

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS**

**CONOCIMIENTOS Y ACTIVACION DEL PLAN DE EMERGENCIA
FAMILIAR POR GESTANTES**

BLANCA ADELINA AC CHUB

TESIS

**Presentada ante las autoridades de
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal, Para obtener el título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal**

Septiembre 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS**

**CONOCIMIENTOS Y ACTIVACION DEL PLAN DE EMERGENCIA
FAMILIAR POR GESTANTES**

BLANCA ADELINA AC CHUB

TESIS

**Presentada ante las autoridades de
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal, Para obtener el título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal**

Septiembre 2014



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Blanca Adelina AC Chub.

Carné Universitario No.: 100018555

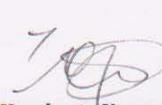
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis "**Conocimientos y Activación del Plan de Emergencia Familiar Por Gestantes**".

Que fue asesorado: Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajábón Msc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2014.

Guatemala, 25 de agosto de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

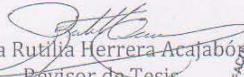
Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruíz Cruz
Coordinador General, Maestrías y Especializaciones
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Conocimientos y activación del plan de emergencia familiar, por gestantes." de Blanca Adelina Ac Chub, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente,


Licenciada Rutilia Herrera Acajáb
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado





Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Licenciada:

Rutilia Herrera Acajabón MSc.
Coordinadora Específica
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Conocimientos y activación del plan de emergencia familiar por gestantes" de Blanca Adelina Ac Chub, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;


Dr. Luis Alfredo Ruíz Cruz.
Asesor de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrados
Facultad de Ciencias Médicas USAC

NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Enfermería de Guatemala agradece en grande manera a la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo – AECID- y a la Fundación Para El Desarrollo de la Enfermería –FUDEN- España. El apoyo brindado al conceder 30 becas a Licenciados en Enfermería de Verapaz para nuestra formación como Maestros en Enfermería Materno Neonatal.

Quienes hemos alcanzado las competencias para el desempeño en todos los ámbitos de la salud materno neonatal local, investigación y gerencia de los servicios en cualquiera de los niveles de atención.

Presentamos nuestros respetos y gratitud a las prestigiosas agencia y fundación, quedando con el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

AGRADECIMIENTO

A Dios, que ha sido mi fuente de sabiduría y conocimiento.

A mis amados padres, Daniel y Adelina, (QPD) gracias por enseñarme el valor de la vida.

A mis hijas, Diasnelly, Dania y Daniela, como un ejemplo de lucha para alcanzar nuestros ideales.

A mi esposo Luis Alberto, y mi hijo Daniel por motivarme y apoyarme incondicionalmente, además de manifestarles que en la vida no hay obstáculos para lograr nuestras metas.

A mi Hermana Melva, gracias por estar siempre conmigo, por alentarme en situaciones difíciles, a quien motivo a seguir adelante.

A Licenciada Juana Marta Hernández de Vaides, por ser mi ejemplo.

A mis amigos -as, por la motivación y apoyo brindado.

A Fundación para el Desarrollo de Enfermeras de España, por el apoyo financiero otorgado a la primera promoción de maestras en artes de enfermería en atención materno y neonatal en Alta Verapaz

Al Distrito de Salud de San Pedro Carchá y Dirección de Área de salud, Alta Verapaz, por facilitar el proceso de investigación en el municipio, el cual aporta resultados que promueven la prevención de la muerte materna a través del conocimiento del plan de emergencia familiar.

Índice de Contenido

Resumen	i
Agradecimiento	ii
Capítulo I Introducción	1
Capitulo II Antecedentes	6
Capítulo III Objetivos	52
Capitulo IV Materiales y métodos	53
Capítulo V Resultado	70
Capítulo VI Discusión y análisis	83
Resultado de intervenciones	97
Conclusiones	98
Recomendaciones	99
Capitulo VIII Referencias Bibliográfica	100
Capitulo IX Anexos	106

Índice de Tablas

Tabla 1. Características de la embarazada	73
Tabla 2. Servicio de salud donde se realizan los controles prenatales y personal que atiende	74
Tabla 3. Conocimiento de signos y señales de peligro por la embarazada	76
Tabla 4. Persona que activa el plan de emergencia familiar, cuando identifica signos y señales de peligro, en la embarazada, recién nacido y niños menores de un año.	77
Tabla 5. Tipo de transporte que busca la embarazada en caso de presentar signos y señales de peligro.	79
Tabla 6. Persona que toma la decisión de buscar ayuda en caso de presentarse signos y señales de peligro o emergencia	82

Índice de Textos

Texto 1. Conocimiento del plan de emergencia familiar	75
Texto 2. Búsqueda de medio de transporte para ser trasladada en caso de presentar signos y señales de peligro	76
Texto 3. Persona que acompaña a la embarazada al servicio de salud, cuando se presenta el trabajo de parto o signos y señales de peligro	80
Texto 4. Persona que cuidará la casa y demás hijos, al ser trasladada al servicio de salud, al presentarse signos y señales de peligro o emergencia durante el embarazo parto y puerperio	80
Texto 5. Documentos que deben portar al ser trasladada al servicio de salud en caso de presentan signos y señales de peligro o alguna emergencia durante el embarazo, parto y puerperio	80
Texto 6. Insumos que debe preparar y llevar para proteger al bebe cuando nazca en el centro de salud o por cualquier emergencia	81
Texto 7. Conocimiento sobre la existencia del comité de emergencia comunitario	83
Texto 8. Información y consejería suficiente sobre el plan de emergencia familiar y en idioma local	83
Texto 9. Opinión sobre muertes maternas	83
Texto 10. Recomendaciones para conocer y aplicar el plan de emergencia familiar	84

RESUMEN

Los objetivos del estudio fueron: describir conocimientos de gestantes en relación al plan de emergencia familiar, determinar conocimiento sobre signos y señales de peligro, verificar conocimientos sobre pasos a seguir para activar el plan y verificar la vinculación entre embarazadas con plan de emergencia familiar y comité de emergencia comunitaria. Estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, se utilizó un cuestionario tipo entrevista personal semi estructurada. Se estudió a 14 embarazadas, se realizó a través de análisis descriptivo univariado de resultados, encontrando que gestantes estudiadas estaban entre 16 y 26 años, esperaban el primer y segundo hijo, entre 5 y 7 meses de gestación con uno o dos controles, tienen conocimiento del plan de emergencia familiar, cuentan con un ejemplar, reconocen las hemorragias y dolor de cabeza como señales de peligro durante el embarazo, tienen escaso conocimiento sobre signos de peligro en recién nacidos, pero reconocen que cuando lo vomitan todo o no pueden mamar corren el riesgo de morir los menores de un año. La embarazada sabe que debe ser acompañada por su esposo y comadrona, que la suegra o madre se quedan al cuidado de la casa y demás hijos, que el documento personal de identificación y carné de la embarazada llevarán en casos de emergencia, finalmente se evidencia que embarazadas que cuenta con plan de emergencia familiar tiene estrecha vinculación con el comité de emergencia familiar porque asiste a reuniones convocadas, están informadas de casos que se presentan y consideran importante el apoyo que brindan en situaciones de emergencias obstétricas porque previenen la muerte materna.

I. INTRODUCCION

La razón de muerte materna y neonatal en Guatemala mantiene su tendencia, problema grave de salud pública que no ayuda para alcanzar los objetivos del milenio, Alta Verapaz redujo en un 45 % el número de muertes y San Pedro Carchá en un 82 %, ⁽¹¹⁾ según sala situacional 2013 de Unidad de epidemiología, Dirección Área de Salud, se considera que el sistema comunitario y familiar contribuyó en dar respuesta a limitaciones de acceso a servicios maternos, minimizando demoras en situaciones de emergencias obstétricas, mejorando el conocimiento del plan de emergencia familiar por la embarazada, esposo, familia y la decisión en buscar servicios de salud, es posible seguir reduciendo las muertes a nivel nacional y departamental asegurando la respuesta de los servicios de salud, sin perder de vista la respuesta comunitaria.

(1) (2)

Es importante analizar el estudio de Núñez Urquiza, R. M., Duarte Gómez, M. B, quien manifiesta que todavía existe demora en el cumplimiento de una obligación exigible desde el seno de la familia, comunidad, autoridades local, municipales y autoridades de Salud al no contribuir en el reconocimiento de signos y señales de peligro, la toma de decisión para la búsqueda de ayuda, el acceso a atención oportuna y de recibir atención de calidad. ^{(6) (7)}

El plan de emergencia familiar es una herramienta que se constituye como un medio para que integrantes de la familia se preparen y organicen en situaciones de emergencia que se presenten durante el embarazo o en el momento del parto, con el involucramiento de comadronas y autoridades locales

que tengan pleno conocimiento de los signos y señales de peligro para la toma de decisiones oportunamente para salvar la vida de la madre y el niño.

Garnica Marroquín, F. L. en su lucha de demostrar que se pueden reducir las muertes maternas, manifiesta que la mujer que cuenta con un plan de emergencia familiar tiene la posibilidad de vivir porque sabe qué hacer en el momento de una emergencia obstétrica, ⁽⁸⁾ demostrado en los resultados de su estudio porque evidencia que la mujer que logra sobrevivir posterior a una emergencia obstétrica expresa conocer el plan de emergencia familiar, poniéndolo en práctica oportunamente. ⁽⁹⁾

En los resultados del estudio de Ac Chub, B, A. Caracterización epidemiológica de la muerte materna en el municipio de San Pedro Carchá, los entrevistados manifestaron que las mujeres se están muriendo por descuido en el hogar, por poco acceso a consejería e información oportuna, por miedo y vergüenza, machismo y poco apoyo local, barreras que de una u otra forma limitan la utilización de los servicios de salud formales y con mayor dificultad, al relacionar que la mayoría de mujeres son de habla Q'eqchi' ⁽⁹⁾ lo cual influye en la comprensión de la información dada sobre planes de emergencia familiar y por lo tanto no aplicarlos.

La ausencia del plan en el entorno familiar pone en riesgo la vida de la embarazada, pero el desconocimiento es aún más grave porque es causa de demora en llegar a los servicios de salud, los cuales representan obstáculos que amenazan la vida de las mujeres que enfrentan alguna emergencia obstétrica, especialmente en países en desarrollo y departamentos con niveles de pobreza como Alta Verapaz.

En Guatemala y departamento de Alta Verapaz no existen estudios que evidencien el conocimiento que las embarazadas tienen sobre el plan de emergencia familiar y en el estudio de Ac Chub B,A. sobre la caracterización

epidemiológica de muerte materna realizado en el municipio de San Pedro Carchá, año 2009, ⁽⁹⁾ evidencia que las personas entrevistadas, manifestaron no contar ni conocer el plan de emergencia familiar y en su mayoría desconocieron los signos y señales de peligro y como consecuencia fallecieron las madres durante el trabajo de parto, elementos que tienen una relación estrecha porque el plan de emergencia familiar hace énfasis, prioritariamente, en los signos y señales de peligro que permite la toma de decisión de buscar ayuda oportunamente.

El presente estudio es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, se entrevistó a 14 embarazadas registradas en sistema de vigilancia kawok, en el periodo octubre – diciembre 2013, en la comunidad de Chirrequiche. El análisis de los resultados fue univariado y los objetivos planteados fueron: Determinar los conocimientos que tienen las embarazadas en relación al plan de emergencia familiar, verificar la existencia de plan de emergencia a nivel de familias, determinar el conocimiento que tienen embarazada sobre signos y señales de peligro, conocimiento del momento ideal para activar el plan de emergencia, verificar el conocimiento de los pasos que debe seguir la embarazada y la vinculación que existen entre la embarazada que cuenta con plan de emergencia familiar y el comité de emergencia comunitaria.

Se utilizó un cuestionario tipo entrevista personal semi estructurada para la recolección de datos, previo consentimiento de embarazadas, realizada por personas con amplio conocimiento del plan de emergencia familia en el idioma local. Los resultados evidencias que las gestantes que participaron en el estudio en edades de 16 y 26 años, esperaban el primer y segundo hijo, con 5 y 7 meses de gestación con uno o dos controles prenatales en su mayoría, además se verifica que todavía existen embarazadas mayores de 36 años, con 6 hasta 9 hijos en Chirrequiche, comunidad del municipio de San Pedro Carcha.

Las gestantes de la comunidad de Chirrequiche tienen conocimiento del plan de emergencia familiar y cuentan con un ejemplar de dos versiones diferentes, algunos a colores, otros son fotocopiados y lo mantienen doblados y guardados, ya borrosos, adjuntos al carné de la embarazada, evidenciando que reciben información sin profundizar en los diferentes aspectos del plan, reconocen las hemorragias y el dolor de cabeza como signos y señales de peligro durante la gestación, se conoce muy poco los signos de peligro en el recién nacido a diferencia de niños y niñas menores de un año que tienen conocimiento, que cuando lo vomitan todo o no pueden mamar corren el riesgo de morir.

La mayoría de signos y señales de peligro que se pueden presentar durante el embarazo, parto, puerperio, recién nacido, niños y niñas menores de un año, aún no son reconocidos por la embarazada, por ausencia de una metodología de consejería de calidad y de un modelo de atención en el nivel individual, familiar y comunitario que logre la adherencia del plan de emergencia familiar.

El esposo de la embarazada es quien activa el plan de emergencia familiar, quien decide buscar ayuda y de trasladar a la gestante al centro de salud en la ambulancia del servicio, tienen conocimiento que deben salir a un servicio de salud durante la primera media hora, posterior al reconocimiento de los signos y señales de peligro, sin embargo no considera importante la búsqueda anticipada de transporte y existe demora que pone en riesgo la vida de la madre y del recién nacido.

La embarazada sabe que debe ser acompañada por su esposo y comadrona, quienes se quedan cuidando la casa y demás hijos es la suegra, la madre, hijas mayores o cuñadas, los documentos que deben llevar es únicamente el documento personal de identificación y carné de la embarazada, llevando solamente colcha ropa y pañales para la madre y el recién nacido, sin

definir qué, finalmente se evidencia que la embarazada que cuenta con plan de emergencia familiar en la comunidad de Chirrequite, tiene vinculación con el comité de emergencia familiar porque asiste a las reuniones convocadas y están informadas de los casos que se presentan y del apoyo que brindan en situaciones de emergencias obstétricas, previniendo la muerte materna.

Replantear estrategias que enfoquen el conocimiento y aplicación del plan de emergencia familiar, no solo por parte de la embarazada, sino de familiares, especialmente del esposo, quien es el que toma las decisiones a nivel de la familia, además del comité de emergencia comunitaria, líderes y autoridades locales, con el fin de lograr que durante el embarazo y/o parto y puerperio busquen ayuda oportunamente y minimizar el estado de gravedad e inconciencia al llegar al servicio de salud, sigue siendo un reto para la salud pública, aunque se debe iniciar capacitando al personal y líderes locales sobre consejería de calidad y el modelo de autocuidado en los diferentes niveles de atención y fortalecer la vigilancia en la embarazada.

II. ANTECEDENTES

A. Fundamentación teórica

El plan de emergencia familiar fue creado e implementado con el objetivo de promover la atención oportuna y de calidad a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, incluyendo al recién nacido, herramienta que contribuye a minimizar los tiempos para identificar signos y señales de peligro, a tomar la decisión de buscar servicios de salud y estar preparados con los recursos necesarios para salir de la comunidad, independientemente de la dificultad de acceso que exista, aunado al empoderamiento y sensibilización que exista en la embarazada, esposo, familia y comunidad para salvar la vida de la madre, recién nacido y los problemas sociales que conlleva la ausencia de la madre en el hogar o la pérdida del recién nacido que se espera con tanta ilusión.

Estudios realizados a nivel mundial evidencian que existe asociación entre la morbilidad materna y la mortalidad neonatal, (2010) González P R. en su estudio, Salud materno infantil en las Américas. Manifiesta que a nivel global, ocurren 136 millones de nacimientos, 10 millones de estos niños fallecerán antes de su primer año de vida (2,7 millones ocurren en la etapa antenatal y 3 millones en los primeros 7 días de vida), aproximadamente 500 mil madres morirán en el mismo período por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio. ⁽³⁾

En la región de Latino América y el Caribe anualmente reporta aproximadamente 22.000 muertes maternas, 480.000 muertes de niños en la

etapa perinatal y 360.000 durante su primer año de vida ⁽³⁾ para Guatemala el “dato oficial más reciente de mortalidad materna es de 136 muertes por cada 100,000 nacidos vivos” (SEGEPLAN, 2010) mayor que la media de América Latina: 85 muertes por cada 100,000, mujeres con acceso limitado a los servicios de salud y en pueblos indígenas. Lo preocupante es que no solo la embarazada representa riesgos, sino también el recién nacido: “la tasa de mortalidad neonatal fue de 17 por cada mil nacidos vivos” en Guatemala, mayor que el regional (14 por cada 1,000 nacidos vivos para el 2008, OPS). ^{(4) (5)}

Las causas de muerte materna en su mayoría (96 %) son prevenibles y potencialmente prevenibles, a pesar de que solo el 45 % de muertes maternas ocurrieron por la primera y segunda demora y el 55 % en la cuarta demora, según sala situacional de 2013, unidad de epidemiología, Dirección Área de Salud, Alta Verapaz ^{(10) (11) (12)} se considera que las acciones que fomenten el autocuidado en la embarazada, esposo, familia y comunidad, a través de personal competente y amplio conocimiento sobre modelos de autocuidado y funcionamiento del plan de emergencia familiar, aunado al conocimiento de la cultura e idioma local, contribuirá a reducir la muerte materna y neonatal.

Teoría de enfermería de déficit del autocuidado

La muerte materna y neonatal es el resultado de un conjunto de problemas sociales, Beaglehole R, Bonita R. “Indica que en el campo de la salud, el conocimiento de las causas de la enfermedad es importante no sólo para su prevención, sino también para el diagnóstico y la aplicación del tratamiento adecuado”, uno de los objetivos de la teoría del autocuidado es brindar mayor conocimiento de cómo cuidarse, estrategia sencilla que disminuirá los riesgos en la persona, especialmente en la embarazada. ⁽⁹⁾

Durante el estado de gestación, la mujer experimenta cambios fisiológicos, físicos y psicológicos, normales o patológicos que ponen en riesgo su vida y la

del recién nacido, cambios que deben ser reconocidos por la embarazada, pareja y familia con el fin de diferenciar los signos y señales normales y anormales para la búsqueda de ayuda si es necesario. ⁽⁹⁾

Entre la teoría de los determinantes sociales e individuales, según la Comisión de los determinantes sociales de la salud (OMS 2005): se refiere a las características particulares del modo de vida que determinan qué tan vulnerable es el individuo a sufrir enfermedades, por ejemplo: el pertenecer a un grupo de mayor riesgo de enfermedad como los recién nacidos, mujeres embarazadas, etc. al unir la teoría de los determinantes sociales individuales con la teoría del autocuidado, las acciones se ven compensadas para el mantenimiento de la salud, preservación del bienestar de la gestante, del neonato y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud. ⁽¹³⁾

“La Teoría de enfermería del Autocuidado de Dorotea E. Orem plantea que el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, así como el desarrollo y bienestar, es por tanto, un sistema de acción”. ⁽¹⁴⁾

Autocuidado: “Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.” ⁽¹⁵⁾

El autocuidado. “En el concepto básico de la teoría es el conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior, es una conducta que realiza o debería realizar la persona por sí misma”.⁽¹⁶⁾ Según Orem, el autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a

través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela, amigos y personal de salud, cuando se realiza efectivamente.^{(14) (15) (16)}

Dorothea Orem puntualiza que en el autocuidado deben practicarse cuatro tipos de acciones y expresiones: búsqueda de conocimientos, de ayuda y recursos, control de factores internos, acciones y expresiones interpersonales⁽¹⁶⁾ (17).

