

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**ATENCIÓN CONSTANTE DEL PERSONAL MATERNO INFANTIL Y SU RELACIÓN
CON LA DETECCIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN LAS EMBARAZADAS
USUARIAS DE LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA PERQUÍN, MORAZÁN Y
MUNICIPIO DE LA UNIÓN, LA UNIÓN, PERÍODO 2015-2019**

PRESENTADO POR:

**SONIA LISSETTE CRUZ GÓMEZ
DAMARIS JULISSA ALVAREZ ESCOLERO
NUBIA STEFFANI DÍAZ PORTILLO**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTORA EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
DR. ALDO FRANCISCO HERNÁNDEZ AGUILAR**

NOVIEMBRE DE 2019

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DOCTOR RAÚL ERBESTEBI AZCUNAGA LÓPEZ
VICERRECTOR ACADEMICO

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

INGENIERO FRANCISO ALARCÓN
SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
DECANO

LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS
VICEDECANO

LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA
SECRETARIO INTERINO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DE DOCTORADO
EN MEDICINA**

ASESORES

DOCTOR ALDO FRANCISCO HERNÁNDEZ AGUILAR

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA METODOLOGICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

**DOCTOR ERIK ANTONIO RODRÍGUEZ
PRESIDENTE**

**DOCTOR RENÉ ATILIO VELÁSQUEZ GIRÓN
SECRETARIO**

**DOCTOR ALDO FRANCISCO HERNÁNDEZ AGUILAR
VOCAL**

Se agradece por su contribución para el desarrollo del trabajo a:

A Dios todopoderoso por guiarnos durante toda nuestra vida, y permitirnos poder realizar y cumplir nuestra meta profesional, dándonos sabiduría y fortaleza para culminar nuestro objetivo.

A cada una de nuestras familias que siempre nos brindaron su apoyo incondicional en todos los años de nuestra carrera y de nuestro caminar, a cada uno de nuestros docentes que contribuyeron en nuestra formación que junto a sus enseñanzas hemos logrado concretar la meta que nos hemos propuesto y que estamos por culminar.

A nuestros asesor Dr. Aldo Francisco Hernández Aguilar por su paciencia y esfuerzo quien nos dedicó parte de su tiempo brindándonos asesoría y orientación que siempre supo darnos la motivación necesaria para alentarnos hasta culminar la realización de este trabajo de investigación, siendo este el paso final de todo un esfuerzo continuo.

A todas las personas que han colaborado para la realización de este trabajo desde sus conocimientos hasta el aporte de información necesaria para el desarrollo del mismo. Porque con su ayuda han contribuido para poder culminar este esfuerzo realizado por cada uno de nosotros para concluir una faceta importante en nuestra vida, como lo es nuestra carrera profesional.

Br. Damaris Julissa Alvarez Escolero

Br. Sonia Lissette Cruz Gómez

Br. Nubia Steffani Díaz Portillo

Dedico este trabajo a

DIOS TODOPODEROSO por iluminarme, concederme las fuerzas necesarias y la vida para poder ver finalizada mi carrera profesional la cual muchas veces se volvió difícil pero Él nunca me desamparó en ningún momento y me brindó la fuerza necesaria para continuar por lo que gracias a su voluntad divina veo concretado mi sueño.

A MI MADRE: María Santos Escolero Se lo dedico con todo cariño y profundo amor por su apoyo incondicional que día a día me brindó y confió en mis capacidades e impulso mis sueños para poder realizar cada uno de mis objetivos siendo siempre un pilar fundamental en mi vida, le agradezco por no abandonarme y por siempre estar conmigo cuando más la necesité; este logro en mi vida es por usted y para usted

A MI HERMANA Naomy Vanessa Escolero, por su apoyo y motivación que me animaron a seguir luchando en cada momento de mi vida.

A MIS ABUELOS MATERNOS: Mi abuela Engilberta Escolero quien me ha brindado su amor incondicional y apoyo constante a lo largo de mi carrera motivándome a lograr mi meta y creyendo en mis capacidades y a mi abuelo Blas Henríquez que ya goza de la presencia de Dios que hasta el día de hoy lo llevo en mi mente y mi corazón quien dejó plasmado en mi vida un gran ejemplo.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS Sonia y Nubia que me impulsaron a esforzarme al máximo en este proyecto con quienes emprendí esta travesía de experiencias y aprendizaje que fortaleció nuestros lazos de amistad a pesar de las adversidades.

A MI FAMILIA Y AMIGOS por ser también impulsores de mi esfuerzo y decisión para cumplir mis metas.

Br. Damaris Julissa Alvarez Escolero

Este trabajo va dedicado a **Dios** quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, dándome fuerza para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer, logrando ese sueño casi imposible de cumplir, aun cuando las adversidades eran grandes Él siempre sostuvo mis manos, brindándome sabiduría y paciencia para culminar con éxitos mis metas propuestas.

A mi madre Deysi Gómez, por ser el pilar más importante, por demostrarme siempre su cariño y su apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones, dándome ánimos para seguir adelante, orando siempre para que todo me saliera bien.

A mi padre Wilfredo Cruz, a pesar de nuestra distancia física, siempre estuvo presente en mi vida, gracias por creer en esta “testaruda hija” desde el primer momento; «Si eso quiere, eso será» ¡Heme aquí!

A mis hermanos Claudia, Wilfredo, Moisés y Eliam que cada uno de ellos me motivo a seguir en mis estudios, a tratar de hacer siempre lo mejor.

A ti Lucía que eres parte de mi familia, aunque no te lo pueda decir eres un motivo más para finalizar mi carrera.

Y como un barco no se puede gobernar solo, aquí mi tripulación: Damaris y Nubia, no fue fácil pero lo logramos, aunque puedo afirmar que durante todo este tiempo pude disfrutar de cada momento, de cada experiencia que pasamos juntas.

¡Ay, mi Sol, cuánto bien le haces al mundo! Gracias por todo lo que me has enseñado, por tu amabilidad y tu paciencia.

A mi familia y amigos, son pocos pero los necesarios para salir hacia adelante. Gracias May, por todo tu apoyo incondicional.

Br. Sonia Lissette Cruz Gómez

Dedicó mi trabajo de investigación, el cual representa la culminación de mis estudios en Doctorado en Medicina, ante todo a Dios, por la sabiduría y bendiciones que me ha brindado durante este largo camino y por guiarme en cada paso de mi vida.

A mis padres:

Martha Lelis Portillo Argueta y Luis Isaac Díaz Martínez, por su apoyo incondicional en toda mi vida, por sus consejos y todo el esfuerzo que han realizado para formarme como persona y profesional.

A mis compañeras de tesis:

Damaris Alvarez y Sonia Cruz, por todo el esfuerzo y apoyo en este trabajo, así como su comprensión y paciencia.

A mis familiares y amigos:

Por su cariño, comprensión y apoyo en diferentes momentos de mi vida.

Br. Nubia Steffani Díaz Portillo

	PÁG
TABLA DE CONTENIDOS	
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xiv
LISTA DE FIGURAS	xvi
LISTA DE ANEXOS	xvii
RESUMEN	xviii
INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	2
2. MARCO TEÓRICO	8
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS	21
4. DISEÑO METODOLÓGICO	24
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSIÓN	111
7. CONCLUSIONES	114
8. RECOMENDACIONES	116
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla n° 1. Distribución de la población de embarazadas que han sido ingresadas en los Hem de Perquín Morazán y La Unión, La Unión de enero a marzo del año 2019 ...	25
Tabla n° 2. Distribución de la población de personal materno infantil de los Hem de Perquín Morazán y La Unión, La Unión.....	25
Tabla n° 3. Distribución de la población de embarazadas que fueron ingresadas en los Hem de Perquín Morazán y La Unión, La Unión de enero de 2015 a Diciembre de 2018.	25
Tabla n° 4. Distribución de submuestra según hogares de espera materna.....	27
Tabla n° 5. Distribución de la submuestra según hogares de espera materna.....	28
Tabla n° 6. Distribución de edades de embarazadas usuarias de HEM cotejos.....	33
Tabla n° 7. Distribución de PARIDAD de embarazadas usuarias de HEM cotejos.....	35
Tabla n°8. Distribución de Toma de presión arterial e embarazadas usuarias de HEM durante 2015-2018	36
Tabla n° 9. Distribución de Medición de Frecuencia Cardiaca a embarazadas usuarias de HEM durante 2015-2018	37
Tabla n° 10. Distribución de medición de temperatura a embarazadas usuarias de HEM durante 2015-2018	38
Tabla n° 11. Distribución frecuencia de evaluación según régimen particular	39
Tabla n° 12. Distribución de Realización de Tacto Vaginal.....	41
Tabla n° 13. Distribución de monitoreo de frecuencia cardiaca fetal a embarazadas usuarias de HEM	42
Tabla n° 14. Signos de Edema en embarazadas usuarias de HEM	43
Tabla n° 15. Síntoma de cefalea intensa En Embarazadas Usuarias De HEM	44
Tabla n° 16. Síntoma de visión borrosa en embarazadas usuarias del HEM	46
Tabla n° 17. Síntoma de epigastralgia embarazadas usuarias de HEM	47
Tabla n°18. Se le detectó alguna anormalidad en la evaluación a embarazadas usuarias de HEM cotejos.....	48
Tabla n° 19. Se le detectó trastorno hipertensivo a embarazadas usuarias de HEM ...	49
Tabla n° 20. Se detectó ruptura prematura de membrana a embarazadas usuarias de HEM	51
Tabla n° 21. Distribución referencia por complicación detectada en embarazadas usuarias de HEM	52

Tabla n° 22. Hoja de evaluación llenada según lineamientos del HEM	54
Tabla n° 23. Edad materna de usuarias HEM Perquín y La Unión.	55
Tabla n° 24. Residencia de usuarias HEM Perquín y La Unión.	57
Tabla n° 25. Paridad de usuarias de HEM Perquín y La Unión.	58
Tabla n° 26. Las usuarias HEM Perquín y La Unión ¿Cómo conocieron los hogares de espera materna?	59
Tabla n° 27. Motivos por lo que decidieron ingresarse las usuarias del HEM Perquín y La Unión.	61
Tabla n° 28. Usuarias del HEM Perquín y La Unión ingresadas anteriormente.....	62
Tabla n° 29. Días de ingreso en usuarias de HEM Perquín y La Unión.....	65
Tabla n° 30. Usuarias del HEM Perquín y La Unión que se les tomo la presión arterial.	66
Tabla n° 31. Frecuencia de usuarias que se les trato con amabilidad en HEM Perquín y La Unión.	69
Tabla n° 32. Usuarias del HEM Perquín y La Unión que se le realizo tacto vaginal.	70
Tabla n° 33. Usuarias del HEM Perquín y La Unión a las que se les ausculto la frecuencia cardiaca fetal.....	72
Tabla n° 34. Usuarias del HEM Perquín y La Unión que se les explico el procedimiento de la evaluación.....	75
Tabla n° 35. Usuarias del HEM Perquín y La Unión a las que se le explico el resultado de evaluación.	76
Tabla n° 36. Usuarias del HEM Perquín y La Unión diagnosticada en embarazos anteriores con Preeclampsia.	77
Tabla n° 37. Usuarias del HEM Perquín y La Unión que han sido diagnosticadas anteriormente con ruptura prematura de membranas.	79
Tabla n° 38. Lugar de diagnóstico de usuarias que en su embarazo anterior se han tenido preeclampsia/ruptura prematura de membranas.	80
Tabla n° 39. Calificación de la atención de los HEM Perquín y La Unión.	82
Tabla n° 40. ¿Recomendaría usted los HEM?.....	83
Tabla n° 41. Distribución de signos vitales tomados < 8 horas en relación a detección de complicaciones	87
Tabla n° 42. Distribución de signos vitales tomados > 8 horas en relación a detección de complicaciones	89
Tabla n° 43. Distribución de la población por toma de signos vitales y detección de trastornos hipertensivos en el embarazo	91
Tabla n° 44. Distribución de la población por toma de signos vitales y detección de Ruptura prematura de membrana.	92
Tabla n° 45. Conocimiento de licenciadas materno infantil sobre los lineamientos de espera materna	95
Tabla n° 46. Cumplimiento de los lineamientos de atención de los hogares de espera materno.	96

Tabla n° 47. Frecuencia de toma de la presión arterial en usuarias de los HEM.....	97
Tabla n° 48. Rango de presión arterial considerada como criterio de preeclampsia. ...	99
Tabla n° 49. Forma de detección de ruptura prematura de membranas en los HEM.	100
Tabla n° 50. Se le realiza tacto vaginal a las usuarias del HEM.	102
Tabla n° 51. Frecuencia de realización de tacto vaginal.....	103
Tabla n° 52. Método de detección de infección de vías urinarias en embarazadas del HEM.	105
Tabla n° 53. Realización de charlas sobre signos y síntomas de alarma que producen complicaciones en el embarazo en el HEM.....	106
Tabla n° 54. Complicación detectada con más frecuencia en los HEM	107
Tabla n° 55. Recursos suficientes para brindar la atención oportuna para detección de complicaciones en los HEM.....	109

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1. Rango de edad	34
Gráfico 2. Paridad de las embarazadas usuarias de los HEM	35
Gráfico 3 . Toma de presión arterial	36
Gráfico 4. Frecuencia cardiaca.....	37
Gráfico 5 . Toma de temperatura.....	38
Gráfico 6. Frecuencia de evaluación según régimen	40
Gráfico 7. Tacto vaginal	42
Gráfico 8. Monitoreo de frecuencia cardiaca fetal	43
Gráfico 9. Edema	44
Gráfico 10. Cefalea intensa.....	45
Gráfico 11. Visión borrosa	46
Gráfico 12. Epigastralgia.....	47
Gráfico 13. Se detectó alguna anomalía en la evaluación.....	49
Gráfico 14. Se le detectó trastorno hipertensivo	50
Gráfico 15. Se le detectó ruptura prematura de membrana.....	52
Gráfico 16. Se refirió a paciente por complicación detectada en el HEM.....	53
Gráfico 17. Hoja de evaluación llenada según lineamientos del HEM	55
Gráfico 18. Edad de usuarias del HEM	56
Gráfico 19. Residencia de usuarias del HEM	57
Gráfico 20. Paridad de usuarias del HEM	59
Gráfico 21. Lugar donde usuarias conocieron el HEM.....	60
Gráfico 22. Motivos de ingreso en el HEM	61
Gráfico 23. Ingreso anterior en el HEM.....	63
Gráfico 24. Días ingresadas en el HEM	66
Gráfico 25. Usuarias del HEM que se le tomo la presión arterial	67
Gráfico 26. Usuarias que se les trato con amabilidad en el HEM.....	69
Gráfico 27. Usuarias del HEM que se le realizo tacto vaginal	70
Gráfico 28. Usuarias a las que se les auscultó la frecuencia cardiaca fetal	73
Gráfico 29. Usuarias a las que se les explico el procedimiento de evaluación	76
Gráfico 30. Usuarias a las que se le explico el resultado de evaluación.....	77
Gráfico 31. Usuarias diagnosticadas anteriormente con preeclampsia	78

Gráfico 32. Usuaris diagnosticadas anteriormente con ruptura prematura de membranas	80
Gráfico 33. Lugar de donde las usuarias fueron diagnosticadas con preeclampsia o RPM	81
Gráfico 34. Calificación de la atención brindada por los HEM	83
Gráfico 35. ¿Recomendaría los HEM?	84
Gráfico 36. Distribución de signos vitales tomados < 8 horas en relación a detección de complicaciones	88
Gráfico 37. Distribución de signos vitales tomados > 8 horas en relación a detección de complicaciones	90
Gráfico 38. Distribución de la población por toma de signos vitales y detección de trastornos hipertensivos en el embarazo	92
Gráfico 39. Distribución de la población por toma de signos vitales y detección de ruptura prematura de membrana.	94
Gráfico 40. Conocimiento de lineamientos del HEM	96
Gráfico 41. Cumplimiento de lineamientos de atención de los HEM	97
Gráfico 42. Frecuencia de toma de presión arterial en usuarias de los HEM	98
Gráfico 43. Rango de presión arterial considerada como criterio de preeclampsia	100
Gráfico 44. Detección de ruptura prematura de membranas.....	101
Gráfico 45. Realiza tacto vaginal a usuarias de los HEM	103
Gráfico 46. Frecuencia de realización de tacto vaginal.....	104
Gráfico 47. Método diagnóstico de infección de vías urinarias	106
Gráfico 48. Realización de charlas sobre signos y síntomas de alarma	107
Gráfico 49. Complicación detectada más frecuente en el HEM.....	108
Gráfico 50. Recursos suficientes para detección precoz de complicaciones	109

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Hogar de Espera Materno Perquín	143
Figura 2. Hogar de Espera Materno Perquín	143
Figura 3. Hogar de Espera Materno Perquín	144
Figura 4. Hogar de Espera Materna Municipio de La Unión, La Unión	144
Figura 5. Realizando Encuesta a embarazadas ingresadas en HEM Perquín.	145
Figura 6. Encuestas a embarazadas ingresadas en HEM Perquín.	145
Figura 7. Revisión de expedientes 2018, UCSFE Perquín.	146
Figura 8.. Revisión de expedientes 2018, UCSFE Perquín	146
Figura 9.. Revisión de expedientes HEM La Unión	147
Figura 10. Visita a UCSFE Perquín para revisión de expedientes de embarazadas ingresadas en el HEM 2018	147
Figura 11. Área de evaluación de embarazadas de Hogar de espera materna municipio de La Unión, La Unión	148
Figura 12. Sala situacional de Hogar de espera materna municipio de La Unión, La Unión	148
Figura 13. Usuarías de Hogar de espera materna municipio de La Unión, La Unión en la sala de estar	149
Figura 14.. Rumbo a UCSF Perquín	149

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Cinco grupos de causas de mortalidad materna hospitalaria El Salvador, 2008	120
Anexo 2. Cronología de apertura de los HEM	121
Anexo 3. Factores de riesgo para pre eclampsia.....	121
Anexo 4. Parámetros de laboratorio para preeclampsia.....	122
Anexo 5. Parámetros para diagnóstico de laboratorio en ausencia de proteinuria.....	122
Anexo 6. Signos de gravedad.....	123
Anexo 7. Criterios para el diagnóstico de Síndrome de Hellp.....	123
Anexo 8. Hoja de control de signos vitales por el personal del HEM.....	124
Anexo 9. Hoja de control de signos vitales por el personal del HEM.....	125
Anexo 10. Hoja de evolución del personal del HEM	126
Anexo 11. Cuestionario dirigido a embarazadas ingresadas en hogar de espera materna	127
Anexo 12. Cuestionario dirigido a personal materno infantil de hogar de espera materna	131
Anexo 13. Lista de cotejos.....	134
Anexo 14. Presupuesto	135
Anexo 15. Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Proceso de Graduación Ciclo I y II Año 2019	136
Anexo 16. Glosario	137
Anexo 17. Siglas.....	139
Anexo 18. Consentimiento Informado.....	140
Anexo 19. Autorización para revisión de expedientes en el HEM La Unión, La Unión	141
Anexo 20. Autorización para revisión de expedientes en el HEM Perquín, Morazán .	142

RESUMEN

Los HEM fueron creados como parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, en la cual se crea un marco de “Iniciativa para la Maternidad Segura”, con el fin de bajar la mortalidad materna.

Objetivo: el propósito principal de la investigación fue analizar si existe relación en la detección de complicaciones como trastornos hipertensivos y ruptura prematura de membranas en las usuarias de los HEM cuando se realiza atención constante por personal materno infantil. **Metodología:** Se trató de un estudio retro-prospectivo, correlacional, analítico, observacional con revisión de expedientes clínicos, opinión de usuarias y licenciadas de personal materno infantil. Se incluyeron 981 usuarias de los HEM que estuvieron alojadas en los años 2015 a 2018, además 150 usuarias alojadas en el HEM durante el 2019 y 8 licenciadas maternas infantiles. **Resultados:** La atención constante fue determinante porque en el 25% de las usuarias que se les tomó signos vitales menor a 8 horas se les detectó complicaciones mientras que las que se examinaron en un intervalo mayor a 8 horas solo se detectaron un 9 % del 100% de la población investigada. **Conclusiones:** se constató que en las usuarias a las que se le tomó presión arterial de manera constante y según lineamientos de los HEM se logró encontrar un mayor porcentaje de trastornos hipertensivos durante su estadía así mismo se detectó ruptura prematura de membranas en usuarias que fueron examinadas por personal materno de manera constante por lo que se confirma la relación en la atención constante del personal materno infantil en la detección de complicaciones de embarazadas usuarias de los HEM.

Palabras claves: Hogar de espera materna, parto, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, signos vitales, presión arterial, tacto vaginal.

INTRODUCCIÓN

Los hogares de espera materna fueron creados con el propósito de brindar alojamiento temporal a la mujer embarazada que se encuentre con riesgo obstétrico o riesgo social, por lo cual es un medio importante para detección oportuna de complicaciones maternas, sabiendo que a nivel nacional las tres primeras causas de mortalidad materna son: hemorragias post-parto, trastorno hipertensivos del embarazo e infecciones maternas. Conociendo estos datos, se consideró de vital importancia el conocer la capacidad del personal de los hogares de espera para la detección precoz de complicaciones y referencia oportuna de estas, para reducción de posibles causas de mortalidad materna.

La investigación se basa en realizar una medición de la frecuencia de evaluación de las embarazadas ingresadas en los hogares de espera materna y la detección de complicaciones en estas, así como conocimientos del personal materno infantil sobre complicaciones maternas y cumplimiento de lineamientos para el funcionamiento de los hogares de espera materno, que es fundamental para la detección de estas complicaciones, con ello establecemos la existencia de una relación entre la atención constante del personal materno infantil y la capacidad de esta, en la detección de complicaciones, entablando la necesidad y la asertividad de estas evaluaciones a las embarazadas ingresadas.

Se realizó un estudio cualitativo-cuantitativo tipo retrospectivo, donde se evalúa la atención en mujeres embarazadas ingresadas en los hogares de espera materno de Perquín, Morazán y La Unión, La Unión en los años 2015-2019, cuyos resultados nos ayudan a la identificación del aporte que tiene el hogar materno infantil en la detección precoz de complicaciones siendo determinante para el manejo oportuno.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El informe de las Naciones Unidas muestra que once países de América Latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990. Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015. (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Los once países de la región que más avanzaron son Barbados (-56%), Bolivia (-61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (-61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%). (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

A pesar de este progreso, en 2013 alrededor de 9.300 mujeres perdieron su vida en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo (7.700 menos que las 17.000 de 1990).

El informe titulado Estimaciones de las tendencias de la mortalidad materna, 1990 a 2013, producido conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA), el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas, presenta estimaciones de cambios en la mortalidad materna en el mundo, a nivel regional y por país.

En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 y 2013, poco menos que el promedio mundial (45%) y por debajo de la meta del 75% fijada por los ODM. Sin embargo, la razón de mortalidad materna en la región fue de 85 muertes por cada 100.000 nacidos vivos lo que se considera "baja" entre las regiones en desarrollo.

A nivel mundial se estima que las muertes maternas cayeron un 45% desde 1990. En 2013 alrededor de 289.000 mujeres murieron debido a complicaciones en el embarazo y el parto, frente a 523.000 en 1990.

Otro estudio de la OMS, también publicado en TheLancet Global Health, permite conocer mejor las razones que explican esas muertes. En "Causas generales de las defunciones maternas: análisis sistemático realizado por la OMS", se llega a la conclusión de que más de una cada cuatro defunciones maternas son provocadas por afecciones preexistentes, como la diabetes, la infección por el VIH, el paludismo y la obesidad, cuyos efectos para la salud se pueden agravar por la gestación. Esta proporción es similar a la de las muertes por hemorragias graves durante el embarazo y el parto.

Sin embargo, de acuerdo con las últimas tendencias, muchos países de ingreso bajo y de ingreso mediano incluidos la mayoría de los de América Latina y el Caribe no lograrán este objetivo.

En cambio, el riesgo de una mujer de morir en algún momento de su vida por una causa materna en América Latina era de 1 en 570 y en el Caribe, 1 de cada 220. Aunque éstos se comparan favorablemente con el promedio del riesgo de 1 en 160 en todas las regiones en desarrollo, son considerablemente más altos que el riesgo en los Estados Unidos (1 en 1800) y en Canadá (1 en 5200).

Según un estudio de la OMS sobre las causas de más de 60.000 defunciones maternas en 115 países, el 28% de las muertes fue provocado por afecciones preexistentes (como la diabetes, el paludismo, la infección por el VIH y la obesidad) agravadas por la gestación.

Otras causas fueron las siguientes: hemorragia grave (especialmente durante y después del parto): 27%, hipertensión gestacional: 14%, infecciones: 11%, parto obstruido y otras causas directas: 9%, complicaciones de abortos: 8%

La mayoría de las muertes tienen que ver con complicaciones obstétricas como: las hemorragias postparto, las infecciones, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto o el parto prolongado y con la práctica de abortos.

En el caso específico de El Salvador el riesgo de morir a causa del embarazo es de 1 en 65. Las principales causas de muerte materna y neonatal son: Trastornos hipertensivos del embarazo (THE), hemorragia obstétrica, infecciones en las madres.

En El Salvador para el año 2009 según datos del Ministerio de Salud el total de muertes asociadas al embarazo fueron de 40, de las cuales 32 fueron directas y 8 no relacionadas, siendo los trastornos hipertensivos la principal causa, seguidas de las hemorragias; el 27% de las muertes maternas se ubican en el grupo de las adolescentes y las de 25 a 29 años en igual porcentaje. (Beatriz Zacalain, 2014).

En la tabla (Ver anexo 1) se observa las primeras 5 causas de mortalidad materna hospitalaria año 2008.(Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, 2008)

Para el año 2017, El Salvador está entre los países de América Latina en tener la razón de mortalidad materna más baja, en cumplimiento de los Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS).

“Los ODS nos piden una razón de 70 por cien mil nacidos vivos y ahorita El Salvador anda alrededor de 30, 31 por razón de mortalidad materna, lo cual nos ubica en una de las razones de mortalidad materna más bajas de la historia, es decir que 35 mujeres fallecieron durante el embarazo en el año 2017, de un total de 65 mil 571”, detalló el viceministro de salud.(Ministerio de Salud, 2018)

En relación a los HEM fueron creados como parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, en la cual se crea un marco de “Iniciativa para la Maternidad Segura”, con el fin de bajar la mortalidad materna, y es así como nace el primer HEM que inició oficialmente en 1987 en Nairobi, Kenia, posteriormente se implementaron más HEM en África, y fue hasta el año 1962 que se implementa el plan en América Latina, dado los

resultados positivos obtenidos en los anteriores HEM, siendo en Cuba el primero a nivel de América Latina.

En El Salvador se apertura el primer HEM fue en el año 2007 en Perquín(Ver figura 1 y 2) como fortalecimiento de la estrategia Plan de Parto, a partir de esto se hizo un diagnóstico realizado por medio de las auditorías de las muertes maternas e infantiles a nivel nacional, el cual vio la necesidad de crear estrategias que permitan reducir la morbi-mortalidad materno perinatal y neonatal, una de ellas es la apertura de nuevos HEM en áreas de difícil acceso, además de considerar la evaluación exitosa del HEM de Perquín. Al presente año se encuentran 21 HEM, en la tabla (ver anexo 2) se observa de forma cronológica la apertura de estos.(Ministerio de Salud, 2017).

1.2Enunciado del problema.

¿Existe relación entre la atención constante del personal materno-infantil en los hogares de espera materna en la detección de complicaciones durante el embarazo en las usuarias de los Hogares de Espera Materna de Perquín, Morazán y Municipio de La Unión, La Unión, durante el período de 2015-2019?

1.3 Justificación

Este trabajo de investigación es de importancia desarrollarlo para conocer que determinantes interactúan incrementando el riesgo de morbimortalidad materna ya que en El Salvador el riesgo de morir a causa del embarazo es elevado y entre las principales causas de muerte materna están de los trastornos hipertensivos por lo que analizaremos las intervenciones que se realizan en los hogares de espera materna referente a la detección de trastornos hipertensivos mediante las atenciones que brinda el personal materno infantil durante el embarazo y trabajo de parto para la detección precoz de complicaciones.

A través de la investigación se pretende demostrar si las acciones preventivas implementadas en los hogares de espera materna tales como el monitoreo de signos vitales en las gestantes contribuye a la identificación temprana signos de alarma que puedan evolucionar a preeclampsia, eclampsia que son trastornos que producen complicaciones durante la gestación y que son frecuentes en nuestro país dado que para el año 2009 según datos del Ministerio de Salud del total de muertes asociadas al embarazo; los trastornos hipertensivos fueron la principal causa y en menor porcentaje pero también causan complicaciones como ruptura prematura de membrana, infecciones maternas, entre otras que también tienen incidencia en mortalidad materna (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2008).

Esto permitirá concientizar sobre las determinantes sociales a las que están expuestas las gestantes los cuales interactúan incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad materna que pueden ser prevenibles y detectados en los hogares de espera materna donde se pretende brindar atención oportuna y continua con la realización de actividades de preparación para el momento del parto y así garantizar el parto hospitalario que implica un menor riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.

Por tanto la finalidad de la investigación es analizar y comprobar si existe una relación en la detección precoz de trastornos hipertensivos, ruptura prematura de membranas e infecciones de vías urinarias que pueden evolucionar a complicaciones con la reducción de morbimortalidad al acudir a los hogares de espera materna, los cuales fueron creados como estrategia para reducir la morbi-mortalidad materno perinatal y neonatal en áreas de difícil acceso y gestantes con riesgo obstétrico que en la actualidad han tenido impacto en la detección de complicaciones.

1.4 Objetivos

Objetivo general:

- Analizar la relación que existe entre la atención constante de personal materno infantil en los hogares de espera materna y la detección de las complicaciones en las embarazadas de Perquín, Morazán y La Unión, El Salvador.

Objetivos específicos:

1. Demostrar la importancia de la evaluación clínica en la detección de la ruptura prematura de membrana.
2. Determinar el aporte de la toma de presión arterial por personal materno infantil en la detección de trastornos hipertensivo en el embarazo.
3. Reconocer la capacidad de identificación de los signos y síntomas de alarma de las complicaciones maternas por el personal materno infantil.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 Antecedentes históricos de los hogares de espera materna

Por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, se crea un marco de “Iniciativa para la Maternidad Segura”, con el fin de bajar la mortalidad materna en tres cuartas partes. Debido a esto se implementaron Las Casas u Hogares de Espera Materna, los cuales son establecimientos con capacidad de brindar atención a las madres gestante, es decir, madres que viven en zonas muy alejadas que no cuentan con servicios de salud para el parto.(UNICEF, 2005). Se inició oficialmente en 1987 en Nairobi, Kenia, sede de la Conferencia Internacional, la cual fue dedicada específicamente a la Salud de la mujer.

