

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

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a cross, surrounded by a wreath. The shield is flanked by two figures, possibly saints or historical figures, holding staffs. The entire emblem is encircled by a Latin inscription: "UNIVERSITAS SAN CAROLINI SIGNENSIS INTER PRAECIPUA CONSPICUA CAROLINA ACQUINO VIVENS CONCORDIA".

**CONOCIMIENTOS DE LAS COMADRONAS
TRADICIONALES EN LA ACTIVACIÓN DEL
PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR Y
COMUNITARIO EN EMBARAZADAS**

NERY ARTURO CATUN MAQUIN

Tesis

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

Septiembre 2014

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



**CONOCIMIENTOS DE LAS COMADRONAS
TRADICIONALES EN LA ACTIVACIÓN DEL
PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR Y
COMUNITARIO EN EMBARAZADAS**

NERY ARTURO CATUN MAQUIN

Tesis

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

Septiembre 2014



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

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:

El Licenciado: Nery Arturo Catun Maquin.

Carné Universitario No.: 200321401

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis "Conocimiento de las Comadronas Tradicionales en la Activación del Plan de Emergencia Familiar y Comunitario en Embarazadas".

Que fue asesorado: Licda. Sulma Yaneth Bernal Mg.

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

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 de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitario en embarazadas" de Nery Arturo Catún Maquín, 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 Sulma Yaneth Bernal MA.
Asesor de Tesis
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruíz Cruz MSc.
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 de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitario en embarazadas" de Nery Arturo Catún Maquín, 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 Ruthia Herrera Acajábón MSc.
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado



Índice

RESUMEN	
1. INSTRODUCCION-----	01
2. ANTECEDENTES-----	03
Embarazo-----	03
Factor de riesgo-----	03
Riesgo bajo o 0-----	04
Riesgo medio o 1-----	04
Riesgo alto o 2-----	04
Riesgo muy alto o 3-----	05
El cuidado del embarazo y parto normal-----	05
Atención prenatal-----	06
Atención del parto-----	07
Atención del Recién Nacido-----	07
Principales señales de peligro de mortalidad perinatal-----	08
Hemorragias-----	08
Dificultad para respirar-----	08
Visión borrosa-----	08
Fiebre-----	08
Le cuesta respirar-----	09
COMADRONA TRADICIONAL-----	09
Responsabilidades de la Comadrona Tradicional-----	10
Participación de la CAT en la reducción de Mortalidad-----	10
Conocimiento, valoración y misión de la CAT-----	11
Decreto Ley de la Comadrona Tradicional-----	11
Practicas de cuidado cultural en gestantes indígenas -----	12
PLANES DE EMERGENCIA-----	12
Planes de emergencia familiar-----	12
Planes de emergencia comunitario-----	13
DEMORAS EN LA ATENCION MATERNA Y NEONATAL-----	13
Primera demora-----	13
Segunda demora-----	14
Tercera demora-----	15
Cuarta demora-----	15
CONOCIMIENTO-----	16
Características del conocimiento-----	17
Conocimiento empírico-----	17
RED DE SERVICIOS DE SALUD EN GUATEMALA-----	18
Prestadora de servicio de salud Fundameno-----	19
Jurisdicción-----	19
Barreras Culturales-----	19
Condiciones económicas de la población rural de A.V-----	20

3. OBJETIVOS-----	21
4. MATERIAL Y METODOS-----	22
Tipo de investigación-----	22
Población -----	22
Selección y tamaño de la muestra-----	22
Unidad de Análisis-----	22
Criterios de Inclusión-----	22
Criterios de Exclusión-----	23
Variables estudiadas-----	23
Operacionalización de Variables-----	23
Instrumentos utilizados para la recolección de la información-----	24
Procedimiento para la recolección de la información-----	24
Procedimiento para garantizar aspectos éticos-----	24
Procedimiento de análisis de la información-----	25
5. RESULTADOS-----	26
6. DISCUSION Y ANALISIS -----	31
6.1 CONCLUSIONES -----	33
6.2 RECOMENDACIONES -----	35
6.3 Resultados de Intervención-----	36
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	37
VIII. ANEXOS-----	41
Encuesta tipo entrevista-----	41
Consentimiento Informado-----	44
Permiso del autor para copiar el trabajo-----	45