En la prestación de servicios en los tres niveles de atención, se ha observado la deficiencia en conocimientos y prácticas en autocuidado de la mujer embarazada, puérpera, específicamente en su salud y de su hijo (a) la cual eleva la morbilidad y muerte, a pesar de la consejería y educación que se ha brindado en relación al plan de emergencia familiar, que es una herramienta que sirve para orientar a la embarazada sobre signos y señales de peligro, toma de decisiones para una atención oportuna y prepararse para la llegada del recién nacido.

Estudios recientes indican, que las personas que practican acciones de autocuidado tienen menores posibilidades de enfermar o morir; logran mayores satisfacciones en su vida diaria, y se constituye como una estrategia para responder a situaciones frecuentes de salud o enfermedad, base de la pirámide de atención primaria, siendo urgente su incorporación como una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención en salud, porque actualmente, el autocuidado es un factor crítico para la consecución, mantenimiento de la salud y bienestar del ser humano,⁽¹⁸⁾ especialmente en la embarazada y el recién nacido, lo muestran los datos a nivel mundial, nacional, departamental y municipal.

Finalmente, es importante mencionar que las instituciones de salud tienen un importante rol que cumplir en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de autocuidado de la embarazada, familia y comunidad, modelo

que lograría la adherencia del plan de emergencia familiar y minimizar los tiempos en la identificación de peligro, toma de decisiones para buscar oportunamente atención calificada en los servicios de salud y en conjunto salvar la vida, no solo de la madre sino del recién nacido, además de alcanzar las metas del milenio.

B. Marco Conceptual

B.1. Conocimiento

El conocimiento se define como los hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad. También puede entenderse como lo que se adquiere como información relativa a un campo determinado o a la totalidad del universo ⁽¹⁹⁾

B.2. Gestante

Mujer en estado de “gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto, con una duración media de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario)”. ⁽²⁰⁾

B.3. Plan de emergencia familiar

Es un instrumento sencillo de planeación que proporciona los mecanismos y ordena las responsabilidades de los diferentes actores en relación con los servicios de salud y distintos niveles de atención, cuyo objetivo es el de reducir las muertes maternas en las cuatro demoras. ^{(21) (22) (23)}

B.4. Signos y señales de peligro

Son aquellos signos o síntomas que pueden poner en riesgo el embarazo y crear complicaciones para la salud de la madre y en consecuencia la de su bebe. ^{(21) (22) (23)}

B.5. Vinculación entre la embarazada e integrantes del comité de emergencia comunitario

Es la correlación entre los diversos actores de la sociedad, comunidad, para propiciar el desarrollo cultural que contribuyen al posicionamiento y fortalecimiento de las comunidades, especialmente en situaciones de emergencia que ocurren entre el individuo, familia y comunidad. ^{(24) (25)}

B.6. Consejería para autocuidado

“Un encuentro entre seres humanos, donde el consejero no antepone su deseo, permitiendo a la o el usuario plantear sus necesidades y resolverlas, dentro de un marco de respeto y calidez en el servicio” ⁽²⁶⁾

“Es la atención individual proporcionada al usuario demandante, con el fin de brindar información clara, completa y oportuna que le permita tomar sus propias decisiones”. ⁽²⁶⁾

La Consejería es un proceso de diálogo activo entre quien orienta y quien solicite la prestación en un marco de respeto a sus derechos, privacidad y confidencialidad, es “ayudarle a las personas a decidir qué es lo mejor para

ellos en su situación particular; asistirlas a través de la escucha y el entendimiento para que puedan reconocer cómo se sienten, respetando sus creencias y valores, propiciando el desarrollo de la confianza en sí mismos, es decir generando autonomía. ⁽²⁷⁾

B.7. Emergencias obstétricas

Es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida de la gestante y/ o su bebe, situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas. ⁽²⁸⁾

B.8. Comité de emergencia comunitario

Grupo de personas que se organizan para dar respuesta a las limitaciones encontradas para la atención y evacuación de emergencias de salud, con prioridad a las emergencias obstétricas que ocurren en la comunidad. ⁽²⁹⁾

C. Marco Referencial

1. Plan de emergencia familiar en América Latina y el Caribe

El plan de emergencia familiar es una herramienta que contribuye en el aumento del autocuidado en la salud de la embarazada e involucra a la familia y comunidad, a través de la educación y promoción de la salud permanente en el nivel comunitario. En la bibliografía consultada se visualiza que otros países utilizan otros instrumentos para la educación de la embarazada, solo en la región de América Latina y el Caribe se encuentran escasos documentos que utilizan un plan de parto (México) en países de Centro América y el Caribe, como Nicaragua, Salvador y Guatemala, los cuales tienen alguna diferencia, en otros casos es un documento que registra información general.

1.1. Plan de emergencia familiar en Guatemala

Escasos programas de salud priorizaban la mortalidad materna, marcado en poblaciones indígenas; la conferencia internacional de 1987 en Nairobi dio el impulso para comenzar en Guatemala y cambió el nivel de apoyo político y social para mejorar la salud de la mujer y aumentar la participación comunitaria

en la Maternidad Saludable. ⁽¹⁾ Veinte años más tarde se implementan los planes de emergencia familiar y comunitario, a través de la educación y promoción de la salud en embarazadas, familia y comunidad, sin embargo el conocimiento y aplicación del plan por actores importantes sigue siendo débil, porque aún se mantienen la razón de muerte materna y neonatal en Guatemala y Alta Verapaz, especialmente en comunidades del municipio de San Pedro Carcha.

1.2. Plan de Emergencia familiar en Alta Verapaz

La muerte materna en Guatemala sigue siendo un problema de salud pública, ocurren durante el embarazo, parto y puerperio, la vigilancia durante el embarazo sigue siendo débil en el departamento de Alta Verapaz, de acuerdo al análisis de sala situacional de muerte materna ocurridas el año 2013, se ha evidenciado que existe ausencia de control prenatal (11 %) en la embarazada que fallece, el 43 % cuentan con uno o dos controles y el 46 % tiene tres o más controles, oportunidad que permite sensibilizar, orientar y aconsejar a la embarazada y familiares sobre eventos que podrían afectar la vida de la madre y el niño. ^{(9) (10) (11)}

Garnica Marroquín, F. L. en su lucha de demostrar que se pueden reducir las muertes maternas, manifiesta que la mujer que cuenta con un plan de emergencia familiar tiene la posibilidad de vivir porque sabe qué hacer en el momento de una emergencia obstétrica, ⁽⁸⁾ demostrado en los resultados de su estudio porque evidencia que la mujer que logra sobrevivir posterior a una emergencia obstétrica expresa conocer el plan de emergencia familiar, poniéndolo en práctica oportunamente. ⁽⁹⁾

Una de las estrategias de salud pública es la implementación del plan de emergencia a nivel familiar, como parte de la vigilancia a la embarazada, cuyo propósito es el de sensibilizar y aconsejar a la embarazada, al esposo, familia, comadrona, líderes para orientar sobre el proceso que deben seguir para la atención oportuna de una emergencia obstétrica y la decisión de buscar ayuda para ser atendidos por personal calificado en un servicio de salud al presentarse un signo o una señal de peligro, en el embarazo, parto o puerperio, incluyendo al recién nacido, situación que actualmente está influyendo, porque aún fallecen en un 45 % en la primera y segunda demora, por causas prevenibles (81 %) y potencialmente prevenibles (16 %). ^{(10) (11)}

1.3. Plan de emergencia familiar en San Pedro Carchá Alta Verapaz

San Pedro Carcha, es un municipio que ha mantenido la razón de muerte materna más alta en los últimos cinco años (69 casos hasta el 2013), comparado a otros años para el 2013 redujo el 82 % el número de muertes, de acuerdo al análisis no tuvieron controles prenatales o bien uno o dos controles, fallecieron en primera y segunda demora, muertes potencialmente prevenibles, evidencia que existe debilidad en la consejería sobre el plan de emergencia familiar y el fomento del autocuidado en la embarazada ^{(8) (9)}.

San Pedro Carchá es un municipio del departamento de Alta Verapaz, que colinda al norte con Chisec; al este con Cahabón, Lanquín y Senahú; al sur con Senahú, Tukurú y San Juan Chamelco; al oeste, con Cobán y Chisec, todos municipios de Alta Verapaz, con una extensión geográfica de 1,082 Km² (equivalente al 9.2% del territorio regional y 12.5% del territorio departamental de Baja Verapaz),⁽⁶⁰⁾ con una población de 228,128 personas (INE 2013) en 267 aldeas, en la región 10 se encuentra ubicada la aldea de Campur, el 84.1 % de población son pobres, el 16 % vive en extrema pobreza, el 85 % se ubica en áreas Rurales, son indígenas y hablan el idioma Maya q'eq'chi. ^{(8) (9) (19) (11)}

Municipio de San Pedro Carcha, Alta Verapaz



El municipio de San Pedro Carchá cuenta con dos Centros de Atención permanente, uno ubicado en aldea de Campur, otro en área urbana de San Pedro Carchá, 5 puestos de salud y 3 organizaciones que prestan servicios de salud, extendiéndola a las comunidades. ⁽⁹⁾ El personal ha incrementado desde el 2007 a la fecha, entre médicos, enfermeras y Auxiliares de enfermería, importante el incremento de educadores con perfil de maestros de educación con un periodo de inducción de dos años para que conozcan la problemática de salud y los procesos que deben implementar, el énfasis sigue siendo la embarazada, familia y comunidad, sin aplicar un modelo de atención en salud que logre la adherencia del plan de emergencia familiar y comunitario.

La ausencia de un modelo de atención a nivel de familias, es un eslabón crítico que favorece el incremento de muertes maternas, grave problema para la sociedad Carchaense, por ser una población pobre, especialmente en mujeres indígenas, analfabetas que residen en comunidades del área rural, lejana de los servicios de salud que atienden el parto normal, ubicados entre 4 y 8 horas, carreteras de terracería en mal estado, veredas entre montañas que limitan recibir atención oportuna y adecuada; además de presentarse casos en comunidades cercanas, como Chirrequiche, que ha reportado una muerte materna por seis años consecutivos, lo que motiva investigar la implementación y el conocimiento en la embarazada y activación del plan de emergencia familiar para salvar la vida de la madre y el niño en situaciones de emergencia.

1.4. Plan de emergencia familiar en la comunidad de Chirrequiche

La comunidad de Chirrequiche, se encuentra ubicada en la jurisdicción de Carchá I, cuya prestación de servicios de salud es administrada por la organización, Fundación Menonita Kekchi, Guatemala (FUNDAMENO) cubre 14 comunidades, cuenta con 6 centros de convergencia, atiende 15,128 habitantes, 3,501 familias. Para llegar a las comunidades se cuentan con medio de transporte, en carretera asfaltada y terracería, se viaja entre 20 minutos a una

hora para llegar al Centro de Atención Permanente de San Pedro Carcha, en todas existe señal de telefonía, actualmente existe un facilitador comunitario que cuenta con un celular para comunicarse a las autoridades de salud, al presentarse una emergencia obstétrica.

Entre el equipo básico de salud se encuentra una enfermera ambulatoria, un facilitador institucional, 2 educadoras en salud y nutrición, 20 facilitadores comunitarios, 71 madres consejeras, 6 auxiliares de enfermería calificada en atención materno neonatal, 31 comadronas tradicionales activas, personal que actualmente presta sus servicios en catorce comunidades, incluyendo Chirrequiche, con 1511 habitantes, 227 familias y un promedio de 43 embarazos durante el año, según registro del facilitador comunitario, comunidad que aporta una muerte materna anualmente por causas potencialmente prevenibles,, posiblemente por no identificarlas oportunamente o bien por desconocimiento de los signos y señales de peligro, toma de decisiones tardías. (Unidad de Análisis de prestadoras de servicios de salud, FUNDAMENO)

Croquis de la jurisdicción Carcha I



Fuente: Sala situacional distrito de San Pedro Carchá.

2. Estrategia del plan de emergencia familiar



Una de las metas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala es fortalecer individuos, familias y comunidades para reconocer y responder a emergencias obstétricas, promoviendo cambios de comportamiento, movilización comunitaria para que las gestantes conozcan los servicios de salud, que sepan cuándo y cómo obtenerlos, a través de intervenciones de comunicación, de “planes de emergencia” familiar y comunitarios a fin de preparar a embarazadas y familiares para tomar acciones ante un signo o una señal de emergencia que ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, es entonces una herramienta que contribuye a salvar vidas, como lo manifiesta Garnica Marroquín en su estudio.

Es trascendental resaltar que la embarazada está en riesgo durante todo el proceso de gestación, riesgo que se acumula durante la vida reproductiva cada vez que se embaraza, el eje importante de las acciones para prevenir y reducir la muerte materna es que tengan acceso oportuno a la atención prenatal y una preparación estricta para la identificación de signos y señales de peligro para evitar la muerte, aplicando el modelo de enfermería del autocuidado de la teórica Dorothea Orem.

2.1. Plan de emergencia familiar

“Es una herramienta sencilla de planeación que proporciona los mecanismo para movilizar y organizar a la familia y comunidad para el traslado oportuno de la gestante, puérpera y/o recién nacido al establecimiento de salud”^{(21) (22) (23)}, ordena las responsabilidades de distintos actores de servicios y de distintos niveles de atención, facilita información necesaria para la toma de decisiones en relación a la previsión de los recursos necesarios para la atención del parto, generando en ellos responsabilidad de prepararse anticipadamente para la búsqueda de atención en salud ante cualquier signo de complicación en la embarazada, puérpera y su recién nacido⁽²²⁾

Debe definirse para cada embarazada aunque no presenten signos y señales de peligro durante el control prenatal que realizan de forma mensual en los servicios de salud de diferentes niveles de atención, explicándolo ampliamente durante la consulta con cada paciente, ejemplificando y utilizando el plan para su mejor comprensión. ⁽²³⁾

2.2. Propósito del plan de emergencia familiar

Uno de los objetivos del plan de emergencia familiar es lograr que la embarazada, su esposo y familiares conozcan e identifiquen aspectos críticos que se enfrentan durante el proceso de gestación, parto, puerperio o el recién nacido durante su periodo de adaptación y se desarrolla para ayudar a dar los pasos necesarios y estar preparados en caso de una emergencia.

2.2.1. Objetivos del plan de emergencia familiar

El plan de emergencia familiar constituye un elemento importante para salvar vidas al manejarse adecuada y oportunamente en el nivel familiar, los objetivos de su implementación son los siguientes:

- ✓ contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal desde la comunidad y en toda embarazada.
- ✓ fomentar en la embarazada y grupo familiar una cultura de preparación anticipada de recursos mínimos necesarios para la atención del parto o en cualquier emergencia que se presente.
- ✓ tomar decisiones para la búsqueda oportuna de la atención durante el embarazo, parto, puerperio y la atención del recién nacido y minimizar el riesgo de la madre y el niño.

- ✓ fortalecer el vínculo y alianzas entre la embarazada, familia, comunidad y proveedores de servicios de salud para facilitar el acceso a la atención institucional del parto y atención oportuna ante una emergencia obstétrica.
- ✓ promover la participación de actores sociales claves y la comunidad para facilitar la atención institucional oportuna de la embarazada y el recién nacido. ^{(21) (22) (23)}

2.2.2. Estructura y diseño del plan de emergencia familiar

El plan familiar está diseñado muy especialmente para una población con bajo o nulo nivel académico, con dibujos y colores para que la embarazada y familiares o personal de salud asocien el proceso que promueve a tomar una decisión oportuna y permita salvar la vida del binomio madre e hijo.

Está estructurado en material de cartón tamaño carta conteniendo información de lado y lado:

Uno de los lados y muy importante es la identificación de signos y señales de peligro, en embarazadas, recién nacido menor de 28 días y en niños y niñas menores de un año, información que debe conocerse por la embarazada, esposo, familia y comunidad, actores sociales que apoyan a las mujeres para tomar la decisión de buscar ayuda oportunamente, previo al reconocimiento de signos y señales de peligro, orientando que la evacuación debe ser en el menor tiempo posible para evitar el deterioro de la paciente en el recorrido, porque la demora en la decisión permite que la embarazada llegue grave a los servicios de salud y fallezca en las primeras horas.

El segundo lado muestra nueve recuadros que representaban los pasos críticos que deben estar preparados por la embarazada, familia y coordinación

efectiva con el comité de emergencia comunitario, previamente para actuar al presentarse una emergencia obstétrica o bien para el trabajo de parto normal en servicios de salud, los aspectos importantes son los siguientes:

- a. en qué servicios de salud tendrá al bebé.
- b. que vehículo la transportará al servicio de salud.
- c. reunir algo de dinero para usar en caso de emergencia.
- d. coordinación previa con la comisión de salud o comité de emergencia de comunidad.
- e. quien acompañará a la embarazada al servicio de salud
- f. quien cuidará la casa y demás hijos
- g. que documentos deben llevar la embarazada
- h. que insumos debe llevar para la madre y recién nacido
- i. identificar quien será el responsable de activar el plan en el momento de una emergencia ^{(22) (23)}

Cuando la mujer e integrantes de la familia y actores de la comunidad logren conocer e identificar los signos y señales de peligro y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, es probable que asuman la responsabilidad de su propia salud e hijo, de prepararse y organizarse previamente y de tomar la decisión de buscar ayuda en el menor tiempo posible, de exigir una atención oportuna y de calidad para ellas.

Originalmente, el plan de emergencia familiar fue diseñado, solo con signos y señales en embarazadas y recién nacido, cuatro aspectos para prepararse; ser atendidos en servicios de salud, vehículo, fondos y coordinación con comité de emergencia familiar, todo a colores para diferenciar el riesgo, la hemorragia y otros, en una revisión de materiales por el Programa Nacional de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)/Atención Integral de la Niñez en la Comunidad, se agregaron los signos y señales de peligro de niño y niña menor de un año y otros aspectos, ampliando su contenido, como

última versión, cambio que requiere de mucho más tiempo por parte del personal de salud para la educación, orientación o consejería dirigido a la embarazada, de lo contrario no se logra el objetivo además se ser estandarizado para no crear confusión entre la familia y actores sociales. ⁽¹⁾

2.2.3. Signos y señales de peligro

Son aquellos signos o síntomas que pueden poner en riesgo el embarazo y crear complicaciones para la salud de la madre y en consecuencia la de su bebe, ^{(21) (22) (23)} siendo responsabilidad del personal de salud difundir la información, concientizar individualmente a la embarazada, a familia y comunidad, en el idioma local, para lograr el objetivo, utilizando el plan de emergencia familiar a colores para la facilidad de comprensión.

2.2.3.1. Signos y señales de peligro en la embarazada

En la embarazada los signos y síntomas de urgencia obstétrica son los siguientes: presencia de hemorragia en cualquier momento del embarazo, el parto y después del parto, Visión borrosa, dolor fuerte de cabeza, fiebre, dolor epigástrico, edema en miembros superiores e inferiores, pueden presentarse a pesar de que la embarazada haya asistido a las consultas prenatales mensualmente en un servicio de salud, por lo tanto deben tener conocimiento de los signos y señales de peligro, identificarlos y activar el plan de emergencia familiar con la ayuda del esposo y de actores sociales de salud.

2.2.3.2. Signos y señales de peligro en el recién nacido

Entre la población vulnerable se encuentra el recién nacido, por la transición del ambiente uterino al ambiente del mundo, cambio traumático para el neonato que puede crear complicaciones, se han considerado que los signos y señales de peligro en este grupo de edad son los siguientes: dificultad para

respirar, bajo peso al nacer, hipotermia e hipertermia, cianosis, dificultad para mamar.

2.2.3.3. Signos y señales de peligro en el niño o niña

En la revisión de materiales que se realizó por el Programa Nacional de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)/Atención Integral de la Niñez en la Comunidad, se agregaron los signos y señales de peligro de niño y niña menor de un año, entre ellos se encuentran, la dificultad para mamar, comer y tomar líquidos, vomita todo lo que come y toma, convulsiones, flacidez o somnolencia. El plan de emergencia familiar entonces se amplía, con el fin de contribuir en reducir la mortalidad materna e infantil, lo que requiere también más tiempo para empoderar a la madre, familia y adecuar horarios para lograr la participación de todos, situación que hay que considerar en población indígena, con escasa educación y el factor cultural, para la adherencia del plan.