Sin embargo en Nigeria fue el primer país en que se pudieron palpar los resultados favorables logrando reducir la tasa de mortalidad materna en los hospitales de 10 a menos de 1 por cada 1000 partos y la tasa de mortinatalidad de 116 a 20 por cada 1000 nacidos vivos según datos de la OMS.

Al momento en África existen hogares maternos en Kenya, Liberia, Zaire, Etiopía, Malawi, Tanzania, Bostwana y Uganda. Los 5 últimos fueron incluidos entre los 31 estados más pobres del planeta (Organización de las Naciones Unidas para la Educacion, 1981).

Al conocer los beneficios del programa para la reducción de complicaciones materna se introduce dicho plan en América Latina; siendo Cuba en 1962 uno de los primeros países en abrir el primer Hogar Materno en Guantánamo, Nicaragua, con hogares en Ocotal y Estelí.

Para el año 1984 había 85 de estas instituciones en el país Colombia con una Casa Hogar en Jamundí, cerca de Cali; Brasil, en Sao Paulo y Ceará y Chile, en Puerto Mont y Traiguén; en este último lugar le llaman a la institución Centro de la Protección de la Embarazada Rural, más conocida como Casa de la Embarazada Rural y se fundó como primera en el país en 1976.

Por lo tanto el Ministerio de Salud de Perú en el año 1997, inició la Estrategia de Casas Maternas, ante las alarmantes cifras de mortalidad materna “La tasa de mortalidad materna en el Perú es de 185 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, lo que implica 1,200 muertes anuales”, con el apoyo técnico y financiero de La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en el Centro de Salud de Llave, lugar donde se implementó el primer Hogar de Espera Materna. ((Infancia, 2006).

En El Salvador los Hogares de Espera Materna (HEM), surgen en el año 2007 como fortalecimiento de la estrategia Plan de Parto. Siendo un proyecto de cooperación internacional entre los Gobiernos de la República de Corea y El Salvador, se establecen detalles del proyecto “Construcción de Hogares de Espera Materna para el Cuidado de la salud de la madre y el niño en El Salvador”, con el objetivo de disminuir la mortalidad materna y neonatal, proporcionando las instalaciones adecuadas para las mujeres embarazadas. Los lugares seleccionados para el proyecto fueron: San Francisco Menéndez, Candelaria de la Frontera, Sonsonate, Izalco, La Palma, Puerto de La Libertad, San Juan Nonualco, La Herradura, San Miguel y Corinto (Salvador, 2008).

Sin embargo una investigación liderada por Flores Hernández y cols; estudiaron el impacto del Hogar de Espera Materna del municipio de Corinto, Morazán en relación a la reducción de morbilidad materno infantil, concluyendo que la estrategia ha logrado disminuir dicho indicador en el municipio de Corinto. Pero no consideraron factores relacionados a la utilización de dicho establecimiento.(Flores J, 2012).

Así mismo a nivel centroamericano, en Guatemala, se realizó un estudio para determinar las barreras para la utilización de los Hogares de Espera Materna (Ruíz M, 2013), encontrando que las principales dificultades para su utilización eran la falta de información de la existencia de estas, falta de financiamiento para la sostenibilidad y discriminación por creencias culturales de las usuarias.

En Nicaragua, se determinó que el 75% de las mujeres entrevistadas refieren “falta de tiempo” y “problemas económicos” como factores comunes para no tener partos hospitalarios o alojarse en casas maternas (Cortez R, 2008).

En Perú, un estudio de barreras de acceso a las casas de espera, en Cusco y Ayacucho, concluyó que entre las principales barreras estaban la permanencia prolongada, falta de apoyo de sus familias, sensación de angustia por dejar su hogar y sus quehaceres, alejamiento de la pareja, poco respeto a las costumbres alrededor del parto y puerperio ((UNPFA), 2011).

2.2 Hogares de espera materna (HEM) El Salvador.

Según la Política Nacional de Salud exige diseñar e implementar un sistema de redes integrales e integradas de salud (RIIS), que favorezcan la atención oportuna y un continuo en la atención que facilite a todos los salvadoreños el derecho a la salud, particularmente a la mujer embarazada, puérpera y al recién nacido/a con riesgo social, a fin de que puedan acceder a los diferentes establecimientos para la atención médica de forma oportuna y de calidad, además de favorecer la participación social y la intersectorialidad a lo largo de todas las acciones, esto es la base de los Hogares de Espera Materna (HEM).

Según los lineamientos técnicos de para el funcionamiento de los HEM, los criterios de ingreso en los HEM, son todas aquellas embarazadas con las siguientes condiciones: primigestas con diez días antes de la fecha probable de parto, multigestas (a partir 37 semanas de gestación), mujeres con embarazo normal, pero con domicilio de difícil acceso geográfico, factores de riesgo social como violencia, dificultad de transporte y desnutrición; mujeres gestantes con antecedentes de muerte perinatal, cesárea , parto complicado, parto prematuro o inmaduro, trastornos hipertensivos del embarazo, sujetas a violencia intrafamiliar o de otro tipo; embarazo actual, bajo las condiciones siguientes: polihidramnios, oligohidramnios leve, placenta previa no sangrante (no total), anemia leve, sobrepeso/ obesidad, retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) , embarazo múltiple, presentación no cefálica, para garantizar adherencia al tratamiento médico (maduración pulmonar, IVU), mujeres embarazadas con enfermedades crónicas controladas y con tratamiento médico establecido en UCSF u hospital: diabetes compensada, hipertensión arterial crónica, antecedentes de asma, síndrome convulsivo y tiroideopatías.

Dentro de la oferta de servicio de los HEM se encuentra la Atención Integral de la Salud con la cual la usuaria al llegar al centro de atención tiene que ser evaluada por personal del HEM y médico para examinarla y corroborar información sobre la gestación y motivos del ingreso al HEM.

La usuaria será evaluada por la responsable del HEM (examen físico completo) y se registrará en el libro de ingreso del HEM.

Se deben tomar y registrar los signos vitales, FCF, actividad uterina, movimientos fetales activos, entre otros, cada ocho horas o cuando sea necesario, de acuerdo al caso por personal del HEM en el anexo 3.

Además el personal debe administrar los medicamentos prescritos por el médico y debe evaluar diariamente la usuaria utilizando el formato del anexo 4. A toda usuaria que se aloja en el HEM se le llenará el anexo 5 por personal asignado según corresponda.

Además de la atención integral en salud, los HEM cumplen función de promoción y educación en la salud donde se abordan una serie de temas con el fin de poder reducir el riesgo de morbilidad materna e infantil.

Para la atención oportuna, continua y garantizar el parto hospitalario de las mujeres embarazadas del HEM, se hará uso efectivo del sistema de referencia, retorno e interconsulta en los diferentes establecimientos de salud de la RIIS.

Toda mujer embarazada debe ser evaluada por médico de la UCSF o por la encargada de HEM para la atención oportuna y adecuada de alguna condición que ponga en riesgo la vida del usuario o el Recién Nacido.

En los lineamientos para el funcionamiento de los HEM, se establecen los siguientes criterios de referencia de las usuarias: toda embarazada que cumple criterios clínicos de trabajo de parto, embarazada que cuente con dilatación mayor de dos centímetros, embarazada con ruptura espontánea de membranas; aunque solo sea sospecha, embarazada que manifieste hipo motilidad fetal aunque no presente variaciones de frecuencia cardíaca fetal (FCF), usuaria que presente alteración de sus signos vitales:

bradicardia, taquicardia, hipotensión, hipertensión, entre otros, toda usuaria que manifieste o se descubran signos de alarma, embarazada que llegue a sus 40 semanas de gestación según fecha de última regla (FUR) o ultrasonografía (USG).

Con todas estas medidas de atención rutinaria a la embarazo se busca poder realizar la detección temprana de complicaciones en la gestante y así disminuir el riesgo de morbimortalidad materno-infantil así como, identificar las gestantes con inicio de trabajo de parto para una atención de a nivel intrahospitalario.

Como sabemos a nivel de país dentro de las causas más frecuentes de mortalidad materna se encuentra factores que pueden ser factores directos como factores indirectos, y de estas las enfermedades que pueden ser prevenibles o tratadas al ser detectadas precozmente están los trastornos hipertensivos del embarazo, y en menor porcentaje la ruptura prematura de membrana, infecciones maternas, entre otras.

2.3 Complicaciones maternas más frecuentes.

2.3.1 Trastornos hipertensivos en el embarazo

Según los Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja en la RIIS, los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) afectan a alrededor del 12 % de las embarazadas de todo el mundo. Este grupo de enfermedades y afecciones incluye la preeclampsia y la eclampsia, la hipertensión gestacional y la hipertensión crónica. Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad aguda grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos.

La mayoría de las muertes relacionadas con trastornos hipertensivos se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones. Por lo tanto, la optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS).

La preeclampsia es la responsable del 18% de las muertes maternas a nivel mundial. La mayoría de las muertes asociadas a THE pueden evitarse con un diagnóstico oportuno y adecuado, además de un manejo efectivo basado en las evidencias.

Para el 2016 en El Salvador según los lineamientos técnicos para la atención del código naranja, se presentaron cinco muertes maternas cuya causa básica de defunción fueron los THE, constituyendo la primera causa de mortalidad; además se presentaron 465 casos de morbilidad obstétrica extrema (MOE) a consecuencia de estos padecimientos.(Ministerio de Salud de El Salvador, 2017).

La preeclampsia es un trastorno multisistémico de etiología aún desconocida que se caracteriza por una respuesta vascular anormal a la placentación y que se asocia a cambios en el incremento en la respuesta vascular sistémica, aumento en la agregación plaquetaria, activación del sistema de coagulación y a la disfunción celular endotelial. La hipoperfusión placentaria secundaria al daño en la remodelación de las arterias espirales condiciona afectaciones fetales de gravedad diversa. (Ministerio de Salud de El Salvador, 2017).

Los hallazgos clínicos de la preeclampsia pueden manifestarse como síndrome materno (hipertensión con o sin proteinuria) o síndrome fetal (restricción en el crecimiento intrauterino, con o sin oligohidramnios).

Los THE podrán producir cambios en diferentes órganos y sistemas, entre los que cabe destacar a nivel cardiovasculares con un aumento de la resistencia vascular periférica con aumento del gasto cardíaco; renales como disminución variable en el flujo sanguíneo renal y disminución de la filtración glomerular con la consiguiente elevación de creatinina y de ácido úrico plasmáticos; hematológicos manifestándose como trombocitopenia en el hemograma y presencia de esquistocitos en el frotis de sangre periférica; variaciones en el flujo útero-placentario: restricción en el flujo útero placentario que puede condicionar restricción de crecimiento intrauterino y alteración de las pruebas de bienestar fetal.

Los estados hipertensivos en el embarazo se clasifican en:

Hipertensión gestacional: hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas, sin evidencia de proteinuria u otras características de preeclampsia.

Preeclampsia-eclampsia: hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas de gestación, con proteinuria o compromiso de algún órgano blanco. Eclampsia, si se presentan convulsiones.

Hipertensión crónica (pre existente): hipertensión presente antes del embarazo o diagnosticada por primera vez antes de las 20 semanas de gestación.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada: hipertensión arterial (HTA) presente antes del embarazo, en la cual se incrementan los niveles de presión arterial, se detecta proteinuria por primera vez, se agrava una ya existente o se añade trombocitopenia y/o incremento de enzimas hepáticas.

En toda paciente embarazada se debe realizar la búsqueda intencionada de factores de riesgo y de signos y síntomas para identificar a pacientes con mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia/eclampsia y así incrementar la vigilancia del embarazo, en la tabla (ver anexo 3) se describe los factores de riesgo.(Ministerio de Salud, 2017).

Se conoce que no existe una manera para la predicción de preeclampsia, la revisión sistemática de los estudios disponibles actualmente, concluye que estas pruebas no pueden ser aplicadas a la población general. No se recomiendan pruebas de tamizaje para predecir preeclampsia, más allá de obtener una adecuada historia médica.

Para hacer diagnóstico de preeclampsia es necesario en primer lugar hacer una adecuada toma de la presión arterial, la cual debe ser determinada en las siguientes condiciones: reposo mínimo de 10 minutos luego de su llegada, posición sentada con la parte superior del brazo al nivel del corazón, el tamaño apropiado del brazalete (un brazalete demasiado pequeño sobreestima la PA, si el brazalete es demasiado grande subestima la PA), la longitud ideal de la banda debe ser de 1,5 veces la circunferencia del brazo; el brazalete de presión arterial nunca debe colocarse encima de la ropa, el V sonido Korotkoff (desaparición del pulso) se debe utilizar para definir la diástole, si la presión arterial es consistentemente mayor en un brazo, el brazo con los valores más altos se debe utilizar para todas las mediciones de la PA.

Exámenes a tomar: hemograma completo, frotis de sangre periférica, creatinina, bilirrubina total e indirecta, transaminasas: TGO (AST), TGP (TSO), tiempos de coagulación, fibrinógeno, deshidrogenasa láctica (LDH), prueba de Lee-White.

La toma de muestras para otras pruebas de laboratorio dependerá de la evaluación del estado de la paciente y la presencia de comorbilidades que lo justifiquen.

Se establece el diagnóstico de preeclampsia con los criterios de presión arterial, sistólica $>$ o igual de 140 mmHg o diastólica $>$ o igual a 90 mmHg en 2 ocasiones con 4 horas de diferencia después de las 20 semanas y proteinuria $>$ o igual 300 mg de filtración de filtración en orina de 24 horas (ver anexo 4)

En ausencia de proteinuria, se establece diagnóstico de preeclampsia si cumple los criterios de presión arterial más uno de los siguientes: trombocitopenia, insuficiencia renal con una creatinina sérica $>$ o igual a 1.1 mg/dL , función hepática alterada, edema pulmonar y síntomas cerebrales (ver anexo 5).

Una vez se ha hecho el diagnóstico de preeclampsia, se realiza diagnóstico de signos de gravedad con uno de los siguientes criterios: la presión arterial sistólica $>$ o igual a 160 mmHg o diastólica $>$ o igual a 110 mmHg, trombocitopena, función hepática alterada, edema pulmonar y síntomas cerebrales o visuales (ver anexo 6).

La hipertensión gestacional se diagnostica cuando se cumplen los parámetros de presión arterial en ausencia de proteinuria, síntomas, edema pulmonar y criterios de laboratorio. La preeclampsia sobre agregada a hipertensión crónica es la de más difícil diagnóstico.

Se contempla que es preeclampsia sobre agregada cuando cumple alguno de los siguientes escenarios: hay una exacerbación de la hipertensión, sobre todo en pacientes adecuadamente controladas en la primera mitad del embarazo, que puede requerir incremento en la dosis de antihipertensivo, alteración de las pruebas hepáticas, presentación súbita de plaquetopenia menor de 100,000, manifestación de síntomas como cefalea intensa y/o dolor en cuadrante superior derecho, edema pulmonar, falla

renal (manifestada como creatinina sérica mayor de 1.1 mg/dL), incremento súbito y significativo de la proteinuria.

2.3.2 Eclampsia

El diagnóstico se establece cuando pacientes con preeclampsia presentan convulsiones tónico clónicas (Ministerio de Salud de El Salvador, 2017).

Para la prevención en pacientes con factores de riesgo se debe indicar: ácido acetilsalicílico 100 mg VO cada día desde la semana 12 de embarazo hasta la semana 36. Modificado de Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia, Organización Mundial de la Salud, 2014); suplementos de calcio (tableta de 600mg de calcio elemental) 1.2 a 1.8 gr VO cada día, antes desde la semana 16 hasta el nacimiento.

La evidencia científica disponible al momento, informa que el único método útil para la prevención de la preeclampsia o sus complicaciones lo constituye el uso del ácido acetilsalicílico desde las etapas tempranas del embarazo. En cuanto al papel que juega el calcio Los estudios no son concluyentes en la prevención de esta patología, sin embargo, debido al riesgo costo/beneficio, actualmente se continuará recomendando su uso.

2.3.3 Síndrome de HELLP

El síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia (síndrome de HELLP) es considerado como una complicación de la preeclampsia. (Ministerio de Salud de El Salvador, 2017)

Su diagnóstico es variable e inconsistente. La hemólisis se define como el incremento en las bilirrubinas totales, de la deshidrogenasa láctica y anemia microangiopática, ésta última es punto clave de la triada del síndrome de HELLP.

Los hallazgos clásicos de la hemólisis microangiopática son la presencia de esquistocitosis y equinocitos en frotis de sangre periférica y se debe establecer el diagnóstico de síndrome de HELLP con la presencia de todos los siguientes criterios:

anemia hemolítica microangiopática con presencia de esquistocitos en el frotis, conteo de plaquetas menor a 1000,000/mm³, bilirrubina total mayor o igual a 1.2 mg/dL, TGO sérica 2 veces mayor al límite normal del laboratorio, LDH mayor o igual a 600 UI/Lt (ver anexo 7).

2.3.4 Ruptura prematura de membranas fetales

La ruptura prematura de membranas fetales (RPMF) se define como aquella que ocurre antes de haberse iniciado el trabajo de parto; puede ser previa a la semana 37 de gestación en cuyo caso recibe el nombre de ruptura prematura de membranas pretérmino, la cual aumenta la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. La evidencia actual sugiere que la RPM es un proceso multifactorial que puede ser afectado por factores bioquímicos, fisiológicos, patológicos y ambientales. Distintos factores han sido asociados con la ruptura prematura de membranas, siendo, hasta ahora, la infección intraamniótica la única causa reconocida de prematuridad y de posible causa de ruptura prematura de membranas. (Fernando Augusto López-Osma, 2016).

En aproximadamente 8 a 10% del total de los embarazos a término las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto. Si el trabajo de parto no es inducido, 60-70% de estos comienzan trabajo de parto espontáneamente en un periodo de 24 h y cerca del 95% lo hará en un periodo no mayor a 72 horas.

La RPMF ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbimortalidad fetal es resultado de la prematuridad.

Tradicionalmente se ha atribuido la RPMF al estrés físico, particularmente asociado con el trabajo de parto. Sin embargo, nueva evidencia sugiere que es un proceso multifactorial en el que se incluyen procesos bioquímicos, biológicos y fisiológicos. Es necesario entonces hacer un esfuerzo para entender mejor la fisiopatología de la enfermedad e identificar intervenciones potencialmente significativas de la misma.

La fisiopatología de la ruptura de las membranas fetales durante el trabajo de parto, se ha atribuido a una debilidad generalizada de éstas debido a las contracciones uterinas y al estiramiento repetido. Se ha encontrado disminución de la fuerza tensil de las membranas luego del trabajo de parto, comparado con aquellas en las que se termina el embarazo por cesárea. En la RPM ha sido más difícil establecer debilidad en las membranas fetales cuando ésta ocurre, al compararlas con membranas que fueron rotas artificialmente durante el trabajo de parto. Se ha identificado un área cercana al lugar de ruptura y se ha descrito como “zona de morfología alterada”, presente antes de la ruptura de la membrana y debida al trabajo de parto. Según Malak et al. es posible que esta zona represente el sitio desde donde se inicie el proceso de ruptura.

Dentro de los factores asociados de RPM se encuentra la prevalencia de vaginosis bacteriana en mujeres asintomáticas varía ampliamente. Esta ha sido asociada consistentemente con un incremento en el riesgo de parto pretérmino, pero permanece en estudio si es la causa del parto pretérmino o si es solo un marcador temprano de colonización. Aun cuando los estudios realizados en la década de los noventa sugerían que el tratamiento pudiera ser útil en las mujeres con alto riesgo de parto pretérmino o en embarazos de mujeres con pesos menores a 50 kg; estas observaciones no fueron confirmadas por un experimento clínico controlado que comparó el uso de metronidazol contra placebo en mujeres embarazadas con vaginosis asintomática, en donde se concluye que no hay diferencia estadística entre el uso de metronidazol y de placebo para desarrollar trabajo de parto pretérmino.

De la misma manera, el análisis de un subgrupo de 210 mujeres clasificadas con alto riesgo para trabajo de parto pretérmino, falló en demostrar algún beneficio de la terapia farmacológica.

Asimismo, una revisión sistemática en Cochrane concluyó que no hay beneficio en la realización de tamizaje universal y tratamiento para la vaginosis bacteriana en embarazo, pero que pudiera sugerirse algún beneficio en pacientes de alto riesgo, lo cual estaría de acuerdo con el U.S. Preventive Services Task Force quienes determinan que no hay evidencia suficiente para recomendar o no recomendar el tamizaje para vaginosis bacteriana en pacientes embarazadas, aun en aquellas con antecedente de

trabajo de parto pretérmino. Así, también el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, del inglés, Centers for Disease Control and Prevention) junto con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos consideran que el tamizaje universal de mujeres asintomáticas no es recomendado, sin embargo el CDC deja en consideración para tamizaje aquellas mujeres con alto riesgo.

Un estudio encontró asociación de RPMP con las siguientes situaciones: raza negra, bajo índice de masa corporal, sangrado vaginal, contracciones, infección pélvica, vaginosis bacteriana, parto pretérmino previo, niveles de fibronectina fetal elevada y cérvix corto; siendo estas tres últimas las de mayor importancia como predictores, llegando a ser incluso factores potenciadores. También se puede tomar en cuenta factores hormonales e infecciones.

Se ha postulado como posible teoría que la infección intrauterina es un proceso crónico y usualmente asintomático hasta que el trabajo de parto comienza o hasta que la RPMP ocurre. Se conoce a la infección intrauterina que ocurre junto a RPM como corioamnionitis, muchas veces este proceso puede estar ocurriendo mucho antes que se pueda evidenciar respuesta inflamatoria local o sistémica, por lo que se ha propuesto un nuevo término que abarcaría todas las entidades como es el de la infección intraamniótico.

Los microorganismos pueden ganar acceso a la cavidad amniótica y al feto a través de distintos mecanismos de colonización: por medio de la migración de la cavidad abdominal a la trompa de Falopio, contaminación accidental durante la realización de procedimientos invasivos como amniocentesis o toma de sangre fetal, por diseminación hematógena a través de la placenta, o desde del cérvix por vía ascendente desde la vagina.

Las mujeres que presentan vaginosis bacteriana, definida como una disminución de la especie de *Lactobacilo* y un incremento masivo de otros organismos incluyendo *Gardnerellavaginalis*, *Bacteroidesspp*, *Mobiluncusspp*, *Ureaplasmaurealyticum*, y *Micoplasmahominis* se encuentran en un riesgo significativamente mayor de presentar infección intrauterina y parto pretérmino.

Los síntomas de RPM típicamente, a menos que aparezcan complicaciones de la RPM, el único síntoma es la pérdida de un chorro repentino de líquido por la vagina.

La presencia de fiebre, flujo vaginal abundante o fétido, dolor abdominal y taquicardia fetal, especialmente si no tiene proporción con la temperatura materna, sugiere una corioamnionitis.

Para el diagnóstico de se puede apoyar en exámenes como la PCR, recuento de leucocitos y la velocidad de sedimentación globular, el cultivo de líquido amniótico ha sido considerado como el estándar ideal para la identificar infección intrauterina.

En cuanto a la tinción de Gram se requieren aproximadamente 10 organismos por mL para que sea positiva, sin embargo debe recordarse que ésta no identifica micoplasmas que son conocidos como un grupo importante de causa de infección intrauterina en RPM.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis principal

Hi: A mayor atención del personal materno infantil mayor será la detección de complicaciones en el embarazo.

3.2 Variable Independiente:

Atención de personal materno infantil en los hogares de espera materna.

3.3 Variable Dependiente:

Detección de complicaciones en el embarazo.

3.4 Variable Interviniente:

Promoción de los Hogares de espera materna, Referencias médicas, Falta de conocimiento de las embarazadas.

3.5 Hipótesis Nula

Ho: La atención del personal materno infantil en los hogares de espera materna no es determinante en la detección de complicaciones en el embarazo.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores
Variable Independiente: Atención del personal materno infantil	Evaluación de calidad por el personal del HEM mediante historia clínica y examen físico completo (tomar y registrar los signos vitales, FCF, actividad uterina, movimientos fetales activos), corroborar presencia de signos y síntomas de alarma y uso de herramientas de detección rápida cada 8 horas o cuando sea necesario de acuerdo al caso.	Técnico	Frecuencia de toma de signos vitales, toma de presión arterial, toma de frecuencia cardíaca, toma de temperatura, uso de tira reactiva.
		Afectiva	Saludo y presentación previo a evaluación, buen trato, atención con amabilidad, explicación de procedimiento que se le va a realizar.
		Instrumento	Buen estado de tensiómetro y estetoscopio, tiras reactivas no caducas, termómetro.

Variable Dependiente: Detección de complicaciones maternas	Conjunto de alteraciones o enfermedades que son inducidas o agravadas durante el embarazo como los trastornos hipertensivos, ruptura prematura de membranas e infecciones de vías urinarias que al ser detectadas precozmente se disminuye los riesgos de mortalidad materna	Trastornos hipertensivos	Signos y síntomas alarma: cefalea, escotomas, edema de miembros inferiores, epigastralgia; rangos normales de la presión arterial, realización de tira reactiva.
		Ruptura prematura de membranas	Signos y síntomas de alarma: salida de líquido amniótico transvaginal, historia clínica y examen físico.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudio

Estudio de tipo cualitativo-cuantitativo-analítica

Cualitativo ya que permitió identificar el conocimiento del personal materno infantil sobre los lineamientos de los HEM y de los signos y síntomas para detección de complicaciones maternas.

Cuantitativo-analítica porque se obtuvieron datos de porcentajes, cantidades y frecuencias así como la prueba de t que ayudaron a alcanzar los objetivos establecidos, así como se comparó variables entre grupos de estudio.

4.1.1 Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información fue retrospectivo porque se registró información sobre hechos ocurridos con anterioridad al diseño de estudio y el registro continua según los hechos van ocurriendo.

4.1.2 Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue correlacional

Debido a que se analizó el grado de relación de dos variables y la manera cómo interactúan.

4.1.3 Según periodo y secuencia del estudio fue transversal

Los datos de cada sujeto representaron un momento en el tiempo y se investigaron las variables de riesgo.

4.1.1 Población

La población que se tomó en cuenta fueron todas las mujeres embarazadas que se encontraban ingresadas en los hogares de espera materna en estudio. La población de las los HEM en estudio se describe en la tabla 1.

También se considerara a la población de personal materno infantil que brindan atención en los HEM que se describe en la tabla 2.

Tabla n° 1. Distribución de la población de embarazadas que han sido ingresadas en los HEM de Perquín Morazán y La Unión, La Unión de enero a marzo del año 2019.

HEM Perquín	HEM La Unión	TOTAL
134	32	166

Fuente: Registros de HEM

Tabla n° 2. Distribución de la población de personal materno infantil de los HEM de Perquín Morazán y La Unión, La Unión.

HEM Perquín	HEM La Unión	TOTAL
4	4	8

Fuente: Registros de HEM

Tabla n° 3. Distribución de la población de embarazadas que fueron ingresadas en los HEM de Perquín Morazán y La Unión, La Unión de enero de 2015 a Diciembre de 2018.

HEM Perquín	HEM La Unión	TOTAL
1885	827	2712

Fuente: Registros de HEM

4.1.2 MUESTRA.

Como se sabe que en esta investigación la población es finita, ya que se tomaron en cuenta solo las mujeres inscritas al programa de planificación familiar que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de los diferentes HEM. La fórmula para calcular el tamaño de la muestra cuando la población es conocida es:

$$N = \frac{Z^2 \times PqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que se quiere calcular

N = Tamaño de la población

Z = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado. En este caso, nivel de confianza a utilizar será de 95% $z = 1,96$

E = Es el margen de error máximo que admito, En este caso, 5%

p = Es la probabilidad de éxito (variabilidad) En este caso 50% o 0.5

q = Es la probabilidad de fracaso (variabilidad) En este caso 50% o 0.5

SUSTITUYENDO:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5) \times 166}{(166 \times 0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5(0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.25 \times 166}{0.415 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{159.426}{1.064}$$

$$n = 149.83$$

n = 150 Usuarías

Para Hogar de espera materna se aplica la fórmula de sub muestra:

$$S_n = \frac{N h}{N} (n)$$

Hogar de espera materna La Perquín

$$S_n = \frac{134}{166} (150) = \mathbf{112.57 = 121}$$

Hogar de Espera Materna La Unión

$$S_n = \frac{32}{166}(150) = 69.58 = \mathbf{28.9 = 29}$$

Tabla n° 4. Distribución de submuestra según hogares de espera materna

Hogar de espera materna	Submuestra
Perquín, Morazán	121
La Unión, La Unión	29
Total	150

SUSTITUYENDO:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5) \times 2712}{(2712 \times 0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5(0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.25 \times 2712}{6.78 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{2604.60}{2.655}$$

$$n = 981.01$$

$$\mathbf{n = 981}$$

Para Hogar de espera materna se aplica la fórmula de sub muestra:

$$S_n = \frac{Nh}{N}(n)$$

Hogar de espera materna La Perquín

$$S_n = \frac{1885}{2712}(981) = \mathbf{681.8 = 682}$$

Hogar de Espera Materna La Unión

$$S_n = \frac{827}{2712}(981) = 299.14. = \mathbf{299}$$

Tabla n° 5. Distribución de la submuestra según hogares de espera materna

Hogar de espera materna	Submuestra
Perquín, Morazán	682
La Unión, La Unión	299
Total	981

4.3 Criterios para determinar la muestra

4.3.1 Criterios de inclusión

- Embarazada de 37 a 41 semanas de edad gestacional.
- Embarazada que lleve control prenatal básico cercana a Perquín Morazán y La Unión
- Embarazada ingresadas en los hogares de espera materna de Perquín Morazán y La Unión para control prenatal básico hasta el
- Casos Especiales

4.3.2 Criterios de Exclusión

- Embarazada de alto riesgo que lleve control prenatal especializado

4.4 Diseño muestral:

Se realizó un diseño muestral no probabilístico, del tipo deliberado, a conveniencia de los investigadores, basándose en las listas y registros de embarazadas que estaban ingresadas o que estuvieron ingresadas en 4 años previos en los hogares de espera materna en Perquín, Morazán y La Unión.

Variables:

Variable Dependiente: Detección de complicaciones en el embarazo

Variable Independiente: Atención continua de personal materno infantil

Fuente de información:

Fuente primaria

La información se obtuvo directamente de los individuos objeto de estudio.

4.5 Técnicas de obtención de información

Documental

Documental bibliográfica, ya que se utilizaron libros de texto de medicina para obtener información, en físico y en digital.

