está en el centro y hay tuc-tuc por todos lados para que lo traigan a uno.</p>

Fuente: Respuestas a la entrevista semiestructurada.

<p>Categorías que surgieron de la pregunta 4</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accesible. El 70% de las entrevistadas afirmó que el Hospital Nacional de Jalapa es accesible. 2. Poco accesible. El 30% de las entrevistadas refirió que les resulta difícil llegar a los servicios, pero ninguna que era inaccesible.

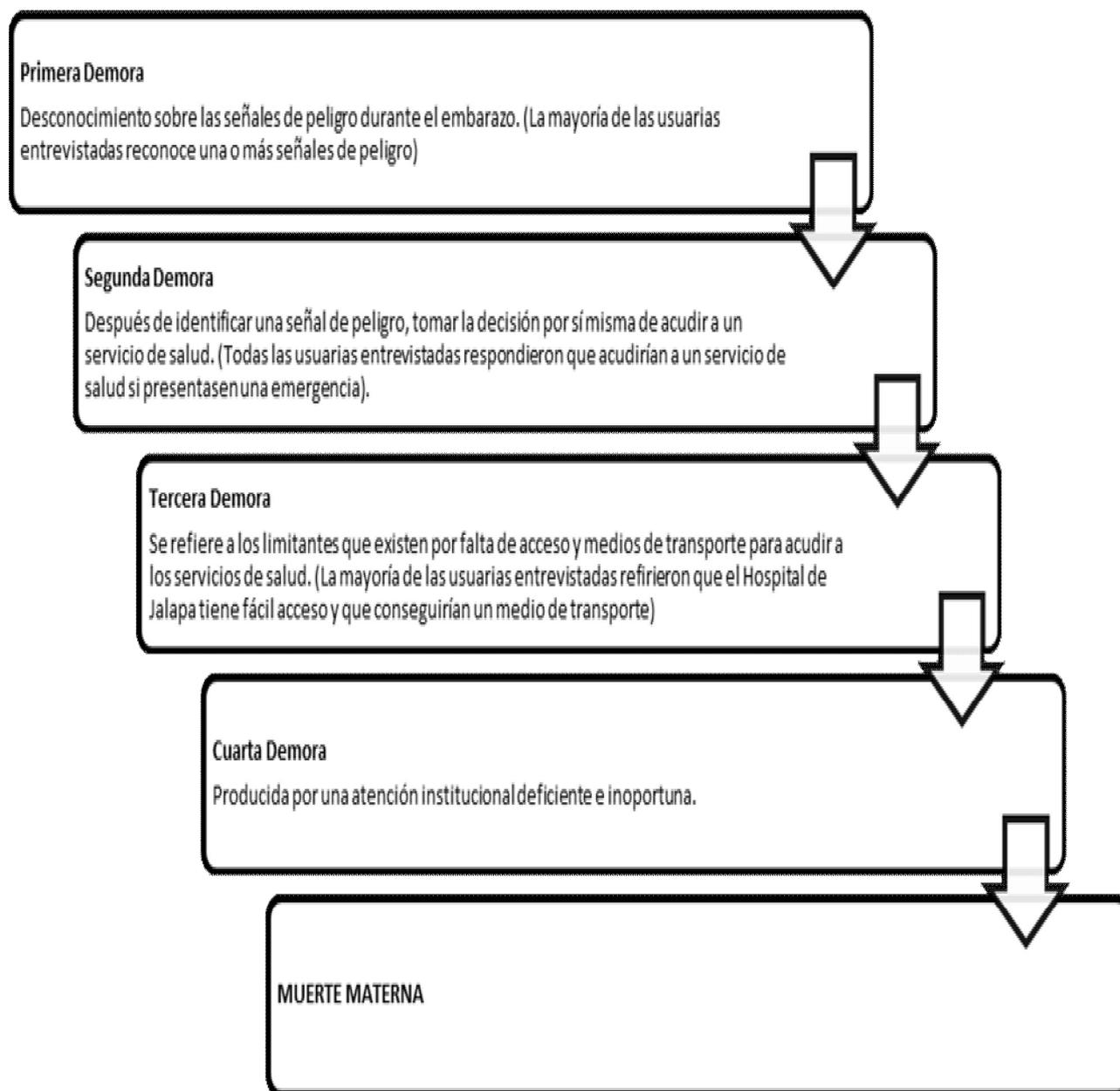
<p>Pregunta 5</p> <p>¿Si tuviera que trasladarse al hospital por una emergencia durante el embarazo, como lo haría?</p>
<p>Usuaría 1: (17 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Conseguiría un carro.</p>
<p>Usuaría 2: (38 años, múltipara, casada, 3º primaria, ama de casa, séptimo control prenatal) Pues buscaríamos la ambulancia o carro.</p>
<p>Usuaría 3: (18 años, primigesta, unida, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Pues más inmediato en carro... si porque los buses se tardan, en carro o ya sea en la ambulancia, porque contamos con la que tenemos aquí y con la de los bomberos.</p>
<p>Usuaría 4: (27 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) En primer lugar venir a aquí y pedir una constancia y buscar un carro.</p>
<p>Usuaría 5: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Comunicarme con mi familia y ya mi familia buscaría un carro.</p>
<p>Usuaría 6: (33 años, múltipara, casada, ninguna escolaridad, ama de casa, segundo control prenatal) Si es emergencia, emergencia se va uno directo al hospital, en carro sería.</p>
<p>Usuaría 7: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Mmm... (Titubea), depende, si es demasiado grave en carro y si no caminando.</p>
<p>Usuaría 8: (19 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, segundo control prenatal) En carro, que me lleve mi esposo.</p>
<p>Usuaría 9: (18 años, primigesta, soltera, 4º magisterio, ama de casa, cuarto control prenatal) Llamar rápidamente a alguien que me traiga en carro, bueno... a mi padrino.</p>
<p>Usuaría 10: (28 años, múltipara, casada, 6º magisterio, maestra, 6º control prenatal) Llamar a los bomberos, y sino que me traigan en carro.</p>

Fuente: Respuestas a la entrevista semiestructurada.