2.3. Aspectos críticos del plan de emergencia familiar

Es importante que la embarazada familia y comunidad reconozcan los signos y señales de peligro, pero uno de los aspectos críticos que impiden o retrasan la decisión de buscar ayuda o buscar los servicios de salud, es el desconocimiento a que servicio acudir o tener al bebe, como viajarán hasta dicho servicio, con qué dinero, quienes apoyarán y acompañarán a la embarazada, quien cuidará a los demás hijos y lo que queda en la casa, que documentos llevar, que se necesitará para el recién nacido y embarazada, estas y otras preguntas se mantienen en el ambiente familiar actualmente, especialmente en embarazadas indígenas analfabetas, que por su cultura no se atreven a tomar decisiones, si no es por el esposo o un familiar.

El plan de emergencia familiar fue creado para minimizar la ansiedad en la embarazada, porque da respuesta a todas estas preguntas, su implementación,

conocimiento y aplicación en el nivel familiar e individual reduce las demoras y contribuye en la calidad de atención y oportuna desde la comunidad hasta los servicios de salud. ⁽²²⁾ ⁽²³⁾

3. Relación del plan de emergencia familiar con las demoras

Existe una estrecha relación entre el plan de emergencia familiar y el modelo de las demoras, porque aunque las embarazadas y familiares reconozcan los signos de peligro que amenazan su vida y la del recién nacido, todavía hay un compás de espera por parte de la misma mujer, esto demora la decisión de buscar ayuda o asistir a los servicios de salud, los datos demuestran que las muertes se dan en comunidades lejanas y cercanas, por no tomar una decisión oportuna y deciden salir cuando ya hay gravedad, en la sala situacional de la Unidad de Epidemiología de Dirección del Área de Salud de Alta Verapaz se evidencia que el 55 % de las muertes maternas se dan en los servicios de salud ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾ probablemente por un estado ya deteriorado y cuando llegan se presentan dificultades de personal, insumos y medicamentos, que demoran la atención.

Para reducir el tiempo entre las demoras, la embarazada y la familia deben estar empoderados de su autocuidado, para pedir la intervención inmediata del esposo y actores sociales para su traslado oportuno, ya que el plan de emergencia familiar es una estrategia integradora, que debe ser aceptada y ejecutada consciente y voluntariamente por la mujer embarazada, familia y comunidad a fin de que contribuya a minimizar la morbilidad materna y neonatal, todas las acciones se desarrollan tanto en el nivel comunitario como institucional para favorecer la previsión de los recursos financieros, humanos, de transporte y de comunicación necesarios para la atención del parto institucional, para reducir el riesgo.

3.1. Atención de calidad en servicios de salud

La identificación de estos factores se considera importante en la medida en que permita que exista la posibilidad de mejorar y ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud SBS para las embarazadas en particular y comunidades en general. La muerte en embarazadas podría evitarse si las mujeres y familias supiesen cuándo buscar ayuda y cómo acceder al sistema de atención de salud y, por consiguiente, recibir atención por parte de proveedores calificados. ⁽¹⁸⁾

La mayoría de los embarazos son atendidos en el hogar, por familiares de la madre o por comadronas, muchas de las muertes que se dan durante el embarazo, el parto o postparto son prevenibles al ser atendidos en centros de atención especializada o que cuenten con el personal capacitado para tratar los casos de emergencia. Otras muertes maternas se dan por las denominadas cuatro demoras, que consisten en la tardanza en la identificación de los factores de riesgo o amenazas a la vida de la madre, por las dificultades en la toma de decisión en la familia en relación a acudir a un servicio, por la tardanza en llegar a los centros de atención por falta de acceso a los medios de comunicación o recursos y la tardanza en recibir atención oportuna y de calidad en los centros de salud (RCOG 2006). ⁽¹⁸⁾

3.2. Acceso a los servicios de salud

La ubicación geográfica de los servicios de salud que dan respuesta a las complicaciones, es también un factor importante que influye en el acceso oportuno, porque no solo la embarazada decide buscar ayuda cuando su salud se ha deteriorado, sino debe caminar por veredas a distancias largas y cuando llega enfrenta dificultades de horarios inaccesibles, personal insuficiente, turnos inefectivos poco acceso a telefonía y como resultado una muerte materna, indicador de las condiciones y calidad de atención de los servicios de salud que dará una respuesta positiva al plan de emergencia familiar.

Según Ceballos, solo el 22 % de las comunidades cuentan con transporte de pasajeros, de cabeceras municipales a centros poblados del área rural, estima que el 36% de las comunidades cuentan con pick-ups y pequeños camiones, constituyendo un sistema de transporte peligroso que combina el transporte de pasajeros y de carga y el 42% restante de las comunidades no cuentan con sistema de transporte, teniendo que trasladarse a pie, lo que complica más la situación del acceso a los servicios de salud para la embarazada con complicaciones en comunidades con estas condiciones. (2006). aun cuando los líderes comunitarios y prestadores de servicios se organizan con antelación, influyen otros factores como los familiares, las tradiciones que influyen en la toma de decisión para concluir con el plan de emergencia familiar y comunitario. ⁽⁸⁾

4. Rol de equipo básico de salud

“Es responsabilidad del profesional de la salud proporcionar atención integral con calidad y calidez a la mujer en todas las etapas de la vida, y principalmente en su gestación, parto, postparto y a su recién nacido”. ⁽¹⁹⁾

Sus intervenciones deben ir encaminadas a la búsqueda de disminuir el riesgo de morir, al buen trato a los usuarios considerándolos seres humanos integrales con su entorno social cultural, trato cordial y respetuoso, con privacidad, brindando información completa a través de una consejería de calidad con énfasis a la promoción de la salud, a incrementar actividades de educación sexual, reducir el número y frecuencia de embarazos y fomentar las alianzas intersectoriales a nivel comunitario, para lograr la adherencia del plan de emergencia familiar en la embarazada y su activación en situaciones de emergencia. ⁽²¹⁾

Uno de los objetivos de la estrategia del plan familiar es proporcionar al equipo básico de salud una herramienta técnica que facilite brindar la consejería y orientación a la embarazada, familia y comunidad a fin de mejorar el acceso de la atención institucional de la madre y el recién nacido, disminuir las demoras en el nivel comunitario e institucional permite que el proceso de consejería abra un ambiente de confianza entre proveedor y embarazada para asistir oportunamente a servicios de salud, convencidos de la importancia de su autocuidado. ⁽¹⁹⁾

4.1. Equipo básico de salud en el primer nivel de atención

El Ministerio de Salud Pública en respuesta a las necesidades de salud, especialmente para las acciones para reducir las muertes maternas en el nivel nacional y local, ha implementado la estrategia de extensión de cobertura, la cual va dirigida a comunidades postergadas, población con extrema pobreza y en donde ha sido difícil la llegada de personal de salud, desde el año de 1997.

Entre el personal contemplado para el equipo básico de salud se encuentra una Enfermera o Médico ambulatorio, un facilitador institucional, ocho facilitadores comunitarios, 30 comadronas tradicionales, equipo que tiene bajo su responsabilidad la atención para cada diez mil habitantes, sin embargo no ha sido suficiente por la dispersidad geográfica de comunidades y crecimiento poblacional, en los siguientes años se incorporó Auxiliares de Enfermería calificada en Atención materna neonatal, educadores en salud y actualmente Auxiliares de enfermería en cada centro de convergencia para brindar atención diariamente y para brindar consejería a la embarazada, todavía insuficientes.

En áreas de Sololá, se propuso que las propias familias, mediante una orientación adecuada, elaboraran los planes de emergencia familiar, y con la intervención de facilitadores capacitados se ejecutaran planes de emergencia comunitaria, para resolver emergencias que ponen en peligro la vida de las

madres, lograr una articulación entre los servicios tradicionales e institucionales, ⁽¹¹⁾ acciones que deben ser aseguradas por personal de salud.

4.1.1. Funciones del equipo básico de salud en la comunidad

Toda persona que provee servicios de salud a embarazadas en servicios de salud del primer y segundo nivel de atención son responsables de proveer y brindar consejería a cada mujer que asista a sus controles durante el embarazo o por otra causa y garantizar que conozcan, interpreten y utilicen el plan de emergencia familiar, sus funciones son:

- a. mantener en clínicas de atención prenatal, los planes de emergencia familiar en forma original y a colores.
- b. estar capacitado y empoderado en consejería de calidad, conocedor del contenido y proceso sistemático del plan de emergencia familiar para asegurar su adherencia en la embarazada.
- c. preparar y revisar el plan de emergencia familiar en conjunto con la embarazada, esposo y familia.
- d. mostrar y explicar cada una de las partes del plan de emergencia familiar y recapitular su contenido.
- e. asegura que la mujer identifique el establecimiento a dónde ir en caso de una complicación, realizar un recorrido al servicio de salud si existe la oportunidad.
- f. recomendar que socialice el plan de emergencia familiar con el esposo y familia, si no fue acompañada cuando se le brindó la consejería.
- g. informar sobre la importancia de sus controles durante el embarazo y puerperio además de los controles del recién nacido.
- h. asegura que la embarazada, esposo y familia reconozca los signos y señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y en recién nacidos(a).

- i. monitorear y verificar la existencia del plan de emergencia familiar a nivel de viviendas, en lugares visibles, de lo contrario iniciar el proceso.
- j. disponer de tiempo suficiente para brindar una consejería de calidad, en el idioma local para asegurar su comprensión por parte de la embarazada, esposo y familia. ⁽¹⁰⁾

4.2. Proceso de adherencia del plan de emergencia familiar

El personal de salud debe empoderarse del propósito del plan de emergencia familiar, identificar como funciona y cuáles son las consecuencias al no activarlo oportunamente, además de estar capacitado en el modelo de atención de enfermería del autocuidado, para lograr la adherencia del plan principalmente en la embarazada y su pareja, para ello es necesario seguir un proceso sistemático y dar los siguientes pasos:

- a. Brindar consejería de calidad durante la consulta prenatal, en la visita domiciliaria y en círculos de embarazadas u otra estrategia, a esposos, familias, comunidad y otros que tengan incidencia con la embarazada.
- b. Mostrar un ejemplar del plan de emergencia familiar y explicar el objetivo de su implementación, uso y activación.
- c. Explicar primero el lado de los signos y señales de peligro, mostrando el ejemplar a colores, haciendo una diferencia entre la embarazada, recién nacido, niño y niña.
- d. Explicar que son los signos y señales de peligro, señalando los colores que hacen diferencia entre la hemorragia e infección puerperal y otros

signos, explicar cuanto tiempo pueden esperar en la comunidad en casos de hemorragias y retención placentaria, signos de Shock, etc. de lo contrario no habrá impacto en la persona que recibe la consejería sobre el plan de emergencia familiar.

- e. Explicar que existen signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, en el recién nacido durante el periodo de adaptación al ambiente y en niños o niñas menores de un año.
- f. Diferenciar cuales son los signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, así como los que se presentan en el recién nacido, niño y niña menor de un año.
- g. Ejemplificar casos de vidas salvadas y casos de muerte materna ocurridos en la comunidad para sensibilizar a la embarazada, esposo, familia y comunidad, durante la consejería.

Al concluir la consejería de signos y señales de peligro se muestra el siguiente lado, explicando la importancia de prepararse anticipadamente y evidenciar que son acciones que dan respuesta al peligro que se está viviendo en la embarazada, familia y comunidad, seguir la consejería explicando lo siguiente:

- a. Brindar información completa de la red de servicios de su comunidad, municipio y/o departamento, informar sobre la cartera de servicios con el fin de que identifique en donde podrá ser atendido su parto normal o la complicación que se presenta, debe hacer énfasis en la referencia de los tres niveles de atención, así identificarán a donde ir.
- b. Identificar con la embarazada, esposo y familia, quienes son propietarios de vehículos en la comunidad, realizando un mapeo de posibles

vehículos que podrían apoyar, hablar anticipadamente con los propietarios, llegando a un consenso en la parte financiera, obtener número telefónico si existe en la comunidad, al presentarse una emergencia obstétrica.

- c. Promover el ahorro de fondos para gastos varios en situaciones de emergencia, así como en la atención del parto normal, incluyendo el viaje y/o combustible de vehículo, en caso necesario, haciendo una proyección de gastos mínimos y máximos, para seguridad de embarazada y familia.
- d. Preguntar si la embarazada conoce a los integrantes de la comisión de salud o comité de emergencia, hacer énfasis en que deben conocerlos y coordinar con ellos para que estén preparados para evacuarlas, preparar camillas si hay que caminar de una comunidad a otra y quienes serán los encargados, recomendar que no deben esperar mucho tiempo, si tienen conocimiento en que existen factores de riesgo que no es lo mismo que signos y señales de peligro, deben salir antes, coordinando con personal institucional para ingresar en los hogares maternos.
- e. Consensuar con la familia quien acompañará a la embarazada al momento de viajar y ser atendida en un servicio de salud, persona que le inspire confianza y comprenda su situación, que le ayude a resolver sus dudas y calmar su ansiedad, que hable su idioma para entenderle y que esté informada sobre la situación del resto de la familia, deben describir nombre de la persona y recalcarlo en cada visita que se le realice durante el embarazo.
- f. Consensuar con la familia quien cuida la casa y demás hijos en su ausencia, explicarle que tienen la oportunidad de llegar con la familia al hogar materno y estar el tiempo que se requiera para resolver la emergencia obstétrica, de lo contrario deberán escribir el nombre de la

persona que apoyará, para que sienta confianza en asistir al servicio de salud.

- g. Es importante que el proveedor de salud haga énfasis en los documentos legales que deben llevar, tanto la embarazada y acompañantes para no atrasar los procesos de ingreso y egreso de usuaria y recién nacido, según las normas del servicio de salud, informar sobre el proceso que deben seguir, de lo contrario habrán atrasos, lo que ocasionará desconfianza en el proveedor y servicio de salud.
- h. Informar sobre los insumos mínimos necesarios que deben llevar para la embarazada y el recién nacido, enlistar que deben llevar y para que servirán, además de explicar las consecuencias que se tendrán si no se cuentan con ropa limpia para la madre (sepsis puerperal e hipotermia en el recién nacido) y neonato, lo que podría ocasionar la muerte de uno de los dos o de ambos.
- i. Uno de los pasos cruciales para salvar la vida de la madres es establecer quien activará el plan de emergencia familiar en situaciones de emergencia, hacer énfasis en que ella es responsable de su vida y salud, la primera en alertar a esposo, familia y comunidad al presentar un signo o señal de peligro, tomar la decisión de buscar ayuda porque se trata de su vida y la de su hijo. Explicar que en ausencia de su esposo ella debe seguir todo el proceso del plan de emergencia familiar con las personas que le acompañará con el apoyo de los integrantes de la comisión de salud y/o comité de emergencia.
- j. Finalmente indicar que el plan de emergencia debe estar en el nivel familiar en un lugar visible para que todos lo consulten en cualquier momento.

El proveedor de salud debe identificar cual va ser la actitud de la embarazada, esposo y familia ante el plan de emergencia familiar, para dar seguimiento e informar a donde corresponda con el fin de asegurar su ejecución en caso necesario, deberán anotar el nombre de quien activará el plan y del proveedor que brindó la consejería, números telefónicos de servicios de salud, hogares maternos si los hay, reevaluar en cada visita domiciliaria o control prenatal que se le realice a la embarazada, hasta lograr el empoderamiento, adherencia del plan y autocuidado de la embarazada. ⁽¹⁹⁾

De esta forma, cuando ocurra una emergencia, las decisiones ya han sido tomadas, saben que tienen que hacer y poner en acción el plan, inmediatamente, esto con el fin de disminuir el tiempo entre la primera y segunda demora y llegar al servicio de salud en el momento oportuno para salvar la vida de la madre y el niño. ⁽²³⁾

5. Consejería sobre plan de emergencia a nivel familiar

La consejería es un elemento que juega un papel importante en la educación, prevención, cambios de estilos de vida y hábitos en las personas, contribuye a que las personas tomen decisiones para resolver problemas de salud y mejoría en la calidad de vida, fomenta el autocuidado, modelo de atención de enfermería de Dorothea Orem, que contribuirá en reducir la muerte materna y neonatal, al aplicase especialmente en la embarazada.

La consejería: Es una Técnica de educación individual o de pareja a través de la cual una persona capacitada proporciona apoyo a otra, transmitiendo información amplia, completa y veraz sobre un tema o situación en particular, libre de mitos o tabúes, para facilitar la toma de decisiones de la persona. ⁽²⁶⁾

Proceso que no consiste en dar consejos, ni en manipular a la persona para que haga lo que se considera hacer, ni convertirlo en una entrevista en

donde únicamente se proporciona información, al contrario el proveedor o consejero de salud debe crear un ambiente de confianza, abrir un diálogo que permita la escucha entre ambos.

Para el empoderamiento del plan de emergencia familiar por parte del proveedor de salud y de embarazadas, es necesario capacitarlos en aspectos de consejería, que reúnan cualidades de consejeros, con disponibilidad de una hora máximo para cada embarazada y/o familia, en servicios de salud durante los controles prenatales, visitas domiciliarias y otras estrategias que se implementan en extensión de cobertura.

Los consejeros con buenos resultados son aquellos que contemplan prioritariamente un completo abordaje en la primera demora, elevando la conciencia de las comunidades sobre la detección de las señales de peligro y evitar las complicaciones graves, e incluso la muerte; educando a mujeres, sus esposos y familias para que busquen ayuda oportunamente

La comprensión de la información que se proporciona a embarazadas, esposo, familia y miembros de la comunidad es un factor determinante para salvar la vida de muchas personas y la calidad de consejería introduce el concepto de responsabilidad personal, del autocuidado en la prevención y mantenimiento de la salud. ⁽¹⁹⁾

6. Vinculación del plan familiar y comité de emergencia comunitario

La organización de comités de emergencia en el nivel comunitario, especialmente en comunidades lejanas para el abordaje de mujeres que presenten emergencias obstétricas, es una estrategia local que permite la vinculación entre el plan de emergencia local, la que se define como: “la correlación entre los diversos actores de la sociedad y comunidad, para propiciar el desarrollo cultural que contribuyen al posicionamiento y fortalecimiento de las

comunidades”, especialmente en situaciones de emergencia que ocurren entre el individuo, familia y comunidad. ^{(24) (25)}

Investigaciones realizadas por médicos africanos evidencian el impacto positivo del apoyo comunitario y como resultado la reducción del número de muertes maternas en el área del proyecto. Carranza Camey, Rafael, en su informe del Taller de Análisis de la morbilidad y mortalidad materna en Alta Verapaz, recomienda buscar una respuesta comunitaria organizada paralela a las acciones que se realizan en salud, aspecto esencial en el mejoramiento del problema, ya que partimos de la premisa de que en Alta Verapaz, los agentes comunitarios son los principales personajes en la atención del embarazo el parto y el puerperio y, por ende, los principales actores si deseamos causar un impacto positivo importante.⁽³¹⁾

La vinculación de la participación comunitaria implica la acción de ser parte de algo, de intervenir o compartir en un proceso, denota decisión y/o acción, tiene que ver con “la pretensión del hombre de ser autor de su propio drama, que se desenvuelve en un escenario pre construido en el que, simultáneamente, están presentes otros actores con variados libretos” por tanto, la participación está referida a acciones colectivas provistas de un grado relativamente importante de organización y que adquieren sentido al orientarse en una decisión colectiva.^(24, 25)

Una alternativa para la reducción de muerte materna es la organización con recursos locales en la comunidad de un sistema de evacuación comunitario para las mujeres embarazadas o parturientas y recién nacidos que se presentan con emergencias, de la capacidad que tengan los líderes comunitarios para el traslado de emergencias obstétricas y primeros auxilios de la comunidad previa coordinación entre la familia y la organización comunitaria para salvar la vida de la madre, como resultado de la implementación, conocimiento y activación del plan de emergencia familiar.⁽²⁴⁾

7. Modelo de enfermería del autocuidado

“Bárbara Kosier, Glenora Erb (1989) refiere que la Enfermería es educar, cuidar y preocuparse por las personas; es un servicio a los enfermos, sus familias y comunidades; puede ser tanto preventiva como terapéutica. Es un servicio personal, es decir, un contacto directo entre enfermera y el paciente o entre esta y la familia. Se adapta a las necesidades individuales del enfermo” y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE 2000) indica que la “Enfermería abarca los cuidados –autónomos y en colaboración- que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad.”⁽³²⁾

Enfermería es entonces una profesión de servicios de salud clave que responde a una necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y se complementa con la adopción de un modelo de cuidados y su aplicación sistemática en el proceso de atención de enfermería, lo que proporciona un marco conceptual para la organización, análisis y evaluación del proceso de cuidado en los diferentes niveles de atención y con la capacidad de promover el autocuidado a través del plan de emergencia familiar

Dorothea E Orem: manifiesta en su libro Nursing: concepts Of Practice, que la “enfermería es ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para preservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias que de ellas se derivan”.⁽³²⁾ y plantea la teoría del déficit de autocuidado en enfermería como una teoría general y como una sub teoría el autocuidado y sistemas de enfermería

Beaglehole R, Bonita R. “Indica que en el campo de la salud, el conocimiento de las causas de la enfermedad es importante no sólo para su prevención, sino también para el diagnóstico y la aplicación del tratamiento adecuado”, uno de los objetivos de la teoría del autocuidado es brindar mayor conocimiento de cómo cuidarse, estrategia sencilla que disminuirá los riesgos en la persona, especialmente en la embarazada.