RESUMEN

OBJETIVO: Describir los conocimientos que poseen las comadronas en Activación del plan de emergencia familiar y comunitario en la embarazada, adquiridos durante la capacitación a Comadronas según lista anual de capacitaciones de plan técnico impartido por el personal de la fundación menonita bajo convenio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la Jurisdicción Campur-Cojaj, San Pedro Carchá del departamento de Alta Verapaz.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, realizado en 28 comunidades de la jurisdicción de Campur-Cojaj, del distrito municipal de campur, carchá departamento de Alta Verapaz, tomando como muestra 30 comadronas tradicionales capacitadas en sus comunidades por el equipo básico, se realizaron encuestas estructuradas tipo entrevista la cual consta de dos partes; la primera corresponde a preguntas abiertas y cerradas con opciones múltiples de datos generales propias de características de las comadronas; la segunda corresponde a preguntas específicas sobre conocimientos generales basándose en los conocimientos adquiridos en las capacitaciones; los datos fueron analizados procesados por medio de cuadros electrónicos en Excel en las que se incluyeron cada una de las variables del estudio. **RESULTADOS:** El setenta y seis por ciento (76%) de las comadronas tradicionales no identifican todos los pasos del plan de emergencia familiar y comunitario lo que evidencia desconocimiento para la toma de decisiones en el momento de la emergencia obstétrica **CONCLUSIONES:** Las referencias a nivel de servicios de salud aún no se lleva a cabo al 100% por las Comadronas Tradicionales considerando que la causa es el desconocimiento ya que el setenta y seis por ciento (76%) de las comadronas tradicionales no indican todos los pasos del plan de emergencia para una toma de decisión en el momento de la emergencia obstétrica lo que pone en riesgo la vida de las embarazadas y por el ende el riesgo de muertes maternas.

PALABRAS CLAVE: Comadronas, conocimientos, señales de peligro, cuatro demoras y servicios de salud.

CHI RAQRO RU

RAJOM: Xk'eeb'al chi nawek'li xna'leb'eb' li neke' xnaw eb' laj xokol wuula'al naq jwal aajel ru sa' junaq li junkab'al maraj sa' junaq li komonil re junaq li yook chi yo'onik, ut a'in li ak xokb'il chaq sa'li junaq li kawresink na uxmak choq reeb' laj xxokonel li kawresimb'il chi ru li jujunq chi hab' jo' cha ru tustu ru xb'aaneb' laj k'anjel re li xmolam menonita li kuutamb'il xb'aan xch'uutal re li na ilok ut nakawresink chi rix li kawilal sa' xyanq li komonil sa' xsutam qanpur,kojaj sa' xwent li tenamit San Pedro carcha xteepal Alta Verapaz-

XB'AANUNKIL: Xtz'ilbal li kelam re xnawb'al li xk'ehal sa' waxaqib'xkak'aal chi k'aleb'aal sa' xsutam qanpur ut kojaj re li tenamit San Pedro Carcha, sa' xteepal Alta Verapaz, xk'eeb'al choq eetal lajeeb' xkak'aal eb' laj xokol wu'la'al li ak wankeb' ut kawresimb'ileb' sa' xk'aleb'aaleb' xb'aaneb' laj kanjel k'uub'amb'il ut tusb'il choq patz'om b'arwi' raqb'i sa' wiib' raqal; li xb'een patz'om a'an jun sahil aatinak a'b'anan xsumenkil li nawom re junaq laj xokol wula'al; li junraqal chik a'an yal kok' patz'om chi rix li kok' nawom tawb'il ut xxokb'il sa' junaq li tzolok jokan ut naq li xtawmank xtz'ilman rix sa' li ulul ch'iich ut xk'eemank li jokeal li xjalajik sa' tzilok.