<p>Categorías que surgieron de la pregunta 5</p>
<p>1. Medio de transporte a utilizar ante una emergencia obstétrica. El 100% de las usuarias respondieron que buscarían un vehículo para transportarse (carro o ambulancia).</p>

Diagrama 2

MODELO DE LAS CUATRO DEMORAS INVOLUCRADAS EN LA MORTALIDAD MATERNA Y COMPARACIÓN CON LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA ENTREVISTADAS, NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2012



Fuente: Elaboración propia.

Pregunta 6
¿Qué dificultades ha tenido para asistir a sus citas de control prenatal?
Usuaría 1: (17 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Que mi esposo no me dejó venir como tres veces (gesto de indignación).
Usuaría 2: (38 años, múltipara, casada, 3º primaria, ama de casa, séptimo control prenatal) Pues ahorita he estado viniendo, solo en veces me molesta porque me cuesta respirar al caminar, por lo demás no he tenido dificultades.
Usuaría 3: (18 años, primigesta, unida, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Pues la vez pasada fijese que ya vine un poco tarde, estaba una enfermera de que si les dijo un montón de cosas a mis niños y yo hubiera preferido que me lo hubiera hecho a mí y no a los niños y por eso me tarde para venir (aduciendo que por eso se tardó en acudir a su primer control prenatal).
Usuaría 4: (27 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) No.
Usuaría 5: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Ninguna.
Usuaría 6: (33 años, múltipara, casada, ninguna escolaridad, ama de casa, segundo control prenatal) Por el momento, ahorita no.
Usuaría 7: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) No.
Usuaría 8: (19 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, segundo control prenatal) Hasta el momento ninguna.
Usuaría 9: (18 años, primigesta, soltera, 4º magisterio, ama de casa, cuarto control prenatal) No, no he tenido... ujum (mueve la cabeza en señal de afirmación).
Usuaría 10: (28 años, múltipara, casada, 6º magisterio, maestra, 6º control prenatal) Que tengo que trabajar, y cuesta que me den permiso en el trabajo para acudir a mis citas.

Fuente: Respuestas a la entrevista semiestructurada.

Categorías que surgieron de la pregunta 6
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna dificultad. El 70% de las entrevistadas respondió que no han tenido dificultades para asistir a sus citas de control prenatal. 2. Control del esposo. El 10% de las entrevistadas respondió que el esposo le ha puesto dificultades para acudir a algunas de sus citas de control prenatal. 3. Mala atención paramédica. El 10% de las entrevistadas manifestó su desmotivación para acudir a todas sus citas por mala atención por parte de enfermería. 4. El trabajo. El 10 % de las entrevistadas respondió que el trabajo y por lo tanto el tiempo ha sido motivo de dificultad para acudir a todas sus citas.

Diagrama 3

**CAUSAS DE INASISTENCIA A SUS CITAS DE CONTROL PRENATAL QUE HAN REFERIDO LAS USUARIAS ENTREVISTADAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2012**



Fuente: Elaboración propia.

<p>Pregunta No. 7</p> <p>¿Qué información le ha dado su médico sobre las señales de peligro durante el embarazo?</p>
<p>Usuaría 1: (17 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Pues hasta el momento no me han dado.</p>
<p>Usuaría 2: (38 años, múltipara, casada, 3º primaria, ama de casa, séptimo control prenatal) Pues ya me explicaron todo, para que uno este prevenido, me dijeron que si uno está sangrando hay que venir al hospital.</p>
<p>Usuaría 3: (18 años, primigesta, unida, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Pues las informaciones que nos han dado es del plan de emergencia y los muchachos que nos han orientado y son: sangre, presión alta...</p>
<p>Usuaría 4: (27 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Pues ahorita no he recibido ninguna información.</p>
<p>Usuaría 5: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Aquí lo explican todo sobre las señales de peligro durante el embarazo y a donde ir.</p>
<p>Usuaría 6: (33 años, múltipara, casada, ninguna escolaridad, ama de casa, segundo control prenatal) No me han dado ninguna.</p>
<p>Usuaría 7: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Ninguna.</p>
<p>Usuaría 8: (19 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, segundo control prenatal) Ninguna.</p>
<p>Usuaría 9: (18 años, primigesta, soltera, 4º magisterio, ama de casa, cuarto control prenatal) Me dieron una mí hoja con lo que uno tiene que hacer.</p>
<p>Usuaría 10: (28 años, múltipara, casada, 6º magisterio, maestra, 6º control prenatal) Me hablaron de las señales de peligro durante el embarazo que son: hemorragia vaginal, flujo vaginal. Dolor de cabeza, fiebre, mareos, visión borrosa y otras más que ya no me recuerdo (risas).</p>

Fuente: Respuestas a la entrevista semiestructurada.

<p>Categorías que surgieron de la pregunta 7</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Información. El 40% de las entrevistadas afirmó haber recibido información acerca de las señales de peligro durante el embarazo. 2. Falta de información. El 60% de las entrevistadas negó haber recibido información por parte del médico de atención prenatal.