El plan de emergencia familiar es una herramienta que permite el acercamiento entre el personal de salud y la embarazada, oportunidad para brindar consejería y fomentar el autocuidado en la madre y otros integrantes de la familia, acciones que se ven compensadas para el mantenimiento de la salud, preservación del bienestar de la gestante, del neonato y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud. ⁽¹³⁾

La Teoría de enfermería del Autocuidado de Dorotea E. Orem plantea que el “autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, así como el desarrollo y bienestar, es por tanto, un sistema de acción”, ⁽¹⁴⁾ manifiesta que no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela, amigos y personal de salud, cuando se realiza efectivamente. ^{(14) (15) (16) (33)} y puntualiza que en el autocuidado deben practicarse cuatro tipos de acciones y expresiones: búsqueda de conocimientos, de ayuda y recursos, control de factores internos, acciones y expresiones interpersonales. ^{(16) (17)}

En la prestación de servicios de los tres niveles de atención, se ha observado la deficiencia en conocimientos y prácticas de autocuidado de la mujer embarazada, puérpera, específicamente en su salud y de su hijo (a) la cual eleva la morbilidad y muerte, a pesar de la consejería y educación que se ha brindado en relación al plan de emergencia familiar, que es una herramienta

que sirve para orientar a la embarazada sobre signos y señales de peligro, toma de decisiones para una atención oportuna y prepararse para la llegada del recién nacido.

Estudios recientes indican, que las personas que practican acciones de autocuidado tienen menores posibilidades de enfermar o morir; logran mayores satisfacciones en su vida diaria, y se constituye como una estrategia para responder a situaciones frecuentes de salud o enfermedad, base de la pirámide de atención primaria, siendo urgente su incorporación como una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención en salud, porque actualmente, el autocuidado es un factor crítico para la consecución, mantenimiento de la salud y bienestar del ser humano, ⁽¹⁸⁾ especialmente en la embarazada y el recién nacido, lo muestran los datos a nivel mundial, nacional, departamental y municipal.

8. Intervención de enfermería en el plan de emergencia familiar

Es fundamental que el equipo de enfermería busque la eficiencia y eficacia de sus actuaciones pero sin obviar a la persona y la humanización de los cuidados, se desempeña en los tres niveles de atención con diferentes funciones las cuales hacen énfasis en la atención materna y neonatal, en Alta Verapaz por ejemplo: existen enfermeras ambulatorias que brindan la consulta general con prioridad a la embarazada y la referencia de complicaciones obstétricas de forma mensual, auxiliares de enfermería comunitarias calificadas en atención materna y neonatal que tienen como función realizar el control prenatal, detectar las complicaciones obstétricas, vigilancia epidemiológica de la embarazada y recién nacido, referir oportunamente, sus visitas son más frecuentes y cercanas a la comunidad, originarias de la comunidad y que habla el idioma materno para mejor comprensión.

Actualmente se incluye un auxiliar de enfermería más dentro de la plantilla de recurso humano, con la función de brindar consejería durante el embarazo,

parto y puerperio, lactancia materna y nutrición, con énfasis a la consejería en signos y señales de peligro, factores de riesgo en la madre y el niño, lavado de manos y consejería en planificación familiar, en respuesta al pacto Hambre Cero, estrategia de gobierno que tiene como meta reducir en un 10 % la desnutrición crónica, personaje que tiene la oportunidad de realizar visitas domiciliarias y dedicar mayor tiempo en la vivienda y quien debe priorizar la consejería en la embarazada utilizando el plan de emergencia familiar, sin embargo debe estar capacitado en la calidad de consejería, brindándolo en idioma materno para lograr la adherencia del mismo.

Para el año 2013, se incorporan auxiliares de enfermería comunitaria en los centros de convergencia para la atención diaria, las ocho horas del día, siempre haciendo énfasis en la embarazada, parto, puerperio y atención al recién nacido, para que la vigilancia sea más frecuente, es personal originario de la comunidad, propuestos por líderes de la comunidad para ser formados y volver a la comunidad posteriormente al graduarse, con las ventajas de hablar el idioma materno y la confianza de la población para asistir y consultar en los centros de convergencia. Su función es brindar la consulta general con énfasis a la atención materna y neonatal, promover la referencia oportuna cuando se presenten complicaciones obstétricas en la comunidad.

Dentro de la plantilla existe la figura de un facilitador institucional, en su mayoría son Auxiliares de enfermería y un mínimo porcentaje son Técnicos en Salud Rural, su función es alcanzar cobertura optima de inmunizaciones en niños y mujeres en edad fértil, sin embargo existe un fuerte componente de organización comunitaria, entre ellos la organización de comisiones de salud o comités de emergencia en la comunidad, claves para dar respuesta a las emergencias obstétricas oportunamente, crear la vinculación entre la embarazada, esposo y familia a través de los planes de emergencia comunitario y plan de emergencia familiar, la participación de todos en la aplicación de dichos instrumentos garantizará la vida de la embarazada y recién nacido.

En el segundo nivel de atención, el control prenatal es realizada en su mayoría por médicos generales y una mínima cantidad por Licenciadas o técnicas en enfermería, en distrito lejanos donde ha sido difícil la llegada de médicos generales sigue siendo enfermería la que brinda la consulta general haciendo énfasis en el control prenatal, parto, puerperio y recién nacido, existen también algunas licenciadas en enfermería en la atención del parto en servicios lejanos, sin embargo sigue siendo el auxiliar de enfermería en su mayoría la que atiende el parto normal y refiere las complicaciones al tercer nivel de atención en ausencia de enfermeras y médicos.

En el proceso de la consulta o control prenatal, se encuentra la entrega del plan de emergencia familiar, independiente del profesional que la brinde. La participación de enfermería es crucial porque, es el personaje mayoritario en los tres niveles de atención, el que tiene contacto directo con la embarazada, en la pre – consulta, consulta y post – consulta en ciertos servicios, ⁽⁴²⁾ ⁽⁵⁴⁾ especialmente en el primer nivel, es entonces la disciplina que debe asegurar la consejería y adherencia del plan de emergencia familiar, contar con el tiempo suficiente para llevar a cabo todo el proceso, porque no solo es la entrega del plan de emergencia familiar sino lograr el empoderamiento de la embarazada, esposo y familiar para garantizar que será utilizado cuando fuere necesario.

La tendencia en cuanto al talento humano de enfermería es de incrementar para mejorar la calidad de atención e individualizar la consejería a la embarazada, en Alta Verapaz se proyectan 41,413 embarazos, 7984 para el municipio de carcha, 529 distribuidas en 14 comunidades de la jurisdicción Carcha I, dispersas, lejanas y con dificultades para llegar y la consejería a la embarazada debe tener un tiempo máximo de una hora, es necesario el análisis profundo de la cantidad de personal de enfermería que debe existir en los diferentes niveles de atención para lograr la adherencia del plan de emergencia familiar misma que previene la muerte materna según Garnica Marroquín.

Por la magnitud de población y la vulnerabilidad que existe en la embarazada y recién nacido, razón de muerte materna que históricamente ha mantenido el municipio de Carcha, se hace necesario la capacitación sobre técnicas y procesos de consejería de calidad y del modelo de autocuidado, de acuerdo a la teorista Dorotea Orem, quien plantea que “es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, así como el desarrollo y bienestar, es por tanto, un sistema de acción”, ⁽¹⁴⁾ que enfermería puede aplicar uniendo ambos conceptos con el fin de salvar la vida de la madre y el niño al manejarse correcta y oportunamente. ⁽³⁵⁾

9. Normas y protocolos para la vigilancia de la embarazada

Existen normas y protocolos para el control prenatal, protocolo para la atención personalizada de la embarazada y protocolo para la vigilancia de embarazadas y mujeres en edad fértil, en Guatemala desde el primer nivel de atención.

La normas y protocolos de atención ha considerado promover el control prenatal tempranamente, atención de un parto limpio y seguro y cuidados del puerperio, para identificar oportunamente los factores de riesgo, signos y señales de peligro, atender las complicaciones de manera prioritaria y oportuna, involucrando a la mujer, su familia y la comunidad para lograr condiciones de salud adecuadas para la madre y el neonato, tomando en cuenta la premisa que “todo embarazo conlleva RIESGO” siendo necesario informar sobre signos y señales de peligro a la embarazada y su familia para contribuir a la toma de decisiones y su traslado oportuno. ⁽³⁹⁾

El propósito de las normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel, es de orientar a los proveedores en intervenciones básicas en la

atención de la mujer adolescente y adulta en condiciones de embarazo, parto y puerperio, dentro de sus objetivos están:

- a. Identificar las señales de peligro y complicaciones para referir oportunamente, si no hay capacidad resolutive en el servicio.
- b. Orientar a la madre y la familia sobre el plan de emergencia familiar y comunitario.⁽³⁹⁾

En la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio, incluye la identificación de signos y síntomas de peligro y la atención a la embarazada, incluyendo entre las actividades de todo el proceso la sección m) Orientar sobre planes de emergencia familiar y comunitario, de las 17 acciones que debe realizar el proveedor de salud, proceso que conlleva un periodo de tiempo no menor de 45 minutos, entre las acciones de registros y consejería para lograr la adherencia del plan de emergencia familiar en cada control prenatal.

En la guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de atención del parto, contempla la atención prenatal personalizada y reenfocada, definida como “cuidados y acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud de la madre y el niño/a”, cuyos objetivos prioritarios son:

- a. Detectar las señales de peligro o complicaciones, estabilizar y referir oportunamente a un nivel de mayor capacidad resolutive y dar seguimiento a la respuesta.

- b. Preparar en conjunto con la madre y la familia un plan de emergencia familiar y comunitaria.

Además describe pasos esenciales para la atención prenatal:

En el paso 6 indica que se debe informar sobre las señales de peligro entre los cuales se encuentran la hemorragia vaginal, visión borrosa, fiebre, dolor abdominal, salida de líquido por la vagina, ausencia de movimientos fetales, recomienda indicar a la mujer que de presentarse una o más de estas señales no esperar y acudir de inmediato al servicio de salud más cercano

En el paso 7 se recomienda ayudar a la mujer a preparar su plan de emergencia familiar y comunitario vigente, explicando las partes del plan de emergencia, ayudar a la mujer a identificar el establecimiento a donde debe ir en caso de una complicación, pedir a la mujer que haga el plan de emergencia familiar junto con su esposo y la familia, revisar con la mujer el plan de emergencia en cada cita de control prenatal. ⁽⁴⁰⁾

En el protocolo de vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil (10 a 54 años) para la identificación de las muertes maternas, ratifica que toda “mujer embarazada se considera en riesgo”, además de factores que hacen necesaria una vigilancia más estrecha y de dar seguimiento de paciente en un servicio con capacidad resolutive adecuada.

Para la vigilancia es necesario contar con recurso humano calificado, equipo necesario para el control prenatal e insumos mínimos que garanticen la calidad de atención y define que “son todos aquellos productos o implementos médicos y no médicos necesarios, que deben existir en un servicio de salud para brindar una adecuada atención y que permitan la detección oportuna de señales de peligro en las embarazadas”, dentro de esta definición se incluye un ejemplar

en original del plan de emergencia familiar, el cual será entregado a la embarazada previa consejería.

En la forma B de autopsia verbal, instrumento de investigación de la causa de muerte en la sección: accesibilidad a los servicios de salud y factores contribuyentes con la muerte materna, se encuentran preguntas relacionadas al plan de emergencia familiar, como reconocimiento de signos y señales de peligro, gravedad del problema, decisión de traslado, tipo de vehículo y fondos para trasladarla, ⁽⁴¹⁾ evidenciado la importancia del plan durante el control prenatal para no llegar a la muerte materna como la manifiesta Garnica Marroquín, F. L. Demostrado en resultados de su estudio porque evidencia que la mujer que logra sobrevivir posterior a una emergencia obstétrica expresa conocer el plan de emergencia familiar, poniéndolo en práctica oportunamente. ⁽⁹⁾

Entre las normas y protocolos de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social del Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas (DRPAP) Programa Nacional de Salud Reproductiva y Centro Nacional de Epidemiología, se encuentran procesos lógicos para la atención integral de la embarazada y recién nacido, normativa para el abordaje de complicaciones, sin embargo existe una brecha entre lo que idealmente debe hacerse y lo que se hace por el escaso personal que brinda el control prenatal en el primer y segundo nivel de atención, sumado a la cantidad de consultantes diariamente en servicios de salud.

El plan de emergencia familiar es una herramienta que contribuye a reducir las muertes maternas como lo manifiesta Garnica Marroquín, siempre y cuando tenga la prioridad en el proceso de control prenatal y el tiempo mínimo necesario para que la embarazada logre identificar en el primer control los signos y señales de peligro y darle seguimiento en las visitas domiciliarias por personal

competente en consejería de calidad y del modelo de enfermería de autocuidado.

D. Justificación

Guatemala es un país que continúa con alta razón de muerte materna y neonatal, problema grave de salud pública que no permitirá alcanzar los objetivos del milenio, a pesar de implementar estrategia en el sistema comunitario y familiar, los cuales están basados en dar respuesta a limitaciones de acceso a servicios maternos, identificados durante el análisis de las cuatro demoras, entre ellos la organización con recursos, capacidad de líderes comunitarios para el traslado de emergencias obstétricas y mejora de la conciencia de embarazadas a través del conocimiento de un plan de emergencia familiar y decisión para buscar servicios de salud, es posible reducirlas

asegurando las respuesta de los servicios de salud, sin perder de vista la respuesta comunitaria. ^{(1) (2)}

Estudios realizados a nivel mundial, América Latina y el Caribe, evidencian que existe una fuerte asociación entre la morbimortalidad materna y neonatal para el año 2010, González P R. en su estudio, Salud materno infantil en las Américas. Manifiesta que a nivel global, ocurren 136 millones de nacimientos, 10 millones de estos niños fallecerán” antes de su primer año de vida (2,7 millones ocurren en la etapa antenatal y 3 millones en los primeros 7 días de vida) y aproximadamente 500 mil madres morirán en el mismo período por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio, en la región de Latino América y el Caribe anualmente reporta aproximadamente 22.000 muertes maternas, 480.000 en la etapa perinatal y 360.000 durante su primer año de vida ^{(3) (4)}

El Centro de Investigación Económicas Nacionales (CIEN), en la propuesta para mejorar la salud materno infantil, documenta que el “dato oficial más reciente de mortalidad materna es de 136 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (SEGEPLAN, 2010), mayor que la media de América Latina: 85 muertes por cada 100,000, en su mayoría ocurren en la primera semana de vida, en mujeres con acceso limitado a los servicios de salud y en pueblos indígenas. Lo preocupante es que no solo la embarazada representa riesgos, sino también para el recién nacido: la tasa de mortalidad neonatal (muertes de recién nacidos con menos de 28 días de vida) fue de 17 por cada mil nacidos vivos” en Guatemala, mayor que el regional (14 por cada 1,000 nacidos vivos para el 2008, OPS). ^{(4) (5)}

El estudio de Núñez Urquiza, R. M., Duarte Gómez, M. B, manifiesta que existe demora en el cumplimiento de una obligación exigible desde el seno de la familia, comunidad, autoridades local, municipales y autoridades de Salud al no contribuir en el reconocimiento de signos y señales de peligro, la toma de

decisión para la búsqueda de ayuda, el acceso a atención oportuna y de recibir atención de calidad. ^{(6) (7)}

Una de las herramientas importantes para reducir la muerte materna ocasionada por las demoras, es el plan de emergencia familiar, se constituye como un medio para que integrantes de la familia se preparen y organicen en situaciones de emergencia que se presenten durante el embarazo o en el momento del parto, con el involucramiento de comadronas y autoridades locales que tengan pleno conocimiento de los signos y señales de peligro para la toma de decisiones oportunamente para salvar la vida de la madre y el niño, Mahmoud Fatalla Médico Egipcio manifiesta que “las mujeres no se están muriendo a causa de enfermedades incurables, se están muriendo porque, en ciertas sociedades aún no se ha decidido que vale la pena salvarles la vida”.

Garnica Marroquín, F. L. en su lucha de demostrar que se pueden reducir las muertes maternas, manifiesta que la mujer que cuenta con un plan de emergencia familiar tiene la posibilidad de vivir porque sabe qué hacer en el momento de una emergencia obstétrica, ⁽⁸⁾ demostrado en los resultados de su estudio porque evidencia que la mujer que logra sobrevivir posterior a una emergencia obstétrica expresa conocer el plan de emergencia familiar, poniéndolo en práctica oportunamente. ⁽⁹⁾

En Guatemala las muertes maternas que ocurrieron durante el año 2012, se registraron en la primera (35 %) y cuarta demora (55 %), en Alta Verapaz el 30 % y 31 %, en el municipio de San Pedro Carcha 14 y 29 %, el porcentaje de la segunda demora sigue siendo alto en el departamento y municipio de San Pedro Carcha (24 y 21 % respectivamente) de acuerdo a las presentaciones de la unidad de epidemiología de la dirección del Área de Salud y tabla de consolidado del centro de salud de San Pedro Carchá, ambos correspondiente del año 2012. ^{(10) (11) (12)}

Los datos que se muestran evidencian la dinámica de movilidad de las mujeres que fallecieron de su lugar de residencia y en servicios de salud, evidenciando que actualmente la muerte materna se incrementa en la cuarta demora, sin embargo el desconocimiento de los signos y señales de peligro, la toma de decisiones tardía y el largo viaje por vías de acceso deficientes, contribuye al deterioro de la madre llegando grave e inconscientes a los servicios de salud, según Ac Chub, B, A. en su estudio caracterización epidemiológica de la muerte materna en el municipio de San Pedro Carchá Alta Verapaz, evidenciando que no son de la cuarta demora en algunos casos, sino la influencia de las cuatro demoras. ⁽⁹⁾

En los resultados del estudio de Ac Chub, B, A. Caracterización epidemiológica de la muerte materna en el municipio de San Pedro Carchá, los entrevistados manifestaron que las mujeres se están muriendo por descuido en el hogar, por poco acceso a consejería e información oportuna, por miedo y vergüenza, machismo y poco apoyo local, barreras que de una u otra forma limitan la utilización de los servicios de salud formales y con mayor dificultad, al relacionar que la mayoría de mujeres son de habla Q'eqchi' ⁽⁹⁾ lo cual influye en la comprensión de la información dada sobre planes de emergencia familiar y por lo tanto no aplicarlos.