Trabajo de Campo

Para obtener la información, los investigadores desarrollaron una ficha en la cual se incluyeron datos del expediente obtenidos en el estudio mediante la observación de casos y estadísticas de los últimos 4 años, de las pacientes en estudio y que fueron objeto de la investigación así también aquellos datos de encuesta que se efectuó a cada paciente (figura 5 y 6) y al personal materno infantil. Posteriormente mediante su análisis, proyectamos los resultados a la totalidad de la población.

4.5.1 Mecanismo de confidencialidad y resguardo de datos:

Los datos fueron confidenciales. Las pacientes que se estudiaron firmaron un consentimiento informado, y se les garantizó el resguardo de dicha información por parte de los investigadores (anexo 18).

4.5.2 Instrumento

Encuesta de preguntas mixtas de elección múltiple, que constó de 20 preguntas para evaluar el conocimiento de las usuarias (anexo 11) y cuestionario de 10 preguntas para indagar conocimiento de personal materno infantil de los HEM (anexo 12). La mayoría de preguntas fueron cerradas.

También se utilizó una lista de cotejo que se utilizará para obtener información de los expedientes de usuarias que estuvieron ingresadas en 4 años previos (anexo 13).

4.6 Procedimiento

4.6.1 Planificación

Durante el presente año 2019, fueron reunidos los estudiantes de medicina egresados de la carrera Doctorado en Medicina, en el departamento de medicina de la UES-FMO. Se dieron los lineamientos a seguir para la realización del trabajo de graduación, así mismo la calendarización de dicho proceso. Se asignó un docente asesor, junto con el cual posteriormente se eligió el tema de investigación. Bajo la tutoría del docente asesor, se realizó el perfil de investigación, el cual se presentó en forma física y en digital para solicitar el inicio del proceso de graduación. Posteriormente se realizó la elaboración del protocolo de investigación, el cual precedió a la ejecución del trabajo de investigación. Se realizó el presente trabajo final de investigación contando con asesoría metodológica y estadística.

4.6.2 Ejecución

La población estudiada fue toda mujer embarazada que se encontraba ingresada en los HEM Perquín, Morazán (Ver figura 3), HEM La Unión, Municipio de La Unión (Ver figura 4) así como a personal materno infantil que labora en dichos hogares durante el periodo de estudio.

Se procedió a realizar una encuesta a cada paciente que se encuentre ingresada en los HEM y al personal materno infantil (Ver figura 5 y 6).

Se les explicó en qué consistía el estudio y se preguntó si estaban dispuestas a participar en dicha encuesta, al acceder se procederá a leerles cada una de las preguntas del cuestionario elaborado para que les diera las respuestas a las interrogantes.

Posteriormente se procedió a la revisión de expedientes de embarazadas que estuvieron ingresadas en los Hogares de Espera Materna durante el periodo de enero de 2015 a diciembre 2018 (Ver figura 7 ,8 y 9),

4.6.2.1 Validación del Instrumento

Previo a ejecución de la investigación se realizó una prueba piloto en los HEM Perquín, Morazán, HEM La Unión, Municipio de La Unión evaluando a las usuarias que cumplían con los criterios de inclusión, para valorar la comprensión de las preguntas y posteriormente modificarlas de acuerdo a los resultados. Se realizó la validación del instrumento mediante prueba estadística alfa de cronbach que fue de 0.507

La lista de cotejo se comparó con las encuestas las cuales en base a lineamientos las evaluaciones periódicas deben realizarse en un rango menor o igual a 8 horas.

4.6.2.2 Recolección de datos

La población que se estudio fue de 150 de las embarazadas que se encontraban ingresadas en los HEM distribuidos de la siguiente manera HEM Perquín, Morazán 121, HEM La Unión, municipio de La Unión 29.

También se estudió la población de 682 embarazadas de Perquín Morazán y 299 del municipio de La Unión, La Unión que estuvieron ingresadas de enero de 2015 a diciembre 2018.

4.6.3 Plan de análisis

Una vez recolectada la información se procedió a la codificación de los datos utilizando los datos de SPSS Versión 23, en el cual se introdujeron los datos luego de pasar las encuestas, con el objetivo de poder realizar tablas y graficas que permitieron el análisis e interpretación de los resultados para la información que se recopiló en las encuestas.

4.7 Consideraciones éticas

Esta investigación no presentó ningún peligro a la vida de la población en estudio ya que solamente se utilizó un cuestionario que respondió solo si previamente firmaron un consentimiento informado y de forma anónima así como la utilización de registros con previa autorización de coordinadores de los HEM.

5. RESULTADOS.

Para una mejor comprensión de los resultados obtenidos por la investigación se ha estructurado este trabajo en 4 apartados cada uno en relación a los objetivos planteados e hipótesis a comprobar.

-Lista de cotejos de expedientes observados de las embarazadas usuarias de los HEM de Perquín, Morazán y municipio de la Unión, La Unión.

En el primero se presentan los resultados de la revisión de los expedientes de las embarazadas que estuvieron ingresadas en los hogares de espera materna durante los años 2015 a 2018.

La información recogida fue en relación a las evaluaciones que realizan el personal materno infantil como la toma de signos vitales y examen físico para verificar el aporte que este tiene para detectar complicaciones (981 participantes).

- Opinión de la población de embarazadas ingresadas en los Hogares de Espera Materna Perquín, Morazán y municipio de La Unión La Unión.

La entrevista fue dirigida a las usuarias de los HEM. A las entrevistadas se les pidió opinión acerca de la frecuencia con la que el personal realiza el monitoreo de signos vitales y evaluaciones clínicas. (150 participantes).

- Tablas comparativas de los cotejos y entrevistas a embarazadas usuarias de los HEM

Se incluyeron la información obtenida de las listas de cotejo de expedientes de las embarazadas que estuvieron ingresadas durante los años 2015-2018 así como las embarazadas que se entrevistaron en el 2019 en los hogares de espera materna de Perquín, Morazán y del Municipio de la Unión, La Unión.

-Opinión y conocimientos de las licenciadas de materno infantil

La entrevista fue dirigida a las licenciadas de los HEM de Perquín, Morazán y Municipio de la Unión, La Unión. A las entrevistadas se les cuestiono acerca de cuáles son los parámetros que usan para detectar complicaciones y si tienen conocimientos de los lineamientos por los que están (8 participantes).

5.1 LISTA DE COTEJOS PARA OBSERVACION DE EXPEDIENTES DE EMBARAZADAS INGRESADAS EN LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA DURANTE EL PERIODO DE 2015-2018

La población incluida en la investigación son mujeres embarazadas que estuvieron ingresadas en los hogares de espera materna de Perquín, Morazán y de Municipio de la Unión, La Unión durante el periodo de 2015-2018 (Población incluida 981).

Tabla n° 6. Distribución de edades de embarazadas usuarias de HEM cotejos.

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
<15 años	22	2.2%
15-35	898	94.2%
>35 años	57	5.8%
TOTAL	981	100%

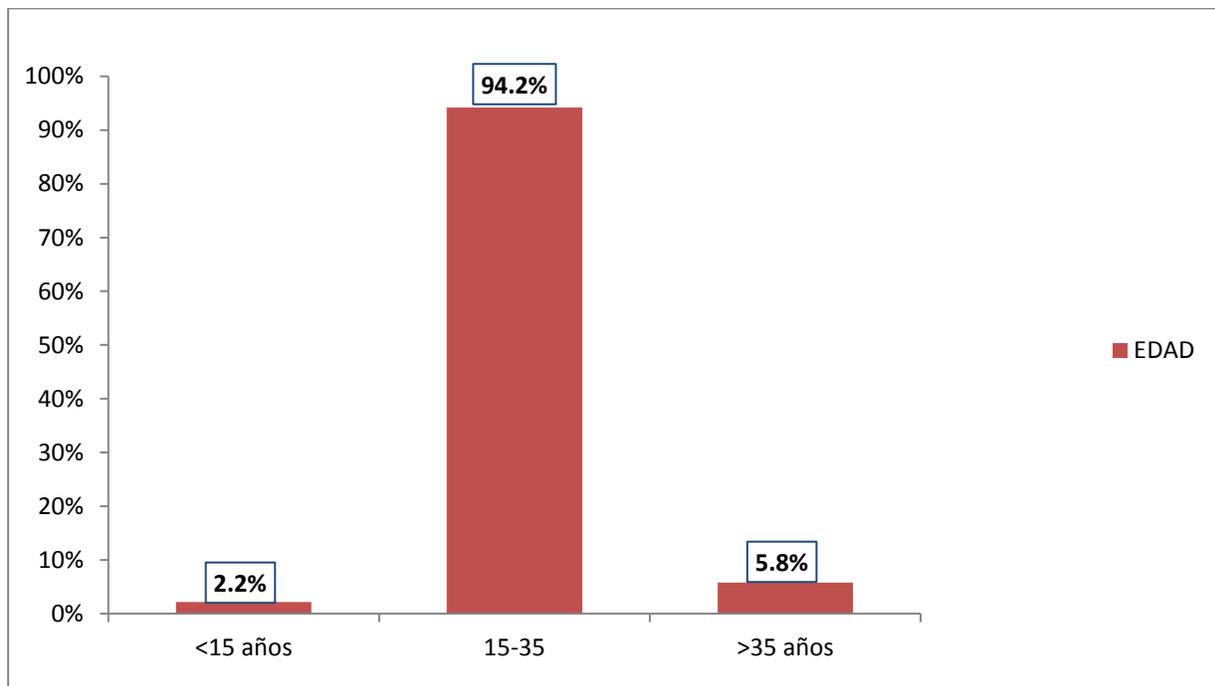
Fuente: Expedientes de usuarias de HEM

ANÁLISIS:

En la tabla anterior se muestra que del total de las gestantes que estuvieron ingresadas en los HEM se encontraban en el rango de 15 a 35 años de edad pues puede observarse que el 94% se encuentra en ese grupo y solo una minoría es mayor de 35 años.

INTERPRETACIÓN: Se puede deducir que los resultados anteriores son debido a que son las edades en las que las mujeres no son consideradas de alto riesgo durante el embarazo y son candidatas a poder ser ingresadas en los HEM.

Gráfico 1. Rango de edad



Fuente: Tabla n°6.

Tabla n° 7. Distribución de paridad de embarazadas usuarias de HEM cotejos.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigestas	414	42.2%
Multigestas	567	57.8%
TOTAL	981	100%

Fuente: Expedientes de usuarias de HEM

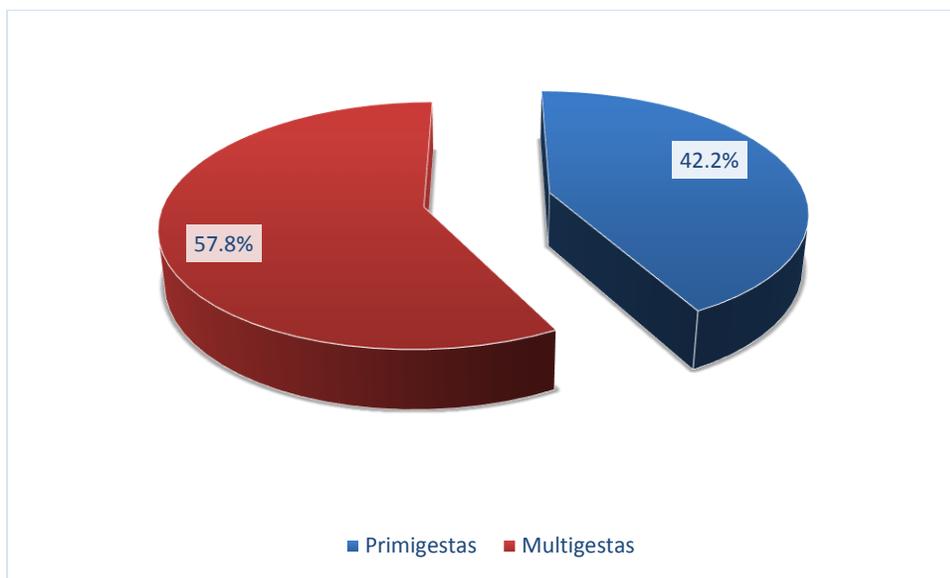
ANÁLISIS:

Se puede observar que del total de embarazadas la mayoría fueron multigestas con un porcentaje de 57.8% mientras que el 42 % que es un porcentaje considerable eran primigestas.

INTERPRETACIÓN.

El número de embarazos tiene mucha importancia en el campo obstétrico ya que debido a ello depende en gran parte el plan de parto y riesgo relativo de complicaciones en el transcurso del tiempo gestacional. La paridad de las embarazadas que estuvieron ingresadas en los HEM tuvo mayor incidencia las multigestas.

Gráfico 2. Paridad de las embarazadas usuarias de los HEM



Fuente: Tabla n°7

Tabla n°8. Distribución de toma de presión arterial en embarazadas usuarias de HEM durante 2015-2018.

Presión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Si	981	100%
No	0	0%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarías de HEM

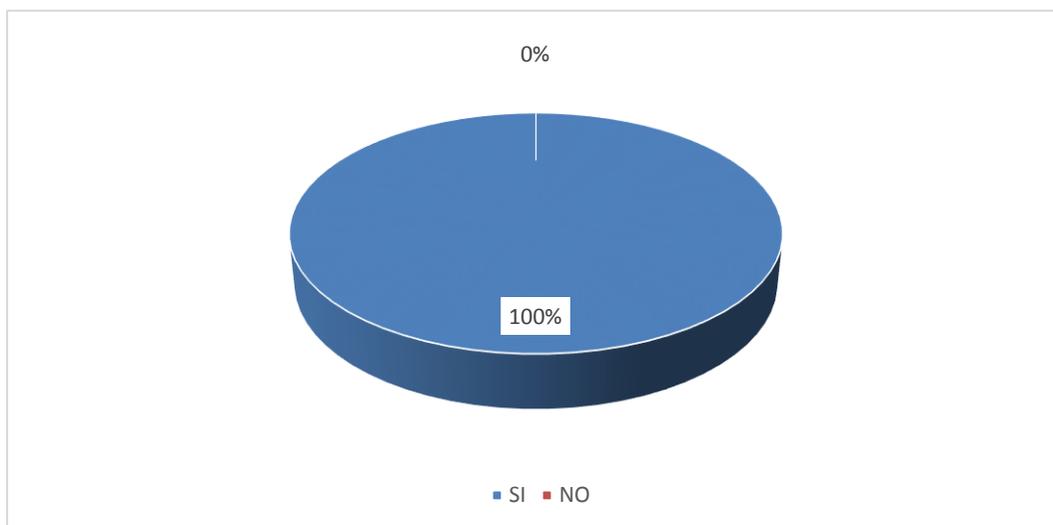
ANÁLISIS:

El cuadro refleja que al 100% de la población de gestantes se les tomo la presión arterial por parte del personal materno infantil aunque la tabla no describe si fue en base a los lineamientos solamente que si se realizó el monitoreo de este parámetro.

INTERPRETACIÓN

Se muestra como al total de las usuarias se les midió la presión arterial durante estuvieron ingresadas pudiendo deducir que se realizó monitoreo de este parámetro el cual tiene mucha importancia para poder detectar tempranamente un trastorno hipertensivo previo al parto y así tomar la decisión oportuna para su referencia .

Gráfico 3. Toma de presión arterial



Fuente: Tabla n°8

Tabla n° 9. Distribución de Medición de Frecuencia Cardiaca a embarazadas usuarias de HEM durante 2015-2018

Frecuencia Cardiaca	Frecuencia	Porcentaje
Si	980	99.9%
No	1	0.1%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarias de HEM

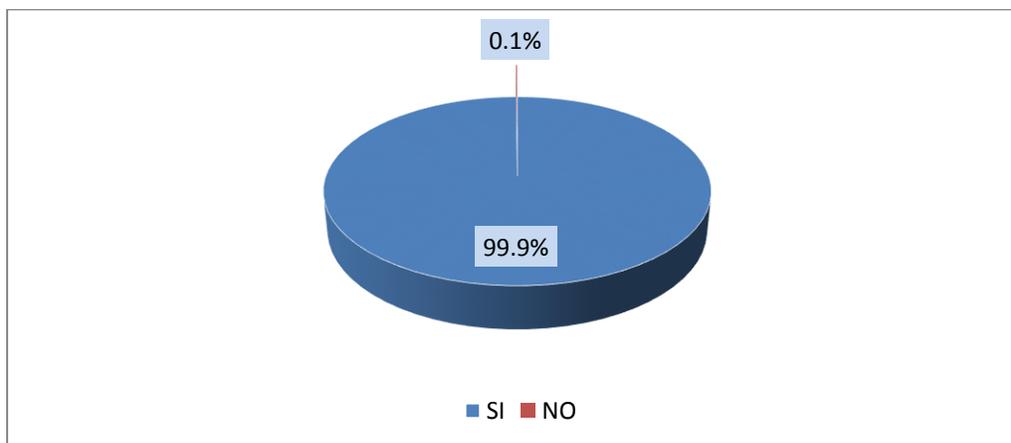
ANÁLISIS:

Se observa que a la mayoría de la población el personal materno infantil le evaluó la frecuencia cardiaca a las embarazadas con un porcentaje de 99.9% y solamente a 1 usuaria del total de población observada no se le midió ese parámetro.

INTERPRETACIÓN:

Se muestra como a la mayoría de las usuarias se les midió la frecuencia cardiaca durante estuvieron ingresadas pudiendo deducir que se realizó monitoreo de este parámetro aunque no se pudo constatar el motivo por el que no se le evaluó la frecuencia cardiaca a la embarazada que no se evidencio este parámetro en la hoja de evaluación por parte de personal materno infantil.

Gráfico 4. Frecuencia cardiaca



Fuente: Tabla n°9

Tabla n° 10. Distribución de medición de temperatura a embarazadas usuarias de HEM durante 2015-2018

Temperatura	Frecuencia	Porcentaje
Si	981	100%
No	0	0%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuaris de HEM

ANÁLISIS:

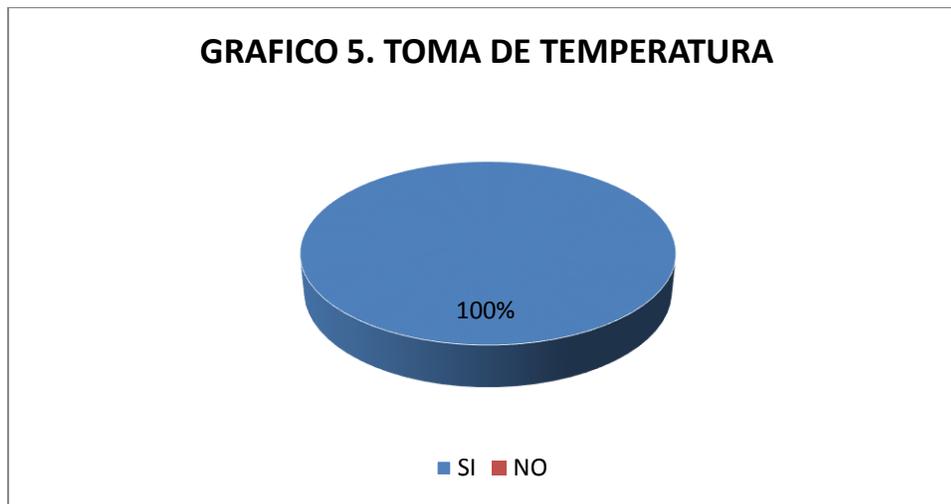
En la tabla se puede observar que a la totalidad de las gestantes se les realizó la toma de temperatura por el personal materno infantil por lo que puede afirmarse que se evaluó adecuadamente este parámetro en el 100% de la población en estudio.

INTERPRETACIÓN:

Se evidenció que se realizó la toma de temperatura en todas las usuarias por parte del personal materno infantil en todos los expedientes que se les realizó la investigación constatando de esta manera que se cumple con los lineamientos.

Este parámetro es importante en la evaluación ya que su medición permite la detección de cualquier posible infección en las embarazadas que puede conllevar a una complicación.

Gráfico 5 . Toma de temperatura



Fuente: Tabla n°10

Tabla n° 11. Distribución frecuencia de evaluación según régimen particular

Frecuencia de Evaluación	Frecuencia	Porcentaje
Si	981	100%
No	0	0%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuaris de HEM

ANÁLISIS:

Se observa que la frecuencia de evaluación de cada gestante fue realizada en 100% de las gestantes en base al régimen que está descrito en lineamientos.

INTERPRETACIÓN:

El análisis permite ver que a él total de la población se evaluó siguiendo la frecuencia establecida o según ameritara el caso ya que se pudo observar que realizaban evaluaciones en un intervalo menor de tiempo a las pacientes que habían presentado alguna alteración en la evaluación previa así también como a las embarazadas que presentaran inicio de trabajo de parto.

Cabe recalcar que el objetivo de la investigación es constatar si la atención constante influye en la detección de complicaciones por lo que podemos deducir que es importante realizar las evaluaciones según sea necesario o en cada caso en particular.

Gráfico 6. Frecuencia de evaluación según régimen



Fuente: Tabla n°11

Tabla n° 12. Distribución de Realización de Tacto Vaginal

Tacto Vaginal	Frecuencia	Porcentaje
Si	980	99.9%
No	1	0.1%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuaris de HEM

ANÁLISIS:

Se observa que un 99.9% de las usuarias de los HEM se les realizo tacto vaginal y solo 1 usuaria del total de la población no se evaluó este parámetro.

INTERPRETACIÓN:

Fue en alto porcentaje de las embarazadas a las que se les realizó el tacto vaginal siendo importante debido a que mediante la evaluación de este se pudieron detectar si las pacientes presentaban infecciones vaginales, inicio de labor de parto o ruptura prematura de membranas lo que influyó en el manejo de las embarazadas o si requerían referencia a centro hospitalario. Es relevante mencionar que se pudo observar en expedientes que el tacto vaginal se realizó con mayor frecuencia en pacientes que ameritaban un estricto monitoreo y en las que no se realizaba era porque embarazadas no accedían a la evaluación.

Gráfico 7. Tacto vaginal



Fuente: Tabla n°12

Tabla n° 13. Distribución de monitoreo de frecuencia cardiaca fetal a embarazadas usuarias de HEM

Frecuencia Cardiaca Fetal	Frecuencia	Porcentaje
Si	981	100%
No	0	0%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarias de HEM

ANÁLISIS:

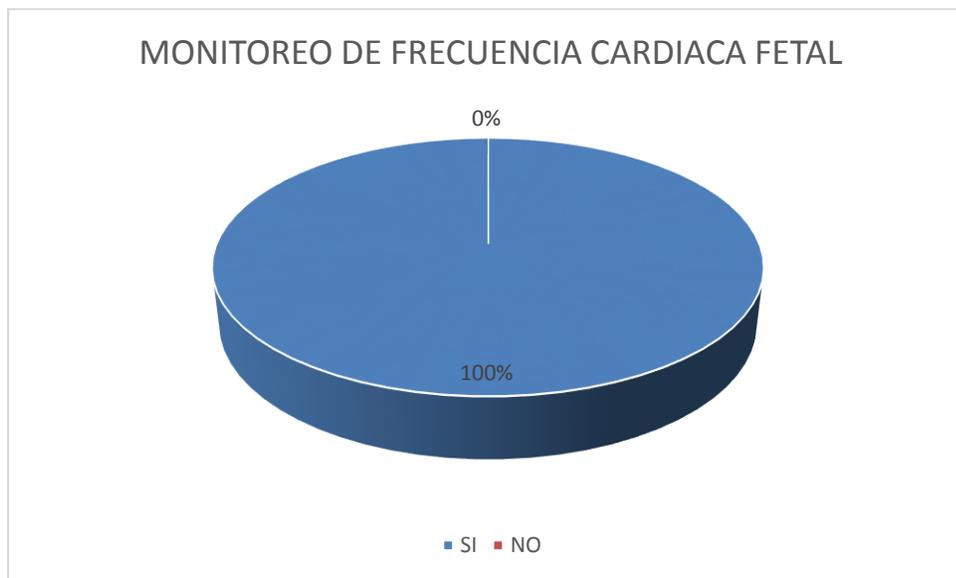
La tabla muestra que al 100% de las usuarias se les realizó monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal.

INTERPRETACIÓN:

El monitoreo del personal materno infantil de la frecuencia cardiaca fetal al realizar el examen físico en las usuarias contribuyó a detectar taquicardia fetal y bradicardia fetal

aunque estas no son complicaciones propiamente maternas sino fetales pero también pueden influir en la evolución de la labor de parto.

Gráfico 8. Monitoreo de frecuencia cardiaca fetal



Fuente: Tabla n°13

Tabla n° 14. Signos de Edema en embarazadas usuarias de HEM

Edema	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	6.7%
No	915	93.3%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarias de HEM

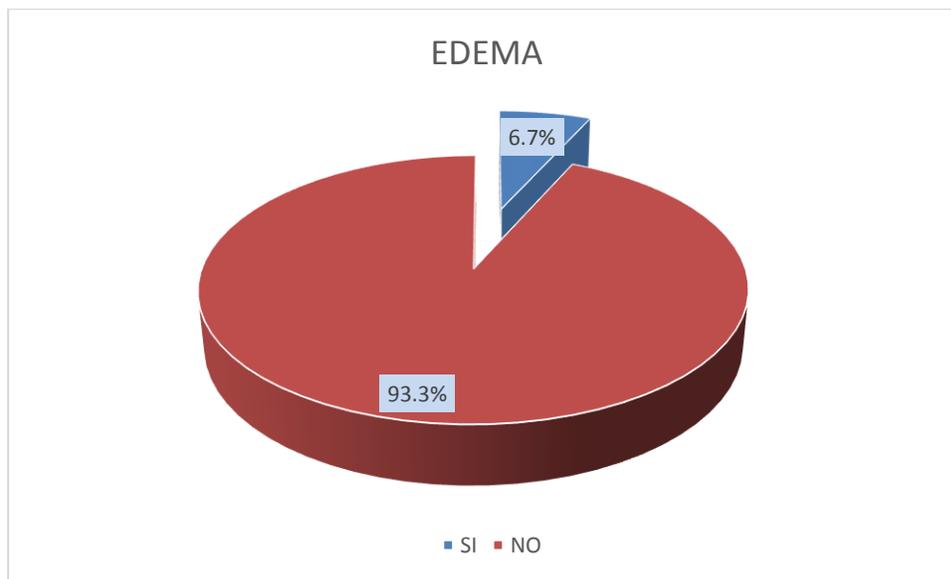
ANÁLISIS:

El cuadro muestra que un 93.3% de las usuarias no presentó edema al momento de la evaluación y solamente un 6.7% presentó este signo.

INTERPRETACIÓN:

Aunque solo una minoría se les detectó edema este dato aporta para la investigación ya que la presencia de edema durante el embarazo aunque puede presentarse de forma leve en miembros inferiores, este es un signo de alarma si se da súbitamente edema en la cara o en las manos porque puede ser manifestación temprana de preeclampsia

Gráfico 9. Edema



Fuente: Tabla n°14

Tabla n° 15. Síntoma de cefalea intensa En Embarazadas Usuarias De HEM

Cefalea Intensa	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	1.0%
No	971	99.0%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarias de HEM

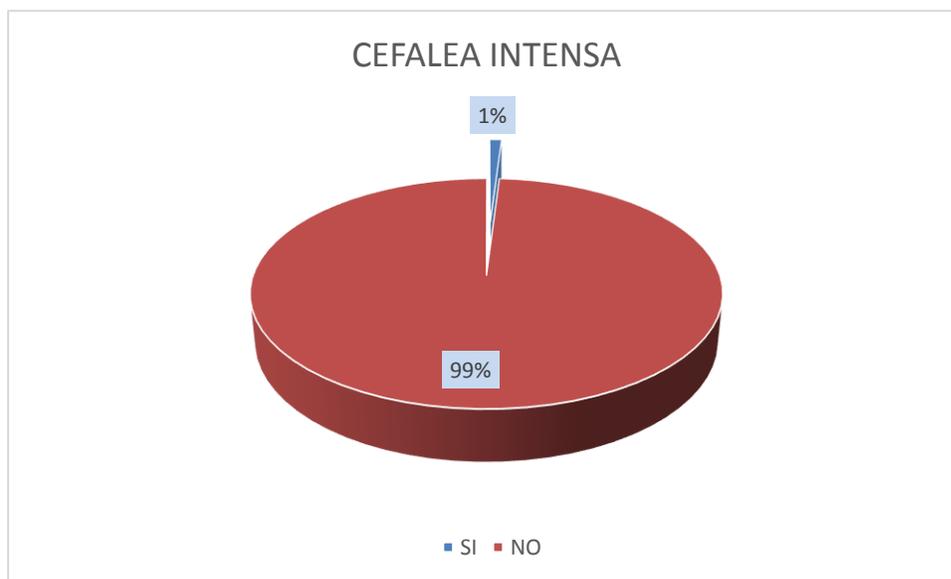
ANÁLISIS:

Se puede observar que un porcentaje alto de 99% no presentaron síntomas de cefalea intensa y una minoría de 1% si presento este síntoma.

INTERPRETACIÓN:

Es importante mencionar que al observar los expedientes en las notas de evaluación del personal materno infantil se evidenciaron pacientes con cefalea pero esta no era intensa por lo que no se consideró en este parámetro además es razonable que solo un pequeño porcentaje lo presente ya que no todas las pacientes van a presentar complicaciones durante el embarazo pero es imprescindible detectar precozmente este síntoma de alarma que sugiere un trastorno hipertensivo como la preeclampsia.

Gráfico 10. Cefalea intensa



Fuente: Tabla n°15

Tabla n° 16. Síntoma de visión borrosa en embarazadas usuarias del HEM

Visión Borrosa	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	0.8%
No	973	99.2%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarias de HEM

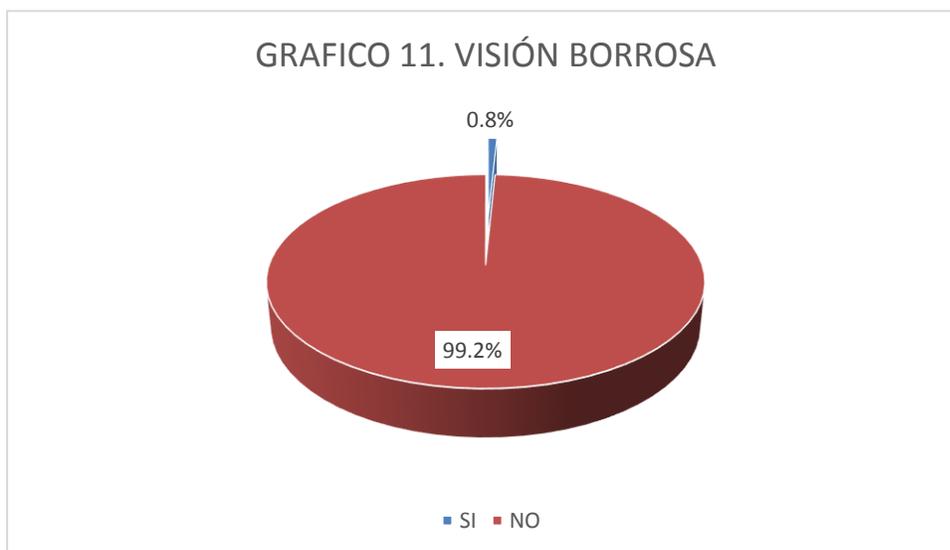
ANÁLISIS:

En la tabla se observa que la mayoría de la población en estudio en un 99.2% en estudio no presento visión borrosa y una minoría si lo presento 0.8%.