Pregunta 8
¿Cuáles factores conoce que podrían poner en riesgo su salud y la de su bebé?
Usuaría 1: (17 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Algún golpe, por lo menos es lo único que sé.
Usuaría 2: (38 años, múltipara, casada, 3º primaria, ama de casa, séptimo control prenatal) No he tenido ninguno, solo dolor.
Usuaría 3: (18 años, primigesta, unida, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) Por ejemplo me dijeron que está sentado, esa es una señal de peligro, ¿De riesgo? Más no podría decirle y que otros niños los he tenido sin dolores.
Usuaría 4: (27 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, cuarto control prenatal) La presión alta y molestias.
Usuaría 5: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Mmm... los alimentos para uno y las medicinas sin que el doctor las recete.
Usuaría 6: (33 años, múltipara, casada, ninguna escolaridad, ama de casa, segundo control prenatal) Consumir alcohol, drogas, no tomar cualquier pastilla.
Usuaría 7: (16 años, primigesta, unida, 6º primaria, ama de casa, tercer control prenatal) Tampoco sé.
Usuaría 8: (19 años, múltipara, casada, 3º básico, ama de casa, segundo control prenatal) No sé.
Usuaría 9: (18 años, primigesta, soltera, 4º magisterio, ama de casa, cuarto control prenatal) Me afecta el clima, muy frío.
Usuaría 10: (28 años, múltipara, casada, 6º magisterio, maestra, 6º control prenatal) La edad de uno, si uno ha tenido abortos anteriores o niños prematuros, si uno fuma o toma, si uno está expuesto al polvo, si padece de alguna enfermedad.

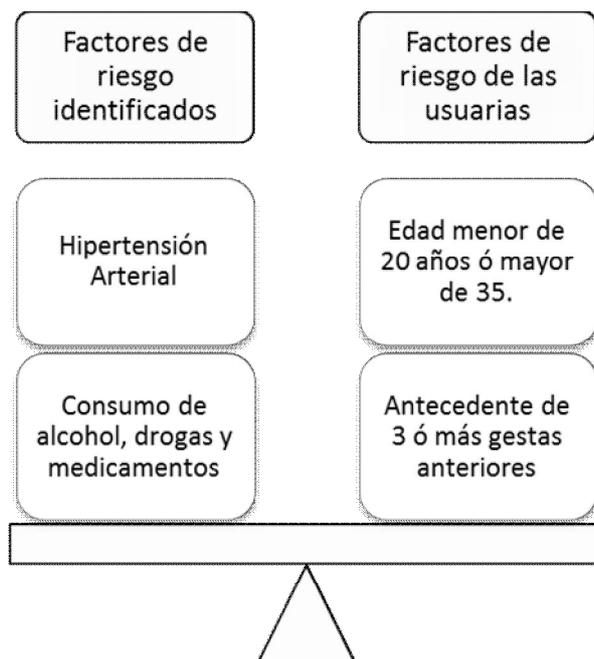
Fuente: Respuestas a la entrevista semiestructurada.

Categorías que surgieron de la pregunta 8
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de los factores de riesgo en el embarazo. El 40% de las entrevistadas respondió uno o más factores de riesgo. 2. Desconocimiento de los factores de riesgo en el embarazo. El 60% de las entrevistadas no respondió ningún factor de riesgo o mencionó algunos que no lo son.

Diagrama 4

COMPARACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO MENCIONADOS VERSUS LOS QUE SE ENCONTRARON EN LAS FICHAS CLÍNICAS DE LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA

NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2012



Fuente: Elaboración propia.

6. DISCUSIÓN

6.1 Datos sociodemográficos

La mayoría de las usuarias entrevistadas estaban comprendidas en un rango de edad menor de 20 años, esto se debe principalmente a la tendencia que existe en Guatemala, y Jalapa no es la excepción en la que las mujeres se embarazan a una temprana edad, según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2012, el promedio de edad para su primer hijo en Guatemala es de 19.9 años. (36).

El estado civil de las usuarias entrevistadas en su mayoría es casada, apenas superior al estado de unida y tan solo una usuaria es soltera. Esto se debe principalmente a que la mayor parte de las mujeres en Guatemala que están embarazadas tienen una pareja. (36).

La escolaridad de las usuarias entrevistadas en su mayoría es primaria y ninguna está en el nivel universitario. Esto se debe a que la mayor parte de la población tiene nivel de educación primaria, según el informe de Educación en Guatemala del año 2011 la escolaridad en Guatemala es en promedio de 4.1 años. (36)

La ocupación de las usuarias entrevistadas en su mayoría son amas de casa, únicamente una es maestra, esto se debe principalmente a la cultura de Guatemala y más acentuadamente en el interior del país es que las mujeres se dedican a las tareas del hogar.

La paridad de las usuarias entrevistadas se divide 50% entre las que no han tenido ningún hijo y el otro 50% en las que han tenido 1 o más, debido a que la mayor parte de las participantes es menor de 20 años de edad y el promedio de tener su primer hijo en Guatemala es de 19.9 años, se da el fenómeno en el presente estudio de que sea dividido en partes iguales. (36)

El número de controles prenatales que refieren las fichas clínicas de las embarazadas es de 3 o 4, debido a que en el estudio solamente se tomaron en cuenta las usuarias que tenían uno o más factores de riesgo se omitieron las del primer control por no tener ficha aún.

El factor de riesgo más frecuentemente encontrado en las fichas clínicas de las usuarias es el que sean menores de 20 años, precedido de tener más de 3 gestas anteriores. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano. La tasa de embarazos en la adolescencia en Guatemala es de 107, únicamente por debajo de Nigeria (196) y República Dominicana (108). (37)

6.2 Respuestas de las usuarias a las preguntas de la entrevista

6.2.1. Objetivo General: Describir la percepción de las usuarias acerca de los servicios de salud.

Pregunta No.1 ¿Cuál es su opinión acerca de los servicios de salud de maternidad del Hospital Nacional de Jalapa?