La ausencia del plan en el entorno familiar pone en riesgo la vida de la embarazada, pero el desconocimiento es aún más grave porque es causa de demora en llegar a los servicios de salud, los cuales representan obstáculos que amenazan la vida de las mujeres que enfrentan alguna emergencia obstétrica, especialmente en países en desarrollo y departamentos con niveles de pobreza como Alta Verapaz.

En Guatemala y departamento de Alta Verapaz no existen estudios que evidencien el conocimiento que las embarazadas tienen sobre el plan de emergencia familiar y en el estudio de Ac Chub B,A. sobre la caracterización

epidemiológica de muerte materna realizado en el municipio de San Pedro Carchá, año 2009, evidencia que las personas entrevistadas, manifestaron no contar ni conocer el plan de emergencia familiar y en su mayoría desconocieron los signos y señales de peligro y como consecuencia fallecieron las madres durante el trabajo de parto, elementos que tienen una relación estrecha porque el plan de emergencia familiar hace énfasis, prioritariamente, en los signos y señales de peligro que permite la toma de decisión de buscar ayuda oportunamente.

Los resultados de la investigación orientará a las autoridades de salud a replantear estrategias que enfoquen al conocimiento y aplicación del plan de emergencia familiar, no solo por parte de la embarazada, sino de familiares, especialmente del esposo, quien es el que toma las decisiones a nivel de la familia, además del comité de emergencia comunitaria, líderes y autoridades locales, con el fin de lograr que durante el embarazo y/o parto y puerperio busquen ayuda oportunamente y minimizar el estado de gravedad e inconciencia al llegar al servicio de salud, finalmente evitar la muerte materna.

Viabilidad de la investigación

El estudio es viable, pues es un tema de interés para las autoridades de salud pública por la alta razón de muerte materna que se mantiene en el país, en el departamento de Alta Verapaz, especialmente en el municipio de San Pedro Carcha, que en los últimos 5 años ha presentado 49 casos según el análisis de muerte materna de la unidad de epidemiología de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz y el primer lugar de razón de muerte materna, además de ser una actividad prioritaria contemplada dentro del plan operativo 2013 de la mesa de vigilancia de maternidad saludable y violencia sexual en la que participan organizaciones de cooperación externa, cuyo interés es el de buscar estrategias para reducir la muerte materna y cumplir con los objetivos de desarrollo del

milenio, contando con ellos para el apoyo técnico y financiero para la ejecución del presente estudio.

Para realizar la investigación se buscara personal que tenga conocimiento y manejo del plan de emergencia familiar, que conozca la problemática del entorno familiar, que hable el idioma local y la cultura del sujeto de estudio, para que se facilite la familiarización con el instrumento de investigación y la recolección de datos, sin perder de vista la importancia de obtener el consentimiento informado de cada participante, a quienes en ningún momento se les obligara a participar.

Consecuencias de la investigación

El equipo de investigación será capacitado para la utilización del instrumento y se limitara en las preguntas siendo muy respetuosos con los participantes y se adecuará a la cultura sin cuestionar sus respuestas e incomodar tocando otros temas que no están contemplados dentro del estudio porque se pretende determinar los conocimientos que las embarazadas tienen del plan de emergencia familiar.

Los resultados pretenden proveer información valiosa a las autoridades de salud y tomadores de decisiones en municipios que mantienen alta razón de muerte materna, a las embarazadas, familias, líderes y autoridades locales les servirá para concientizarse y sensibilizarse para tomar la decisión de salir oportunamente a buscar servicios de salud de calidad para salvar la vida en un proceso de procreación normal y natural en la mujer, siendo un reto en lograr la competencia técnica de los proveedores de salud en el tercer nivel de atención y evitar retraso y deficiencia en la atención por falta de insumos y equipo médico – quirúrgico apropiado

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

- 3.1.1. Describir los conocimientos que tienen las embarazadas en relación al plan de emergencia familiar de la comunidad de Chirrequiche, Carcha Alta Verapaz, 2013.

3.2. Objetivos Específicos

- 3.2.1 Determinar el conocimiento que tiene la embarazada de los signos y señales de peligro en el embarazo, parto puerperio y recién nacido.
- 3.2.2. Verificar si la embarazada tiene conocimiento de los pasos que deben seguir para activar el plan, cuando advierte algún signo y señal de peligro durante su embarazo, parto y puerperio.
- 3.2.3. Verificar la vinculación que existen entre la embarazada que cuenta con plan de emergencia familiar con el comité de emergencia comunitaria.

IV. Material y métodos

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo, transversal y prospectivo.

4.2. Población

Embarazadas detectadas en la comunidad de Chirrequiche, del municipio de San Pedro Carchá, en el cuarto trimestre del año 2013.

4.3. Selección y tamaño de la muestra

Durante el estudio se investigaron a las embarazadas detectadas y registradas en el sistema Kawok, durante el cuarto trimestre del año 2013.

4.4. Unidad de Análisis

Se entrevistaron directamente a 14 embarazadas detectadas y registradas durante el cuarto trimestre del año 2013, en el sistema Kawok, en su mayoría arriba de las 22 semanas de gestación.

4.5. Criterio de inclusión y exclusión

4.5.1. Criterios de inclusión

14 embarazadas detectadas y registradas en el sistema Kawok, durante el cuarto trimestre del año 2013, arriba de las 22 semanas de gestación.

4.5.2. Criterios de Exclusión

- a. Embarazadas registradas en el sistema Kawok, pero residentes de otras comunidades
- b. Embarazadas con trabajo de parto

5. Variables de la investigación

- a. Conocimiento
- b. Embarazada
- c. Plan de emergencia Familiar

La definición y operacionalización de variables se presentan a continuación

5.1. Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de Variable	Escala de medición
Gestante	Mujer en estado de “gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto, con una duración media de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses- calendario)”. ⁽²⁰⁾	<u>Edad de embarazada: entre</u> 10 - 15 años 16 - 20 años 21- 25 años 26 - 30 años 31 - 35 años 36 - 40 años 41 - 45 años 46 – a más	Cuantitativa	Continua
		<u>Número de hijos</u> 1 – 2 hijos 3 – 4 hijos 5 – 6 hijos 6 – 8 hijos 9 – a más hijos	Cuantitativa	Continua

		<u>Meses de embarazo:</u> 1 - < 3 meses 3 - < 5 meses 5 - < 7 meses 7 - < 9 meses	Cuantitativa	Continua
		<u>Número de controles prenatales:</u> 1 – 3 controles 4 – 5 controles 5 – 7 controles 7 – 9 controles	Cuantitativa	continua
Conocimientos en relación al plan de emergencia familiar	Hechos o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de signos y señales de peligro durante	<u>Servicios que realizan control prenatal:</u> Centros de convergencia Puestos de Salud Centros de Salud / CAP	Cuantitativa	Nominal

	el embarazo, del recién nacido y menor de un año (1)	Hospitales Clínicas privadas IGSS		
		<u>Personal que realiza control prenatal:</u> Telefacilitador Facilitador comunitario Auxiliar de Enfermería Enfermera Ambulatoria Médico	Cualitativa	Nominal
		<u>Consejería e información sobre el plan de emergencia familiar:</u> SI NO	Cualitativa	Nominal
		<u>Conoce el plan de emergencia familiar:</u> SI NO	cuantitativa	Nominal

		<u>Cuenta con el plan de emergencia familiar en su casa</u> SI NO	Cuantitativa	Nominal
		<u>Signos y señales de peligro en el embarazo:</u> Hemorragia Dolor de cabeza Visión borrosa Fiebre Dolor epigástrico Hemorragia después del parto	Cualitativa	Nominales
		<u>Signos y señales de peligro en el recién nacido:</u> Le cuesta respirar Es prematuro	Cualitativa	Nominales

		<p>Hipotermia</p> <p>Fiebre</p> <p>Cianosis</p> <p>No quiere mamar</p>		
		<p><u>Signos y señales de peligro en la niña y el niño:</u></p> <p>No puede mamar</p> <p>No puede comer</p> <p>Vomita todo</p> <p>Ataques o convulsiones</p> <p>Flácido o desmayado</p> <p>No puede despertar</p>	Cualitativa	Nominales
Plan de emergencia familiar	Instrumento sencillo de planeación que proporciona los mecanismos y ordena las responsabilidades de los diferentes actores en relación con los servicios de salud y distintos niveles de atención, cuyo objetivo	<p><u>Si se presentan signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, quién es el responsable de activar el plan de emergencia:</u></p> <p>La embarazada</p>	Cualitativa	Nominales

	es el de reducir las muertes maternas en las cuatro demoras ^{(21) (22) (23)}	El esposo La suegra La comadrona El comité de emergencia Otros		
		<u>Cuando se presentan signos y señales de peligro, sabe usted a que servicio acudir:</u> Centro de convergencia Puesto de salud Centro de salud/CAP Hospitales Clínicas Privadas IGSS	Cualitativa	Nominales
		<u>Tiempo entre servicios de salud y comunidad:</u> 20 minutos	Cuantitativa	Continua

		1 - < 2 horas 2 - < 3 horas 3 - < 4 horas 4 - < 6 horas 6 - más horas		
		<u>Medio de transporte para trasladar a la embarazada por signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio:</u> SI NO	Cualitativa	Nominal
		<u>Medio de transporte para traslado</u> Camilla y vehículo de mi comunidad Vehículo de mi comunidad Vehículo de comunidad cercana Ambulancia del centro de	Cualitativa	Nominales

		salud Ambulancia de municipalidad Ambulancia de Cruz Roja		
		<u>Costo del traslado de emergencias:</u> 50 – 100 101 – 200 201 – 300 301 – 400 401 - 500 501 – mas	Cuantitativa	Continua
		<u>Cuánto dinero tienen ahorrado a la fecha, por si hubiera una emergencia:</u> 50 – 100 101 – 200 201 – 300	Cuantitativa	Continua

		301 – 400 401 - 500 501 – mas		
		<u>Sabe quiénes le acompañara al servicio de salud, si presenta signos y señales de peligro:</u> SI NO Quienes	Cualitativa	Nominal
		<u>Sabe quiénes cuidara su casa y a sus demás hijos al trasladarse al centro de salud:</u> SI NO Quienes	Cualitativa	Nominal
		<u>Sabe que documentos debe llevar con usted al ser trasladada al centro de salud:</u>	Cualitativa	Nominal

		SI NO Cuáles		
		<u>Sabe que debe preparar y llevar para proteger al bebe cuando nazca en el centro de salud:</u> SI NO Cuáles	Cualitativa	Nominal
		<u>Quien toma la decisión para que se le traslade al centro de salud, cuando presenta signos y señales de peligro:</u> La embarazada El esposo La suegra La comadrona Comité de emergencia Otros	Cualitativa	Nominal

		<u>Cuanto después de identificar los signos y señales de peligro, deciden trasladarla al servicio de salud, para ser atendida:</u> Media hora después Una hora después Seis horas después Doce horas después 24 horas después	Cuantitativa	Continua
	La Vinculación de la embarazada y los integrantes de la organización comunitaria es la correlación entre los diversos actores de la sociedad y comunidad, para propiciar el desarrollo cultural que contribuyen al posicionamiento y fortalecimiento de las comunidades, especialmente en situaciones de emergencia que ocurren entre el individuo, familia y	<u>Sabe usted si hay comité de emergencia en su comunidad</u> SI NO	Cualitativa	Nominal
		<u>Sabe usted si han apoyado a otras familias, cuando han presentado signos y señales de peligro durante el embarazo</u> SI NO Cuantas familiar y si han regresado vivas	Cualitativa	Nominal

	comunidad. ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾			
		<u>Reuniones con el comité de emergencia comunitarios</u>	Cualitativa	Nominal
		SI NO		
		<u>Importancia de conocer y activar el plan de emergencia familiar</u>	Cualitativa	Nominal
		Por qué		
		<u>Considera usted que ha sido suficiente la información y consejería que le ha brindado el personal de salud</u>	Cualitativa	Nominal
		SI NO		
		Porque		

6. Instrumento

Para la recolección de datos se diseñó un cuestionario tipo entrevista personal semi estructurada, la cual consta de 30 preguntas divididas en cuatro partes importantes, la primera permitió recolectar información general de gestante, en segundo lugar, conocimiento que tiene la embarazada sobre signos y señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio, recién nacido y niños y niñas menores de un año, la tercera identificó los pasos que deben seguir para activar el plan de emergencia y el cuarto, la vinculación que existe entre embarazadas que cuenta con plan familiar y el comité de emergencia comunitario.

6.1. Procedimientos para la recolección de datos

El proceso de recolección de datos se realizó a través de técnicas y procedimientos que se describen a continuación:

6.1.1. Técnicas

Se utilizó la técnica de observación y un cuestionario tipo entrevista personal dirigida a los sujetos que participaron en el estudio, siendo ellas las embarazada detectada y registradas en el sistema de información del Kawok, se respetó la privacidad e individualidad de la gestante, se formularon las preguntas de forma individual a través de dos persona que fungieron como entrevistadores, capacitados previamente y que dominaron el idioma local, lo que aseguró un diálogo de confianza entre entrevistador y participante en el estudio.

6.1.2. Procedimientos

Para la recolección de datos fue necesario gestionar la autorización de autoridades locales de salud del departamento y del municipio de San Pedro Carcha, entre ellos líderes de salud y autoridades de la comunidad, Directora del distrito de salud de San Pedro Carchá y Director de Área de Salud de A.V.

Se seleccionó Chirrequiche por ser una comunidad que ha aportado una muerte materna consecutivamente durante cinco años al municipio de San Pedro Carchá, lo que facilitó la selección de comunidades para la prueba piloto.

Se seleccionó la muestra aplicando el proceso estadístico de muestreo no probabilístico, porque se determinó como sujeto de estudio a toda embarazada registrada en el sistema Kawok, en la que se obtuvo el listado de gestantes de la comunidad.

El estudio piloto se realizó con embarazadas residentes del área periférica de la cabecera municipal de Cobán y comunidad de Esperanza Chilatz de San Pedro Carcha, áreas que reunieron características similares de la comunidad del sujeto de estudio, lo cual reflejó elementos que permitieron modificaciones a la entrevista y evitar el sesgo en los resultados del estudio.

A las autoridades de la comunidad se les dio a conocer los objetivos del estudio y en conjunto se mapearon las viviendas de las gestantes, se establecieron rutas para llegar a las mismas, en la que se obtuvo el acompañamiento de autoridades locales, lo que propició un ambiente de confianza entre el entrevistador y el sujeto de estudio.

Al sujeto de estudio se le informó sobre la investigación, objetivos, procedimientos, alcances y riesgos del mismo, posteriormente se solicitó y firmó el consentimiento informado para participar voluntariamente en la investigación.

Finalmente se procedió a la recolección de datos en las gestantes sujetos de estudio.

6.1.3. Análisis de los resultados

Se procedió a la tabulación de datos obtenidos y se utilizó el programa Excel para su procesamiento, se cuidó el ingreso de la calidad del dato que favoreció los resultados del estudio.

El análisis de la información se realizó con base a la estadística descriptiva para cada variable, con la técnica de análisis univariado de datos.

Se diseñaron tablas para la presentación y discusión de resultados.

6.1.4. Aspectos éticos de la investigación

Con el objetivo de garantizar los aspectos éticos de la investigación y resguardar los derechos del sujeto de investigación y contribuir a un clima de confianza, se utilizó el consentimiento informado para la participación voluntaria, regido por las norma éticas de la declaración de Helsinki, a través del principio de justicia y autonomía, con derecho a la autodeterminación de las personas que participarán en la investigación.

Se informó sobre el objetivo de la investigación y la importancia que tendrán los resultados para re direccionar las acciones para la adherencia del plan de emergencia familiar en la embarazada y su activación para salvar la vida de la madre y el niño.

Se concientizó a la gestante sobre el derecho a decidir participar en el estudio o de retirarse cuando lo desee, sin que su decisión pueda perjudicarle u ocasionar algún tipo de represalias.

Se garantizó la confidencialidad en el uso de la información, se respetó la privacidad y se proveyó seguridad a la integridad física.

Finalmente, se solicitó firmar consentimiento informado para reafirmar la participación del sujeto de estudio.

V. RESULTADOS

En las siguientes páginas se presentan los resultados de la investigación Conocimientos y activación del plan de emergencia familiar, por gestantes de la comunidad de Chirrequiche, San Pedro Carcha, Alta Verapaz, octubre – diciembre del 2013.

La organización de los datos obtenidos se presentan de la siguiente manera: primeramente se presentan las características generales de la embarazada, posteriormente información sobre la existencia de plan de emergencia familiar en el interior de las familias donde existen embarazadas, seguidamente resultados de los conocimientos que tiene la embarazada de los signos y señales de peligro en el embarazo, parto puerperio y recién nacido y conocimiento del momento ideal para activar el plan de emergencia familiar y los pasos que deben seguir, cuando advierten la presencia de algún signo o señal de peligro, durante el embarazo, parto y puerperio, finalmente la vinculación que existe entre la embarazada que cuenta con plan de emergencia familiar y el comité de emergencia comunitaria, su ordenamiento se realizó de acuerdo al planteamiento de objetivos e instrumento elaborado.

1. Características generales de la embarazada

Tabla 1. Características de la embarazada

Rango de Edad	Frecuencia
10 – 15 años	0
16 - 20 años	3
21 – 25 años	6
26 – 30 años	2
31 – 35 años	1
36 – 40 años	2
41 – 45 años	0
46 a + años	0

No. De hijos	Frecuencia
Primero	4
1- 2 hijos	5
3 - 5 hijos	3
6 - 8 hijos	1
9 - +	1

Edad de gestación	Frecuencia
1- < 3	0
3 - < 5	2
5 - < 7	10
7 - < 9	2

No. De controles	Frecuencia
Ninguno	2
1 - 2 con	6
3 - 4 con	4
5 - 7 con	2
8 - 9 con	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de embarazadas se encuentran entre las edades de 16 a 25 años, con uno o dos hijos, una minoría tiene entre seis y nueve hijos, manifestaron encontrarse entre 5 y 9 meses de gestación con uno o dos controles

prenatales durante el embarazo, mientras que una minoría es controlada de tres a siete veces y todavía existen embarazadas que no reciben ningún control prenatal.

Tabla 2. Servicio de salud donde se realizan los controles prenatales y personal que atiende

Servicio de salud	Frecuencia
Centro de Convergencia	14
Puestos de salud	0
Centros de salud /CAP	2
Hospital	0
Clínica privada	2
IGSS	0
Personal de Salud	Frecuencia
Facilitador comunitario	0
Comadrona	3
Auxiliar de Enfermería	11
Enfermera Ambulatoria	4
Médico	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Todas las embarazadas acuden al centro de convergencia a realizarse los controles prenatales, aunque una minoría buscas otros servicios para confirmar su diagnóstico en centros de salud y clínicas privadas, son evaluadas por Auxiliares de Enfermería, sin embargo algunas repiten sus controles con la Enfermera Ambulatoria.

2. Existencia del plan de emergencia familiar en viviendas de la embarazada

Texto 1. Conocimiento del plan de emergencia familiar

La mayoría de embarazadas (12) refieren recibir información sobre el plan de emergencia familiar, lo conocen y están familiarizadas con el plan (11) además indican que existe un ejemplar en la vivienda de las gestantes para consultarlo (9) al presentarse los signos y señales de peligro.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

3. Conocimiento de los signos y señales de peligro

Tabla 3. Conocimiento de signos y señales de peligro por la embarazada.