INTERPRETACIÓN:

Este síntoma no se observó con mucha frecuencia debido a que este solo suele presentarse cuando existe complicaciones como preeclampsia la cual es grave durante el embarazo si este síntoma se presenta durante tiempo prolongado y se pudo constatar que el personal materno infantil indaga en las evaluaciones si hay presencia de esta sintomatología.

Gráfico 11. Visión borrosa



Fuente: Tabla n°16

Tabla n° 17. Síntoma de epigastralgia embarazadas usuarias de HEM

Epigastralgia	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	0.9%
No	972	99.1%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarias de HEM

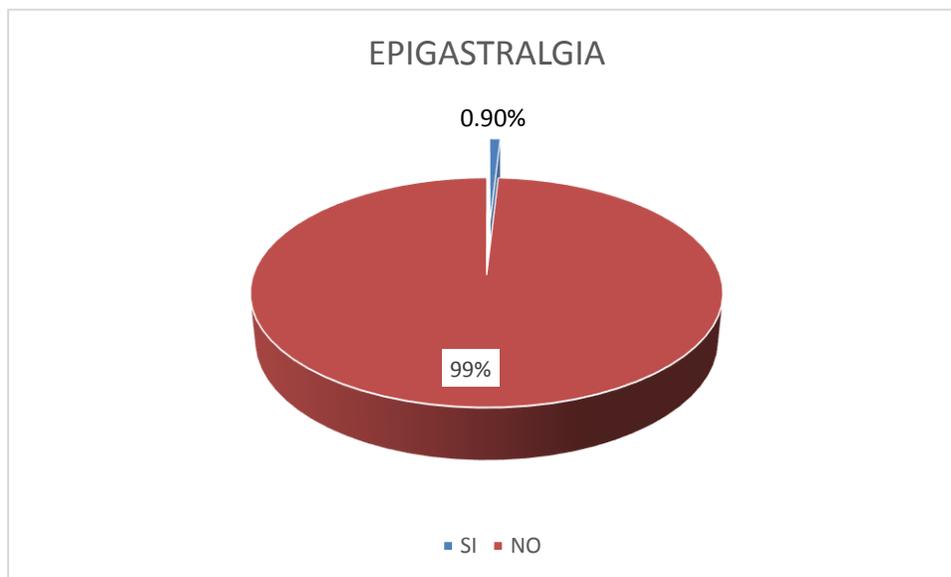
ANÁLISIS:

El cuadro refleja que del total de la población de gestantes que estuvieron ingresadas en los HEM un 99.1% presentaron epigastralgia y solo un 0.9% no presento este síntoma.

INTERPRETACIÓN

Se muestra como del total de las usuarias solo un menor porcentaje presento epigastralgia pero se constató que el personal materno infantil indaga si este síntoma está presente o no, cuando evalúan a las embarazadas lo cual es importante para la detección temprana de complicaciones.

Gráfico 12. Epigastralgia



Fuente: Tabla n°17

Tabla n°18. Se le detectó alguna anomalía en la evaluación a embarazadas usuarias de HEM cotejos

Detección de Anormalidad en la Evaluación	Frecuencia	Porcentaje
Si	276	28.2%
No	704	71.8%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarias de HEM

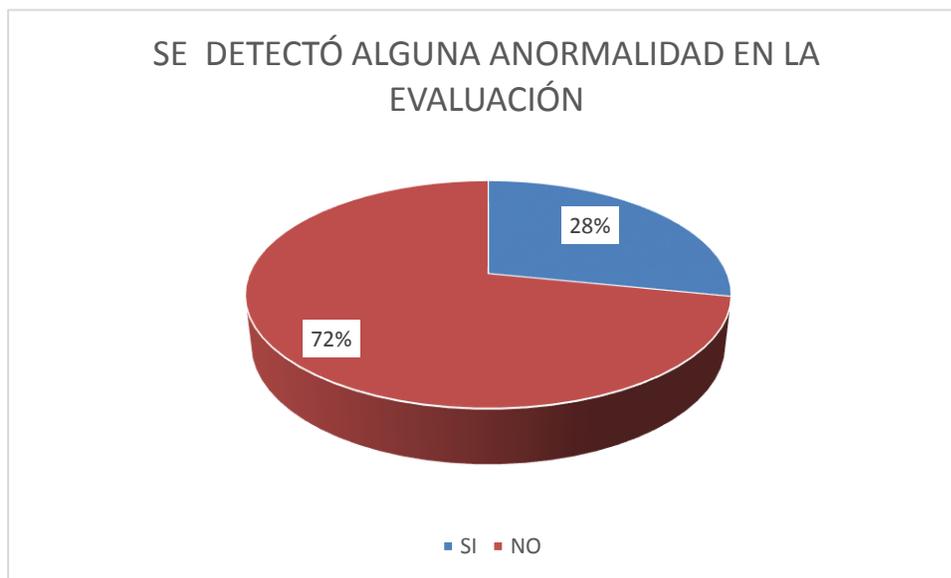
ANÁLISIS:

Se puede observar en la tabla que del total de la población de embarazadas que estuvieron ingresadas en los HEM un 71.8% no se les detectó anomalías en la evaluación mientras que en menor porcentaje de 28.2% presentaron anomalías.

INTERPRETACIÓN

Se muestra como de la mayor parte de las usuarias solo un menor porcentaje fue detectado con anomalías al realizarle evaluación clínica por el personal materno infantil cabe mencionar que no todas las embarazadas pueden presentar complicaciones pero es esencial que si está presente alguna alteración se detecte oportunamente. Se pudo constatar que no solo se detectaron anomalías en los signos vitales de la madre sino también al momento de examen físico mediante el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal y los movimientos fetales conllevó a detectar anomalías en el estado fetal.

Gráfico 13. Se detectó alguna anomalía en la evaluación



Fuente: Tabla n°18

Tabla n° 19. Se le detectó trastorno hipertensivo a embarazadas usuarias de HEM

Se le detectó trastorno hipertensivo	Frecuencia	Porcentaje
SI	73	7.4%
NO	908	92.6%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarias de HEM

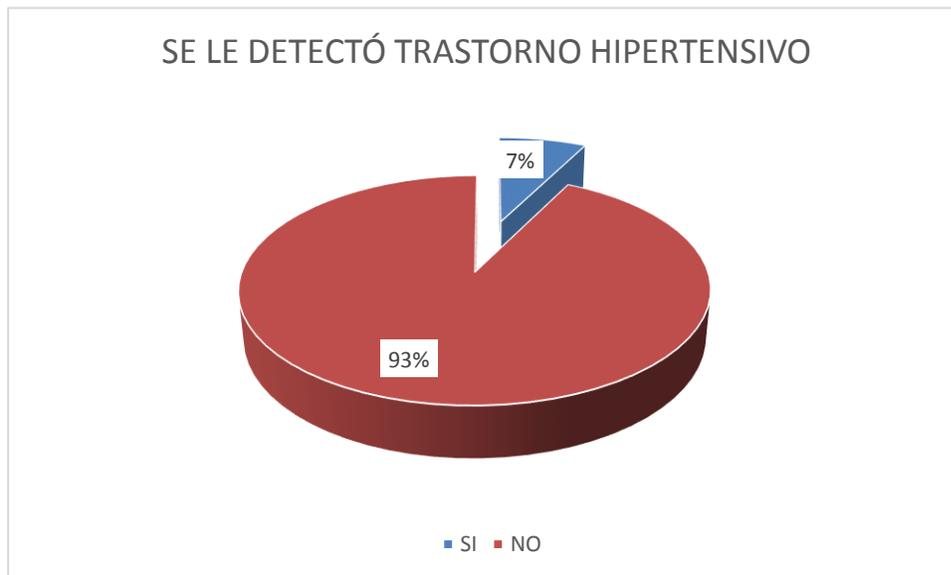
ANÁLISIS:

Las embarazadas que no fueron detectadas con trastorno hipertensivo fueron el 93% del total de la población y solo un 7.4% fue detectada con este trastorno.

INTERPRETACIÓN

Es importante mencionar que entre los objetivos de la investigación es demostrar el aporte de la toma de presión arterial por el personal materno infantil en la detección de trastornos hipertensivos lo cual quedó evidenciado en el Grafico 3 lo que al indagar en hojas de evaluación del personal materno infantil se constató que esto permitió poder detectar trastornos hipertensivos como la preeclampsia y aunque solo una minoría presento este trastorno se debe tomar en cuenta que no todas las embarazadas tienen factores de riesgo para desarrollar preeclampsia pero es necesario que se detecte de manera oportuna para evitar complicaciones.

Gráfico 14. Se le detectó trastorno hipertensivo



Fuente: Tabla n°19

Tabla n° 20. Se detectó ruptura prematura de membrana a embarazadas usuarias de HEM

Se detectó ruptura prematura de membrana	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	7.7%
No	905	92.3%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarias de HEM

ANÁLISIS:

La tabla muestra que un porcentaje de 92.3% de embarazadas no se le detectó ruptura prematura de membranas mientras que un 7.7% si fue detectada con esta alteración.

INTERPRETACIÓN

Se puede observar que solo un porcentaje pequeño presento esta complicación pero los datos obtenidos son relevantes para el estudio dado que se demuestra que se está detectando de manera oportuna la ruptura prematura de membranas y que ha sido posible realizando examen físico constante como el tacto vaginal por parte del personal materno como se puede visualizar en el grafico 7 lo cual permite realizar una referencia oportuna al momento de ser detectado.

Gráfico 15. Se le detectó ruptura prematura de membrana



Fuente: Tabla n°20

Tabla n° 21. Distribución referencia por complicación detectada en embarazadas usuarias de HEM

Referencia por complicación detectada	Frecuencia	Porcentaje
SI	208	21.2%
NO	773	78.8%
TOTAL	981	100%

Fuente: Hoja de Evaluación de Usuarias de HEM

ANÁLISIS:

Se visualiza en la tabla que del total de embarazadas en estudio un mayor porcentaje 78.8% no fue referido de los HEM por complicaciones y un menor porcentaje 21.2% se le detecto complicaciones y fue referida.

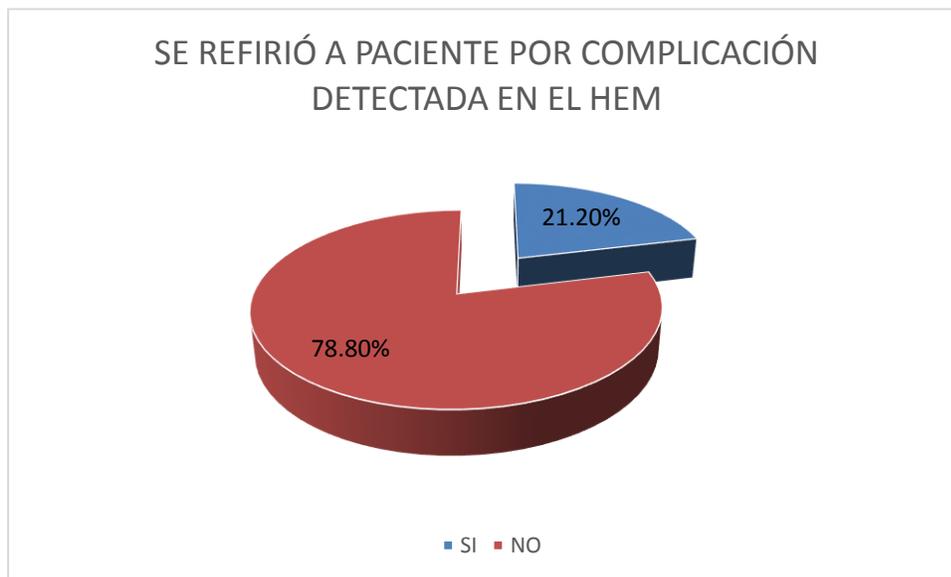
INTERPRETACIÓN

Para este estudio es representativo el porcentaje de embarazadas que fueron referidas de los HEM ya que permite evidenciar que se están refiriendo las embarazadas que al momento de ser evaluadas presentaron anomalías en el examen físico.

Es importante mencionar que se observó en las hojas de evaluación que las pacientes fueron referidas por diversas causas en su mayoría por trastornos hipertensivos y ruptura prematura de membranas pero también se presentaron otras alteraciones que conllevaron a ser referidas como bradicardia fetal, taquicardia fetal, hipomotilidad fetal.

También en algunos casos se refirieron por presentar uno o más de los signos y síntomas de alarma como cefalea intensa, visión borrosa, epigastralgia, y edema con motivo de ser evaluadas en un centro hospitalario por especialista para realizar los estudios necesarios y poder descartar trastornos hipertensivos.

Gráfico 16. Se refirió a paciente por complicación detectada en el HEM



Fuente: Tabla n°21

Tabla n° 22. Hoja de evaluación llenada según lineamientos del HEM

Hoja de evaluación	Frecuencia	Porcentaje
Si	976	99.5%
No	5	0.5%
TOTAL	981	100%

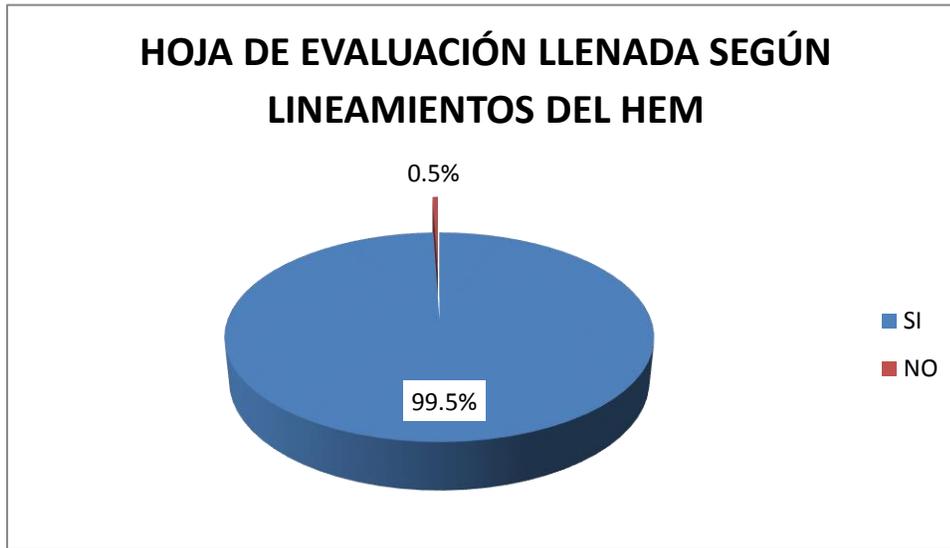
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se muestra que un alto porcentaje de 99.5% de las embarazadas que estuvieron ingresadas en los HEM se les llenó la hoja de evaluación según los lineamientos de los HEM y solamente en un 0.5% no fue llenada adecuadamente por el personal materno infantil.

INTERPRETACIÓN:

Podemos reconocer que el personal materno infantil está realizando evaluaciones siguiendo los lineamientos ya establecidos en los HEM lo que esta evidenciado con un correcto llenado de las hojas de evaluación en los casos en los que se observó que no estaban correctamente llenas fue debido a que no evaluaron signos de alarma o no se describieron y en algunos casos no se les monitorizaron la frecuencia cardiaca o no se les realizo el tacto vaginal pero fue un porcentaje altamente significativo que si cumplió con lineamientos lo que permitió identificar anormalidades que conllevaran a complicaciones maternas.

Gráfico 17. Hoja de evaluación llenada según lineamientos del HEM



Fuente: Tabla n°22

5.2 OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS USUARIAS DE LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA

La población incluida en la investigación son las embarazadas que estaban ingresadas en los hogares de espera materna de Perquín, Morazán y del Municipio de la Unión, La Unión durante el período de desarrollo del estudio. (Población incluida 150).

Tabla n° 23. Edad materna de usuarias HEM Perquín y La Unión.

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
<15 años	2	1.3%
15-35 años	145	96.7%
>35 años	3	2.0%
Total	150	100%

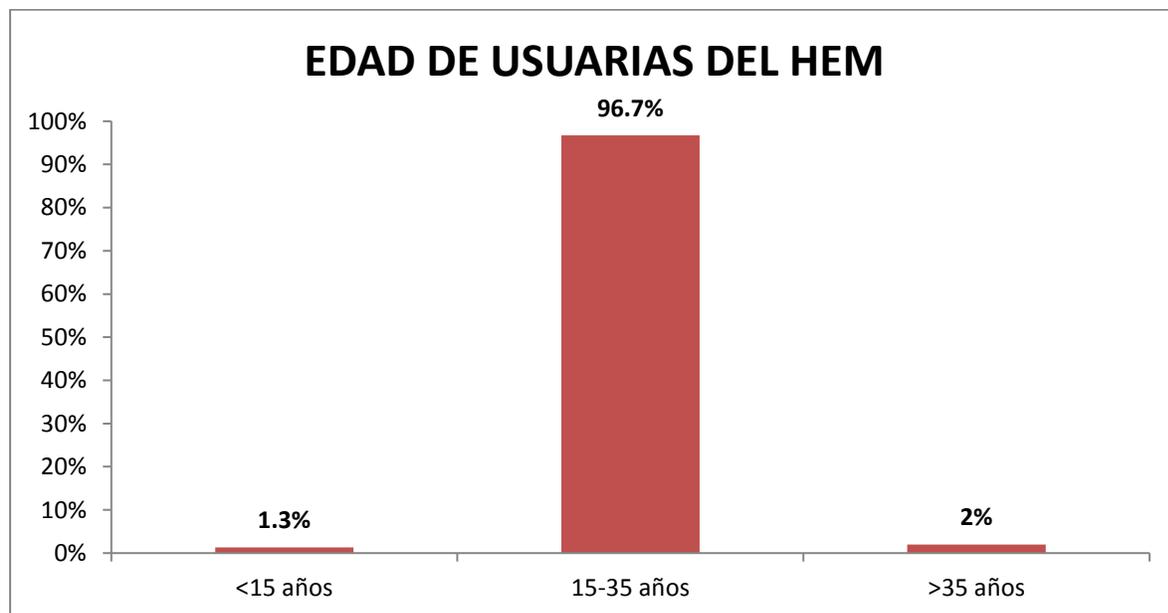
Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

ANÁLISIS: Del total de embarazadas encuestadas la mayoría se encuentra dentro de las edades de 15 a 35 años y una minoría son menores de 15 años o mayores de 35 años.

INTERPRETACIÓN.

Los ingresos de los HEM en su mayor porcentaje es dado por embarazadas en edades de 15 a 35 años, una pequeña población se encuentra en menores de 15 años y mayores de 35 que son las embarazadas con mayor riesgo de complicaciones maternas, es decir de cada 100 embarazadas, 3 de ellas podrían desarrollar complicaciones.

Gráfico 18. Edad de usuarias del HEM



Fuente: Tabla n°23

Tabla n° 24. Residencia de usuarias HEM Perquín y La Unión.

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	148	98.7%
Urbano	2	1.3%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas la mayoría son de área rural y una pequeña minoría son del área urbana.

INTERPRETACIÓN

Los HEM fueron creados para la población que posee difícil acceso al servicio de salud, como lo son las áreas rurales y es por tal razón que la población predominante ingresada en los HEM son de residencia rural viéndose beneficiada con la detección temprana de complicaciones, además gran parte de esta población no solo está conformada por embarazadas salvadoreñas, sino que gran porcentaje son mujeres hondureñas, que se encuentran dentro de zonas fronterizas.

Gráfico 19. Residencia de usuarias del HEM



Fuente: Tabla n°24

Tabla n° 25.Paridad de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
1 Embarazo	69	46.0%
2 Embarazo	35	23.3%
>2 Embarazos	46	30.7%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

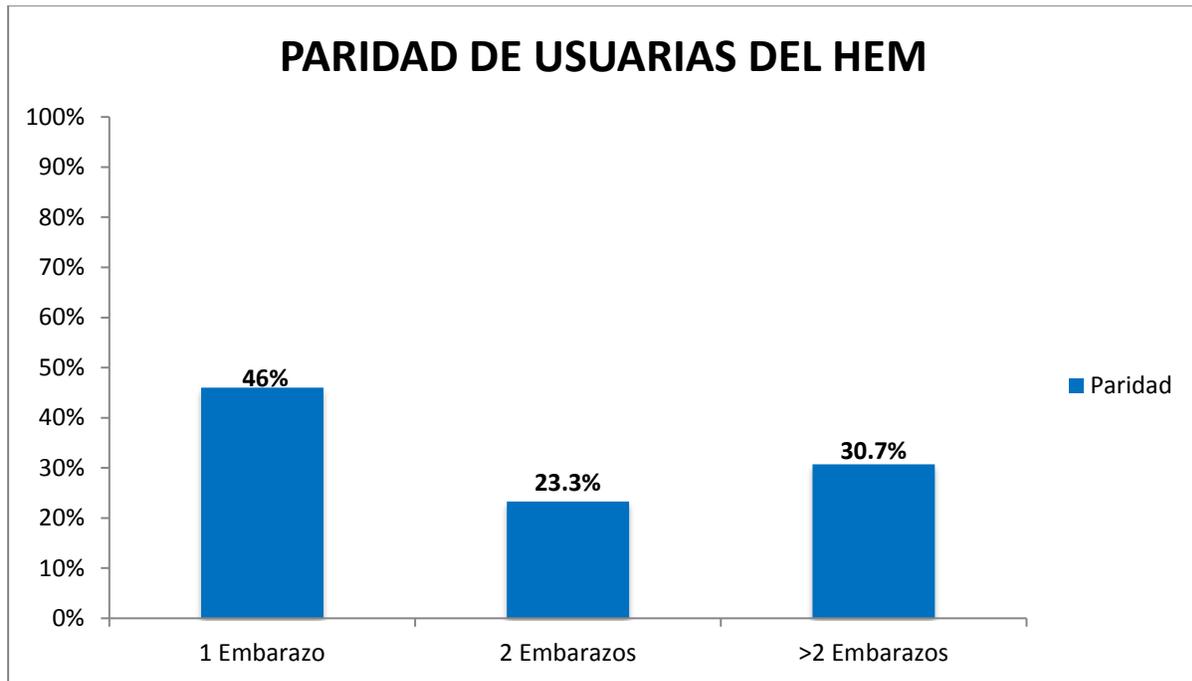
ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas la mayoría son primigestas, seguida de embarazadas con más de dos embarazos y en menor cantidad con dos embarazos.

INTERPRETACIÓN

La población ingresada en los HEM generalmente tienen su primer embarazo entre la edad de 15 a 35 años, pero también dentro de esta edad se encuentran mujeres con más de dos embarazos, por lo cual podemos deducir que no solo las pacientes con edades menores de 15 y mayores de 35 años tienen mayor riesgo de complicaciones, sino que igual la población de 15 a 35 años tienen riesgo por el factor de multiparidad, por lo que es importante que en los HEM se pasen evaluando según lineamientos.

Gráfico 20. Paridad de usuarias del HEM



Fuente: Tabla n°25

Tabla n° 26. Las usuarias HEM Perquín y La Unión ¿Cómo conocieron los hogares de espera materna?

	Frecuencia	Porcentaje
Unidad de Salud	129	86.0%
Amigos/Familia	17	11.3%
Otros	4	2.7%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

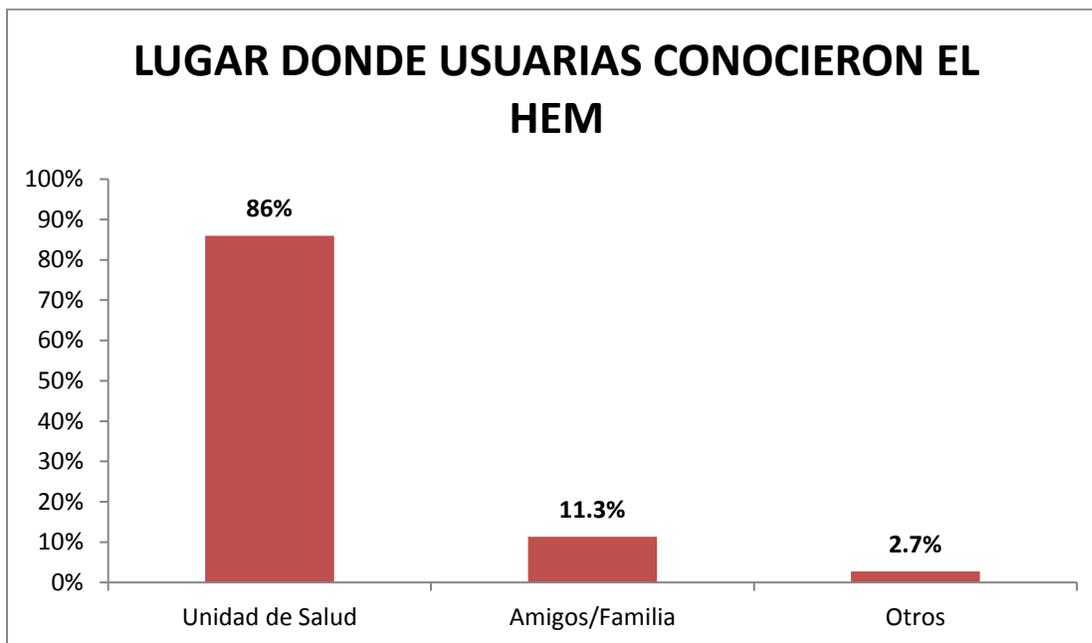
ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas la mayoría conoció los HEM por medio de la unidad de salud y una minoría conoció los HEM por amigos/familia u otros.

INTERPRETACIÓN

Las unidades de salud forman un papel primordial para la promoción de los HEM, lo que favorece una atención adecuada en la última etapa del embarazo así con la detección precoz de complicaciones, la poca promoción de estos centros por parte de las unidades de salud ya sea por médicos, licenciadas en enfermería o demás personal hace que estos tengan pocas ingresos así evitar la detección precoz de complicaciones materna, además se observa que familia y amigos que muy probablemente hayan tenido experiencia previa en los hogares de espera materna hacen promoción de estos centros, y un bajo porcentaje conocen los hogares de espera por medio del hospital cuando consultan con falso trabajo de parto o cualquier otra complicación durante su gestación.

Gráfico 21. Lugar donde usuarias conocieron el HEM



Fuente: Tabla n°26

Tabla n° 27. Motivos por lo que decidieron ingresarse las usuarias del HEM Perquín y La Unión.

Motivos por los que decidieron ingresarse	Frecuencia	Porcentaje
Otros	18	12%
Demografía	100	66.70%
Nivel socioeconómico	9	6.00%
Para más comodidad durante el embarazo	22	14.70%
Todas las opciones	1	0.70%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

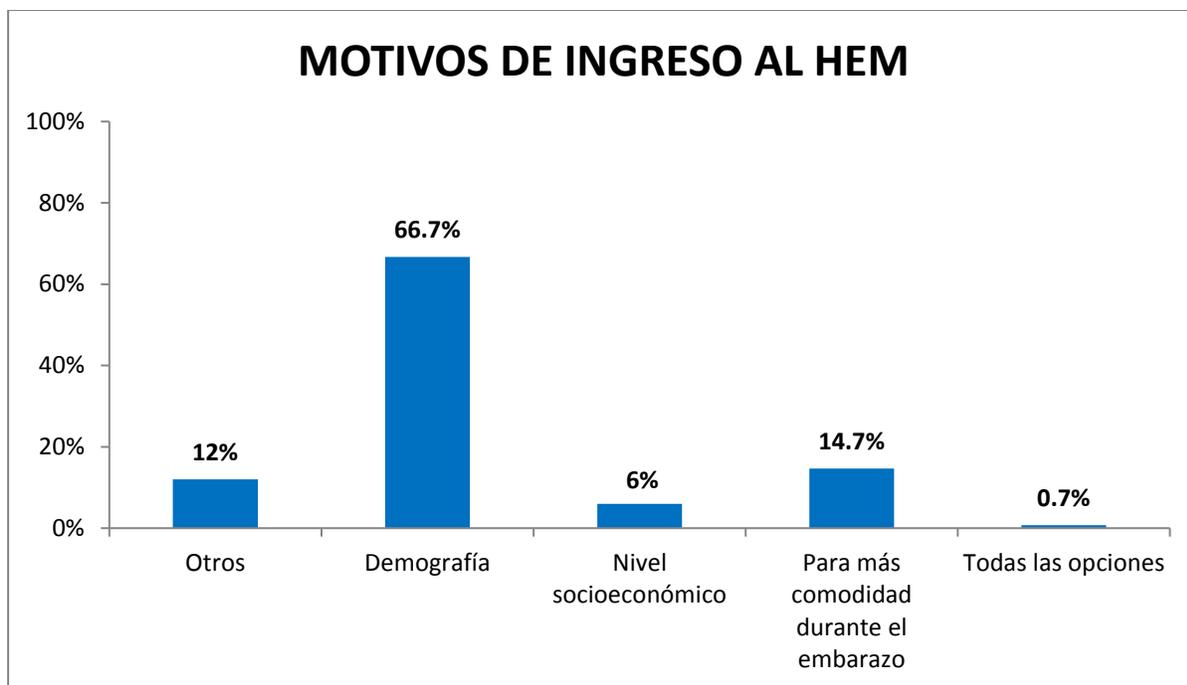
ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas la mayoría decide ingresarse en los HEM por razones demográfica, seguida de motivos económicos y una mayor comodidad, una minoría refiere por todas las razones anteriores.

INTERPRETACIÓN

Dado a que las pacientes ingresadas en los HEM provienen del área rural donde hay difícil acceso a los servicios de salud/hospital, la principal razón de ingreso es la demografía, también son ingresadas por motivos económicos, ya que carecen de recursos para contratar medios de traslado en caso de inicio de trabajo de parto o complicaciones durante su gestación, y lo ven como un medio de ahorro de dinero, a la vez que se sienten con más comodidad en estos, por todos los acceso que este les permite, a alimentación, atención y examen físico frecuente, así como transporte a centros hospitalario, en otro porcentaje importante, son ingresadas debida a que hospitales de primer nivel las refieren ya sea por falta en el trabajo de parto, riesgos obstétrico o cumplimiento de medicación y así disminuir saturación en estos centros hospitalarios.

Gráfico 22. Motivos de ingreso en el HEM



Fuente: Tabla n°27

Tabla n° 28. Usuaris del HEM Perquín y La Unión ingresadas anteriormente.