La mayoría de las entrevistadas estaba satisfecha con el servicio de atención prenatal del Hospital Nacional de Jalapa, indican que está bien y que los médicos procuran el bien de ellas por lo que algunas agregan que no solamente las atienden bien sino que además se preocupan por ellas.

Usuaría No. 4: *“Bien, porque lo atienden bien a uno, a cualquier hora, procuran el bien de uno y cualquier cosa los doctores lo trasladan a la emergencia”.*

Usuaría No. 2: *“Pues ahorita... (Titubea) que he estado viniendo me han atendido bien, no he tenido de que quejarme, porque si me han atendido bien”.*

Únicamente una usuaria no está completamente satisfecha con el servicio, pues como en la mayoría de los servicios públicos de salud del país se cuenta con poco recurso físico y humano. Lo interesante es que la usuaria está consciente de la realidad nacional y sabe que se debe al escaso personal médico que la espera se hace más prolongada.

Usuaría No. 10: *“Opino que está bien, aunque a veces hay mucha gente y cuesta que uno pase a la consulta y uno tiene más cosas que hacer en la casa o trabajo, ojalá hubieran más doctores que atendieran”*

Otro dato interesante de esta última respuesta es que es la única usuaria que habla acerca del trabajo, debido a que como se vio en los datos generales, solamente una de las entrevistadas es profesional a nivel medio.

En un estudio realizado en México sobre la opinión de los servicios de salud, se obtuvieron resultados similares en cuanto a la buena atención en cual el 81,2% de los usuarios percibió que la atención buena y el 18,8% pensaba que era pobre. Las principales razones de la buena calidad de la atención fueron: el trato personal (23,3%) y mejoría en la salud (11,9%). En cuanto a las deficiencias también encontramos las mismas: Por la mala calidad de la atención, las razones principales fueron: tiempo de espera (23,7%) y el examen clínico pobre (11,7%), la seguridad social, los usuarios de servicios de salud percibidos 2,6 veces más frecuentemente la calidad de la atención como pobres, de los que acudieron a los servicios privados de salud. La calidad está representada por los aspectos del proceso de atención (44,8% 9, los resultados (21,3%), la estructura (18,0%) y la accesibilidad (15,7%) Los principales motivos para no volver al centro de salud mismo servicio fueron: atención deficiente (18,2%) y los largos tiempos de espera (11,8%). (39)

6.2.2 Objetivo No. 1: Establecer si las usuarias saben identificar una emergencia obstétrica.

Pregunta No. 2 ¿Qué señales de peligro durante el embarazo conoce?

La mayoría de las entrevistadas respondió una o más señales de peligro que conocen, la que mencionaron con mayor frecuencia es el dolor de cabeza seguido por la hemorragia vaginal, debido a que la gestación es un período de cambios fisiológicos y muchas veces patológicos es frecuente que presenten cefalea principalmente por infecciones del tracto urinario, preeclampsia y otras patologías. Dicha información refirieron haberla obtenido de parte de médicos, otras de parte de enfermeras, educador y promotor en salud.

Usuaría No. 3: *“Pues... ¿señales de peligro?... mmm... náuseas, mareos, dolor de cabeza, algunas veces visión borrosa”*

Usuaria No. 2: *“Pues como me explicaron el jueves que vine, me explicó la enfermera que estaba y yo pues por lo menos gracias a Dios no he tenido peligro en mis embarazos que he tenido, lo que me dijeron ahí es que si uno tiene hemorragia antes del parto”.*

Dos usuarias respondieron que desconocen en lo absoluto las señales de peligro durante el embarazo. Posiblemente esto se deba a la falta de información.

Usuaria No. 1: *“Ninguna”*

Usuaria No. 7: *“Mmmm... ninguna!”*

Pacientes con 6º y 4º Control prenatal respectivamente, lo cual indica un déficit en cuanto a la información sobre las señales de peligro durante el embarazo, ya que con 4 o 6 citas de control prenatal deberían de conocerlas, dicha información según la ficha clínica de embarazo es dada desde el primer control prenatal.

6.2.3 Objetivo No. 2: Determinar qué acción toman las usuarias ante las emergencias obstétricas.

Pregunta No. 3 *¿Qué haría usted ante una emergencia durante el embarazo?*

De forma unánime todas las usuarias entrevistadas dijeron que acudirían al hospital si llegasen a presentar una emergencia. Se debe principalmente a la confianza que las mismas manifestaron acerca de los servicios de maternidad del Hospital de Jalapa, a su fácil acceso y a que las atienden bien.

Usuaria No. 1: *“Acudo al hospital”.*

Usuaria No. 2: *“De primero venirme al hospital”.*

Una usuaria especifico acudir al médico, lo cual no deja claro si acudiría al hospital o con un médico particular.

Usuaria No. 10: *“Acudir al médico”.*

6.2.4 Objetivo No. 3: Determinar si las usuarias cuentan con la accesibilidad a los servicios de salud.

Pregunta No. 4 ¿Qué opina acerca de la accesibilidad a los servicios de salud materna del Hospital Nacional de Jalapa?

La respuesta más encontrada que dieron las usuarias de los servicios de atención prenatal es que tiene fácil acceso, esto se debe a que el Hospital Nacional de Jalapa se encuentra en el centro de la Ciudad, cerca de la terminal de autobuses y que en el municipio de Jalapa se cuenta con diversas formas de transporte tales como: taxis, mototaxis y microbuses urbanos, lo que facilita llegar a dicho nosocomio.