Signos y señales de peligro en gestantes	Frecuencia
Hemorragia	9
Dolor de cabeza	10
Visión borrosa	2
Fiebre	4
Dolor epigástrico	4
Hemorragia después del parto	0
Ninguno	1
Signos y señales de peligro en recién nacidos	Frecuencia
Le cuesta respirar	3
Es prematuro	4
Hipotermia	1
Fiebre	3
Cianosis	1
No puede mamar	3
Ninguno	5
Signos y señales de peligro en niños y niñas menores de un año	Frecuencia
No puede mamar	5
No puede comer	2
Vomita todo	8
Convulsiones	2
Flácido o desmayado	0
No puede respirar	1
Ninguno	3

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La gestante reconoce como signos y señales de peligro la hemorragia y el dolor de cabeza durante el embarazo, en su mayoría no reconocen los signos en el recién nacido, algunas consideran que ser prematuro es un riesgo y en

menor frecuencia la fiebre y le cuesta respirar, sin embargo en los niños y niñas menores de un año reconocen cuando lo vomitan todo o no puede mamar como signo o señal de peligro, en esta edad.

4. Conocimiento de pasos lógicos y la activación del plan de emergencia cuando la embarazada advierte algún signo o señal de peligro durante su embarazo, parto y puerperio.

Tabla 4. Persona que activa el plan de emergencia familiar, cuando identifica signos y señales de peligro, en la embarazada, recién nacido y niños menores de un año.

Persona que activa	Frecuencia
La Embarazada	1
El esposo	9
La suegra	2
La comadrona	2
Comité de Emergencia	1
Otros	3
Servicio de atención	Frecuencia
Centro de convergencia	2
Puesto de Salud	1
Centro de Salud/CAP	10
Hospital	6
Clínica privada	3
IGSS	0
Tiempo de servicios	Frecuencia
20 minutos	7
1- < 2 horas	7
2 - < 3 horas	0
3 - < 4 horas	0
4 - < 6 horas	0
6 - más horas	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El esposo de la gestante es el que activa el plan de emergencia familiar cuando advierte la presencia de signos y señales de peligro y saben que deben acudir al centro de salud que queda entre una distancia de veinte minutos mínimo y dos horas máximo.

Texto 2. Búsqueda de medio de transporte para ser trasladada en caso de presentar signos y señales de peligro

La mayoría de embarazadas (10) manifiestan no buscar vehículo anticipadamente para ser trasladadas a un servicio de salud, al presentar signos y señales de peligro como recomienda el plan de emergencia familiar, porque consideran resolver en el momento.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 5. Medio de transporte que busca la embarazada en caso de presentarse signos y señales de peligro.

Medio de transporte	Frecuencia
Camilla y Vehículo de mi comunidad	0
Vehículo de mi comunidad	6
Vehículo de comunidad cercana	0
Ambulancia del centro de salud	8
Ambulancia de municipalidad	0
Ambulancia de Cruz Roja	0
Otros	3
Costo del traslado	Frecuencia
50 – 100	2
101 – 200	9
201 – 300	1
301 – 400	0
401 – 500	1
501 – Mas	0
No sabe	1
Cantidad ahorrada	Frecuencia
50 – 100	0
101 – 200	1
201 – 300	1
301 – 400	1
401 – 500	4
501 – Mas	7
No sabe	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de embarazadas manifiestan que solicitarán la ambulancia del centro de salud para ser trasladadas al momento de presentarse un signo o señal de peligro durante el embarazo, parto o puerperio, porque saben que el costo del traslado en situaciones de emergencias obstétricas se encuentra en el rango de Q 50.00 a 200.00 quetzales pero que en su mayoría manifiestan haberse preparado con un ahorro que oscila entre Q 401.00 a 500.00, inclusive más de Q 500.00 quetzales.

Texto 3. Persona que acompaña a la embarazada al servicio de salud, cuando se presenta el trabajo de parto o signos y señales de peligro

Todas la embarazadas (14/14) manifiestan saber quiénes le acompañaran al servicio de salud, si se presentan signos y señales de peligro o cualquier emergencia durante el embarazo parto y puerperio, indican que es el esposo y la comadrona, algunas incluyen a un facilitador comunitario.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Texto 4. Persona que cuidará la casa y demás hijos, al ser trasladada al servicio de salud, al presentarse signos y señales de peligro o emergencia durante el embarazo parto y puerperio

En su mayoría (14) manifiestan saber quiénes cuidarán la casa y demás hijos al ser Traslada al servicio de salud, si se presentan signos y señales de peligro o cualquier emergencia durante el embarazo parto y puerperio, 11/14 indican que es la suegra, madre, hijas mayores o cuñadas de la embarazada

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Texto 5. Documentos que deben portar al ser trasladada al servicio de salud al presentan signos y señales de peligro o alguna emergencia durante el embarazo, parto y puerperio

Las embarazadas (14) indican saber que documentos deben portar al ser trasladada al servicio de salud, si se presentan signos y señales de peligro o cualquier emergencia durante el embarazo parto y puerperio, todas coinciden que deben llevar

el documento personal de identificación y 8/14 incluye el carné de controles y solo 2/14 manifiestan la importancia del documento personal de identificación de ambos.

Texto 6. Insumos que debe preparar y llevar para proteger al bebe cuando nazca en el centro de salud o por cualquier emergencia.

La mayoría de embarazadas (14) manifiestan saber que deben prepararse anticipadamente con insumos para la protección personal y recién nacido al ser trasladada al servicio de salud por cualquier emergencia durante el embarazo parto y puerperio, 8/14 ellas indican que deben llevar pañales y colcha, una minoría (4) incluyen ropa, sin especificar qué ropa y se limitan en llevar pañales para la madre y el recién nacido

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 6. Persona que toma la decisión de buscar ayuda, en caso de presentarse signos y señales de peligro o emergencia

Persona	Frecuencia
La Embarazada	3
El esposo	10
La suegra	1
La comadrona	3
Comité de Emergencia	3
Otros	1

Tiempo para tomar la decisión	Frecuencia
Media hora	11
Una hora después	2
Seis horas	0
Doce horas	0
24 horas	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La embarazada indica que es el esposo quien toma la decisión de buscar ayuda cuando se presentan signos y señales de peligro, una minoría manifiesta que es la suegra, comadrona e integrantes del comité en un período de media hora posterior al identificar el riesgo, sin embargo una minoría espera una hora.

5. Verificar la vinculación que existen entre la embarazada que cuenta con plan de emergencia familiar con el comité de emergencia comunitaria

Texto 7. Conocimiento sobre la existencia del comité de emergencia comunitario.

La mayoría de embarazadas (14) manifiestan que existe comité de emergencia en su comunidad, 11/14 informan que han apoyado en situaciones de emergencia en 3 casos sucedidos que han sucedido, 8/14 indican haber asistido a las reuniones que realiza el comité y todas consideran importante conocer y aplicar el plan de emergencia familiar, porque guía como actuar en el momento de una emergencia.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Texto 8. Información y consejería suficiente sobre el plan de emergencia familiar y en idioma local.

Solo 7/14 embarazadas manifiestan que han recibido suficiente información y consejería sobre el plan de emergencia familiar y en su mayoría informan que la consejería de les ha brindado en el idioma local.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Texto 9. Opinión sobre muertes maternas

Las gestantes opinan que las muertes maternas no deben ocurrir, es una lástima porque los demás niños se quedan solos y no les gustaría que les pasara a ellas, manifiestan que mueren por no seguir los consejos del personal de salud, en realizarse los controles cuando están embarazadas, porque no toman decisiones en la familia y porque todavía hace falta información y orientación sobre los signos y señales de peligro.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Texto 10. Recomendación para conocer y aplicar el plan de emergencia familiar

Consideran que es necesario brindar más información y capacitación sobre el plan de emergencia familiar en el idioma materno, contar con un ejemplar traducido a idioma local, a colores para identificar los signos y señales de peligro y ponerlo a funcionar cuando sea necesario.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

VI. DISCUSION Y ANALISIS

En los siguientes párrafos se presenta el análisis de los resultados obtenidos del estudio que determinaron los conocimientos que tienen las embarazadas en relación al plan de emergencia familiar de la comunidad de Chirrequiche, Carcha Alta Verapaz, periodo octubre – diciembre 2013.

En primer lugar se analizan las características generales de la embarazada, en estudio, seguidamente los resultados que verificaron la existencia del plan de emergencia familiar en el interior de las familias de embarazadas. Luego lo que determinó el conocimiento que tiene la gestante de los signos y señales de peligro de la embarazada, parto, puerperio, recién nacido, niña y niño menor de un año. Posteriormente los conocimientos del momento ideal para activar el plan y los pasos que deben seguir, cuando advierten la presencia de algún signo y señal de peligro. Al final, el análisis de datos sobre la vinculación que existe entre la embarazada que cuenta con plan de emergencia familiar y el comité de emergencia comunitaria.

1. Características generales de la embarazada

Existen escasos estudios que reflejen la edad de embarazadas, algunos hacen relación de la edad cuando ocurre el parto. En una investigación sobre medición de los efectos de las intervenciones en el cambio de comportamiento y la prestación de servicios en Guatemala, se evidencia que el 64.5 % de las madres en estudio se encontraron entre las edades de 20 a 29 años, similar con Alta Verapaz el 64 % (según memoria de labores 2011), reflejando una disminución para el año 2013 en sala situacional de programa salud reproductiva que registra el 65 % en edades de 20 a 35 años y San Pedro Carcha el 65 %, (memoria de labores 2011), porcentaje que coincide con

gestantes de Chirrequeche (9/14), la diferencia es que son madres más jóvenes porque se encuentran entre 16 a 25 años (Tabla No. 1).

Según Gonzales P, Rogel en su estudio Salud materno – infantil en las Américas (2010), registra que la tasa de fecundidad para Costa Rica es de 2 hijos por mujer, 3 para El Salvador y Honduras, 4 para Guatemala y Alta Verapaz. El municipio de San Pedro Carcha mantiene una tasa de fecundidad de 4 similar a los resultados del estudio en la comunidad de Chirrequeche porque se evidencia que 9/14 embarazadas tienen el primero hasta dos hijos, sin embargo 3/14 manifiestan tener hasta 5 hijos (Tabla No. 1), existiendo todavía madres que tienen hasta 9 hijos, similar a datos nacionales en el estudio realizado por JHPIEGO en el año 2010, evidenciando que el 70 % de madres entrevistadas refirieron tener hasta 3 hijos y un 35 % manifiestan tener entre 4 y 6 hijos en algunos departamentos de Guatemala.

10/14 embarazadas manifestaron estar entre 5 y 7 meses de edad de gestación (Tabla No. 1), mismas que refieren haber tenido desde uno a cuatro controles prenatales y 2/14 indican no recibir ningún control (Tabla No. 1), lo que tiene relación con los datos que se registran en sala situacional 2013 de la unidad de epidemiología de la Dirección de Área de Salud, para Alta Verapaz, porque el 11 % de las mujeres que fallecen no tuvieron ningún control y el 43 % solo tienen uno o dos, las que fallecieron en el municipio de San Pedro Carcha no tuvieron controles prenatales⁽¹¹⁾ lo que evidencia que no todas las gestantes de la comunidad de Chirrequeche tienen la oportunidad de acceder a un servicio de salud.

Según Garnica Marroquín en el estudio Factores socioculturales que inciden en el proceso de “Vidas Salvadas” de madres en riesgo de muerte materna en comunidades rurales de Guatemala: Casos Alta Verapaz, manifiesta que el modelo de salud Guatemalteco lo constituyen tres niveles de atención,⁽⁸⁾ el primer nivel está organizado para atender de cerca a la comunidad en casos sencillos teniendo la oportunidad de referirlos al siguiente

nivel si se presentan complicaciones o si el caso lo amerite, en este nivel se encuentran los Centro Comunitarios de Salud y los Puesto de Salud atendidos por Auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales ambulatorias, de forma mensual y según cronograma, en el segundo nivel están los centros de salud, que recibe cuadros más complejos de salud.

“El control prenatal es un conjunto de acciones que involucran una serie de visitas frecuentes o mensuales de parte de la embarazada a las instituciones de salud y la respectiva consulta por parte de personal calificado, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto” según Cáceres M. Flor de María en su investigación El control prenatal: Una reflexión urgente, manifiesta que se debe lograr la adherencia de protocolos de atención y buen trato hacia las gestantes, ⁽⁴²⁾ en este aspecto todas las embarazadas (14/14) entrevistadas (Tabla No. 2) manifiestan buscar el centro de convergencia como un servicio de salud con credibilidad para realizarse los controles prenatales siendo atendidas en su mayoría 11/14 el Auxiliar de Enfermería, (Tabla No. 2) personal cercano y con mayor permanencia a las comunidades.

Cáceres M. en su investigación recomienda hacer una reflexión profunda en el papel que juegan los profesionales de la salud, la calidad de control prenatal y las estrategia para fortalecer la toma de decisiones desde la comunidad hasta los servicios de salud, reflexión ⁽⁴²⁾ que es aplicable en las comunidades y servicios de salud del municipio de san Pedro Carcha y evaluar la adherencia y la importancia del control prenatal que incluye el plan de emergencia familiar, el tiempo necesario para realizarlo, la integración del equipo básico de salud y el involucramiento crucial de la enfermera profesional ambulatoria en bien de las gestantes del municipio y comunidad de Chirrequiche.

2. Existencia del plan de emergencia familiar en viviendas de la embarazada.

Fonseca Becker F, Schenk Yglesias C. en la investigación Medición de los efectos de las intervenciones en el cambio de comportamiento y la prestación de servicios en Guatemala con resultados de encuestas de población, ⁽¹⁾ manifiesta que el personal de salud debe entregar el plan de emergencia familiar a cada embarazada durante las visitas prenatales, lo revisará con la mujer y la ayudará a pensar cómo llevar a cabo cada paso.

La Guía Técnica para operativizar la estrategia plan de parto en el Salvador, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social indica que los proveedores desarrollarán ⁽²⁾ acciones educativas con la mujer embarazada, destacando sus responsabilidades y generando espacios para aclarar dudas y necesidades de información en relación a la Estrategia Plan de Parto, involucrando a su pareja, familia y comunidad para que la Estrategia se implemente con éxito.

Garnica Marroquín en los resultados del estudio Factores socioculturales que inciden en el proceso de “Vidas Salvadas” de madres en riesgo de muerte materna en comunidades rurales de Guatemala: ⁽⁸⁾ Casos Alta Verapaz describe que el plan de emergencia familiar debe definirse para cada embarazada sin importar que no presente señales de peligro durante el control mensual que se les realiza en el centro de convergencia comunitario, en los resultados de la investigación se evidencia que las embarazadas entrevistadas refieren haber recibido información del plan de emergencia familiar, (Texto No. 1) lo conocen y están familiarizados con el plan

además de tener un ejemplar en su vivienda (Texto No. 1), coincidente con los resultados de investigaciones anteriores.

El plan familiar fue diseñado para una población con bajo o nulo nivel académico, con dibujos y colores para que la embarazada y familiares o personal de salud asocien el proceso que promueve a tomar una decisión oportuna y permita salvar la vida del binomio madre e hijo, a través de un proceso de consejería, entregando un ejemplar que les permita identificar el riesgo, sin embargo en la comunidad de Chirrequiche se encontraron ejemplares diferentes, algunos reproducidos por organizaciones de cooperación externa, mencionando en su mayoría a MERCY CORPS, otros; fotocopias del plan que no permiten la visualización de los signos y señales de peligro, como la hemorragia, al revisar el plan se visualiza el deterioro del mismo con debleces y borrosos que evidencian que han sido guardados o archivados y no visibles a la familia para consultarlo en el momento de presentar signos y señales de peligro.

Fonseca Becker F, Schenk Yglesias C, en su investigación manifiesta que el plan debe ser entregado y revisado conjuntamente el proveedor y la embarazada, la Guía Técnica para operativizar la estrategia plan de parto en el Salvador, indica que los proveedores desarrollarán acciones educativas y generarán espacios para aclarar dudas, Garnica Marroquín ratifica que debe ser un proceso educativo, sin embargo es necesario reflexionar sobre una consejería de calidad para lograr la adherencia del plan en la gestante y en la familia aplicando el modelo de autocuidado de enfermería recomendado por la teórica Dorothea Orem, con un ejemplar original y a colores que llame la atención de los beneficiados y cumpla el objetivo de identificar signos y señales de peligro para actuar de manera oportuna.

3. Conocimiento de signos y señales de peligro por la embarazada.

Las señales de peligro son signos que ponen en riesgo el embarazo y crea complicaciones para la salud de la madre y la del recién nacido, señales que deben ser conocidos por el proveedor de salud, por la embarazada, esposo, familia y líderes de la comunidad con el objeto de tomar la decisión de buscar ayuda o los servicios de salud oportunamente, proceso que es facilitado por el plan de emergencia familiar porque promueve el conocimiento de los signos y señales de peligro, en la entrevista se verifica que la embarazada conoce únicamente (Tabla No. 3) la hemorragia (9/14) y el dolor de cabeza (10/14) similar a los resultados del estudio de Fonseca Becker F, Schenk Yglesias C, que identifico que tenían conocimiento sobre sangrado y cefalea intensa durante el embarazo como signos y señales de peligro.

Es importante analizar que la bibliografía consultada hace énfasis en el conocimiento de signos y señales de peligro en la embarazada prioritariamente, sin embargo menciona que el neonato muy pequeño es una señal de peligro en el recién nacido de acuerdo a los resultados del estudio de Fonseca Becker F, Schenk Yglesias C, coincidente con los resultados en la entrevista realizada a las embarazadas que manifiestan que la prematuréz es un signo de peligro en el neonato, pero en su mayoría desconocen los demás signos (5/14) y muy pocas identifican otros signos (Tabla No. 3).

Interesante resultado en los signos y señales de peligro en niños y niñas menores de un año, porque la gestante identifica que el niño que vomita todo y que no puede mamar, (Tabla No. 3) corre riesgos, resultados que no pueden ser comparables porque en la bibliografía consultada existe escasa información y aún no se evidencian conocimientos sobre este tema, a pesar de haber sido incluido en el plan de emergencia familiar cuando se realizó una revisión de materiales por el Programa Nacional de Atención Integral a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), componente que requiere de tiempo prudencial para brindar consejería de calidad y lograr el objetivo del plan de emergencia familiar.

4. Pasos lógicos y activación del plan de emergencia familiar cuando la gestante advierte algún signo y señal de peligro durante su embarazo, parto y puerperio.

El plan de emergencia familiar fue creado para minimizar la ansiedad en la embarazada, porque da respuesta a dudas importantes, por ejemplo; como identificar el riesgo, que hacer, en que momento tomar la decisión de buscar ayuda, a que servicio acudir, como viajar, con qué dinero, quienes apoyarán y acompañarán a la embarazada, quien cuidará a los demás hijos y lo que queda en la casa, que documentos llevar, que se necesitará para el recién nacido y embarazada, estas y otras preguntas se mantienen en el ambiente familiar actualmente. ⁽²²⁾ ⁽²³⁾

Entre los pasos lógicos y respuesta a las dudas está principalmente el conocimiento y la identificación de signos y señales de peligro durante la gestación, parto, puerperio, recién nacido, niños y niñas menores de un año y en la Tabla No. 3 se evidencia que no todos son conocidos por la embarazada, sin embargo manifiestan que saben qué hacer, cuando presentan dolor de cabeza y hemorragias, algo importante que mencionar es que en su mayoría indican que es el esposo (9/14) el personaje que activa el plan de emergencia familiar (Tabla No. 4) cuando advierten que existe peligro en la vida de la madre, una minoría es la suegra o la comadrona.

La embarazada refiere que al activar el plan de emergencia familiar por parte de su esposos, saben que deben buscar los servicios de salud, (10/14) especialmente el Centro de Salud o Centro de Atención Permanente (Tabla No. 4) del municipio de San Pedro Carcha, sin embargo 6/14 manifiestan que debe ser atendidas en el hospital, servicios de salud que quedan entre 20

minutos a dos horas (Tabla No. 4) de distancia máximo en tiempo para llegar y ser evaluadas.