Ingreso previo	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	44.0%
No	84	56.0%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

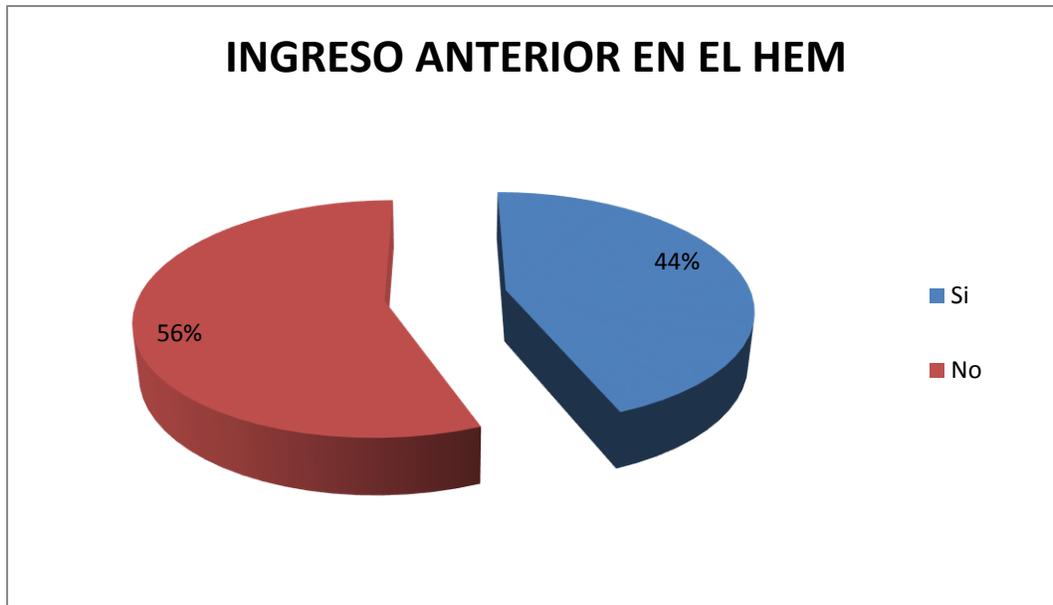
ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas la mayoría no ha sido ingresada anteriormente y en menor porcentaje si ha estado ingresada.

INTERPRETACIÓN.

En las unidades de salud se está haciendo promoción de los HEM pues el mayor porcentaje de embarazadas fueron ingresadas por primera vez y las pacientes que han sido ingresadas anteriormente han estado regresando por los beneficios y comodidad que este les brinda.

Gráfico 23. Ingreso anterior en el HEM



Fuente: Tabla n°28

Tabla n° 28. 1. Frecuencia de ingresos en HEM Perquín y La Unión anteriormente.

Ingresos previos	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	46	69.7%
2 veces	16	24.2%
3 veces	4	6.1%
Total	66	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

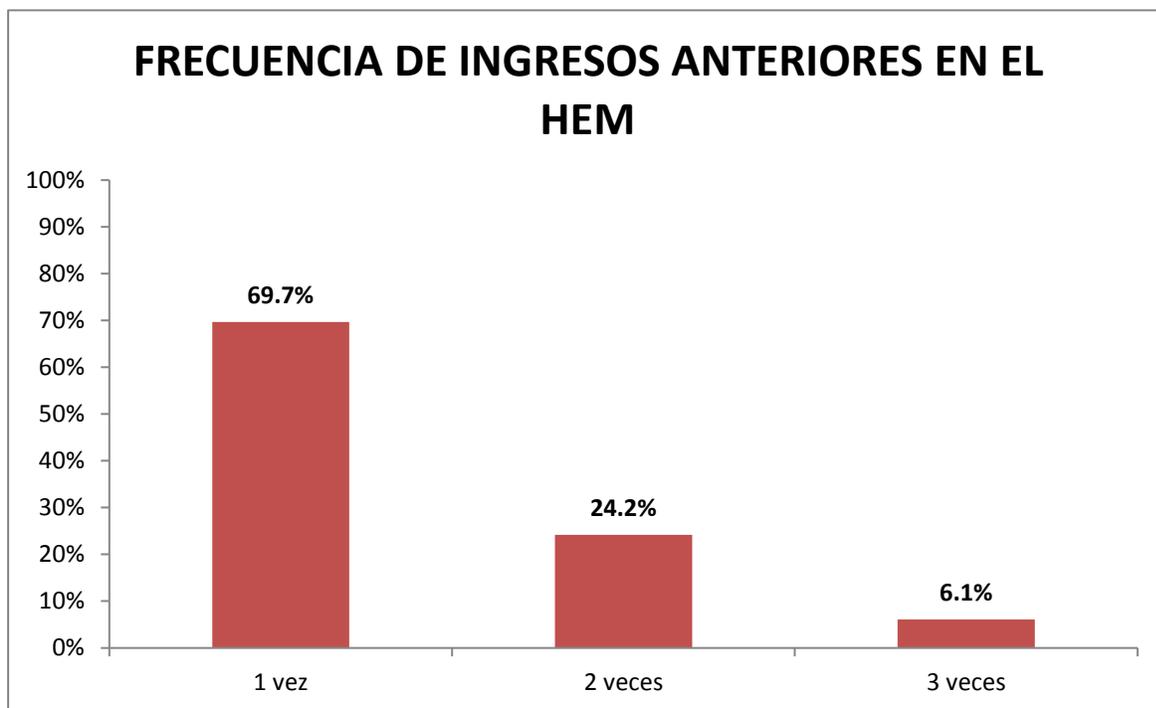
ANÁLISIS

De 66 personas que habían estado ingresadas anteriormente en el HEM, la mayoría eran ingresadas por primera vez, seguido en frecuencia por segunda ocasión y una minoría ha sido ingresada por tercera ocasión.

INTERPRETACIÓN

Las embarazadas después de su primer ingreso en un HEM, en sus posteriores embarazos regresan a este por la serie de beneficios que este les otorga, sabiendo que en un 30% de esta población tiene un alto riesgo de complicaciones considerando que llevan más de 3 embarazos, por lo que es importante la evaluación y examen físico constante.

Gráfico 23. 1.Frecuencia de ingresos anteriores en el HEM



Fuente: Tabla n°28.1

Tabla n° 29. Días de ingreso en usuarias de HEM Perquín y La Unión.

Días de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 días	65	43.3%
3 a 5 días	24	16.0%
5 a 10 días	45	30.0%
>10 días	16	10.7%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

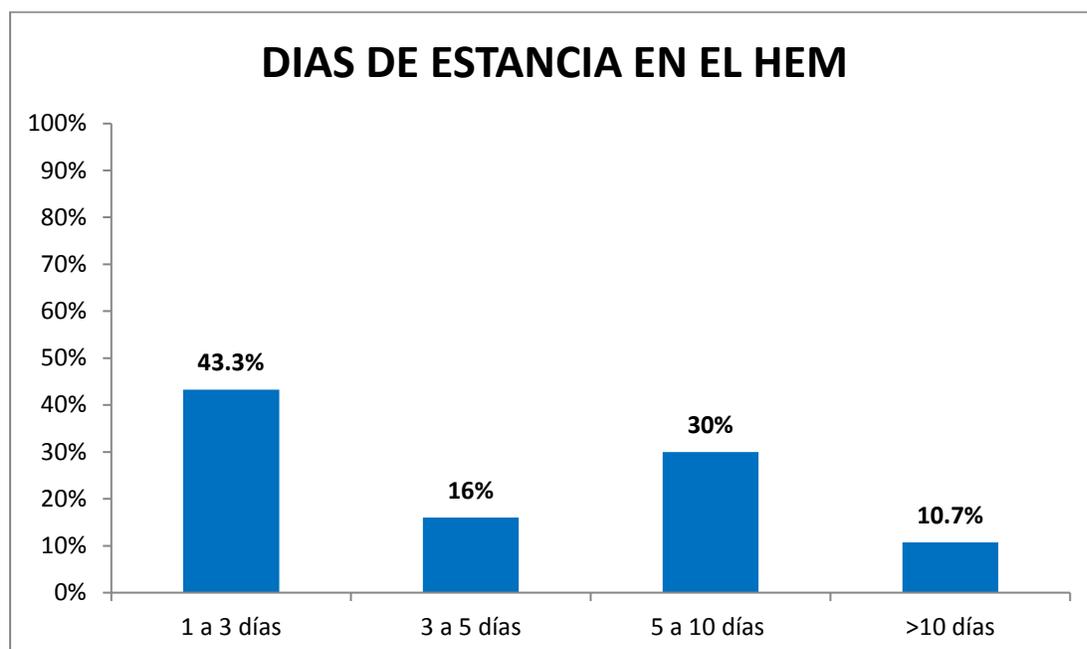
ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas la mayoría tenía de 1 a 3 días de ingreso en el HEM, seguido en porcentaje por 5 a 10 días de ingreso en HEM y en menor cantidad tenía más de 10 días de ingreso en el HEM.

INTERPRETACIÓN

El porcentaje de estancia en el hogares de espera materna es en su mayoría menor a 10 días, sabiendo que dentro de los criterios de ingreso a los HEM es 10 días antes de la fecha probable de parto y un pequeño porcentaje su estancia es mayor de 10 días, por lo que es acertado, este criterio de ingreso.

Gráfico 24. Días ingresadas en el HEM



Fuente: Tabla n°29

Tabla n° 30. Usuarías del HEM Perquín y La Unión que se les tomo la presión arterial.

Presión Arterial	Frecuencia	Porcentaje
Si	150	100%
No	0	0%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas a todas se le tomo la presión arterial.

INTERPRETACIÓN

En los HEM se cumplen la evaluación y examen físico diario de las embarazadas ingresadas para la detección precoz de trastornos hipertensivo durante el embarazo.

Gráfico 25. Usuaris del HEM que se le tomo la presión arterial



Fuente: Tabla n°30

Tabla n° 30. 1. Frecuencia de toma de presión arterial en usuarias de HEM Perquín y La Unión.

Presión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Cada 4 horas	18	12.0%
Cada 6 horas	18	12.0%
Cada 8 horas	85	56.7%
Cada 12 horas	27	18.0%
Cada 24 horas	1	0.7%
1 vez	1	0.7%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

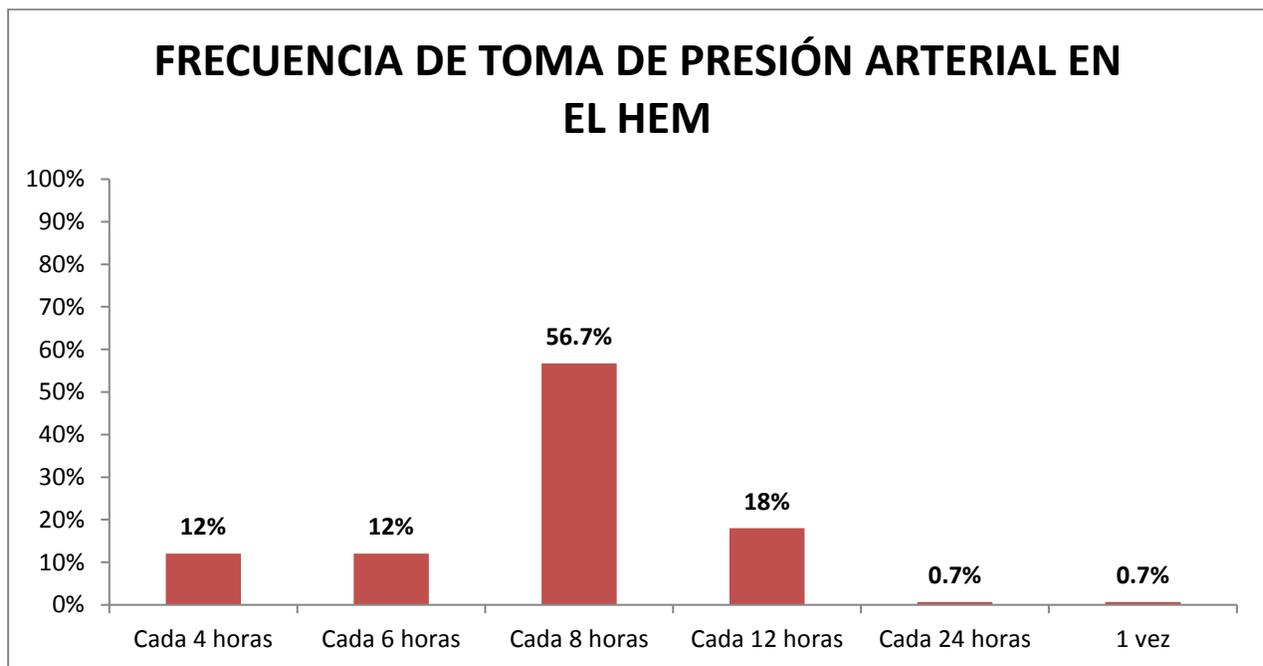
ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas a la mayoría se le tomo la presión arterial cada 8 horas, como los lineamientos lo indican, seguido la toma de presión cada 12 horas, y una minoría se encuentra la toma de presión cada 6 y 4 horas.

INTERPRETACIÓN

En los HEM en un casi en un 100% se cumple los lineamientos para el funcionamiento de esto, cabe destacar, que en el cual está establecido tomar la presión cada 8 horas o según el caso personalizado de la paciente para la detección precoz de los trastornos hipertensivo durante el embarazo, el cual ha sido un punto importante para la detección temprana de trastorno hipertensivo en el embarazo.

Gráfico 25. 1. Frecuencia de toma de presión arterial del HEM



Fuente: Tabla n°30.1

Tabla n° 31. Frecuencia de usuarias que se les trato con amabilidad en HEM Perquín y La Unión.

Trato con amabilidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	150	100%
No	0	0%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

ANÁLISIS

Todas las embarazadas del hogar de espera materno manifestaron se les dio un trato con amabilidad en su estancia.

INTERPRETACIÓN

El personal de los HEM realiza una atención con empatía y amabilidad hacia las usuarias de estos, causando en las usuarias sensación de comodidad y confianza al ingreso y el deseo de volver a ingresarse en embarazos posteriores.

Gráfico 26. Usuaris que se les trato con amabilidad en el HEM



Fuente: Tabla n°31

Tabla n° 32. Usuarías del HEM Perquín y La Unión que se le realizó tacto vaginal.

Tacto vaginal	Frecuencia	Porcentaje
Si	150	100%
No	0	0%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

ANÁLISIS

Todas las embarazadas ingresadas en el HEM se les realizó tacto vaginal.

INTERPRETACIÓN

En los HEM se realiza examen físico diario incluido el tacto vaginal que ayuda a detección de diferente etapa del trabajo del parto, así como infecciones vaginales y ruptura prematura de membranas.

Gráfico 27. Usuarías del HEM que se le realizó tacto vaginal



Fuente: Tabla n°32

Tabla n° 32. 1. Frecuencia de realización de tacto vaginal en usuarias HEM Perquín y La Unión.

Tacto vaginal	Frecuencia	Porcentaje
1 vez al día	93	62%
2 veces al día	41	27.3%
3 veces al día	8	5.3%
>4 veces al día	8	5.3%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

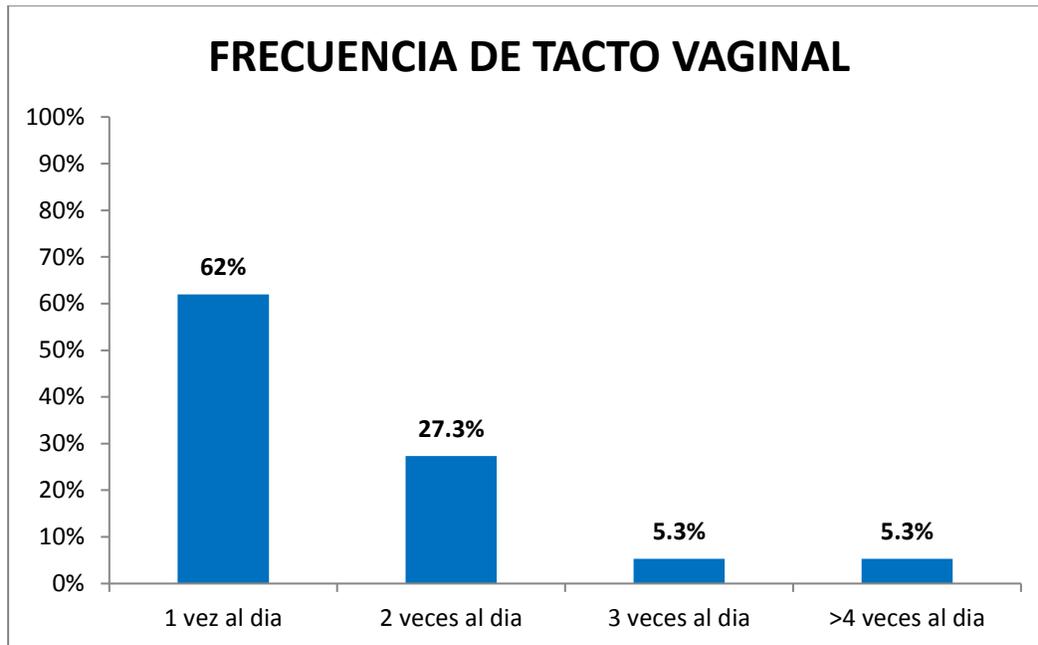
ANÁLISIS

Todas las pacientes ingresadas en el HEM se le realizaba tacto vaginal, de acuerdo a las necesidades de cada embarazada.

INTERPRETACIÓN

El personal materno infantil realizó diariamente el tacto vaginal a usuarias del HEM según el caso personal de cada embarazada, tomando en cuenta síntomas y signos, paridad de la paciente, lo que ayuda a la detección del inicio de trabajo de parto, infecciones, o ruptura de membranas, la evaluación diaria ayuda al hecho que no todas las pacientes refieren o expresan signos y síntomas.

Gráfico 27. 1. Frecuencia de realización de tacto vaginal



Fuente: Tabla n°32.1

Tabla n° 33. Usuaris del HEM Perquín y La Unión a las que se les ausculto la frecuencia cardiaca fetal.

Frecuencia cardiaca fetal	Frecuencia	Porcentaje
Si	150	100%
No	0	0%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

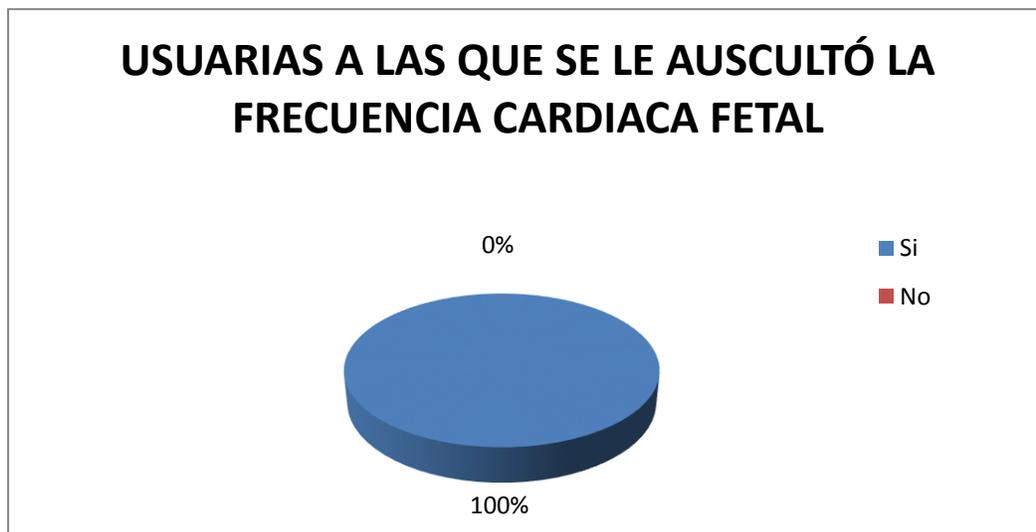
ANÁLISIS

A todas las embarazadas encuestadas se les tomo la frecuencia cardiaca fetal, lo que ayuda a detectar variabilidad en los focos cardiacos fetales.

INTERPRETACIÓN

El personal materno infantil ha tomado la frecuencia cardiaca fetal diariamente, para la detección precoz de complicaciones fetales durante la gestación.

Gráfico 28. Usuaris a las que se les auscultó la frecuencia cardiaca fetal



Fuente: Tabla n°33

Tabla n° 33. 1. Frecuencia de auscultación de frecuencia cardiaca fetal en usuarias de HEM Perquín y La Unión.

Frecuencia cardiaca fetal	Frecuencia	Porcentaje
1 vez al día	1	0.7%
2 veces al día	4	2.7%
3 veces al día	117	78.0%
4 veces al día	20	13.3%
>5 veces al día	8	5.3%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

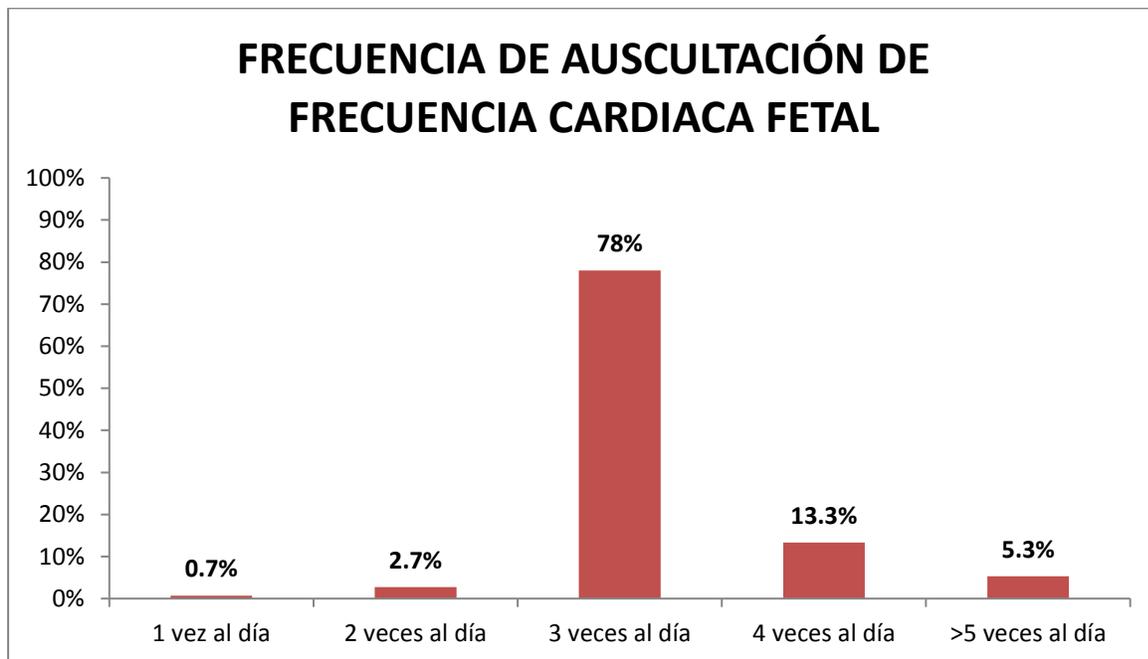
ANÁLISIS

De las embarazadas encuestadas a todas se les tomo la frecuencia cardiaca fetal con mayor frecuencia cada 8 horas, seguido de la necesidad de cada paciente.

INTERPRETACIÓN

En los HEM el personal materno infantil toma la FCF cada 8 horas que es lo establecido según los lineamientos de los HEM, el otro porcentaje según las necesidades de las pacientes si se encontraba variaciones en este, lo que ha ayudado a la detección de complicaciones y poder referir a estas pacientes con riesgo.

Gráfico 28. 1. Frecuencia de auscultación de frecuencia cardiaca fetal



Fuente: Tabla n° 33.1

Tabla n° 34. Usuarías del HEM Perquín y La Unión que se les explico el procedimiento de la evaluación.

Le explicaron el procedimiento de evaluación	Frecuencia	Porcentaje
Si	147	98.0%
No	3	2.0%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

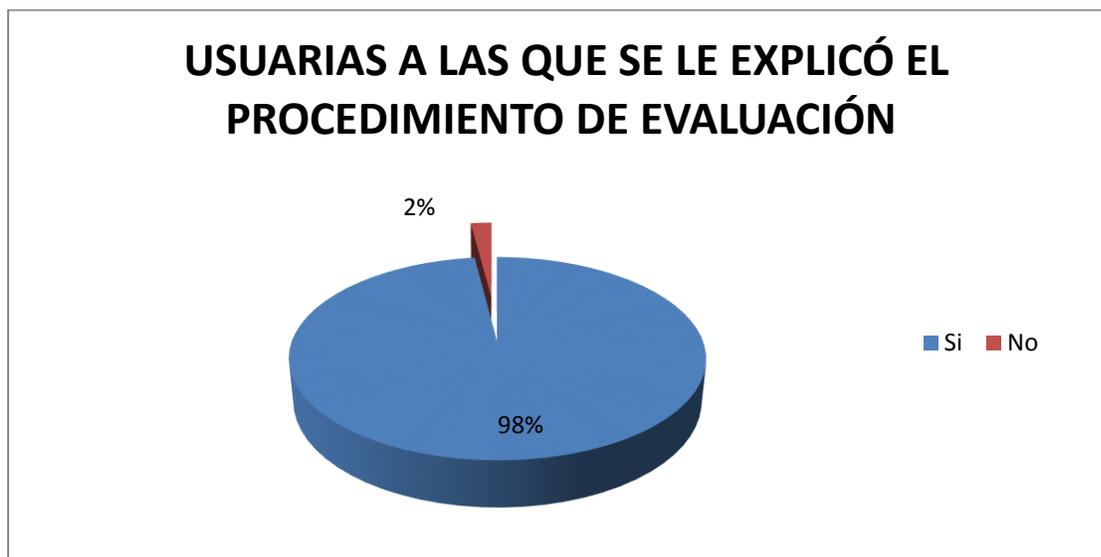
ANÁLISIS

De 150 embarazadas ingresadas en los HEM Perquín y La Unión, 147 refiere le explicaron en qué consistía el procedimiento de evaluación y 3 referían que no se les explico.

INTERPRETACIÓN

El personal de los HEM en su mayor porcentaje explica a las pacientes sobre los procedimientos a realizarse, para que esta se sienta con más empatía hacia el personal materno-infantil como el médico.

Gráfico 29. Usuaris a las que se les explicó el procedimiento de evaluación



Fuente: Tabla n° 34

Tabla n° 35. Usuaris del HEM Perquín y La Unión a las que se le explicó el resultado de evaluación.

Se le explicó el resultado de evaluación	Frecuencia	Porcentaje
Si	144	96.0%
No	6	4.0%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

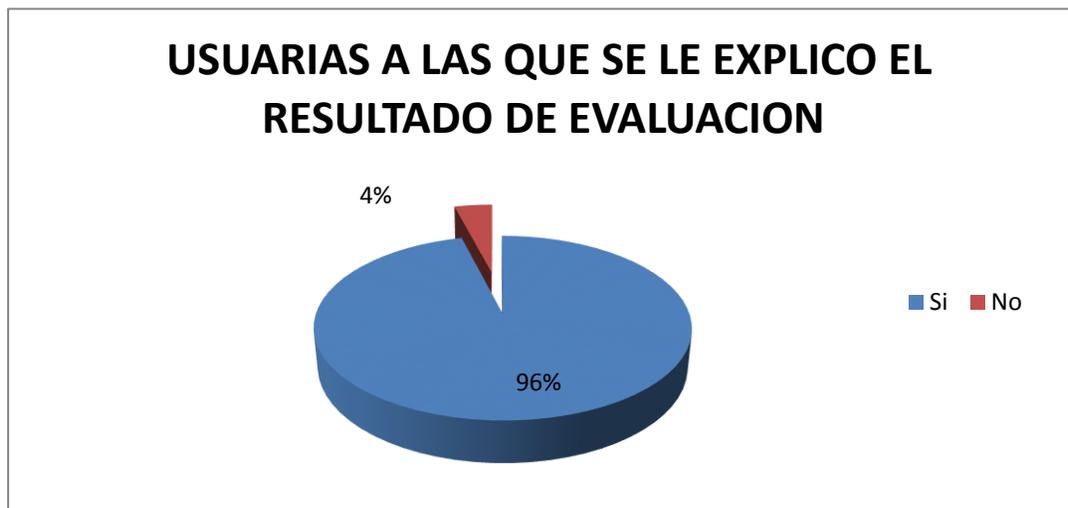
ANÁLISIS

De 150 embarazadas ingresadas en los HEM Perquín y La Unión, a 144 se le explicó el resultado de la evaluación que se le realizó y a 6 refiere no se le explicó los resultados.

INTERPRETACIÓN

El personal de los HEM en su mayor porcentaje explica los resultados de las evaluaciones de las embarazadas.

Gráfico 30. Usuaris a las que se le explico el resultado de evaluación



Fuente: Tabla n° 35

Tabla n° 36. Usuaris del HEM Perquín y La Unión diagnosticada en embarazos anteriores con Preeclampsia.

Ha tenido Preeclampsia	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	13.3%
No	130	86.7%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

ANÁLISIS

Del total de la población, 13 de cada 100 embarazadas ingresadas en los HEM han sido diagnosticada con preeclampsia.

INTERPRETACIÓN

De cada 100 embarazadas ingresadas en los HEM de espera materno 13 han sido diagnosticada con Preeclampsia, teniendo en cuenta que un buen porcentaje de estas son nulíparas y multigestas, además de otros factores de riesgo que esta población posee, se considera en cuenta la importancia del personal de los HEM de tomar la presión arterial para la detección precoz de estas complicaciones materna. Además se considera como la segunda complicación materna más frecuente en la población de estudio.

Gráfico 31. Usuaris diagnosticadas anteriormente con preeclampsia



Fuente: Tabla n° 36

Tabla n° 37. Usuaris del HEM Perquín y La Unión que han sido diagnosticadas anteriormente con ruptura prematura de membranas.

Ha presentado ruptura prematura de membranas	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	14.7%
No	128	85.3%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas la mayoría no se ha diagnosticado con ruptura prematura de membranas y una minoría si fue diagnosticada.

INTERPRETACIÓN

La patología más frecuente en la población del HEM Perquín y La Unión es la ruptura prematura de membrana, la cual es de importancia conocer la sintomatología tanto del personal del HEM como la embarazada, como la evaluación diaria para poder referir a la paciente oportunamente.

Gráfico 32. Usuarias diagnosticadas anteriormente con ruptura prematura de membranas



Fuente: Tabla n° 37

Tabla n° 38. Lugar de diagnóstico de usuarias que en su embarazo anterior se han tenido preeclampsia/ruptura prematura de membranas.