Usuaría No. 1: *“No es difícil el acceso porque no me queda muy lejos”*

Usuaría No. 2: *“El hospital tiene buena accesibilidad, está en el centro y hay tuc-tuc por todos lados para que lo traigan a uno”*

Dos usuarias refirieron que les es difícil el acceso al Hospital de Jalapa, principalmente porque no son de la cabecera sino de aldeas en donde el transporte es limitado.

Usuaría No. 6: *“Me cuesta venir porque vivo lejos, vivo a 45 minutos y ahí no pasa bus”.*

Usuaría No. 9: *“Me cuesta caminar hasta acá”.*

6.2.5 Objetivo No. 3: Determinar si las usuarias cuentan con los medios y recursos para asistir de manera inmediata al servicio de salud ante una emergencia obstétrica.

Pregunta No.5 ¿Si tuviera que trasladarse al hospital por una emergencia durante el embarazo, como lo haría?

Todas las usuarias respondieron que buscarían un carro particular y otras tres además del carro llamarían a una ambulancia, esto se debe a que todas las usuarias han llenado la hoja del plan de emergencia en la cual se les interroga

acerca de cómo se transportarían en caso de emergencia, lo cual por lo visto ha sido tomado muy en serio por parte de ellas.

Usuaría No. 3: *“Pues más inmediato en carro... si porque los buses se tardan, en carro o ya sea en la ambulancia, porque contamos con la que tenemos aquí y con la de los bomberos”.*

Usuaría No. : *“En primer lugar venir aquí y pedir una constancia y buscar un carro”.*

Pocas usuarias refirieron amparo en familiares para su traslado. Esto se debe principalmente a que la mayoría tiene decisión propia.

Usuaría 5: *“Comunicarme con mi familia y ya mi familia buscaría un carro”.*

Usuaría 8: *“En carro, que me lleve mi esposo”.*

6.2.6 Objetivo No. 4: Identificar las principales causas que les imposibilita asistir a todas sus citas de control prenatal.

Pregunta No. 6: ¿Qué dificultades ha tenido para asistir a sus citas de control prenatal?

La respuesta más común de las usuarias es que no han tenido ninguna dificultad para asistir, esto se debe principalmente a que se sienten bien con el servicio de atención prenatal, el cual asimismo tiene fácil acceso, lo cual las motiva a acudir a sus citas y otra de las razones es que la mayoría de las usuarias son amas de casa, por lo que cuentan con más tiempo disponible por no estar sujetas a un horario laboral.

Usuaría No. 8: *“Hasta el momento ninguna”.*

Usuaría No. 9: *“No, no he tenido... ujum (mueve la cabeza en señal de afirmación).”*

Tres usuarias han referido dificultades para asistir a sus controles prenatales, una de ellas por control del esposo, el cual es sinónimo de machismo, el hombre decide todo lo que se hace en la casa, a donde van y a qué hora lo harán. La

segunda usuaria cataloga a la mala atención paramédica como una dificultad para asistir a sus citas y la tercera usuaria ha tenido dificultad de tipo laboral, ya que de todas las entrevistadas es la única que trabaja.

Usuaría No. 1: *“Que mi esposo no me dejó venir como tres veces (gesto de indignación)”*

Usuaría No. 3: *“Pues la vez pasada fíjese que ya vine un poco tarde, estaba una enfermera que les dijo un montón de cosas a mis niños y yo hubiera preferido que me lo hubiera hecho a mí y no a los niños y por eso me tarde para venir”* (aduciendo que por eso se tardó en acudir a su primer control prenatal).

Usuaría No. 10: *“Que tengo que trabajar y cuesta que me den permiso en el trabajo para acudir a mis citas”*

Únicamente una usuaria manifestó como dificultad para acudir a sus citas de control prenatal, debido a que es la única que trabaja de todas las entrevistadas.

6.2.7 Objetivo No. 5: Establecer si las usuarias del servicio de control prenatal reciben información acerca de las emergencias obstétricas cuando acuden a sus citas.

Pregunta No. 7 ¿Qué información le ha dado su médico sobre las señales de peligro durante el embarazo?

Menos de la mitad de las usuarias respondieron que no se les ha dado ninguna información acerca de las señales de peligro durante el embarazo, lo cual pone en duda acerca de cómo conocen las señales de peligro durante el embarazo ya que en la pregunta número uno la mayoría conocía las señales de peligro, sin embargo se puede deducir que ese conocimiento lo adquirieron a través de educadores en salud, enfermeras o familiares.

Usuaría No. 1: *“Pues hasta el momento no me han dado”.*

Usuaría No. 2: *“Pues ahorita no he recibido ninguna información”.*

Por otra parte un poco más de la mitad de las usuarias indicaron haber recibido información, la cual se encuentra plasmada en la hoja del plan de emergencia de la ficha materna.

Usuaría No. 2: *“Pues ya me explicaron todo, para que uno este prevenido, me dijeron que si uno está sangrando hay que venir al hospital”.*

Usuaría No. 3: *“Pues las informaciones que nos han dado es del plan de emergencia y los doctores que nos han orientado y son: sangre, presión alta...”*

6.2.8 Objetivo No. 6: Determinar si las usuarias conocen los factores de riesgo que pueden contribuir a presentar una emergencia obstétrica.

Pregunta No. 8 ¿Cuáles factores conoce que podrían poner en riesgo su salud y la de su bebé?

La mayoría de usuarias identificó los factores de riesgo, pero ninguna logró identificar sus propios riesgos y otras los confunden con las señales de peligro, lo cual hace notar la poca información que se les ha dado acerca de este tema.

Usuaría No. 3: *“Por ejemplo me dijeron que está sentado, esa es una señal de peligro, ¿de riesgo?... más no podría decirle y que otros niños los he tenido sin dolores”.* (Factores de riesgo de la usuaria según ficha clínica: Antecedente de 3 o más gestas).