Uno de los pasos importantes que deben realizar las embarazadas, esposo o familiares, según el plan de emergencia familiar es la búsqueda de transporte anticipadamente para no demorar el traslado de la gestante a los servicios de salud, en situaciones de emergencia, pero los resultados evidencian que este paso es obviado porque 10/14 embarazadas aseguran que no buscan vehículo para viajar (Texto No. 2) porque resuelven en el momento de la emergencia, llamando vía telefónica la ambulancia (Tabla No. 5) del Centro de Salud de San Pedro Carchá o bien un vehículo de la comunidad, similar a los resultados de la investigación de Garnica Marroquín, quién documenta que una de las acciones inmediatas ante una emergencia obstétrica es el llamado de las ambulancias para el traslado de las pacientes.

Una de las preocupaciones de las gestantes es el costo del traslado de la comunidad hacia el servicio de salud porque oscila entre Q 101.00 y Q 200.00 quetzales, (Tabla No. 5) siendo una de las razones para no buscar transporte anticipadamente, Garnica Marroquín evidencia que el costo de traslado de la comunidad hacia el hospital de Cobán en un transporte privado es de Q 300.00 y debe estar en buenas condiciones y de doble tracción por la dificultad de las carreteras para transitar, lo que constituye un obstáculo para el proceso de Vidas Salvadas porque ocasionan graves problemas de accesibilidad geográfica a la salud de la población y generan gastos incosteables para las familias, razones que influyen en decidir ser trasladados por la ambulancia de servicios de salud porque su viaje no tendrá ningún costo.

Uno de los resultado curiosos que se observa en la Tabla 5 es la cantidad en quetzales ahorrado, según las gestantes entrevistadas manifiestan que se han preparado con una cantidad arriba de Q 401.00 quetzales en su mayoría, al indagar sobre los ahorros no se obtuvo mayor información y se

evitó profundizar sobre el tema, sin embargo existe la posibilidad de posibles prestamos de dinero que proporcionan los integrantes de la organización comunitaria a las familias, ya que promueven fondos semillas para ayudar en casos de emergencias obstétricas, como la manifiesta Garnica Marroquín en su investigación realizada en el departamento de Alta Verapaz.

En la revisión bibliográfica realizada se encontró escasa información sobre conocimientos de signos y señales de peligro y las cuatro demoras, pero no profundizan sobre los conocimientos del proceso que la embarazada debe preparar previamente al tomar la decisión de buscar ayuda y trasladarse con confianza a un servicio de salud, sin embargo todas las entrevistadas manifiestan que saben quiénes le acompañaran al viajar, 14/14 e indican que es el esposo y la comadrona, (Texto No. 3) en su mayoría, algunos incluyen a un facilitador comunitario, pero es importante mencionar que la comadrona sigue siendo una líder comunitaria que juega un papel importante en la vigilancia de la embarazada y que contribuye en la reducción de la muerte materna.

Otro aspecto importante que da confianza a la gestante es saber y organizar previamente a los personajes que cuidarán la casa y demás hijos al decidir buscar los servicios de salud ante una emergencia obstétrica, en su mayoría manifestaron que es la suegra, madre, hijas mayores o cuñadas (Texto No. 4) de la embarazada quienes será los que asumirá la responsabilidad de la vivienda e hijos que se quedan mientras se resuelve la situación, aspecto que se evidencia durante la entrevista no muy fortalecida, porque en los planes no se encuentra descrito y la madre asume que recibirá el apoyo de las personas mencionadas en el momento, ⁽⁴⁸⁾ manifestando que la orientación que recibe es poca y no consensuada con la familia.

En cuanto a los documentos que deben preparar y llevar en el momento de una emergencia manifiestan que saber que llevar, (Texto No. 5) sin

embargo al profundizar indican que es importante llevar el documento único de identificación y el carné de la embarazada en su mayoría, una minoría incluye el documento del esposo, siendo importante el documento personal de ambos por el proceso de registro del recién nacido o bien por otras situaciones que surjan durante la emergencia, situación que debe ser abordado durante la consejería del plan de emergencia familiar, porque se incurre a otros gastos cuando la familia no cuenta con la orientación de llevar todos los documentos que le servirán para realizar trámites importantes que podrían ser causa de demora.

Parte de la consejería que contempla el plan de emergencia familiar es la consejería y orientación sobre los insumos que deben preparar para la madre y el recién nacido y llevar en el momento de presentarse una emergencia obstétrica y tener la necesidad de trasladarse a un servicio de salud, los resultados de la investigación demuestra la falta de conocimientos que existe en la gestante porque menciona solamente los pañales, tanto para la madre durante el puerperio y para el recién nacido algunas mencionan colcha y ropa sin especificar, siendo uno de los aspectos importantes que aseguran el periodo de adaptación del recién nacido al medio ambiente. (Texto No. 6)

Según Garnica Marroquín, las enfermeras deben de realizar un trabajo de persuasión, con la mujer referida o con los miembros de la familia que toman la decisión, que generalmente es el esposo, para que asistan a un centro asistencial, en el caso de que existan señales de riesgo y posible muerte materna, resultados similares al estudio porque la mayoría de entrevistadas manifiesta que es el esposo el que toma la decisión de buscar ayuda y la decisión de buscar los servicios de salud, algunas indican que además del esposo toman en cuenta la decisión de la comadrona y de integrantes de comités de emergencia, sin embargo se evidencia en una

minoría de gestantes que empiezan a tomar decisiones por si sola. (Tabla No. 6)

Similares resultados se evidencian en el estudio de Mongollón Archila cuyo tema es el Conocimiento que poseen las embarazadas o puérperas sobre el modelo de las cuatro demoras que inciden en la mortalidad materna en el departamento de Sololá, cuando describe que las mujeres consideran que es el esposo el responsable de tomar la decisión de su traslado al presentar complicaciones obstétricas o líderes comunitarios como la comadrona, además menciona que la mujer sigue relegada en la toma de decisiones, y ella le otorga la potestad a su conviviente para que sea él el que determine si puede buscar ayuda o no y al viajar debe ser acompañada por el esposo y trasladada en ambulancia por es un lugar seguro, equipado, con credibilidad en la comunidad, y sobre todo rápido. ^{(44) (45) (46) (47) (48)}

Según la embarazada la decisión de buscar ayuda y los servicios de salud la toman pasada la media hora de identificar los signos y señales de peligro (Tabla No. 6) sin embargo aún existe demora en la decisión hasta de dos horas, en Guatemala y Alta Verapaz las muertes maternas del 2009, ocurrieron en la segunda demora (22.54 % y 26.67 %) también para el municipio de San Pedro Carchá, (Unidad de epidemiología de dirección Área de Salud), omisión crucial para salvar la vida de la mujer porque al tomar la decisión, la hicieron muy tardíamente y el apoyo del personal de salud no fue oportuna, Freyermuth Enciso, María Graciela, en su artículo sobre, Mortalidad materna, manifiesta que las mujeres señalaron que la elección de a dónde acudir en caso de complicaciones dependía del varón y los hombres mencionaron que la decisión se tomaba si la mujer consideraba que padecía un problema que había que atender. ^{(49) (50) (51) (52) (53)}

Al relacionar los resultados de la búsqueda de Vehículo previamente y evidenciar que prefieren llamar la ambulancia del centro de salud y el tiempo que debe viajar del centro de salud hacia la comunidad y luego regresar al

servicio de salud y el tiempo de la toma de decisiones para buscar ayuda, aunado a la complejidad del acceso, evidenciamos que existe una demora de aproximadamente de dos horas para trasladar a la gestante con complicaciones, según las respuestas, sin embargo existen dos embarazadas que manifiestan que existe un compás de espera de dos horas para decidir, y al revisar las edades y el número de hijos de las entrevistadas que es uno de los factores de riesgo, se visualiza que podría ser causa de las muerte consecutivas y anuales en la comunidad de Chirrequiché. ⁽⁵³⁾

5. Verificar la vinculación que existen entre la embarazada que cuenta con plan de emergencia familiar con el comité de emergencia comunitaria

Fonseca Becker F, Schenk Yglesias C. en la investigación Medición de los efectos de las intervenciones en el cambio de comportamiento y la prestación de servicios en Guatemala con resultados de encuestas de población, en los departamentos de Quiché, Sololá y San Marcos evidencia que en cinco comunidades de dichos departamentos encontraron solo un comité activo, los cuales mostraron estrecha asociación con la “extensión de cobertura” ⁽¹⁾

En los resultados del estudio de Ac Chub, B, A. Caracterización epidemiológica de la muerte materna en el municipio de San Pedro Carchá, manifiesta que a nivel de país no existen estudios que muestren la proporción de comunidades que cuenten con comités de emergencia activo sin embargo en la investigación se documenta que en comunidades donde se reportaron muertes maternas en el 2009 existen comités de emergencia organizados pero solo 5 de 16 formados brindaron apoyo para el traslado de la mujer al servicio de salud ⁽⁹⁾ con evidencias, información que tiene relación con los datos obtenidos de las gestantes de la comunidad de Chirrequiche, todas manifiestan

saber que existe comité de emergencia en la comunidad (14/14) y que han apoyado en tres casos que se han presentado, 8/14 embarazadas (Texto No. 7) aseguran haber asistido a reuniones que realiza el comité y consideran importante conocer y aplicar el plan de emergencia familiar porque sirve de guía para actuar en el momento de una emergencia y salva la vida.

Mogollón Archila en su estudio evidencia que las embarazadas tienen conocimiento de que si existe un comité comunitario de emergencia porque personal de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con de otras organizaciones promovió la participación comunitaria mediante la implementación de planes de emergencia comunitaria, además de la coordinación de acciones con organizaciones locales y municipalidades para el involucramiento de la comunidad para contar con medios adecuados para el traslado, desde personal permanente hasta vehículos o lanchas de emergencia, en cuyos servicios se minimice el gasto económico para las familias. ⁽⁴⁴⁾

En San Marcos según Fonseca Becker F, Schenk Yglesias C. los comités de salud comunitarios no se habían reunido en los últimos 9 a 12 meses porque solamente les ha hecho tomar conciencia de que las muertes maternas podían ser prevenidas con la ayuda de una comunidad organizada por individuos que llegan de fuera, asumiendo que quedaban formadas sin darle seguimiento y tomar la responsabilidad de continuar con la organización necesaria a fin de estar preparados para enfrentar las complicaciones maternas, situación contraria en otro departamento, ya que manifiestan que recibieron un proceso que llevó varios meses y respondieron a las necesidades de emergencia en la comunidad y sabían que esta necesario de un plan de emergencia.

Garnica Marroquín, evidencia que el trabajo de organización de los líderes comunitarios permite que exista un proceso constante de participación

comunitaria, comunicación efectiva con la población, realizar convocatorias necesarias para que miembros asistan a reuniones para abordar situaciones urgentes de la población, su papel es importante en la comunidad, porque se concierte en los “ojos del equipo de salud”(GDD1), porque asumen la responsabilidad de vigilar a la embarazada en ausencia de la enfermera ambulatoria y son los responsables de dar seguimiento a pacientes que presentaron signos y señales de peligro conjuntamente la comadrona, activar el plan de emergencia en caso necesario.

Los comités de emergencia o las comisiones de salud de algunas comunidades cuentan con un fondo de emergencias comunitario, utilizado para apoyar a las familias que no tienen recursos para los traslados en el momento de surgir la emergencia según Garnica Marroquín, y se ratifica en el estudio Fonseca Becker F, Schenk Yglesias C, quienes indican que los mayores obstáculos en la evacuación de una emergencia es la falta de transporte y fondos para pagarlo, superado recolectando fondos en la comunidad, otros comités rifaron mercadería para suministrar fondos de emergencia a las mujeres que necesitaron ser transportadas a un hospital.

Los estudios anteriores mencionan que los comités empiezan a ser activos, porque ya se evidencia el apoyo que se brinda cuando se presentan emergencias obstétricas y las acciones del personal de salud y las decisiones de la familia deben tener estrecha vinculación para salvar la vida de la madre y el recién nacido, además del niño y niña menor de un año. Es importante evidenciar que 7/14 embarazadas manifiestan que han recibido suficiente información y consejería sobre el plan de emergencia familiar (Texto No. 8) y que la consejería se les ha brindado en el idioma local. ⁽²⁹⁾

Las gestantes opinan que las muertes maternas no deben ocurrir, Texto No. 9) manifiestan que es una lástima porque los demás niños se quedan solos y no les gustaría que les pasara a ellas, y las que han muerte es porque no siguen los consejos del personal de salud, para realizarse los controles cuando

están embarazadas, porque no toman decisiones en la familia, además informan que todavía no conoce todos los signos y señales de peligro y consideran que es necesario brindar más información y capacitación sobre el plan de emergencia familiar en el idioma materno, contar con un ejemplar traducido al idioma local, a colores para identificar los signos y señales de peligro y ponerlo a funcionar cuando sea necesario.

6.1. RESULTADO DE INTERVENCION

- 6.1.1. Definición de una versión de plan de emergencia familiar desde el nivel gerencial de Dirección del Área de Salud, siendo rector y coordinador para la reproducción del material con los diferentes cooperantes externos que intervienen en acciones de salud materna en Alta Verapaz.
- 6.1.2. Gestión para la reproducción de 40 mil ejemplares de planes de emergencia familiar de la versión oficial, para la dotación en forma original a cada gestante del departamento de Alta Verapaz.
- 6.1.3. Gestión para la capacitación de Auxiliares de Enfermería y educadores en salud en estrategias de comunicación interpersonal asertiva, para lograr el empoderamiento y autocuidado en la embarazada del municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz.
- 6.1.4. Proceso de negociación con autoridades de salud de Dirección de Área de Salud y Dirección de distrito de salud de Carchá, Alta Verapaz, para la implementación del modelo de autocuidado en embarazadas registradas en el primer nivel de atención.

6.2. CONCLUSIONES

- 6.2.1. Las gestantes que participaron en el estudio realizado se encuentran entre las edades de 16 y 26 años, esperaba el primer y segundo hijo, entre 5 y 7 meses de gestación con uno o dos controles prenatales en su mayoría.
- 6.2.2. Las gestantes tienen conocimiento del plan de emergencia familiar, cuentan con un ejemplar de dos versiones diferentes, algunos a colores, otros fotocopiados, lo mantienen doblados y guardados ya borrosos, adjuntos al carné de la embarazada, evidenciando que reciben información sin profundizar en los diferentes aspectos del plan.
- 6.2.3. Las embarazadas reconocen las hemorragias y el dolor de cabeza como signos y señales de peligro durante la gestación y se conoce muy poco los signos de peligro en el recién nacido a diferencia de niños y niñas menores de un año, tienen conocimiento que cuando lo vomitan todo o no pueden mamar corren el riesgo de morir.
- 6.2.4. La embarazada con plan de emergencia familiar conoce los pasos a seguir en caso de emergencia, pero manifiesta que es el esposo quien lo activa si la situación lo amerita.

6.2.5. Embarazada que cuenta con plan de emergencia familiar, tiene vinculación con el comité de emergencia comunitario porque asiste a las reuniones convocadas y están informadas de los casos que se presentan además del apoyo que brindan en situaciones de emergencias obstétricas, para prevenir la muerte materna.

6.3. RECOMENDACIONES

6.3.1. Fortalecer el conocimiento de gestantes sobre el plan de emergencia familiar a través de la dotación de un ejemplar original que muestre los signos y señales de peligro en forma graficada y a colores, que permitan conocer y fijar los signos y señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio, recién nacido, niños y niñas menores de una año, con el fin de profundizar en cada aspecto del plan y la toma de decisiones.

6.3.2. Implementar el modelo de autocuidado en embarazadas a través de estrategias de comunicación personal asertiva que permitan una orientación de calidad y empoderamiento de la salud materna y neonatal en el primer nivel de atención.

6.3.3. Brindar orientación y consejería en conjunto, embarazada y esposo en relación al plan de emergencia familiar para que se organicen en la toma de decisiones y buscar ayuda oportuna y activación del plan en situaciones de emergencia, aún en la ausencia del jefe de la familia.

6.3.4. Fortalecer la vinculación entre el plan de emergencia familiar y el comité de emergencia comunitario en todas las embarazadas, para brindar el apoyo necesario en situaciones de emergencias obstétricas y contribuir

en reducir el número de muertes maternas y neonatales, además de documentar las vidas salvadas.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Fonseca Becker F, Schenk Yglesias C. Medición de los efectos de las intervenciones en el cambio de comportamiento y la prestación de servicios en Guatemala con resultados de encuestas de población. Department of Population and Family Health Sciences. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. Brown's Wharf. 1615 Thames Street. Baltimore, Maryland 21231-3492, USA. 2004. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADA612.pdf.
2. Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Técnica para operativizar la estrategia plan de parto en el Salvador. USAID. Primera Edición. Abril de 2009.
3. González P R. Salud materno infantil en las Américas. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2013 Ago 15] ; 75(6): 411-421. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000600011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000600011>.
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Estudio Nacional de Muerte Materna 2007. Guatemala, 2011.
5. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales. Propuesta para la mejorar la salud materno infantil. Guatemala, Noviembre 2011.
6. Jarquín G. J. D. Guía de análisis de la muerte materna con la metodología de eslabones críticos. Experiencia de la vigilancia de muerte materna en, Huehuetenango y Alta Verapaz, 2010 – 2011. Guatemala. USAID/HCI; mayo 2012.
7. Núñez Urquiza R M, Duarte Gómez M B, Javier Marín L, Arroyo Román L. Más allá de las cifras: detección de eslabones críticos en los procesos de atención para disminuir muertes maternas. Boletín Género y Salud en cifras. Guadalajara. 2005 may-dic; 3 (2,3).8.
8. Marroquín F L. Factores socioculturales que inciden en el proceso de “vidas salvadas” de madres en el riesgo de muerte materna en comunidades rurales de Guatemala: casos Alta Verapaz. [tesis Licenciatura Sociología]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Ciencia Política, Área de Sociología; 2009.

9. Ac Chub B A. Caracterización epidemiológica de mortalidad materna, municipio de San Pedro Carcha, Alta Verapaz. enero – diciembre 2009. [tesis Maestría]. Guatemala : Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009.
10. Análisis de la mortalidad materna. Alta Verapaz: Unidad de epidemiología. Dirección Área de Salud A. V. DASAV; 2013.
11. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Vigilancia de la mortalidad materna. República de Guatemala 2012. Centro Nacional de Epidemiología. MSPAS. 201.
12. Análisis de la mortalidad materna. Alta Verapaz: Centro de Salud de San Pedro Carcha, ELCS; 2013.
13. Medina Barragan R A. Medina Sanchez M J. Espericueta Medina M. Pérez Pérez R. Salas Medina D L. Vázquez Arámbula I J. et al. Intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de autocuidado en embarazadas. Washinton. Año 4, Vol. 2, No. 7 Jul- Dic 2012
14. Delgado E L. Ortíz Díaz M. E. Oros Elizarraraz E. Ibarra Arellano C J. Gonzales Flores T M.. Conocimientos y prácticas de autocuidado en familias de comunidades rurales. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 17 N° 5 Junio, 2009
15. Navarro Pena Y. Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. glob.* [online]. 2010, n.19, pp. 0-0. ISSN 1695-6141
16. Riveiro Martínez, N. et al. Valoración ética del model de Dorotea Orem. *Rev haban cienc méd* [online]. 2007, vol.6, n.3, pp. 0-0. ISSN 1729-519X.
17. Alba Pastor M. Suya Herrera L. Vásquez I E. Zavala C A. Ramírez T A. Conocimientos y prácticas sobre autocuidad que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. *Rev. Fac. Cienc. Méd.* Julio – Diciembre 2006.
18. Langel I. et al. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud; La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Unidad de Organización de servicios de Salud. OPS TSH/OS6/7. Enero 2006
19. Chavez Colon K S. Conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de Antigua Guatemala acerca del

control prenatal. Junio – septiembre 2012. [tesis]. Antigua Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012.