Donde fue diagnosticada	Frecuencia	Porcentaje
Hogar de espera materno	23	54.8%
Hospital nacional	11	26.2%
Unidad de salud	8	19.0%
Total	42	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

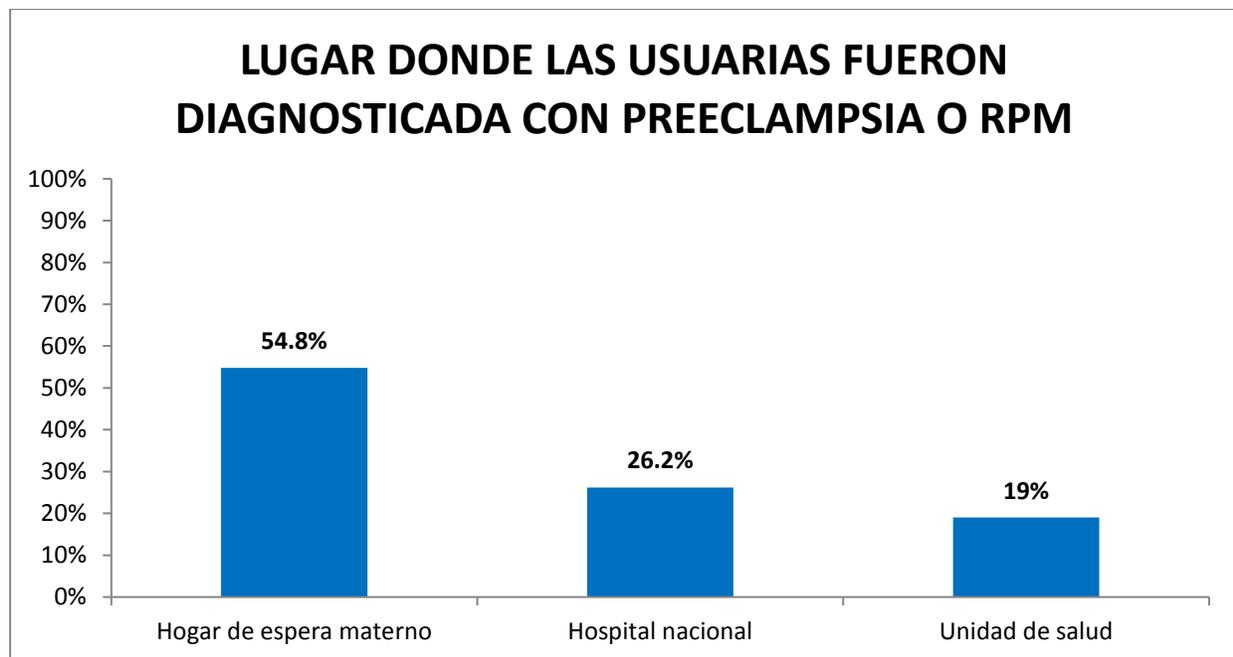
ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas, que fueron diagnosticadas con ruptura prematura de membranas/preeclampsia la mayoría fue diagnosticado en los Hogares de Espera Materna seguida de hospitales nacionales y en una minoría en las unidades de salud.

INTERPRETACIÓN

Los hogares de espera materna forman un papel importante en el diagnóstico de preeclampsia y la ruptura prematura de membranas mediante la evaluación y examen físico constate, teniendo el mayor porcentaje de diagnóstico de estas en embarazadas ingresadas en estos HEM, afirmado que entre mayor evaluación mayor detección de complicaciones.

Gráfico 33. Lugar de donde las usuarias fueron diagnosticadas con preeclampsia o RPM



Fuente: Tabla n° 38

Tabla n° 39. Calificación de la atención de los HEM Perquín y La Unión.

Atención que brinda el HEM	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	144	96.0%
Buena	6	4.0%
Regular	0	0.0%
Mala	0	0.0%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas la mayoría refiere muy buena atención brindada por el personal materno infantil y una minoría refiere buena atención, ninguna embarazada refirió la atención como regular o mala.

INTERPRETACIÓN

Las embarazadas ingresadas en los HEM se sienten cómodas en estos por el buen trato que les brinda el personal materno infantil en los hogares de espera materna, deseando así ingresarse en futuros embarazos.

Gráfico 34. Calificación de la atención brindada por los HEM



Fuente: Tabla n° 39

Tabla n° 40. ¿Recomendaría usted los HEM?

Recomendaría los HEM	Frecuencia	Porcentaje
Si	150	100%
No	0	0%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

ANÁLISIS

Del total de embarazadas encuestadas todas refieren que recomendarían los hogares de espera materno.

INTERPRETACIÓN

Las embarazadas ingresadas en los hogares de espera materna por experiencias satisfactorias dentro de estos ya sea por la calidad de la atención, evaluación y examen físico diario, entre otros benéficos recomendarían estos hogares.

Gráfico 35. ¿Recomendaría los HEM?



Fuente: Tabla n° 40

Tabla n° 40. 1. Motivos por los que usuarias del HEM lo recomendarían.

Motivos de recomendación de los HEM	Frecuencia	Porcentaje
Ahorro de dinero	11	7.3%
Amabilidad y buena atención	21	14.0%
Alojamiento y alimentación	1	0.7%
Cerca de Unidad de Salud/Hospital	17	11.3%
Dan alimentación	2	1.3%
Dan transporte	9	6.0%
Domicilio lejano o Residencia en Isla	9	6.0%
Evaluación y examen físico frecuente	54	36.0%
Más comodidad	24	16.0%
Prevenir complicaciones	1	0.7%
Seguridad	1	0.7%
Total	150	100%

Fuente: entrevista de usuarias de HEM Perquín y La Unión.

ANÁLISIS

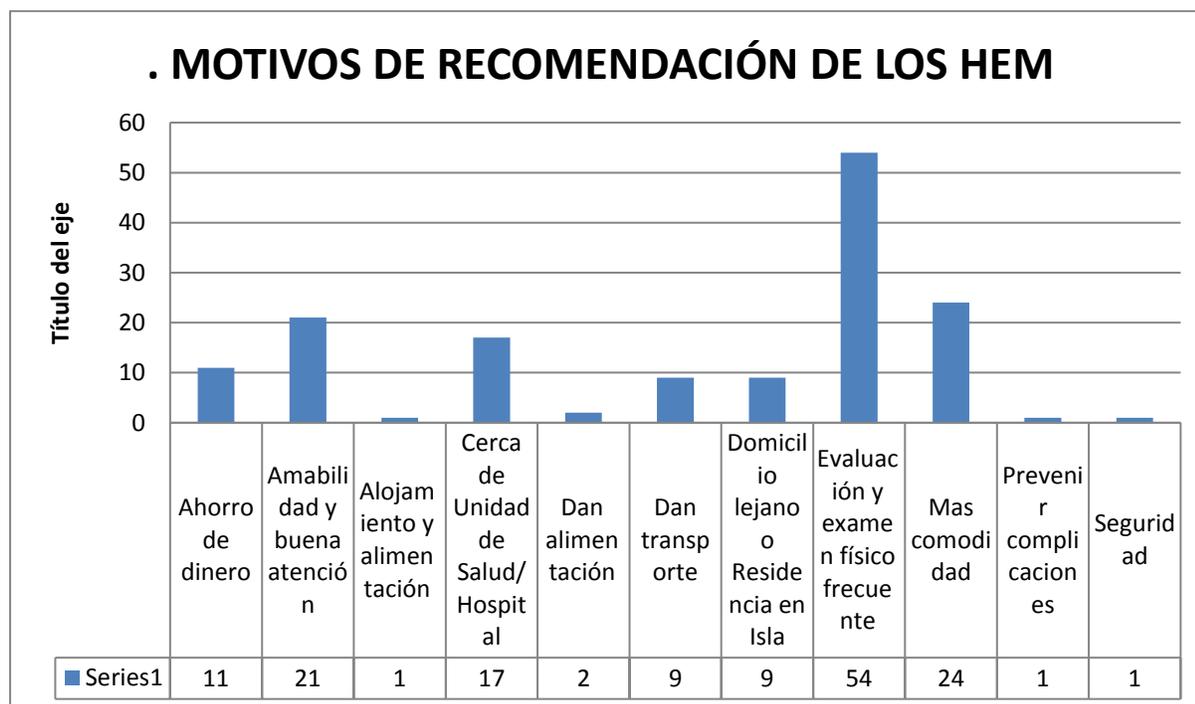
Del total de embarazadas encuestas la mayoría recomendaría los hogares de espera materno por la evaluación y examen físico frecuente, seguido por mayor comodidad y amabilidad con buena atención, y una minoría refiere que lo recomendaría por cercanía a la unidad de salud / hospital y ahorro de dinero, entre otros.

INTERPRETACIÓN

La población de embarazadas consideran los ingresos a los HEM porque la evaluación y examen físico frecuente lo que las hace sentir con más seguridad por la detección precoz de complicaciones, estas son pacientes generalmente del área rural con pocos

recursos económicos, con difícil acceso a unidades de salud y hospital se miran favorecidas con estos hogares, donde se les brinda atención constante, alimentación

Gráfico 35. 1. Motivos de recomendación de los HEM



Fuente: Tabla n° 40.1

5.3 TABLAS COMPARATIVAS DE LISTAS DE COTEJOS Y ENTREVISTAS A EMBARAZADAS INGRESADAS EN LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA

La población incluida en las tablas comparativas son todas las embarazadas que estuvieron ingresadas durante los años 2015-2018 así como las embarazadas que se entrevistaron en el 2019 en los hogares de espera materna de Perquín, Morazán y del Municipio de la Unión, La Unión (Población Total)

Tabla n° 41. Distribución de signos vitales tomados < 8 horas en relación a detección de complicaciones

Signos vitales < 8 h		
Edad	Toma Signos Vitales (%)	Complicación Detectada (%)
<15 años	2.00	1.00
15-35	93.00	22.00
>35 años	5.00	2.00
Total	100.00	25.00

Fuente: Cedula de entrevista más Cotejos dirigida a la población de estudio.

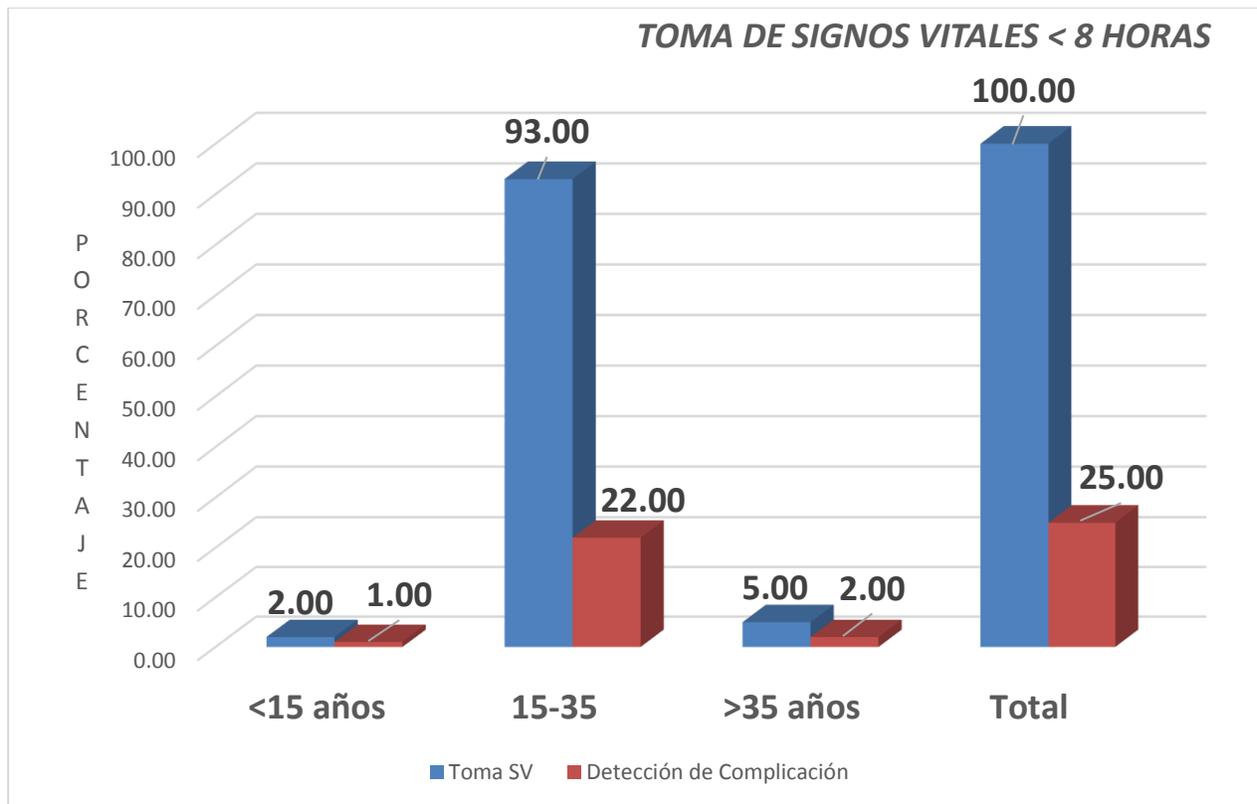
ANÁLISIS:

Se puede observar una tabla con doble información, en donde se toma la frecuencia de toma de signos vitales < de 8 horas por rango de edades y las complicaciones que se presentaron en estas usuarias de los HEM, en las < de 15 años se encuentra un 2% de las usuarias que se le tomaron los signos vitales menor de 8 horas y con una complicación de 1% pero del 100% de la población, por lo que las usuarias de 15 a 35 años de edad se presentan con un 93% de toma de signos vitales que representan un 22% de complicaciones en esta población, por último se analiza las mayores de 35 años en donde se tomaron signos vitales < de 8 horas con un 5% y de estos solo se encontraron un 2% de complicaciones. Con un total de 25% del 100% de la población investigada.

INTERPRETACIÓN:

En esta tabla de doble entrada en donde se observa el porcentaje de las usuarias que fueron examinadas según lineamientos de los HEM y el porcentaje de esta población que se le detectó complicaciones con dicho procedimiento, tomando como resultado que del 100% de las usuarias de los HEM con este método se logró determinar un 25% de complicaciones, es decir que examinar a las usuarias de manera constante si tiene un valor predictivo en la detección de complicaciones, siendo las embarazadas de 15 a 35 años la de mayor muestra por consiguiente las de mayor porcentaje en dichas complicaciones.

Gráfico 36. Distribución de signos vitales tomados < 8 horas en relación a detección de complicaciones



Fuente: Tabla n°41.

Tabla n° 42. Distribución de signos vitales tomados > 8 horas en relación a detección de complicaciones

Signos vitales > 8 h		
Tipo	Toma Signos Vitales (%)	Complicaciones Detectadas (%)
<15 años	3.13%	0%
15-35	96.88%	9.38%
>35 años	0%	0%
Total	100%	9%

Fuente: Cedula de entrevista más Cotejos dirigida a la población de estudio.

ANÁLISIS:

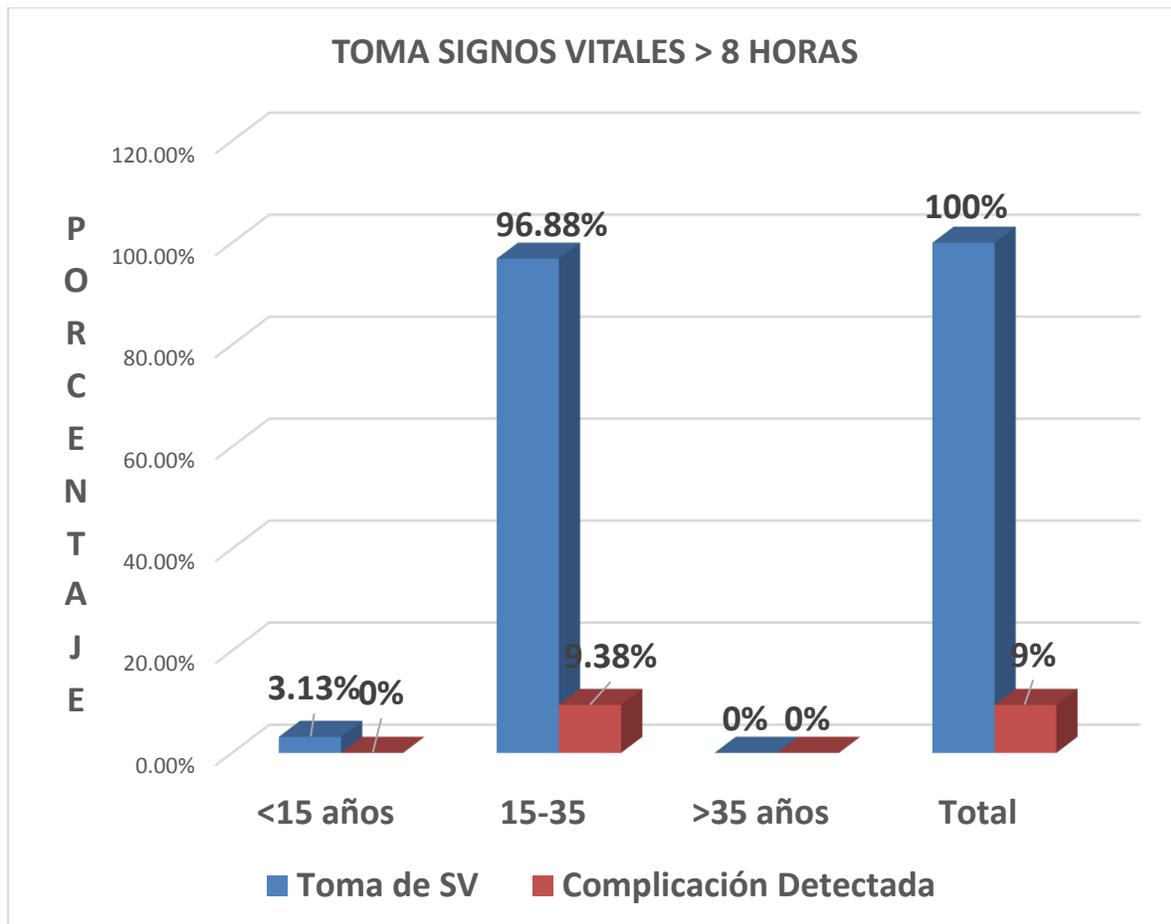
Se puede observar una tabla con doble información, en donde se expresa la frecuencia de toma de signos vitales > de 8 horas por rango de edades y las complicaciones que se presentaron en estas usuarias de los HEM, en las < de 15 años se encontraron un 3.13% de las usuarias con toma mayores de 8 horas a lo que no se logró detectar alguna complicación , por lo que las usuarias de 15 a 35 años de edad se presentan con un 96% de toma de signos vitales que representan el 9% de complicaciones en esta población, por último se analiza las mayores de 35 años en las cuales no se examinaron mayor de 8 horas por ende no se presentan complicaciones detectadas . Con un total de 9 % de complicaciones del 100% de la población investigada.

INTERPRETACIÓN:

En esta tabla de doble entrada se observa el porcentaje de las usuarias que fueron examinadas mayor de 8 horas y el porcentaje de esta población que se le detecto complicaciones con dicho procedimiento, tomando como resultado que del 100% de las usuarias de los HEM con este método solo se logró determinar un 9% de complicaciones, es decir que al examinar a las usuarias de manera no constante tiene un valor predictivo en la detección de complicaciones pero de mínimo alcance, siendo

las embarazadas de 15 a 35 años la de mayor número por consiguiente solo en esta muestra se presentaron dichas complicaciones

Gráfico 37. Distribución de signos vitales tomados > 8 horas en relación a detección de complicaciones



Fuente: Tabla n°42

Tabla n° 43. Distribución de la población por toma de signos vitales y detección de trastornos hipertensivos en el embarazo

Signos Vitales	(%)	Detección de Trastornos Hipertensivos (%)
< 8 h	97%	6.27%
> 8 h	3%	0%
Total	100%	6%

Fuente: Cedula de entrevista más Cotejos dirigida a la población de estudio.

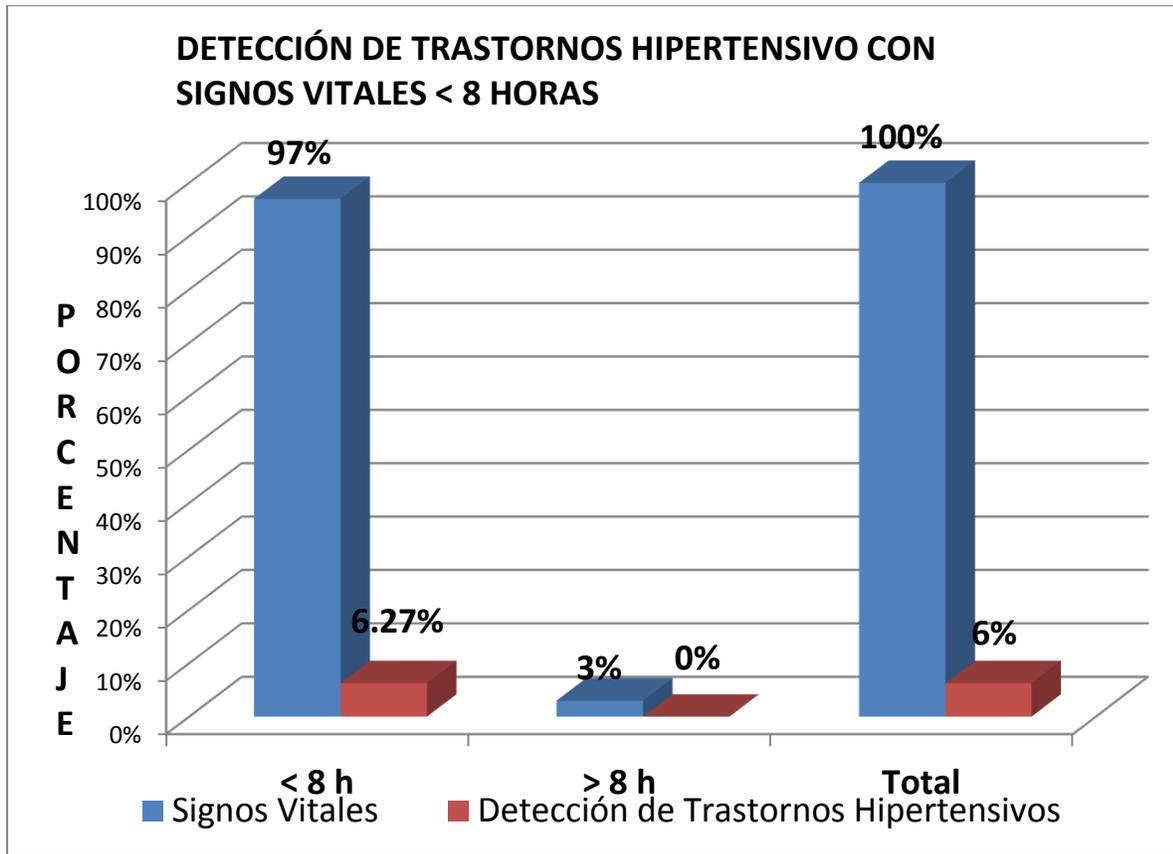
ANÁLISIS:

En esta tabla de doble entrada se puede observar el número de usuarias de los HEM a las que se le examinaron en < de 8 horas con un porcentaje del 97% del total de las usuarias y que de estas solo el 6.21% presento una complicación específica denominada los Trastornos hipertensivos en el embarazo, mientras tanto un 3% a las que se examinaron mayor de 8 horas no se logró detectar trastornos hipertensivos.

INTERPRETACIÓN:

En esta tabla se quería deducir cuantas mujeres del 100% de la muestra podrían presentar trastornos hipertensivos con la atención constante en los HEM a lo que queda reflejado que dicho procedimiento según lineamiento permite detectar un número del 6% de esta patología, y se observa que aquellas mujeres a las que no examinaron de manera constante no se encontraron alteraciones en el embarazo, dándole valor predictivo al lineamiento para poder diagnosticar trastornos hipertensivos según signos vitales, historia clínica y examen físico de manera constante es decir cada 8 horas.

Gráfico 38. Distribución de la población por toma de signos vitales y detección de trastornos hipertensivos en el embarazo



Fuente: Tabla 43.

Tabla n° 44. Distribución de la población por toma de signos vitales y detección de Ruptura prematura de membrana.

Signos Vitales	(%)	Ruptura prematura de membrana (%)
< 8 h	97%	6.71%
> 8 h	3%	0%
Total	100%	7%

Fuente: Cedula de entrevista más Cotejos dirigida a la población de estudio.

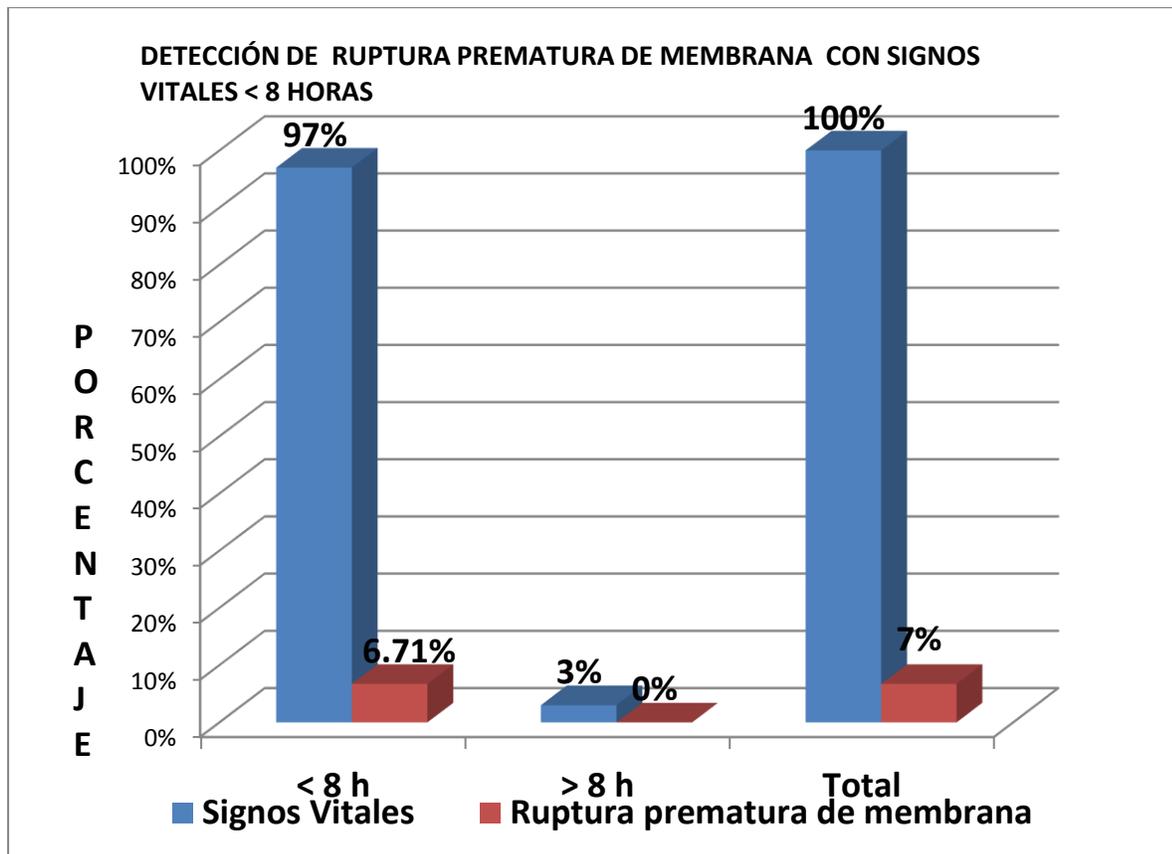
ANÁLISIS:

En esta tabla de doble entrada se tiene información del número de usuarias de los HEM a las que se le examinaron en < de 8 horas con un porcentaje del 97% del total de las embarazadas y que de estas solo el 6.71% presento una complicación específica denominada Ruptura prematura de membranas los el embarazo, mientras tanto un 3% a las que se examinaron mayor de 8 horas no se logró detectar dicha patología.

INTERPRETACIÓN:

Se trata de hacer una comparación de las embarazadas a las que examinaron según lineamientos de los HEM y aquellas que no fueron examinadas según dicho lineamientos, dando un resultado favorable en aquellas a las que se les tomo signos vitales, se realizó examen físico de manera constate en comparación a las que no, con un total de 100% de todas las embarazadas solo un 7% presento Ruptura prematura de membrana, encontrándose necesario la constante evaluación de estas pacientes para no dejar pasar por alto dicha complicación.

Gráfico 39. Distribución de la población por toma de signos vitales y detección de ruptura prematura de membrana.



Fuente: Tabla n°44.

5.4 OPINIÓN DE PERSONAL MATERNO INFANTIL DE LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA

La población incluida en la investigación son las licenciadas de materno infantiles que se encontraban laborando en los hogares de espera materna de Perquín, Morazán y del Municipio de la Unión, La Unión durante el periodo del estudio. (Población Total 8).

Tabla n° 45. Conocimiento de licenciadas materno infantil sobre los lineamientos de espera materna

Conocimiento de lineamientos de espera materna	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

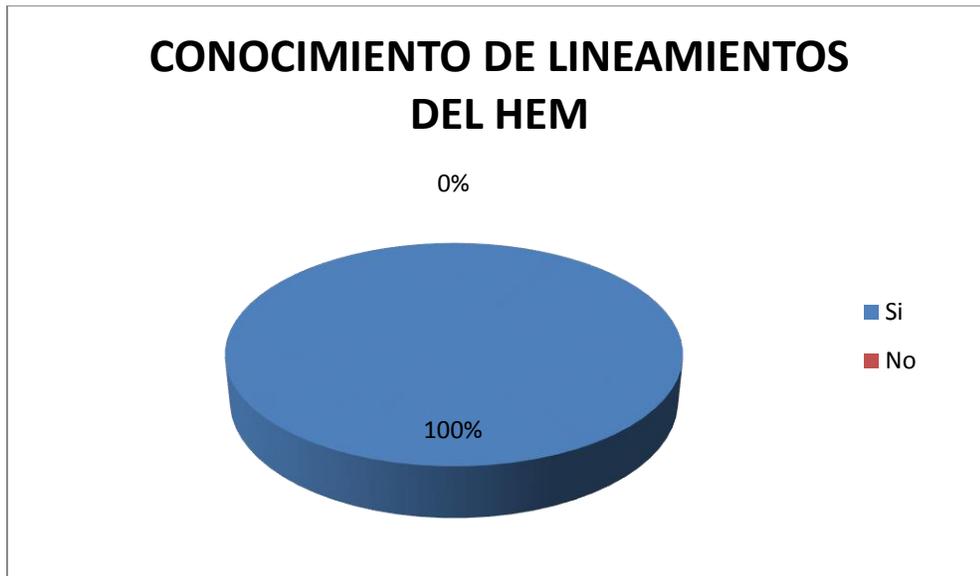
ANÁLISIS

Del total de licenciadas materno infantil encuestadas todas conocen los lineamientos de atención de los hogares de espera materno.