Usuaría No. 10: *“La edad de uno, si uno ha tenido abortos anteriores o niños prematuros, si uno fuma o toma, si uno está expuesto al polvo, si padece de alguna enfermedad”* (Factores de riesgo de la usuaria según ficha clínica: Antecedente de 3 o más gestas).

Dos usuarias desconocen en absoluto los factores de riesgo durante el embarazo, lo cual se debe principalmente a la falta de información.

Usuaría No. 7: *“Tampoco sé”.*

Usuaría No. 8: *“No sé”.*

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Sobre el conocimiento de las usuarias acerca de las señales de peligro durante el embarazo se concluye que es satisfactorio, puesto que la mayoría de las entrevistadas pudo mencionar una o más, de las cuales se expresó con mayor frecuencia hemorragia vaginal y cefalea, las que son pródromos de muchas emergencias obstétricas como lo son: aborto, desprendimiento de placenta, pre eclampsia, entre otras.
- 7.2 Al interrogar a las usuarias acerca de que harían si presentasen una emergencia obstétrica, todas expresaron que acudirían a un servicio de salud, esto indica que tienen una adecuada disposición para evitar la primera y segunda demora con lo que contribuyen significativamente a disminuir la mortalidad materna.
- 7.3 Los servicios de atención de maternidad del Hospital Nacional de Jalapa tienen fácil acceso, y la mayoría de las usuarias encontrarían un medio de transporte para acudir en caso de emergencia, lo que contribuye a evitar la tercera demora de la mortalidad materna.
- 7.4 Las principales causas de inasistencia a sus citas de control prenatal que mencionaron las usuarias fueron: Control del esposo, mala atención paramédica (enfermería) y el trabajo, el cual tiene un horario establecido y el servicio requiere disposición de tiempo por la afluencia de pacientes. La mayoría de las entrevistadas refirió no tener ninguna dificultad para acudir.
- 7.5 Las usuarias del servicio no están recibiendo información acerca de las emergencias obstétricas por parte del responsable del control prenatal cuando acuden a sus citas; sin embargo otros miembros del personal de salud, como lo son educadores, enfermeras y comadronas se las están brindando.
- 7.6 En cuanto a los factores de riesgo, se mencionaron algunos; como lo son la edad, la posición fetal, gestaciones de riesgo anteriores, uso de alcohol, drogas y medicamentos. Sin embargo ninguna mencionó sus propios factores identificados en el expediente médico de su actual embarazo.

8. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Realizar investigaciones de este tipo a nivel nacional para conocer la opinión de las usuarias acerca de los servicios de atención en salud, y así a través de esto como lo hacen las instituciones privadas lograr una mejor calidad de servicio.
- Fomentar la confianza de las usuarias en los servicios de atención de salud de Guatemala.
- Aumentar el personal de atención en salud, para que puedan tener más tiempo entre una consulta prenatal y otra y así poder explicarle a las usuarias con más detalle las señales de peligro durante el embarazo y los factores de riesgo de las mismas.
- Capacitación continua del personal de salud, en cuanto al manejo de la cuarta demora que influye en la muerte materna de nuestro país.

Al Hospital Nacional de Jalapa:

- Mantener y mejorar la calidad de los servicios de atención prenatal, en cuanto a enfatizar la información a las usuarias acerca de las señales de peligro durante el embarazo y los factores de riesgo.

A los Médicos que atienden los servicios de maternidad:

- Informar de manera más amplia y explícita acerca de las señales de peligro durante el embarazo y los factores de riesgo.
- A continuar con esa perspectiva que tienen las usuarias acerca de ustedes en el servicio de atención prenatal, la cual es buena.

A las usuarias de los servicios de Salud del Hospital Nacional de Jalapa y las gestantes en general:

- Acudir siempre a sus controles prenatales, independientemente de la calidad de los mismos, ya que aunque sean deficientes se podrán establecer algunos riesgos de sus embarazos.
- Informar sus inconformidades a las autoridades pertinentes para mejorar los aspectos deficientes para una mejor calidad de los servicios de salud.
- Si presentan alguna duda o ignoran algún aspecto de su embarazo, pregunten ya que podría salvarle la vida a usted y a su bebé.

9. APORTES

Con la presente investigación se aporta información valiosa al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, donde se describe la percepción que tienen las usuarias acerca de los servicios de atención prenatal y su conocimiento acerca de las emergencias obstétricas. Se puede tomar este estudio como modelo para ser realizado en otros departamentos y así descubrir cuáles son las causas por las que las gestantes no acuden a sus citas de control prenatal, si a las que asisten con regularidad se les está brindando la información necesaria acerca de las señales de peligro durante el embarazo y sus factores de riesgo, y así disminuir la mortalidad materna en Guatemala.

Al finalizar cada entrevista, se le explicó a cada usuaria de los servicios de salud de atención prenatal del Hospital Nacional de Jalapa, de forma detallada las señales de peligro durante el embarazo y se reforzaron sus deficiencias en cuanto al tema.