20. Schwarcz R L. Obstetricia, 5ta. Ed. Buenos Aires (Argentina). El Ateneo 1995: 333-334. 2. James R. Scott, Philip J. Diasaia, Charles B. Hammond y « col. »,
21. Espinoza Montoya R H. Evaluación de la implementación de la estrategia plan de parto y su incidencia en la disminución de la morbi - mortalidad materna perinatal en la zona norte del departamento de Morazán, año 2010. [tesis maestría]. El Salvador: Universidad El Salvador, Facultad de Medicina; 2010.
22. Rangel Tecún M E. Díaz Gonzalez J R. Abascal de la Vega R M. Conocimientos de las comadronas sobre las cuatro demoras que inciden en la mortalidad materna. Agosto – septiembre 2012. [tesis]. Escuintla Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012.
23. Demoras Fatales. Mortalidad Materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura 2007. Physicians for Human Rights. Washington 2007
24. Perú. Ministerio de Salud Pública. El manual del agente comunitario de la Salud. Primera edición. Noviembre 2009. Editorial Supergráfica E.I.R.L. Jr. Ica 344-346 Cercado de Lima, Lima.
25. Centro Nacional de Educación para el trabajo. Manual del Facilitador para la capacitación de los comités comunitarios de transporte de emergencias en caso de complicaciones obstétricas. Tegucigalpa Honduras: Secretaría de Salud, Catholic Relief Services, Comité de proyectos de agua y desarrollo integral de Intibuca; 2004
26. Secretaría de Salud. Manual sobre consejería en VIH/SIDA e ITS. Centro Nacional para la prevención y el control el Ingreso temprano al control del VIH/SIDA. Col. Anzures, C.P. México. D.F.
27. Ministerio Salud. Capacitación para la salud. Subsecretaría de planificación de la Salud. Gobierno de la provincia de Buenos Aires.
28. Tello D M. Signos de Alarma durante el embarazo. Universidad Católica Santo Domingo de Mongrovejo. Chiclayo. Perú.

29. Organización Panamericana de la Salud. Los procesos de participación ciudadana en salud e intersectorialidad. [en línea] Campus Virtual del Salud Pública OPS [accesado 25 de mar del 2010] Disponible en http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-2/Participacion,%20ciudadana%20e%20intersectorialidad_OPS.pdf.
30. Transformando le sistema público de salud del primer nivel de atención. Instituto de Salud Incluyente. Medicus Mundi Navarra. Guatemala. Primera edición Guatemala: 2012
31. Carranza Camey R. Taller de análisis de enfermedad y muerte materna en el departamento de Alta Verapaz. Alta Verapaz Guatemala: Dirección Área de salud de Alta Verapaz, Proyecto de apoyo a la reforma del sector salud APRESAL; 2000.
32. Bello Fernández N L. Fundamentos de Enfermería. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. 344 p.
33. Cisneros G F. Introducción a los Modelos y teorías de Enfermería. Programa de Enfermería. Área de Fundamentos. Popayan. Agosto 2002.
34. Manual DAE de enfermería. EIR. Oposiciones. Fundamentos de enfermería.
35. Torres Esperón M. Definición de funciones de enfermería por niveles de formación para el sistema de salud Cubano. Ministerio de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana. Junio 2006
36. Laflor Carot V. Desarrollo profesional de la enfermería de atención primaria. Experiencia en Andalucía. Asesoría Técnica de Coordinación Consejería Salud. Junta Andalucía.
37. Bautista Martín E. Devesa Oradells A. Guitart Aparicio M. Palma Bocanegra M A. Pérez Hinarejos M. Enfermería: ¿Trabaja en equipo? [tesis] Santa Madrona, Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Fundación La Caixa. 2008.
38. Secretaría de innovación y Calidad. Modelo de Atención de Enfermería obstétrica. Delegación Cuauhtémoc CP 06600, México DF México

39. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de atención a las personas. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala: MSPAS, DRPAP; 2011.
40. ----- . Programa Nacional de Salud Reproductiva. Departamento de Regulación de los Programas de atención a las personas. Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de atención del parto. Guatemala: MSPAS, PSR. DRPAP; 2011.
41. ----- .Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia de la embarazada y de la mujer en edad fértil (10 a 54 años) para la identificación de las muertes maternas. Guatemala. MSPAS. CNE; 2010.
42. Cáceres Manrique F M. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [online]. 2009, vol.60, n.2 [citado 2013-05-10], pp. 165-170.
43. Mazza María Margarita, Vallejo Carla María, González Blanco Mireya. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Ago 15] ; 72(4): 233-248. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400004&lng=es.
44. Mongollón Archila K V. Conocimiento que poseen las embarazadas o puérperas sobre el modelo de las cuatro demoras que inciden en la mortalidad materna. Octubre – diciembre 2008. [tesis]. Sololá Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencia Médicas; 2008.
45. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dónde dar a luz. La decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala. Factores determinantes para aumentar el parto institucional y disminuir la muerte materna y perinatal dentro de la población indígena de Guatemala. Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva. Organización Mundial de la Salud / Oficina Panamericana de la Salud (OMS/OPS)
46. Vargas Gonzales W. Atención primaria de salud en acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. San José, C. R. : EDNASSS – CCSS, 2006. 232 P: il.

47. Paganini J M. et. al. Sistemas de salud y la estrategia de APS. Rev. Argentina de Salud Pública | Vol. 1 - N° 2 - Marzo de 2010.
48. Torres S, Sequeira S. Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras. Honduras. Instituto Nacional de la Mujer. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo; 2003.
49. Osorno Navarro M M. Atención Integral de la embarazada en la comunidad. Hallazgos/ISSN: 1794-3941. Año 10. No. 20. Bogotá. D.C. Universidad Santo Tomás. Pp 123-140.
50. Sanchez Ñamendy S. Evaluación de las estrategias Plan de parto en la reducción de la mortalidad materna perinatal, centro de salud Héroes y Mártires de Nueva Segovia, municipio de Mosonte. Nueva Segovia, 2010-2011. [tesis] Nueva Segovia Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios dela Salud. Nicaragua 2011.
51. Moya Plata D. Guiza Salazar I J. Mora Merchán M A. Ingreso temprano al controlar prenatal en una unidad materno infantil. Cuidarte. Rev, invet. Programa de enfermería UDES.
52. Ministerio de Salud. Avanzando hacia una Maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Dirección General de Salud de las personas. Perú 2006.
53. Freyermuth G. Sesia P. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura México : Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social : Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009. 206 p. ; il. ; cm.
54. Domínguez-Alonso Emma, Zacea Eduardo. Sistema de salud de Cuba. Salud pública Méx [revista en la Internet]. [citado 2013 Ago 16]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012&lng=es

Anexo No. 1



**ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA
CONOCIMIENTOS SOBRE PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR
EN GESTANTES DE CHIRREQUICHE, ALTA VERPAZ**



Instrucciones

La presente entrevista recolectará información que permita determinar los conocimientos sobre plan de emergencia familiar, en gestantes de la comunidad de Chirrequiche, San Pedro Carcha, se le solicita dar respuesta veráz a las preguntas que a continuación se le presentan, información que se manejará con confidencialidad.

Nombre de entrevistada _____

Comunidad: _____ Municipio _____

Fecha de entrevista: _____ No. De entrevista _____

SECCION I: INFORMACION GENERAL			
1.- ¿Qué edad tiene?	_____	2.- ¿Cuántos hijos tiene?	_____
3.- ¿Cuántos meses de embarazo tiene ahora?	_____		
4.- ¿Cuántos controles prenatales ha tenido durante su embarazo?	_____		
5.- ¿En que servicio de salud se ha realizado los controles? durante su embarazo			
	Centro de Convergencia	1	<input type="checkbox"/>
	Puesto de Salud	2	<input type="checkbox"/>
	Centro de salud/CAP	3	<input type="checkbox"/>
	Hospitales	4	<input type="checkbox"/>
	Clinicas Privadas	5	<input type="checkbox"/>
	IGSS	6	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Qué personal de salud le realiza el control prenatal durante su embarazo?			
	Telefacilitador/Facilitador comunita	1	<input type="checkbox"/>
	Comadrona	2	<input type="checkbox"/>
	Auxiliar de enfermeria	3	<input type="checkbox"/>
	Enfermera Ambulatoria	4	<input type="checkbox"/>
	Medico	5	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Le han informado sobre el plan de emergencia familiar?			

	SI	1	<input type="checkbox"/>
	NO	2	<input type="checkbox"/>
8 -	¿Conoce el plan de emergencia familiar?		
	SI	1	<input type="checkbox"/>
	NO	2	<input type="checkbox"/>
9 -	¿Cuenta con el plan de emergencia familiar en su casa		
	SI	1	<input type="checkbox"/>
	NO	2	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta es sí, solicitar que se lo muestre

SECCION II CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO

10 - ¿Cuáles son los signos y señales de peligro del embarazo, que conoce?

Hemorragia	1	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	2	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	3	<input type="checkbox"/>
Fiebre	4	<input type="checkbox"/>
Dolor epigástrico	5	<input type="checkbox"/>
Hemorragia después del parto	6	<input type="checkbox"/>
Ninguno	7	<input type="checkbox"/>

11 - ¿Cuáles son los signos y señales de peligro del recién nacido, que conoce?

Le cuesta respirar	1	<input type="checkbox"/>
Es prematuro	2	<input type="checkbox"/>
Hipotermia	3	<input type="checkbox"/>
Fiebre	4	<input type="checkbox"/>
Cianosis	5	<input type="checkbox"/>
No puede mamar	6	<input type="checkbox"/>
Ninguno	7	<input type="checkbox"/>

12 - ¿Cuáles son los signos y señales de peligro del niño o la niña, que conoce?

No puede mamar	1	<input type="checkbox"/>
No puede comer	2	<input type="checkbox"/>
Vomita todo	3	<input type="checkbox"/>
Ataques o convulsiones	4	<input type="checkbox"/>
Flácido o desmayado	5	<input type="checkbox"/>
No puede despertar	6	<input type="checkbox"/>
Ninguno	7	<input type="checkbox"/>

SECCION III ACTIVACION DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR (TOMA DE DECISIONES)

13.- ¿Si se presentan signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, quien es el responsable de activar el plan de emergencia familiar?

La embarazada	1	<input type="checkbox"/>
El esposo	2	<input type="checkbox"/>
La suegra	3	<input type="checkbox"/>
La comadrona	4	<input type="checkbox"/>
Comité de emergencia	5	<input type="checkbox"/>
Otros	6	<input type="checkbox"/>

14.- ¿Cuándo se presentan signos y señales de peligro, sabe usted y su familia a que servicio de salud van a acudir?

Centro de Convergencia	1	<input type="checkbox"/>
Puesto de Salud	2	<input type="checkbox"/>
Centro de salud/CAP	3	<input type="checkbox"/>
Hospitales	4	<input type="checkbox"/>
Clinicas Privadas	5	<input type="checkbox"/>
IGSS	6	<input type="checkbox"/>

15.- ¿A cuanto tiempo queda su comunidad para llegar al servicio de salud que le va a atender?

20 minutos	1	<input type="checkbox"/>
1- < 2 horas	2	<input type="checkbox"/>
2 - < 3 horas	3	<input type="checkbox"/>
3 - < 4 horas	4	<input type="checkbox"/>
4 - < 6 horas	5	<input type="checkbox"/>
6 - mas horas	6	<input type="checkbox"/>

16.- ¿De acuerdo al plan de emergencia familiar, han buscado un medio de transporte para ser trasladada al servicio de salud que le va a resolver la emergencia?

SI	1	<input type="checkbox"/>
NO	2	<input type="checkbox"/>

17.- ¿Cuál es el medio de transporte que la trasladará al servicio de salud?

Camilla y Vehiculo de mi comunidad	1	<input type="checkbox"/>
Vehiculo de mi comunidad	2	<input type="checkbox"/>
Vehiculo de comunidad cercana	3	<input type="checkbox"/>
Ambulancia del centro de salud	4	<input type="checkbox"/>
Ambulancia de municipalidad	5	<input type="checkbox"/>
Ambulancia de Cruz Roja	6	<input type="checkbox"/>
Otros	7	<input type="checkbox"/>

18.- ¿Sabe cuanto se debe pagar por el vehiculo que la va a trasladar al servicio de salud

50 - 100	1	<input type="checkbox"/>
101 - 200	2	<input type="checkbox"/>
201 - 300	3	<input type="checkbox"/>
301 - 400	4	<input type="checkbox"/>
401 - 500	5	<input type="checkbox"/>
501 - Mas	6	<input type="checkbox"/>

19.- ¿Cuánto dinero tienen ahorrado si se presentan signos y señales de peligro o alguna emergencia durantel el embarazo, parto y puerperio?

50 - 100	1	<input type="checkbox"/>
101 - 200	2	<input type="checkbox"/>
201 - 300	3	<input type="checkbox"/>
301 - 400	4	<input type="checkbox"/>
401 - 500	5	<input type="checkbox"/>
501 - Mas	6	<input type="checkbox"/>
Nada	7	<input type="checkbox"/>

20.- ¿Sabe quienes le acompañará al servicio de salud, si se presentan signos y señales de peligro o cualquier emergencia durante el embarazo parto y puerperio?

SI	1	<input type="checkbox"/>
NO	2	<input type="checkbox"/>

¿Quiénes? _____

21.- ¿Sabe quienes cuidaran su casa y a sus demas hijos, al ser trasladada al servicio de salud, si se presentan signos y señales de peligro o cualquier emergencia durante el embarazo parto y puerperio?

SI	1	<input type="checkbox"/>
NO	2	<input type="checkbox"/>

¿Quiénes? _____

22.- ¿Sabe cuales son los documentos que deben llevar al ser trasladada al servicio de salud, si se presentan signos y señales de peligro o alguna emergencia durante el embarazo, parto y puerperio?

SI	1	<input type="checkbox"/>
NO	2	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles? _____

¿Cuántas veces?

29.- ¿Considera usted importante conocer y activar el plan de emergencia familiar para salvar la vida de una embarazada?

SI	1	<input type="checkbox"/>
NO	2	<input type="checkbox"/>

¿Por qué? _____

30.- ¿Considera usted que ha sido suficiente la información y consejería que le ha brindado el personal de salud?

SI	1	<input type="checkbox"/>
NO	2	<input type="checkbox"/>

¿Por qué? _____

31.- ¿Que opina en relación a las muerte maternas?

32.- ¿Que recomienda para mejorar y activar el plan de emergencia familiar?

OBSERVACIONES _____

Nombre y firma de la persona que entrevistó



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROGRAMA MAESTRIA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
ÁREA DE INVESTIGACION**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: Conocimientos y activación del plan de emergencia familiar en gestantes de la comunidad de Chirrequiche, municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz.

Yo, _____ de _____ años de edad, originario de la comunidad: _____ municipio de _____

Se me ha informado que he sido elegido para participar en el estudio que determinará describirá Conocimientos y activación del plan de emergencia familiar en gestantes de la comunidad de Chirrequiche, municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz.

Elegida por encontrarme en periodo de gestación y ser beneficiada con los planes de emergencia familiar, además que el estudio ayudará a mejorar acciones que deja de hacer la embarazada, la familia, comunidad y servicios de salud

Entrevista que durará veinte minutos para responder 32 preguntas cerradas, a las que debo responder con la verdad, me informaron que no me ocasionará ningún gasto, ni dañará mi salud ni mi integridad física.

Se me informó que los resultados del estudio beneficiará a la mujer embarazada de mi comunidad, para que ya no mueran por problemas durante el embarazo, parto y después del parto, además del recién nacido.

Se me ha informado que tengo derecho a retirarme del estudio cuando lo desee, sin que el entrevistador tome ninguna represalia contra mi persona.

Conociendo la información y los beneficios de la investigación, ACEPTO participar en el estudio brindando la información necesaria.

San Pedro Carchá, Alta Verapaz _____ de diciembre del 2013

Nombre y firma del participante _____

Nombre y firma del investigador _____

Anexo 3

Mi familia y yo sabemos que estoy en peligro si:



Tengo hemorragia vaginal



Tengo dolor de cabeza



Tengo fiebre



Tengo dolor fuerte en la boca del estómago



Tengo hemorragia después del parto

Nuestro recién nacido está en peligro si:



Le cuesta respirar



Es muy chiquito



Está muy frío



Está morado



No quiere mamar

Nuestro niño o niña está en peligro si:



No puede mamar o tomar líquidos



Vomita todo



Tiene ataques



Se desmaya



Maternidad apoyada, familia feliz



Preparamos *el plan de emergencia* con mi familia



A dónde ir



Cuánto dinero tenemos listo



Quién me acompaña



Cómo ir



Busco al comité de mi comunidad para que me ayude en caso de una emergencia



Quién cuida mi casa y a mis otros hijos

Cobán, Alta Verapaz 15 de noviembre del 2013

Doctor
Moisés Faraón Chen
Director Área de Salud
Alta Verapaz

Distinguido Dr. Chen

De manera me dirijo a usted, con el propósito de saludarlo y desearte éxitos en sus actividades diarias.

El motivo de la presente es para informarle que actualmente curso la Maestría de Enfermería en Atención Materna y Neonatal en la universidad de San Carlos de Guatemala y dentro del curso de investigación se ha planteado un tema de investigación ante la Licenciada Rutilia Herrera coordinadora de Maestría y Docente del curso de investigación Licenciada Juan Marta Hernández de Vaides, siendo el siguiente:

“CONOCIMIENTOS SOBRE EL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR, POR GESTANTES DE LA COMUNIDAD DE CHIRREQUICHE, SAN PEDRO CARCHA, ALTA VERAPAZ 2013

Considerando que es un tema de interés para nuestras autoridades, especialmente para la embarazada, por ser una herramienta que contribuye a salvar la vida de una madre al ser activado oportunamente. Por lo anterior, a usted muy respetuosamente solicito me AUTORICE realizar dicha investigación en el municipio de San Pedro Carcha del área de salud de Alta Verapaz que usted dignamente dirige, estando segura que la investigación aportara resultados y conclusiones que contribuyan a reducir la mortalidad materna en dicho municipio.

En espera de una resolución positiva, me despido de usted.

Deferentemente:


Blanca Adelina Ac Chub
No. carné: 10001855

c.c. MA. Licda. Rutilia Herrera, coordinadora Maestría
c.c. MA. Licda. Juana Marta Hernández de Vaidez, Docente curso de Investigación
c.c. Archivo personal



Dirección Área de Salud de Alta Verapaz
 7ma. Calle 6-24 Zona 11 Cobán, A.V.
 PBX: 7774-9494 FAX: 7774-9459
secredasav@gmail.com

OF. No. 49-2013.
REF: DR.MFCC/ides.

Cobán, Alta Verapaz 26 de noviembre de 2013

Licenciada
 Blanca Adelina Ac de Cantoral
 Estudiante Maestría en Ciencias de la Salud
 Presente:

Estimada Licenciada Ac:

De manera me dirijo a usted, con el propósito de saludarla y desearle éxitos en sus actividades diarias.

El motivo de la presente es para informarle que la Dirección del Área de Salud de Alta Verapaz, no tiene ningún inconveniente para que realice el trabajo de investigación que lleva por título: **“CONOCIMIENTOS SOBRE EL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR, POR GESTANTES DE LA COMUNIDAD DE CHIRREQUICHE, SAN PEDRO CARCHA, ALTA VERAPAZ 2013.**

Considerando que es un tema de interés para nuestras autoridades, y porque contribuirá a reducir la razón de muerte materna en el departamento, por lo que se le **AUTORIZA** realizar la investigación. Aprovecho la oportunidad para solicitarle, que al concluir dicho proceso, presente los resultados ante las autoridades del Departamento para implementar las recomendaciones que se consideren pertinentes.

Deferentemente:


 Dr. Moisés Faraón Chel Cruz
 Director Área de Salud
 Alta Verapaz



PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la presente tesis, así como hacer referencia correspondiente cuando se citen los contenidos. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.