INTERPRETACIÓN

El conocimiento de los lineamientos de atención de espera materno es necesario para la atención adecuada, de calidad a las usuarias de los HEM, así mismo para el seguimiento de la evaluación y examen físico rutinario que se les realiza a estas, donde se expone frecuencia para la realización de este, el cual favorece a la detección precoz de complicaciones.

Gráfico 40. Conocimiento de lineamientos del HEM



Fuente: Tabla n°45

Tabla n° 46. Cumplimiento de los lineamientos de atención de los hogares de espera materno.

Cumplimiento de los lineamientos del HEM	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

ANÁLISIS

Del total de licenciadas materno infantil encuestadas todas refieren cumplen los lineamientos de atención de los hogares de espera materno.

INTERPRETACIÓN

El cumplimiento de los lineamientos de atención de los HEM por parte del personal materno infantil es de primordial importancia para una atención adecuada, de calidad a las usuarias donde se estable pautas de atención en casos específicos de patologías, personalizando en si a cada usuaria además para la detección oportuna de complicaciones.

Gráfico 41. Cumplimiento de lineamientos de atención de los HEM



Fuente: Tabla n°46

Tabla n° 47. Frecuencia de toma de la presión arterial en usuarias de los HEM.

Toma de presión arterial	Frecuencia	Porcentaje
<4 horas	0	0%
4-6 horas	8	100%
6-8 horas	0	0%
>8 horas	0	0%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

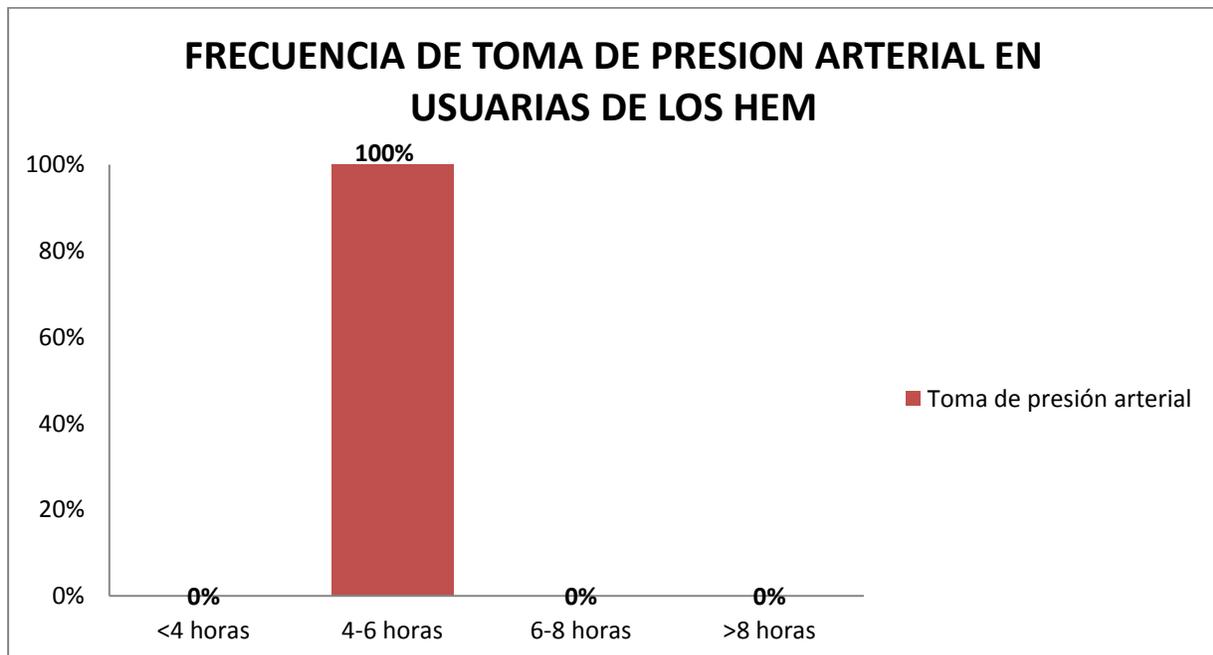
ANÁLISIS

Del total de licenciadas materno infantil encuestadas todas refieren toman la presión arterial de 4 a 6 horas, ninguna refiere menor a cada 4 horas o mayor de 8 horas.

INTERPRETACIÓN

Considerando que en los lineamientos de atención de los HEM se establece la toma de presión arterial cada 8 horas o individualizar el caso de cada paciente, observamos que en los HEM la toma de presión arterial es de manera frecuente detectando así precozmente trastornos hipertensivos del embarazo, se individualiza el caso de cada paciente.

Gráfico 42. Frecuencia de toma de presión arterial en usuarias de los HEM



Fuente: Tabla n°47

Tabla n° 48. Rango de presión arterial considerada como criterio de preeclampsia.

Rango de presión arterial	Frecuencia	Porcentaje
<120/80	0	0%
120/80	0	0%
130/80	0	0%
>140/90	8	100%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

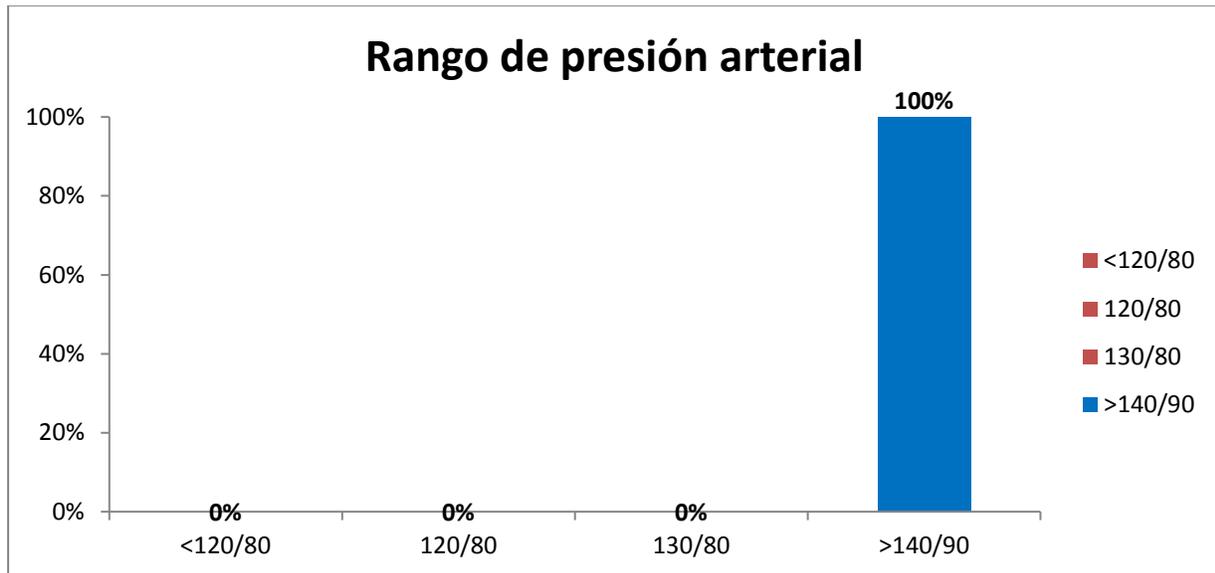
ANÁLISIS

Del total de licenciadas materno infantil encuestadas todas consideran que la presión arterial considerada como criterio diagnóstico de preeclampsia es >140/790.

INTERPRETACIÓN

Las licenciadas materno infantil de los HEM tiene conocimientos sobre rango de presiones considera preeclampsia, lo que ayuda a una atención y evaluación de calidad a las usuarias de los HEM pudiendo hacer diagnóstico de trastorno hipertensivos en los HEM.

Gráfico 43. Rango de presión arterial considerada como criterio de preeclampsia



Fuente: Tabla n° 48

Tabla n° 49. Forma de detección de ruptura prematura de membranas en los HEM.

Detección de RPM	Frecuencia	Porcentaje
Historia clínica	0	0%
Examen físico	0	0%
Examen físico e historia clínica	8	100%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

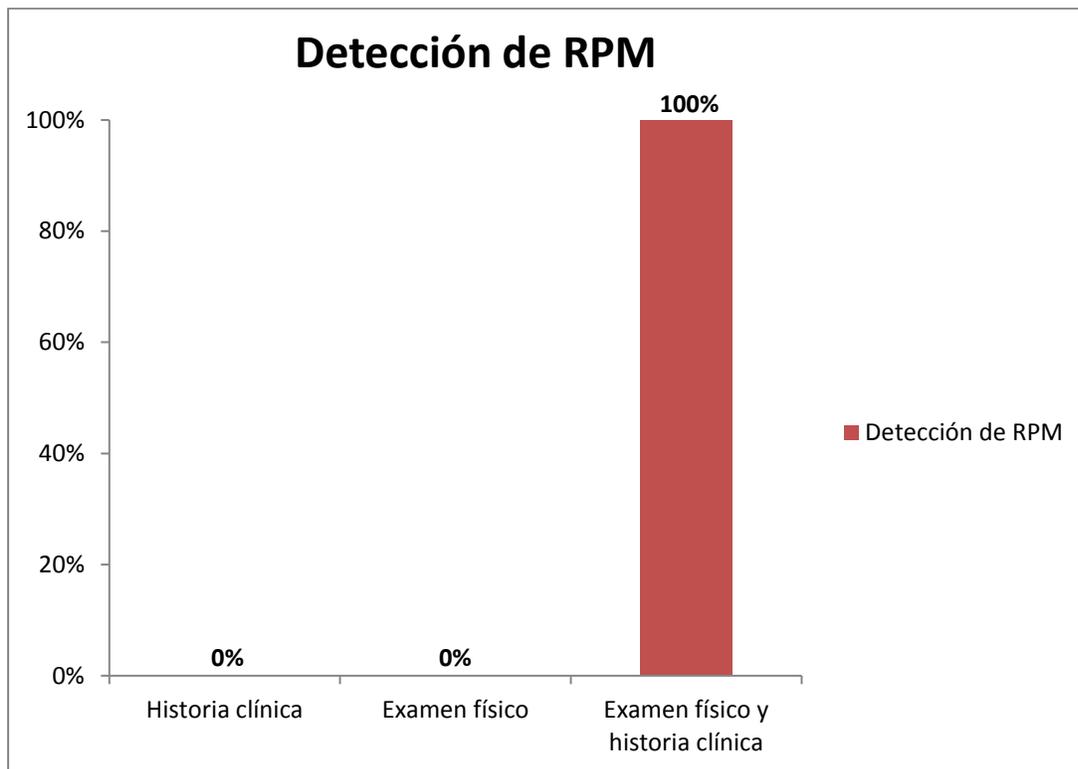
ANÁLISIS

Del total de licenciadas materno infantil encuestadas todas refieren que la detección de ruptura prematura de membranas se realiza mediante historia clínica y examen físico.

INTERPRETACIÓN

Los lineamientos de atención de los HEM mencionan referir a toda paciente con historia de ruptura prematura de membranas aunque al examen físico no se evidencia, para estudios en área hospitalaria, considerando no solo esto, las licenciadas materno infantil toma en consideración no solo la historia clínica sino el examen físico, dando que algunas pacientes ya sea por falta de conocimiento no refieren historia de ruptura, sino que a la evaluación física (tacto vaginal) se muestra alguna alteración, por lo que se considera importante ambos criterios.

Gráfico 44. Detección de ruptura prematura de membranas.



Fuente: Tabla n°49

Tabla n° 50. Se le realiza tacto vaginal a las usuarias del HEM.

Se realiza tacto vaginal	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

ANÁLISIS

Del total de licenciadas materno infantil encuestadas todas refieren le realizan tacto vaginal a las embarazadas ingresadas en los HEM.

INTERPRETACIÓN

La realización del tacto vaginal por el personal materno infantil es de importancia no solo para la detección de las diferentes fases de progresión en el trabajo de parto, sino también para detección de ruptura prematura de membranas , infecciones vaginal o presentación fetales anómalas, por lo cual entre más se realiza el examen físico más detección precoz de complicaciones materno-infantil.

Gráfico 45. Realiza tacto vaginal a usuarias de los HEM



Fuente: Tabla n° 50

Tabla n° 51. Frecuencia de realización de tacto vaginal.

Frecuencia de tacto vaginal	Frecuencia	Porcentaje
Ingreso al HEM/inicio de trabajo de parto	6	75%
Cada 6 horas	1	12.5%
Según necesidad de paciente	1	12.5%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

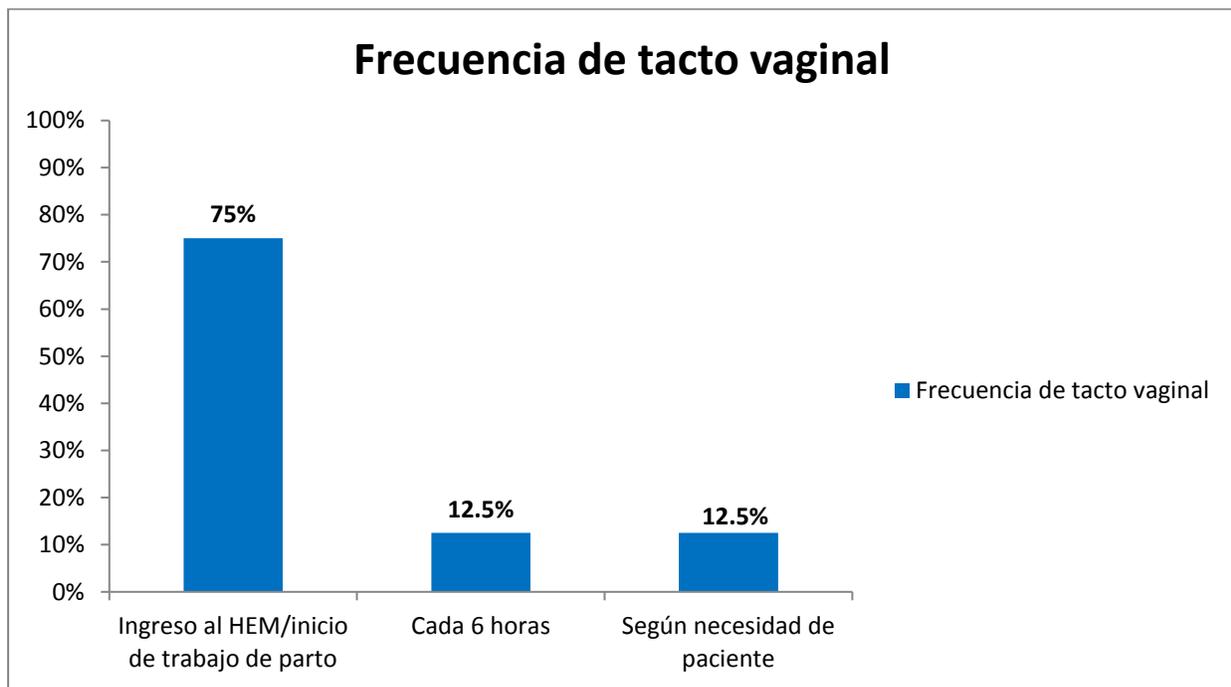
ANÁLISIS

Del total de licenciadas materno infantil encuestadas la mayoría refiere realiza tacto vaginal al ingreso al HEM e inicio de trabajo de parto, un porcentaje menor cada seis horas y según necesidad del paciente.

INTERPRETACIÓN

En los HEM a toda paciente al ingreso se le realiza tacto vaginal, la frecuencia de este depende de la situación de cada usuaria, sintomatología y examen físico al ingreso, por lo que es algo relativo.

Gráfico 46. Frecuencia de realización de tacto vaginal



Fuente: Tabla n°51

Tabla n° 52. Método de detección de infección de vías urinarias en embarazadas del HEM.

Método de detección de infección de vías urinarias	Frecuencia	Porcentaje
Examen general de orina	8	100%
Tiras reactivas	0	0%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

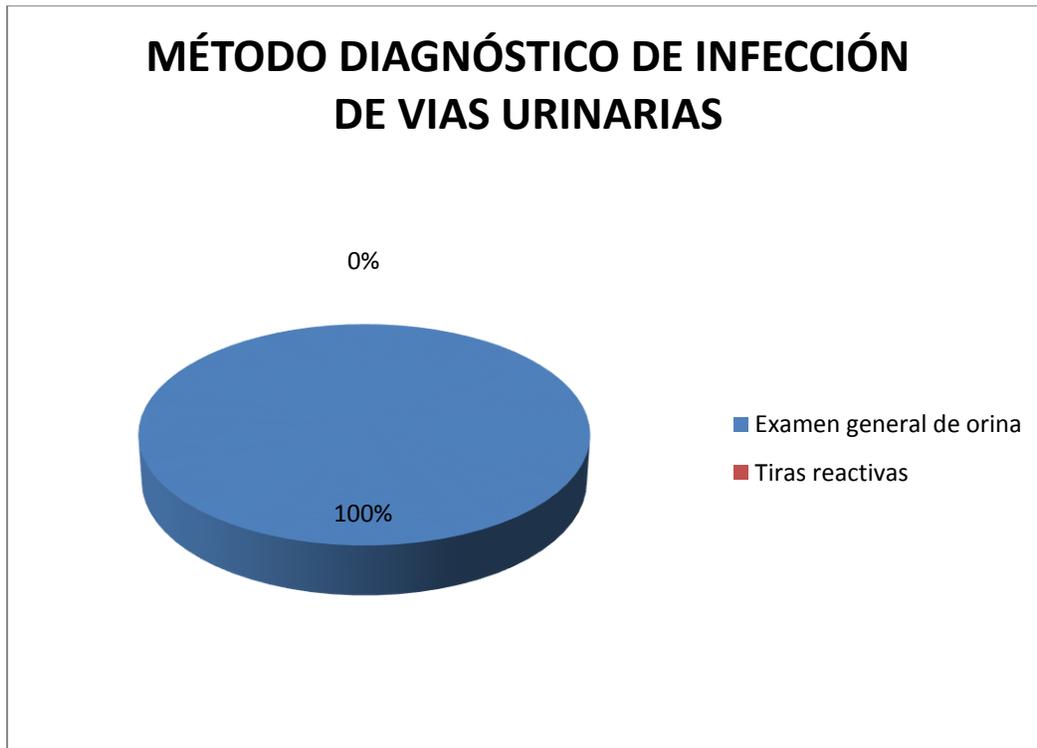
ANÁLISIS

Del total de licenciadas maternos infantil encuestadas todas están de acuerdo que el método diagnóstico para infección de vías urinarias es el examen general de orina.

INTERPRETACIÓN

Las licenciadas materno infantil realizan examen general de orina para diagnóstico de infección de vías urinarias cuando sospechan esta patología, dado a la ubicación del HEM que se encuentra cerca de la unidad de salud que cuenta con laboratorio clínico y se trasladan a las pacientes a este, también toman en cuenta la tira reactiva de manera ocasional.

Gráfico 47. Método diagnóstico de infección de vías urinarias



Fuente: Tabla n°52

Tabla n° 53. Realización de charlas sobre signos y síntomas de alarma que producen complicaciones en el embarazo en el HEM.

Realización de charlas	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

ANÁLISIS

Del total de licenciadas materno infantil encuestadas todas realizan charlas sobre signos y síntomas de alarma que producen complicaciones en el embarazo.

INTERPRETACIÓN

La realización de charlas a las embarazadas ingresadas en los HEM forma parte de la educación a la paciente sobre estos para informar a las licenciadas materno infantil cuando ellas presente cualquier signo o síntomas y así realizar evaluación y examen físico de manera oportuna para la detección de complicaciones.

Gráfico 48. Realización de charlas sobre signos y síntomas de alarma



Fuente: Tabla n°53

Tabla n° 54. Complicación detectada con más frecuencia en los HEM

Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno hipertensivo	4	50%
Ruptura prematura de membranas	3	37%
Infección de vías urinarias	1	13%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

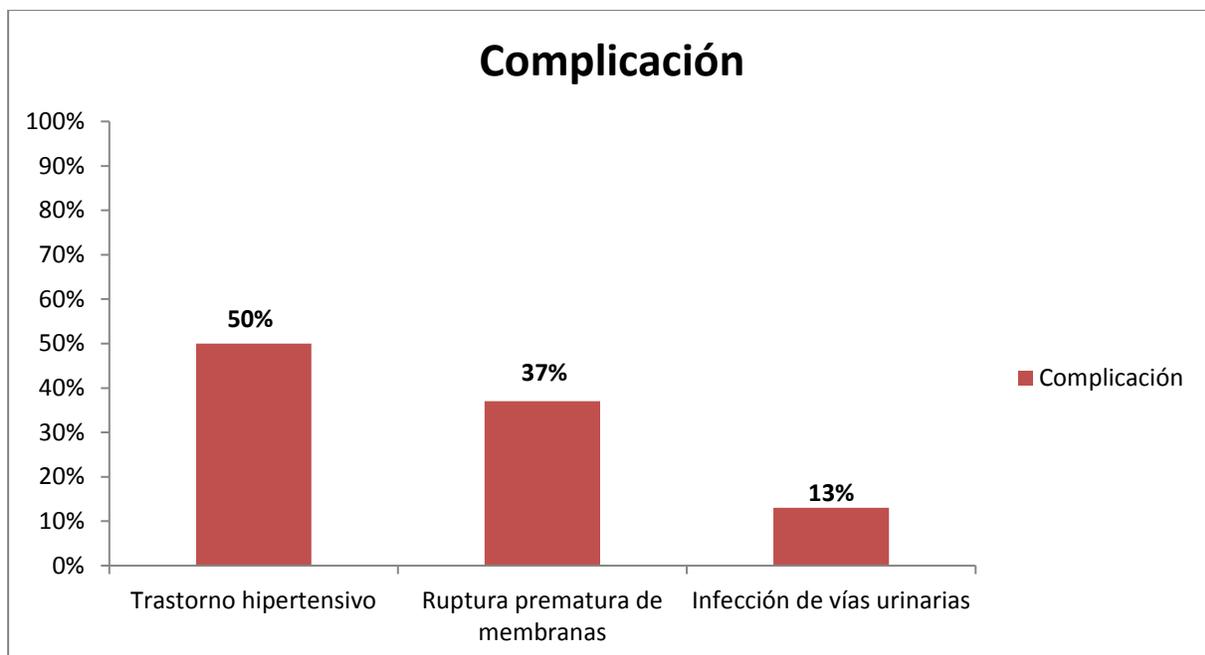
ANÁLISIS

Del total de licenciadas materno infantil encuestadas la mayoría refiere que la complicación materna que más se detecta en el HEM son los trastornos hipertensivos del embarazo, seguido de la ruptura prematura de membranas.

INTERPRETACIÓN

La complicación materna que más se detecta en los HEM son los trastorno hipertensivos del embarazo que es la primera causa de muerte a nivel nacional por complicaciones maternas, por lo que es de importancia la toma de la presión arterial en los HEM, al ser la complicación detectada con más frecuencia puedes afirmar que entre más se toma la presión arterial , más las charlas de educación a las embarazadas se detecta precozmente los trastorno hipertensivo, en segunda instancia esta la ruptura prematura de membranas que debido a lo antes mencionado se detecta de forma oportuna.

Gráfico 49. Complicación detectada más frecuente en el HEM



Fuente: Tabla n°54

Tabla n° 55. Recursos suficientes para brindar la atención oportuna para detección de complicaciones en los HEM

Recursos suficientes	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: entrevista de licenciadas materno infantil de los HEM Perquín y La Unión

ANÁLISIS

Del total de licenciadas materno infantil encuestadas todas consideran tener los recursos suficientes para la detección precoz de complicaciones maternas.

INTERPRETACIÓN

Los hogares de espera materna poseen los instrumentos necesarios para detección de complicaciones y el personal capacitado con los conocimientos necesarios para detección de estas.

Gráfico 50. Recursos suficientes para detección precoz de complicaciones



Fuente: Tabla n°55

5.1 PRUEBA DE HIPOTESIS

Se realizó la prueba de t en el que existe una diferencia estadística significativa entre la detección de complicaciones en pacientes a quienes se les tomaron los signos vitales y examen físico según norma (<8horas), en comparación de las que no se tomaron según norma con una $p < 0.3486$.

Hi = A mayor atención del personal materno infantil mayor detección de complicaciones en el embarazo.

Ho= A mayor atención del personal materno infantil menor detección de complicaciones en el embarazo.

Comprobar:

Prueba de t: Significancia Estadística Hi: $T < t$ se acepta hipótesis de trabajo

Prueba de t: Significancia Estadística Ho: $T > t$ se rechaza hipótesis de trabajo y se acepta la hipótesis nula

Por lo que se acepta la hipótesis principal del trabajo ya que el valor de t (4.30) es mayor que el de T lo que tiene un valor estadístico significativo y se puede concluir que la atención constante del personal materno infantil mediante la toma de signos vitales ha contribuido de manera significativa en la detección de complicaciones de embarazadas usuarias de los HEM y se rechaza hipótesis nula.

6. DISCUSIÓN

La atención del personal materno infantil está regida por los Lineamientos Técnicos de los Hogares de Espera Materna, en donde se establece una evaluación completa y constante a dichas usuarias; con el fin de detectar de manera oportuna complicaciones asociadas al embarazo.

En esta ocasión se logra evidenciar que si existe relación entre la atención constante del personal materno infantil y la detección de complicaciones en las embarazadas usuarias de los Hogares de Espera Materna en Perquín, Morazán y Municipio La Unión, La Unión. Sobre todo por el resultado de los instrumentos utilizados en esta investigación, por ejemplo; del 100% de la población se detectó un 25% de embarazadas con alguna anomalía durante su evaluación.

Resulta que el 6.27% de las investigadas que son evaluadas cada 8 horas, presentan Trastornos hipertensivos, en relación a las pacientes con evaluaciones mayores de 8 horas en donde no se les encontró dicho trastorno.

Así mismo, se tiene el 7% de las embarazadas con evaluaciones cada 8 horas con un diagnóstico de Ruptura prematura de membrana, no así a las que se evalúan mayores de 8 horas en donde no fue posible detectar esta patología.

Nuestro trabajo se basa en las patologías mencionadas anteriormente, sin embargo durante la revisión de los expedientes se descubren otras alteraciones que el personal materno infantil detecta en estos hogares, tal como: Vaginosis, infecciones de vías urinarias, hipomotilidad fetal, óbitos fetales, bradicardias fetales y taquicardias fetales. Dejando en evidencia que el personal está capacitado para detectar cualquier alteración en estas usuarias, siempre y cuando se evalúen con la frecuencia ya establecida.

Todo esto se relaciona con una finalidad; romper la barrera de la inaccesibilidad geográfica para la atención médica oportuna para disminuir la morbimortalidad materna de las usuarias en los Hogares de espera materna, en efectos, El Salvador ha presentado una reducción de la muerte relacionado con las complicaciones durante el embarazo y el parto desde la aplicación de estos Hogares (J. Flores, 2012).

En nuestra búsqueda de información, no encontramos estudios anteriores que toquen el tema de la atención constante del personal materno infantil y su relación con la detección de complicaciones durante el embarazo, es decir, que esta investigación arroja nuevos datos sobre esta problemática, como lo hemos mencionado reiteradamente, el valor de la palabra constante si tiene efecto positivo en la búsqueda de complicaciones y disminución de la mortalidad materna.

Según datos de otros investigadores sobre las determinantes sociales que se identifican en la población de estudio, el 97% tiene un factor de riesgo social, siendo la inaccesibilidad a los servicios el más frecuente, lo cual los hace blanco de la utilización e ingreso de los Hogares de espera Materna para recibir las diferentes ofertas de salud, así como la atención del parto intrahospitalario. (I. Chavarría, 2018)

Del mismo modo, mencionan las principales ofertas de servicios identificadas que reciben las pacientes tales como: alimentación durante todo el tiempo que permanezcan ingresadas, aseo diario, higiene bucal diaria, promoción y educación, vigilancia de signos de alarma y monitoreo obstétrico y realización de la prueba de Combur Test en cada control, además de traslados a Hospitales de Segundo y Tercer nivel.(I. Chavarría, 2018) Sin embargo, no profundizan en la importancia de la evaluación de manera constante, solo se menciona como parte de las funciones de dichos hogares.

Una investigación liderada por Flores Hernández y cols.(Flores, 2012)Estudiaron en impacto del Hogar de Espera Materna del municipio de Corinto en Morazán, en relación a la reducción de morbilidad materno infantil, concluyendo que la estrategia ha lograda disminuir dicho indicador en el municipio de Corinto. No obstante, no consideraron el papel de la evaluación del profesional de salud.

A nivel centroamericano, en Nicaragua, se realizó un estudio para determinar el Aporte de la Casa Materna en prevención de la Mortalidad Materna (K. Jarquín, 2015), encontrando que el aporte ha sido significativo, por medio de una atención integral y de calidad que se le ofrece a las usuarias, aunque las acciones expuestas son de manera generalizadas, no especifica la evaluación como base en la atención.

En Cuba, se realizó un estudio para analizar los Hogares de Espera Materna desde su creación(Delgado, 2007) , reportando una disminución de la mortalidad Materna de un 78.3% mediante acciones encaminadas a un reposo adecuado, dieta balanceada, visitas médica diarias, atención las 24 horas del día por enfermeras obstétricas.

Respecto a las limitaciones que se dieron durante la investigación, encontramos problemas de comunicación con jefaturas para la autorización de estudio de expedientes en el Hogar de Espera Materna del municipio de La Unión, La Unión, (ver anexo 18 y 19) es decir que no se podía ejecutar el instrumento planteado en el diseño metodológico porque no teníamos acceso a dicha información, esta dificultad estaba fuera del control de los investigadores y si tenía relevancia para la objetividad del estudio, que al final se logró solventar.

Otra dificultad encontrada al momento de la aplicación de las entrevistas a las usuarias de los HEM (ver figura 5 y 6), fue que no se podía analizar la conclusión del embarazo, ya que no habían iniciado trabajo de parto, por otra parte, tenemos que las embarazadas se encontraban sin ninguna anomalía al momento de la evaluación.

De igual modo, se presenta el inconveniente a la hora de aplicar los parámetros del cotejo en los expedientes de las usuarias de los HEM en los 4 años previos al estudio (ver figura 1, 2, 4 y 14) , ya que en estos no se podía medir la calidad de atención por parte del personal materno infantil, porque no se incluye en los expedientes.

7. CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se concluye que:

En la detección de la ruptura prematura de membranas la evaluación clínica es de mucha utilidad ya que al realizar tacto vaginal en las usuarias o indagar mediante historia clínica la presencia de signos o síntomas que indiquen la presencia de esta alteración conlleva a un manejo oportuno.