Así mismo se les informó acerca de los factores de riesgo que se toman en cuenta durante el embarazo en la Ficha de vigilancia de la embarazada del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la cual la mayoría de los mismos son no modificables, se les explicó en que consiste cada uno de ellos y como podrían afectar el desarrollo normal de su embarazo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estudio Nacional de Mortalidad Materna, Guatemala 2011.
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de epidemiología y sistema de información de salud. Memoria anual del departamento de Jalapa, año 20011. Área de salud de Jalapa. Informe final. Guatemala: MSPAS;20011
3. Guatemala: Departamento de Jalapa (accesado 15 agost2012) Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Jalapa_\(Guatemala\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Jalapa_(Guatemala))
4. Red de Servicios. Guatemala 2007. [accesado 15 agost 2012]
Disponible en: www.mspas.gob.gt/menu/red_de_servicios/RISSvRM02.html
5. Departamento de Registro y Estadística del Hospital Nacional de Jalapa.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de Salud en Guatemala. Indicadores básicos. Informe final. Guatemala: MSPAS; 2001
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Línea basal de la mortalidad materna para el año 2000. Informe Guatemala: MSPAS; 2003
8. Guatemala. Congreso de la República. Acuerdos de Paz. Guatemala 1996.[accesado 15 agost2012] Disponible en: www.congreso.gob.gt/Docs/PAZ/Acuerdo%20de%20paz%20firme%20y%20duradera.pdf
9. Guatemala. Análisis de Muertes Maternas. Centro Nacional de Epidemiología. Guatemala enero-mayo 2010-2011. Guatemala: MSPAS; 2008.
10. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas generales de atención. Guatemala: MSPAS; 2008

11. Díaz Morales EO. Modelo de las 4 demoras y su impacto en la mortalidad materna.[tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 2006.
12. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave (accesado 15 de agosto 2012) disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_20.pdf
13. Gestación de riesgo: Percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas (accesado 15 agosto 2012) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/clinica5.pdf>
14. Embarazo de alto riesgo (accesado 15 de agosto 2012) disponible en: http://www.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/4375/1/061_Embarazo_alto_risgo.pdf
15. Elizalde Cremonte, M. Alejandra. Hemorragias en obstetricia. (accesado 15 agosto 2012) Disponible en: www.med.unne.edu.ar/posgrado/cursomedgral/clases/251106ec.pdf. Actualizado en octubre de 2010. Revisión realizada el 8 de mayo de 2012.
16. Seltzer Buzzo, Pedro Angel, et. Al. Ruptura prematura de membranas ovulares. (accesado 15 agosto 2012) Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista182/4_182.pdf Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 182 – Junio 2008. Actualizado en junio 2008.
17. Cuartas Calle, Adriana María. Predicción de trabajo de parto pretérmino espontáneo. (accesado 15 agosto 2012) Disponible en: www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista.../v53n4a06.PDF Hospital General Balbuena, Barcelona, España, septiembre 2010.
18. Voto, Liliana S. Hipertensión en el embarazo. (Accesado 18 mayo 2012) Disponible en: http://fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta_embarazo.pdf. Actualizado en marzo del 2010. Revisión realizada el 8 de mayo del 2012.

19. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas (accesado 15 agosto 2012)
 Disponible en: medicinauniversitaria.uanl.mx/43/pdf/95.pdf
20. Guía Clínica sobre las infecciones genitourinarias durante el embarazo (accesado 20 agosto 2012) Disponible en: <http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/17-%20GUIA%20CLINICA%20SOBRE%20LAS%20INFECCIONES%20UROLOGICAS.pdf>
21. Restricción de crecimiento intrauterino. Causas, características clínicas, y evaluación de factores asociados. (accesado 20 agosto 2012)
 Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v35n2/v35n2a02.pdf>
22. Embarazo Ectópico (accesado 20 agosto 2012) Disponible en:
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>
23. Esquiche León, Elena. Protocolo de investigación cualitativa: Percepción de las usuarias frente a los servicios de salud y rol de la comunidad en las emergencias obstétricas. Columbia University, Perú, año 2000. (accesado 27 de julio 2012) Disponible en:
http://www.care.org.pe/websites/femme/pdf/Estudio_%20Cualitativo_Comunitario/pic/Plan%20de%20Investigaci%C3%B3n%20Comunitaria%20Emergencias%20Obst%C3%A9tricas.pdf. Revisión realizada del 15 de julio del 2012.
24. Pregnant women with complex social factors: a model for service provision (accesado 17 septiembre 2012) Disponible en: <http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/books/NBK62610/#ch2.s1>
25. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. (Accesado 17 septiembre 2012) Disponible en:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&hid=122&sid=5169f1b8-7b78-43f8-80a2-417078f248b9%40sessionmgr114&bdata=Jmxh>

26. Calidad de la atención en el control prenatal: Opinión de las usuarias de una institución prestadora de servicios en Bogotá, Colombia. (Accesado 17 sept 2012) Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf>
27. Alvarado, J. (2006) Control prenatal: Manual de obstetricia, apuntes médicos del Perú. (accesado 21 sept 2012) Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/47140212/tesis-original>
28. Castaño, S. (2009) Calidad de la atención en el control prenatal: opinión de las usuarias de una institución prestadora de servicios de Bogotá, Colombia. Pontificia universidad javeriana facultad de enfermería, Bogotá d.c – (accesado 21 sept2012) Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/47140212/tesis-original>
29. Camarena, L (2007) Perspectiva de la calidad de la atención prenatal alterna a la institucional, ciudad de Chihuahua, México. Revfacnac salud pública 2007. (accesado 21 sept2012) Disponible en: : <http://es.scribd.com/doc/47140212/tesis-original>
30. Lavado, R. L agrada, L. Valerie, G. Tan, L; y Ulep, T. (2010), ¿quién proporciona una buena atención prenatal de calidad en las filipinas? facultad de salud pública, universidad de las filipinas.

11. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA

11.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Instrucciones: Este es un cuestionario semi-estructurado el cual será utilizado única y exclusivamente por el entrevistador como guía para mantener la misma secuencia en todas las entrevistas realizadas.

Fecha de la Entrevista: _____

Primera Parte: Datos Generales

Nombre de la entrevistada: _____

Estado Civil: Casada: ____ Unida: ____ Soltera: ____

Escolaridad: Primaria: ____ Básica: ____ Diversificada: ____ Universitaria: ____ Ninguna: ____

No. De Hijos: Ninguno: ____ 1 o más: ____

No. De Cita de Control Prenatal: ____ **Ha faltado a alguna (Revisar expediente):** Si ____ No ____

Ocupación: _____

Factores de Riesgo de la usuaria (Según expediente médico):



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Y LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA**

Segunda Parte: Guía para la entrevista

Objetivo General: Describir la percepción de las usuarias acerca de los servicios de salud.

1. **¿Cuál es su opinión acerca de los servicios de salud de maternidad en el Hospital Nacional de Jalapa?**

Objetivo No. 1: Establecer si las usuarias saben identificar una emergencia obstétrica.

2. **¿Qué señales de peligro durante el embarazo conoce?**

Objetivo No. 2: Determinar qué acción toman las usuarias ante las emergencias obstétricas.

3. **¿Qué haría usted ante una emergencia durante el embarazo?**

Objetivo No. 3: Determinar si las usuarias cuentan con la accesibilidad a los servicios de salud al presentar una emergencia obstétrica.

4. **¿Qué opina acerca de la accesibilidad a los servicios de salud materna del Hospital Nacional de Jalapa?**

Objetivo No. 3: Determinar si las usuarias cuentan con los medios y recursos para asistir de manera inmediata al servicio de salud ante una emergencia obstétrica.

5. **¿Sí tuviera que trasladarse al hospital por una emergencia durante el embarazo, como lo haría?**

Objetivo No. 4: Identificar las principales causas que les imposibilita asistir a todas sus citas de control prenatal a las que no lo han hecho.

6. **¿Qué dificultades ha tenido para asistir a sus citas de control prenatal?**

Objetivo No. 5: Establecer si las usuarias del servicio de control prenatal reciben información acerca de las emergencias obstétricas cuando acuden a sus citas.

7. **¿Qué información le ha dado su médico sobre las señales de peligro durante el embarazo?**

Objetivo No. 6: Determinar si las usuarias conocen los factores de riesgo que pueden contribuir a presentar una emergencia obstétrica.

8. **¿Cuáles factores conoce que podrían poner en riesgo su salud y la de su bebé?**

11.2 Consentimiento Informado
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
AREA DE SALUD DE JALAPA

Percepción de las usuarias acerca de los servicios de atención prenatal y las emergencias obstétricas

Esta Información es para las mujeres embarazadas que asistan a su control prenatal en el Hospital Nacional de Jalapa.

Respetable señora: este es un estudio de investigación que se realiza en el municipio donde usted vive, con este estudio vamos a determinar lo que usted piensa de la atención en el servicio de salud al que asiste y sobre sus conocimientos de las señales que ponen en peligro su vida y la de su bebé, quien es el responsable de tomar decisiones en el hogar para que cuando se presente una emergencia y si acude a los servicios de salud existentes durante el embarazo. Solo se toman en cuenta a las mujeres que están embarazadas y que tienen uno o más factores de riesgo, entre los cuales se mencionan los más comunes para su comunidad: más de 3 embarazos, edad menor de 20 años o mayor de 35, antecedente de aborto o de muerte perinatal. Sus respuestas serán grabadas en audio para una mejor interpretación de las mismas se llevará a cabo durante el mes de noviembre del año dos mil doce, el beneficio que se obtendrá no es directo o remunerativo pero si contribuirá a mejorar la calidad de atención en el servicio para que otras mujeres puedan recibir información sobre los peligros y así evitar la muerte materna. Su participación es voluntaria y se puede retirar del estudio en el momento que usted lo desee.

YO: _____residente en el municipio de: _____, después de haber recibido la información de parte del investigador, sobre el estudio que persigue la "Percepción de las usuarias acerca de los servicios de salud y las emergencias obstétricas", estando informada de la ayuda que puede dar a mi comunidad, **ACEPTOPARTICIPAR**, brindando la información que se me solicite.

Dado en el municipio de: _____, a los _____ días del mes de _____ del año 2012.

Firma o huella digital



República de Guatemala

¡Se sabe de salud!

Ficha de vigilancia de la embarazada
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,
Centro Nacional de Epidemiología

Registro No.: _____
 Nombre de la embarazada: _____

Etnia: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Edad en años: _____

Nombre del esposo o conviviente: _____ Edad en años: _____

Etnia: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Distancia al servicio de salud más cercano: _____ Kms. _____ Tiempo en horas para llegar _____

Nombre de la comunidad: _____

No. de celular de la señora o pareja comunitario: _____

Fecha de última regla: _____ Fecha probable de parto: _____

No. de partos: _____ No. de cesáreas: _____ No. de hijos vivos: _____ No. de hijos muertos: _____

INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz al casillero correspondiente

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		SI	NO
1. Muerte fetal o neonatal previas			
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos			
3. Antecedentes de 0 o más gestas			
4. Peso al nacer del último bebé < 2500 g. (5 lbs 8 onzas)			
5. Peso al nacer del último bebé > 4500 g. (9 lbs 9 onzas)			
6. Antecedentes de hipertensión o preeclampsia/eclampsia			
7. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, conización, cesárea o cerclaje cervical)			
EMBARAZO ACTUAL		SI	NO
8. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple			
9. Menos de 20 años			
10. Paciente Rh (-)			
11. Más de 35 años			
12. Hemorragia vaginal sin importar cantidad			
13. VIH positivo o sífilis positivo			
14. Presión arterial diastólica de 90 mm hg o más durante el registro de datos			
15. Anemia clínica o de laboratorio			
16. Desnutrición u obesidad			