Así también frente a la evidencia recaudada en usuarias que fueron examinadas por personal materno infantil en un tiempo menor a 8 horas, un alto porcentaje fue diagnosticada con ruptura prematura de membranas a diferencia de las que se evaluaron en un intervalo mayor a 8 horas que solo fue detectada en un porcentaje menor, pudiendo comprobar de esta manera que es necesario una evaluación constante para ser detectada de forma precoz.

En la teoría mencionada al inicio de esta investigación se describe que la toma de presión arterial en las embarazadas aporta beneficios en la detección de trastornos hipertensivos por lo que mediante este estudio se constató que en las usuarias a las que se le tomo presión arterial de manera constante y según los lineamientos de los Hogares de Espera Materna se logró encontrar en mayor porcentaje trastornos hipertensivos durante su estadía en relación a aquellas que se llevó a cabo el monitoreo de los signos vitales en un periodo mayor de 8 horas en las que no se detectó este trastorno dando por entendido que la toma de presión arterial tiene un aporte relevante en la detección y diagnóstico de este trastorno e influye en manera considerable si es realizada constantemente.

Se logró evidenciar que la atención brindada por parte del personal materno infantil se realiza según los lineamientos dado que el total del personal materno infantil que labora en los HEM en estudio poseen conocimientos de estos por lo que se reconoce que poseen la capacidad para identificar signos y síntomas que son sugestivos de complicaciones maternas lo que contribuye en gran manera para la referencia pertinente para manejo hospitalario.

Finalmente con los resultados obtenidos se afirman que la hipótesis principal es aceptada ya que al analizar estadísticamente tiene un valor significativo y se confirma la relación en la atención constante del personal materno infantil mediante la evaluación y toma de signos vitales constante ha contribuido en la detección de complicaciones de embarazadas usuarias de los HEM pues al comparar a las usuarias que se les evaluó de manera constante se les detectaron complicaciones a diferencia de las que fueron evaluadas en un intervalo de tiempo mayor en las que no se les detectaron, lo que nos permite confirmar que la atención constante del personal materno infantil es determinante.

8. RECOMENDACIONES

En relación a los hogares de espera materno.

- Equipamiento con tensiómetros en buenas condiciones y calibración cada seis meses, o las veces necesarias.
- Equipamiento con Doppler fetal en buenas condiciones.
- Tener un botiquín con medicamentos tales como: cremas vaginales y antibióticos para tratamiento de infecciones de vías urinarias y vaginosis.
- Abastecimiento de tiras reactivas caducadas.
- Otorga ambulancia exclusiva para embarazadas de los hogares de espera materna.

En relación a MINSAL.

- Contratación de medico permanente.
- Mayor apoyo para continuar su buena labora y mejorar constantemente.
- Implementación de nuevos hogares de espera materno en otros municipios.
- Capacitación continua de licenciadas materno infantil.
- Mejorar instalaciones de hogares de espera materno.
- Establecer un mecanismo que vigile el cumplimiento de las normativas por parte del personal de salud.

En relación a la red local.

- Promoción continúa a nivel local de los hogares de espera materno.
- Establecer enlaces con las comunidades, para incentivar a estas en cuanto a responsabilizarse por su propia salud.
- Mejorar logística de referencia y retorno.
- Educación a embarazada sobre diferente patologías en centros de salud donde llevan los controles prenatales.
- Leer lineamientos de atención de espera materna por parte del personal de salud, para conocimientos de criterios de ingresos materno.

- Incentivar a las embarazadas a ingresarse en los hogares de espera materna correspondiente en las fechas estipuladas.
- Educación continúa por parte del personal de salud a todas las embarazadas sobre riesgos, enfermedades durante el embarazo, signos y síntomas de riesgo.
- Adecuada evaluación de mujeres embarazadas que retorna de hospital de referencia a los hogares de espera materna.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beatriz Zacalain. (Noviembre de 2014). *Las Dignas*. Recuperado el Marzo de 2019, de https://www.lasdignas.org.sv/wp-content/uploads/2014/09/MORTALIDAD_MATERNA.pdf
- Ministerio de Salud. (2017). *Lineamientos técnicos para el funcionamiento de los*. San Salvador.
- Ministerio de Salud. (2017). *Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja en la RIIS*. San Salvador.
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2017). *Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja en la RIIS*. San Salvador.
- Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. (2008). *Cinco primeras causas de mortalidad materna*. Recuperado el Marzo de 2019, de http://w2.salud.gob.sv/archivos/pdf/causas_frecuentes2008/Cinco_Causas_Muertes_Maternas_2008.pdf
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2014). Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. 1.
- (UNPFA), F. d. (2011). *Estudio de barreras de acceso a las casas de espera materna en Cusco y Ayacucho, y propuestas para asegurar su sostenibilidad*. Lima, Perú.
- (2014). *Interrelacion entrefactores de riesgo y predisposicion a infecciones de vias urinarias en mujeres embarazadas durante el periodo de marzo a agosto 2014 en la UCSF Santa Isabel, San Ramon y UCSF Santa Lucia, El Carmen, Cusclatan*. San Salvador.
- cols, H. F. (2012). *Impacto de los Hogares de Esperas Materna en relación a la reducción de morbilidad materno infantil*. Corinto, Morazán.
- Cortez R, G. A. (2008). *“Cuadernos de Género para Nicaragua: Las casas maternas en Nicaragua” Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo*. Managua, Nicaragua.
- Delgado, D. G. (Junio de 2007). Los Hogares Maternos: su fundación en Cuba y objetivos propuestos desde su fundación. Ciudad de la Habana, Cuba.
- Fernando Augusto López-Osma, S. A.-S. (2016). Ruptura Prematura de Membranas Fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. *Revista Colomniana de Ginecología y Obstetricia Vol.57*.
- Flores J, M. J. (2012). *Valoración del Hogar de Espera Materna en relación a la morbimortalidad en mujeres embarazadas, desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana postparto, atendidas en el Municipio de Corinto, Morazán, periodo de agosto de 2010 a agosto de 2011*. Corinto, Morazán.

Flores, c. y. (2012). Impacto de los Hogares de Esperas Materna en relación a la reducción de morbilidad materno infantil. Corinto, Morazán, El Salvador.

I. Chavarría, M. C. (Septiembre de 2018). Perfil epidemiológico de mujeres embarazadas durante el tercer trimestre que ingresan a los Hogares de espera materna en UCSFE Corinto, Morazán y UCSFE Izalco, Sonsonate, enero a abril de 2018. San Salvador, El Salvador.

Infancia, F. d. (2006). Lima, Perú.

J. Flores, J. M. (2012). VALORACIÓN DEL HOGAR DE ESPERA MATERNA EN RELACIÓN A LA MORBIMORTALIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS, DESDE LA SEMANA 28 DE GESTACIÓN HASTA LA PRIMERA SEMANA POSTPARTO, ATENDIDAS EN EL MUNICIPIO DE CORINTO, MORAZÁN, PERÍODO DE AGOSTO DE 2010 A AGOSTO DE 2011. *TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTORADO EN MEDICINA*. San Miguel, San Miguel, El Salvador.

K. Jarquín, J. R. (Noviembre de 2015). Aportes de la Casa Materna "Las Flores" del municipio El Cuá, en la prevención de la Mortalidad Materna, durante el período 2012 al primer semestre del año 2015. Managua, Nicaragua.

Ministerio de Salud. (01 de Enero de 2018). El Salvador entre los países con mortalidad materna más baja de la región. *Portal de Transparencia*.

Ministerio de Salud. (01 de Enero de 2018). *www.salud.gob.sv*.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2017). *Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja en la RIIS*. San Salvador.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, I. C. (1981). Conferencia de Naciones Unidas sobre los países menos Adelantados. Paris.

Organizacion Panamericana de la Salud. (2014). *OPS*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es

Ruiz M, v. D. (2013). *"Barriers to the use of maternity waiting homes in indigenous regions of Guatemala: a study of users' and community members' perceptions"*. *Culture, Health and Sexuality 2013*. Guatemala.

Salvador, D. O. (6 de noviembre de 2008). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 12 de Marzo de 2019, de www.salud.gob.sv

UNICEF. (2005).

Zacalain, B. (s.f.). *Las Dignas*. Obtenido de https://www.lasdignas.org.sv/wp-content/uploads/2014/09/MORTALIDAD_MATERNA.pdf

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Cinco grupos de causas de mortalidad materna hospitalaria El Salvador, 2008

**CINCO GRUPOS DE CAUSAS
POR MORTALIDAD MATERNA HOSPITALARIA
EL SALVADOR, 2008**

No.	GRUPOS DE DIAGNOSTICOS (Causas Directas e indirectas)	Total de Muertes	% del Total de Muertes	Razón de Mortalidad Materna*
1	COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO 1/	10	29.41	
2	EDEMA PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO 2/	10	29.41	
3	INTOXICACION POR ORGANO FOSFORADO	3	8.82	
4	INFECCION PUERPERAL	1	2.94	
5	ABORTO SEPTICO	1	2.94	
	SUB-TOTAL	25	73.53	44.86
	LAS DEMAS CAUSAS INDIRECTAS	9	26.47	
	TOTAL	34	100.00	

FUENTE: Registro Diario de Egresos Hospitalarios , SIEES y Auditoría Médica , Gerencia de la Mujer

RAZON POR 100000 N.V.

* NACIDOS VIVOS INSTITUCIONALES DURANTE EL AÑO 2006

75,792

Anexo 2. Cronología de apertura de los HEM

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Perquín	La Unión	No apertura	-San Gerardo -Coatepeque -Sonsonate -La Palma -Cara Sucia -San Juan Nonualco -La Herradura - Corinto -Atiquizaya	Anamorós	Botoncillal	-Suchitoto -Puerto La Libertad -Planes de Renderos	-Izalco -Puerto El Triunfo -Guarjila -Sensuntepeque -Chirilagua

Fuente: Sistema de información, FOSALUD 2014

Anexo 3. Factores de riesgo para preeclampsia

Factor de riesgo	Riesgo relativo (IC 95%)
Preclampsia previa	8.4 (7.1 a 9.9)
Hipertensión crónica	5.1 (4.0 a 6.5)
Diabetes pre gestacional	3.7 (3.1 a 4.3)
Embarazo múltiple	2.9 (2.6 a 3.1)
Síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos	2.8 (1.8 a 4.3)
IMC previo al embarazo mayor de 30	2.8 (2.6 a 3.1)
Lupus eritematoso sistémico	2.5 (1.0 a 6.3)
Antecedente de óbito fetal	2.4 (1.7 a 3.4)
IMC previo al embarazo mayor de 25	2.1 (2.0 a 2.2)
Nuliparidad	2.1 (1.9 a 2.4)
Antecedente de abrupto de placenta	2.0 (1.4 a 2.7)
Enfermedad renal crónica	1.8 (1.5 a 2.1)
Técnicas de reproducción asistida	1.8 (1.6 a 2.1)
Edad Materna mayor 40 años	1.5 (1.2 a 2.0)
Antecedente de RCIU	1.4 (0.6 a 3.0)
Edad materna mayor de 35 años	1.2 (1.1 a 1.3)

Adaptado de :Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG; High Risk of Pre-eclampsia Identification Group.. *Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies*. BMJ. 2016 Apr 19;353:i1753. doi: 10.1136/bmj.i1753. Review. PubMed PMID: 27094586; PubMed Central PMCID: PMC4837230.

⁸ Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Hypertension in Pregnancy. AU American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy SO Obstet Gynecol. 2013;122(5):1122.

Anexo 4. Parámetros de laboratorio para preeclampsia

Parámetro	Clínica/Laboratorio
Presión arterial	Sistólica > o igual a 140 mm Hg o diastólica > o igual a 90 mm Hg en dos ocasiones con 4 horas de diferencia después de las 20 semanas en paciente previamente normotensa o
	Sistólica > o igual a 160 mm Hg o diastólica > o igual a 110 mm Hg, se confirma en cuestión de minutos (para instaurar rápidamente terapia antihipertensiva)
y	
Proteinuria	Mayor o igual a 300 mg de filtración en orina de 24 horas (o su equivalente extrapolado a un tiempo de recolección) o
	Relación proteínas/creatinina > o igual a 0.3 mg/dL o
	Tira reactiva de 1+ o mayor (válido únicamente si no están disponibles las otras medidas)

Fuente: Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. AU American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy SO Obstet Gynecol. 2013;122(5):1122

Anexo 5. Parámetros para diagnóstico de laboratorio en ausencia de proteinuria

Parámetro	Clínica/Laboratorio
Trombocitopenia	Menor de 100,000
Insuficiencia renal	Creatinina sérica > o igual a 1.1 mg/dL O que se duplique el valor de creatinina en ausencia de enfermedad renal
Función hepática alterada	Elevación de transaminasas séricas al doble del valor normal
Edema pulmonar	
Síntomas cerebrales (cefalea) o visuales	

Fuente: Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. AU American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy SO Obstet Gynecol. 2013;122(5):1122

Anexo 6. Signos de gravedad

Presión arterial sistólica > o igual a 160 mm Hg o presión arterial diastólica > o igual a 110 mm Hg
Trombocitopenia menor de 100,000
Función hepática alterada: elevación de enzimas hepáticas al doble del valor normal Y/O dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho
Insuficiencia renal: creatinina sérica mayor de 1.1 mg/dL o incremento del doble o más en ausencia de enfermedad renal
Edema pulmonar
Síntomas cerebrales o visuales

Fuente: Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. AU American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy SO Obstet Gynecol. 2013;122(5):1122

Anexo 7. Criterios para el diagnóstico de Síndrome de Hellp

Anemia hemolítica microangiopática con presencia de esquistocitos en el frotis. Otros signos sugestivos de hemólisis incluyen una elevación de la bilirrubina indirecta.
Conteo de plaquetas menor a 100,000 /mm ³
Bilirrubina total mayor o igual a 1.2 mg/dl
TGO sérica 2 veces mayor al límite normal del laboratorio local (usualmente 70 u/l), usualmente se suelen tomar niveles de TGP, sin embargo la TGO refleja tanto la necrosis hepatocelular y la hemólisis de células rojas.
LDH mayor o igual a 600 UI/Lt

FUENTE: Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, Salama M, Mercer BM, Friedman SA. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). Am J Obstet Gynecol. 1993 Oct;169(4):1000-6. PubMed PMID: 8238109.

Anexo 9. Hoja de control de signos vitales por el personal del HEM

Anexo 4
Hogar de espera materna
Hoja de evolución médica

Nombre: _____ **Expediente** _____ **Cama** _____

Fecha y hora _____

Entrevista a usuaria:

Verificar los signos vitales _____

Examen Físico:

Impresión diagnóstica:

Indicaciones del día: _____

Nombre y firma médico _____

Anexo 10. Hoja de evolución del personal del HEM

Anexo 5
Hogar de espera materna
Hoja de evolución personal del HEM

Nombre: _____ Expediente _____ Cama _____

Fecha y hora _____

Signos vitales: _____

Cumplimiento de indicaciones médicas en el día (especificar hora y vía de administración de cada medicamento cumplido):

Nombre y firma _____

Sello JVPM

Fecha y hora _____

Signos vitales: _____

Observaciones (anotar signos o síntomas, hallazgos en el examen físico relevantes):

Cumplimiento de indicaciones médicas en el día:

Nombre y firma _____

Sello JVPM

Anexo 11. Cuestionario dirigido a embarazadas ingresadas en hogar de espera materna



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

CUESTIONARIO DIRIGIDO A EMBARAZADAS INGRESADAS EN HOGAR DE ESPERA MATERNA

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación que existe entre la atención constante de personal materno infantil en los hogares de espera materna y la detección de complicaciones en las embarazadas de Perquín, Morazán y Municipio de la Unión, la Unión El Salvador

Indicación: Marque con una “X” la respuesta de los siguientes ítems, que considere correcta

1. Edad:

2. Residencia

Rural Urbano

3. Cuantos embarazos ha tenido

1 Embarazo

2 Embarazos

Más de 2 embarazos

4. ¿Cómo conoció los Hogares de Espera Materna?

Unidad de Salud

Amigos/ Familia

Otros.

5. ¿Porque motivo decidió ingresarse en un HEM?

Por demografía

Nivel socioeconómico

Para más comodidad durante el embarazo

Otros.

6. ¿Ya ha estado ingresada antes en un HEM?

SI NO

7. Si la anterior respuesta es sí, ¿Cuántas veces? _____

8. ¿Cuántos días tiene de estar en el hogar de espera materna?

1 a 3 días 3 a 5 días 5 a 10 días >10 días

9. ¿En su ingreso en los hogares de espera materna le han tomado la presión arterial?

SI NO

10. Si su respuesta fue si, ¿cada cuánto tiempo le tomaron la presión arterial?

11. ¿La trataron con amabilidad durante el examen físico?

SI NO

12. ¿Le hacen tacto vaginal? SI NO

¿Cuántas veces? _____

13. ¿Le realizan escuchan el corazón a su bebé? SI NO

¿Cuántas veces? _____

14. ¿le explicaron en qué consistía el procedimiento de la evaluación?

SI NO

15. ¿le explicaron el resultado de su evaluación?

SI NO

16. ¿Alguna vez ha sido diagnosticada con Presión Alta o Preeclampsia?

SI NO

17. ¿Alguna vez ha botado líquido por la vagina horas antes del parto??

SI NO

18. Si las últimas dos preguntas ha contestado con si, ¿dónde fue diagnosticada?

Unidad de Salud

Hogar de espera materno

Hospital Nacional

19. ¿Cómo es la atención que le brindan en el HEM?

Muy buena

Buena

Regular

Mala

20. ¿Recomendaría usted los hogares de espera materna?

SI NO

¿Porque? _____

Anexo 12. Cuestionario dirigido a personal materno infantil de hogar de espera materna



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PERSONAL MATERNO INFANTIL DE HOGAR DE ESPERA MATERNA

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación que existe entre la atención constante de personal materno infantil en los hogares de espera materna y la detección de complicaciones en las embarazadas de Perquín, Morazán y Municipio de la Unión, la Unión El Salvador

Indicación: Marque con una “X” la respuesta de los siguientes ítems, que considere es la correcta

1) ¿Conoce los lineamientos de los hogares de espera materna?

SI NO

2) ¿Cumple los lineamientos de los hogares de espera materna?

SI NO

3) ¿Cuál es la frecuencia de la toma la presión arterial a sus pacientes?

< 4 horas 4 a 6 horas 6 a 8 horas >8 horas

4) ¿Cuál es el rango de la presión arterial considerada como criterio de preeclampsia en una embarazada?

<120/80 mmhg 120/80mmhg

130/80mmhg >140/90mmhg

5) Cuál es la forma que utilizan para detectar los signos o síntomas que se presentan en la Ruptura prematura de Membranas?

Historia Clínica Examen Físico

6) Le realizan tacto vaginal a las embarazadas del Hem?

SI NO

Si su respuesta es sí ¿con qué frecuencia? _____

7) Para la detección de infección de vías Urinarias que método usan con más frecuencia:

Examen General de Orina Tiras Reactivas

8) Imparten charlas acerca de cuáles son los signos o síntomas de alarma que pueden producir complicaciones en el embarazo

SI NO

9) ¿Qué complicación se detectan con más frecuencia en las embarazadas ingresadas en los HEM?

Trastornos Hipertensivos

Ruptura Prematura de Membranas

Infección de Vías Urinarias

10. ¿Considera que tiene los recursos suficientes para brindar una atención oportuna al detectar complicaciones en las embarazadas ingresadas?

SI NO

Si su respuesta es No ¿Qué necesitan mejorar? _____



Anexo 13. Lista de cotejos

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación que existe entre la atención constante de personal materno infantil en los hogares de espera materna y la detección de complicaciones en las embarazadas de Perquín, Morazán y Municipio de La Unión, La Unión El Salvador

LISTA DE COTEJO

NÚMERO DE EXPEDIENTE		
AÑO		
HOGAR DE ESPERA MATERNA		
PARAMETROS	SI	NO
EDAD		
<15 AÑOS		
15 -35 AÑOS		
>35 AÑOS		
PARIDAD		
Primigesta		
Multigesta		
SIGNOS VITALES		
Presión Arterial		
Frecuencia Cardíaca		
Temperatura		
Frecuencia de evaluación según régimen particular		
EXAMEN FISICO		
Tacto Vaginal		
Frecuencia Cardíaca Fetal		
SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA		
Edema		
Cefalea intensa		
Visión borrosa		
Epigastralgia		
SE LE DETECTÓ ALGUNA ANORMALIDAD EN LA EVALUACIÓN		
SE LE DETECTÓ TRASTORNO HIPERTENSIVO		
SE LE DETECTÓ RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA		
SE REFIRIÓ A PACIENTE POR COMPLICACIÓN DETECTADA EN EL HEM		
HOJA DE EVALUACIÓN LLENADA SEGÚN LINEAMIENTOS DE HEM		

Anexo 14. Presupuesto

RUBROS	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
PERSONAL		
3 Estudiantes de medicina egresados en servicio social	00.00	00.00
EQUIPO Y SUMINISTRO INFORÁTICOS		
3 Computadoras (energía eléctrica)	25.00	75.00
200 horas redes inalámbricas	0.50	100.00
MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA		
3 Libretas de apuntes	1.00	3.00
1 Caja de lápices	2.00	2.00
1 Caja de lapiceros	3.00	6.00
1500 fotocopias varias	0.05	75.00
4 Anillados de informe	2.00	8.00
6 Empastados	15.00	90.00
12 Resmas de papel bond tamaño carta	5.00	60.00
1 Impresora	55.00	55.00
5 Tinta negra de impresión	28.00	140.00
3 Tinta de color para impresión	32.00	96.00
10 Folder	0.15	1.50
3 CD (informe final)	2.00	6.00
10% imprevistos		71.75
	GRAN TOTAL	789.25

El costo de la investigación será financiado por el grupo investigador

Br. Damaris Julissa Alvarez Escolero	\$263.08	
Br. Sonia Lisette Cruz Gomez	\$263.08	
Br. Nubia Steffani Diaz Portillo		\$263.08

Anexo 16. Glosario

GLOSARIO

Amniocentesis: se retira una pequeña cantidad de líquido del saco que rodea al feto en el útero.

Corioamnionitis: Se conoce a la infección intrauterina que ocurre junto a la ruptura prematura de membrana.

Eclampsia: hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas de gestación, con proteinuria o compromiso de algún órgano blanco y presentan convulsiones.

Hipertensión crónica (pre existente): hipertensión presente antes del embarazo o diagnosticada por primera vez antes de las 20 semanas de gestación.

Hipertensión gestacional: hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas, sin evidencia de proteinuria u otras características de preeclampsia.

Morbilidad materna: es un estado en el cual la gestante casi muere durante su gestación, parto o puerperio pero sobrevivió gracias a una atención oportuna y adecuada, se evalúa por medio de identificación de retrasos o demoras en la atención de la gestante

Mortalidad materna: es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto

Parto prematuro: Recién nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación

Parto: proceso mediante el cual el producto de la concepción y su anexo salen del organismo materno a través del canal del parto

Preeclampsia: es un trastorno multisistémico que se caracteriza por una respuesta vascular anormal a la placentación y que se asocia a cambios en el incremento en la respuesta vascular sistémica, aumento en la agregación plaquetaria, activación del sistema de coagulación y a la disfunción celular endotelial después de las 20 semanas de gestación.

Proteinuria: proteínas mayores o igual a 300 mg de filtración en orina de 24 horas.

Ruptura prematura de membranas: se define como la ruptura de membrana que ocurre antes de haberse iniciado el trabajo de parto

Síndrome de HELLP: Es un síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.

Trastornos hipertensivos del embarazo: Es un grupo de enfermedades y afecciones durante el embarazo que incluye la preeclampsia, eclampsia, la hipertensión gestacional y la hipertensión crónica

Trombocitopenia: presentación de plaquetas menor de 100,000

Vaginosis: es un proceso inflamatorio de la mucosa vaginal que por lo general suele acompañarse de un aumento en la secreción vaginal que es causada principalmente por la alteración del equilibrio de la flora vaginal habitual.

Anexo 17. Siglas

SIGLAS

CDC: Centro para el Control y Prevención de Enfermedades

FCF: Frecuencia cardiaca fetal

FUR: fecha de última regla

HEM: Hogares de Espera Materna

HTA: Hipertensión arterial

MOE: morbilidad obstétrica extrema

ODM:Objetivo de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible

OMS:Organización Mundial de la Salud

PA: Presión arterial

RCIU: retardo en el crecimiento intrauterino

RIIS: Redes integrales e integradas de salud

RPM: Ruptura prematura de membranas

THE: Trastornos hipertensivos del embarazo

UCSF: Unidad comunitaria en salud familiar UCSF

UNFPA: Fondo de Población de Naciones Unidas

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

USAID:La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

USG: ultrasonografía

Anexo 18. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido elegido para participar en la investigación llamada: **ATENCIÓN CONSTANTE DEL PERSONAL MATERNO INFANTIL Y SU RELACION CON LA DETECCIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN LAS EMBARAZADAS USUARIAS LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA PERQUÍN, MORAZÁN Y MUNICIPIO DE LA UNIÓN, LA UNIÓN, PERIODO 2015-2019.** Se me ha explicado en qué consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha con las respuestas brindadas por la investigadora. Consiento voluntariamente a participar en esta investigación.

Nombre del participante (en letra de molde):

Firma o huella dactilar de la participante:

Fecha de hoy:

Anexo 19. Autorización para revisión de expedientes en el HEM La Unión, La Unión

San Miguel, 09 Agosto 2019

Dr. José Alberto García Mejía.
Coordinador de SIBASI La Unión

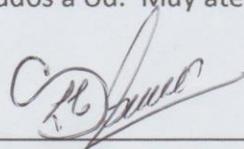
Dr. Leonardo Castillo Ventura
Coordinador de HEM La Unión
Presente.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted muy respetuosamente para solicitar autorización y apoyo para acceso a expedientes clínicos de pacientes ingresadas en el Hogar de Espera Materna (HEM) La Unión 2015-2019 y realización de encuesta dirigida al personal materno infantil del HEM La Unión y pacientes ingresadas en este, para recolección de datos necesarios para concluir nuestro trabajo de graduación "Atención constante del personal materno infantil y su relación con la detección de las complicaciones en las embarazadas usuarias de los hogares de espera materno Perquín, Morazán y municipio de La Unión, La Unión periodo 2015-2019", el cual es un requisito para graduarnos de Doctorado en Medicina.

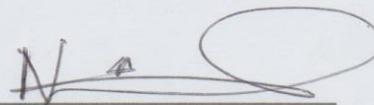
Sin otro particular y agradeciéndole de antemano, saludos a Ud. Muy atentamente.



Damaris Julissa Álvarez Escolero .



Sonia Lissette Cruz Gómez.



Nubia Steffani Díaz Portillo .



Anexo 20. Autorización para revisión de expedientes en el HEM Perquín, Morazán

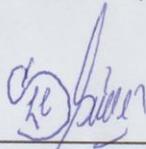
Dr. Néstor Salvador Fuentes .
Director de UCSF-E Perquín
Presente.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted muy respetuosamente para solicitar autorización y apoyo para acceso a expedientes clínicos de pacientes ingresadas en el Hogar de Espera Materno (HEM) Perquín 2015-2019 y realización de encuesta dirigida al personal materno infantil del HEM Perquín y pacientes ingresadas en este, para recolección de datos necesarios para concluir nuestro trabajo de graduación "Atención constante del personal materno infantil y su relación con la detección de las complicaciones en las embarazadas usuarias de los hogares de espera materno Perquín, Morazán y municipio de La Unión, La Unión periodo 2015-2019", el cual es un requisito para graduarnos de Doctor en Medicina.

Sin otro particular y agradeciéndole de antemano, saludos a Ud. Muy atentamente.



Damaris Julissa Álvarez Escolero .



Sonia Lissette Cruz Gómez.



Nubia Steffani Díaz Portillo .



LISTA DE FIGURAS



Figura 1.Hogar de Espera Materno Perquín



Figura 2.Hogar de Espera Materno Perquín



Figura 3.Hogar de Espera Materno Perquín

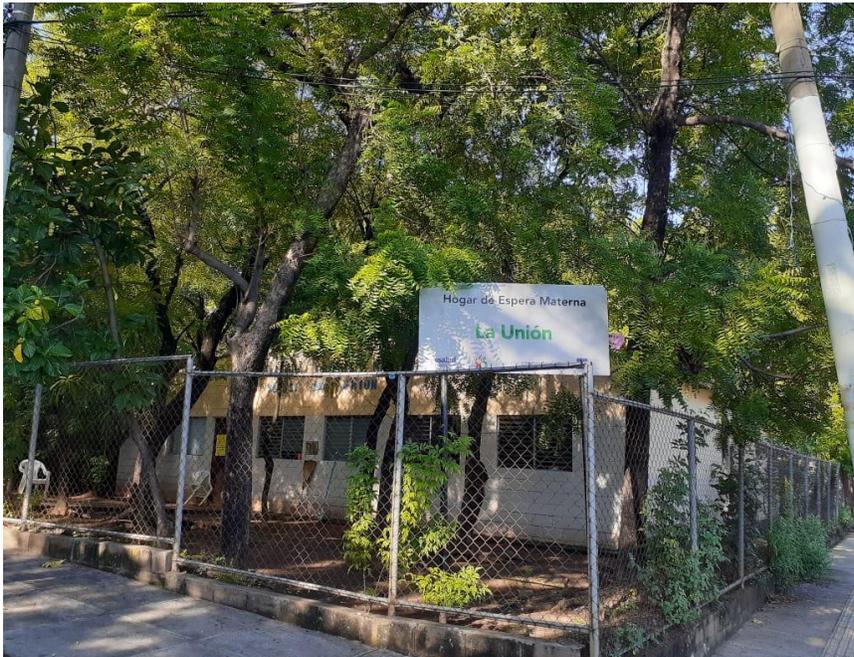


Figura 4.Hogar de Espera Materna Municipio de La Unión, La Unión



Figura 5. Realizando Encuesta a embarazadas ingresadas en HEM Perquín.



Figura 6. Encuestas a embarazadas ingresadas en HEM Perquín.



Figura 7.Revisión de expedientes 2018, UCSFE Perquín.



Figura 8.Revisión de expedientes 2018, UCSFE Perquín



Figura 9.Revisión de expedientes HEM La Unión



Figura 10.Visita a UCSFE Perquin para revisión de expedientes de embarazadas ingresadas en el HEM 2018



Figura 11. Área de evaluación de embarazadas de Hogar de espera materna municipio de La Unión, La Unión



Figura 12. Sala situacional de Hogar de espera materna municipio de La Unión, La Unión



Figura 13. Usuarías de Hogar de espera materna municipio de La Unión, La Unión en la sala de estar



Figura 14. Rumbo a UCSF Perquín