RUSILAL LI K'ANJEL: li waqlaju xkaak'aal sa' li jun ook'aal (76%)eb' laj xokol wuula'al maak'a' li xnawom chi rix xb'eeresinkil chi tustu re junaq li b'anok sa' junpaat, re junaq li kab'al malaj re junaq li k'aleb'aal naq yook chi k'utunk li sachb'ehil ch'oolej re xb'aanunkil junaq li k'anjel re xxokb'al junaq li wuula'al sa' junpaat.

RE RAQB'AL: Li neke' xye eb' laj k'anjel chi ru li kawilal naq sa' li jun ook'aal laj xxokol wuula'al toj wankeb' li xmajelal rikineb' tzolbal chi chaab'il li xxokok wuula'al jo'kan ut naq waqlaju xkaak'aal (76%) sa' li jun ook'aal (100%) ink'a' ut tustu li xxokok wuula'al sa' junpaat jokan b'i' naq aran nak'ulmank ut natawmank li xkamik li n'a'b'ej jo' enchal ajwi' xkamik li wuula'al..

AATIN NAKUTB'ESINK: Aj xxokol wuula'al, reetalil junaq li xiwxiw, li kaayib paay ru li xb'ehil li xxokok' maraj li b'ayk chi xxokok ut xtenq' li rochochil li b'anleb'aal.

NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Enfermería de Guatemala agradece en gran 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 Alta y Baja 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, desarrollo local, investigación y gerencia de los servicios en cualquiera de los niveles de atención.

Presentamos nuestros respetos y gratitud a tan prestigiosa agencia y Fundación, quedando con el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

I. INTRODUCCIÓN

La atención del parto es uno de los principales determinantes de la muerte Materna y perinatal. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil en Guatemala para el año 2002 indica que el 47.5% de todos los partos son atendidos por comadronas, 37% por médicos, 4.4%, 10.2% por un familiar y amigo, 4.4% por una enfermera y 0.8% no recibió ninguna asistencia. Estos porcentajes muestran que la comadrona es un recurso importante en la atención materna neonatal de áreas rurales del país. Así mismo señalan que en el área rural, las comadronas tanto capacitadas como tradicionales llegan atender el 55.5% de los partos, mientras que en el área urbana atienden el 31.7% esto según las memorias de labores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del año 2008. ¹

Investigaciones recientes sobre salud indican que Guatemala ha logrado grandes adelantos en reducir la mortalidad materna y perinatal, continúa teniendo una de las peores estadísticas del continente.² Actualmente la Razón de Mortalidad Materna, se registra en 153 por 100,000 nacidos vivos, de acuerdo al Estudio Nacional de mortalidad Materna 2007 - SEGEPLAN/MSPAS- La tasa de fecundidad es de 4.4 hijos por mujer, el uso de métodos modernos de planificación familiar es de 44% y la necesidad insatisfecha es de 20.8%, la mortalidad neonatal es de 22 por cada 1000 nacidos vivos.³

El aporte del estudio fue describir el conocimiento de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitaria en embarazadas por medio de un instrumento estructurada tipo entrevista, basándose en las capacitaciones impartida por la Prestadora de Servicio de Salud de fundameno bajo el convenio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, identificando conocimiento deficiente, únicamente mencionan el 24% de los pasos del plan de emergencia considerando que es a consecuencia de la avanzada edad que poseen dichas partes y también incide el analfabetismo, las inasistencia a capacitación, el personal que capacita no domina el idioma local, la avanzada edad y la

¹Erradicación de la pobreza a través de las micro finanzas, salud y educación. [en línea]. Toronto: ImpactFirst International. Toronto; 2010. [accesado 3 Abr 2011].

Disponible en: <http://www.impactfirst.net/es/work/active/guatemala.php>.

². Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Medicina. Cursos para Graduados. [en línea]. Guatemala: USAC; 1996 [accesado 10 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.usac.edu.gt/archivos/acercadeculturaorganizaciones.pdf>

³ Papel de las comadronas en las comunidades cachiueles de Guatemala. Revista Panamericana de Salud Pública. [en línea]. 2006; 19 (3). [accesado 2 Jul 2011] Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892006000300010&script=sci_arttext

falta de interés de obtener otros conocimientos basados en evidencia científica.⁴Por lo tanto necesitan mayor reforzamiento sobre el correcto aprendizaje para la activación del plan de emergencia y así contribuir para reducir la mortalidad materna neonatal.

⁴Conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal, [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; abril-septiembre 2011.

II. ANTECEDENTES

2.1 Embarazo

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia definieron el embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación de un feto en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la [nidación](#) y termina con el [parto](#). La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la [Organización Mundial de la Salud](#) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el [blastocito](#) a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la [fecundación](#)).⁵

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.⁶

Pueden presentarse varios signos más que junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos). Esto lo puedes notar a partir del segundo al tercer mes de la concepción.

2.1.1 Factores de riesgo

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo, desde el punto de vista global y sobre todo médico la clasificación del riesgo obstétrico se puede dividir en las siguientes clases

⁵Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. «Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality». *ObstetGynecol (March 1887)* **63**:pp. 333–7. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano

⁶Volver arriba↑ KidsHealth.org (marzo de 2006). [Calendario semanal del embarazo](#). Editado por Elana Pearl Ben-Joseph y *TheNemoursFoundation*. Consultado el 29 de enero de 2008. Disponible; http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano.

2.1.2 Riesgo bajo o 0

Por exclusión de los factores incluidos en los demás grupos de riesgo. (7)

2.1.3 Riesgo medio o 1

- Anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente.
- Baja estatura materna (< 1.5 metros)
- Cardiopatía 1: que no limita su actividad física.
- Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- Patología psicosocial.
- Control insuficiente de la gestación: menos de 4 visitas prenatales o 1a visita después de la semana 20.
- Edad extrema: menores de 15 años o mayores de 35. Embarazo no deseado.
- Esterilidad previa de 2 o más años.
- Fumadora habitual.
- Fecha de la última menstruación incierta.
- Gestante con Rh negativo
- Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas.
- Hemorragia del primer trimestre de embarazo.
- Incompatibilidad Rh.
- Incremento de peso menor de 5 Kg o superior a 15 Kg al final del embarazo
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo) Obesidad (IMC >30)
- Período intergenésico inferior a 12 meses.(7)

2.1.4 Riesgo alto o 2

- Anemia grave. Hb< 9 g/dl o hematocrito< 25 % Cardiopatía 2: limitación ligera de su actividad física. Cirugía uterina previa.
- Diabetes gestacional.
- Embarazo gemelar o múltiple.
- Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación. Enfermedades endocrinológicas.
- Hemorragia en el segundo y /o en el tercer trimestre.
- Hidramnios u oligo amnios.
- Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico.
- Infección materna: virus de la hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubeola, sífilis, HIV, estreptococo B.
- Obesidad mórbida (IMC >40).
- Preeclampsia leve (TAD \geq 90 mmHg y/o TAS \geq 140 mmHg)
- Sospecha de malformación fetal.

- Presentación viciosa constatada tras la semana 38 de gestación. (7)

2.1.5 Riesgo muy alto o 3

- Amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37).
- Cardiopatías 3 o 4: supone una importante limitación de su actividad física o ésta provoca su descompensación.
- Diabetes mellitus previa a la gestación.
- Consumo de tóxicos (alcohol, drogas)
- Incompetencia cervical.
- Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.
- Malformación uterina.
- Muerte perinatal recurrente.
- Placenta previa.
- Preeclampsia grave (TAD \geq 110 mmHg y/o TAS \geq 160 mmHg)
- Patología asociada grave.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Rotura prematura de membranas.
- Positividad al VIH. SIDA y complejos asociados.⁷

2.1.6 El cuidado del embarazo y parto normal

1. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorios, cuando sea posible y apropiado.
2. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
3. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y ciencias sociales.
4. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
5. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
6. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
7. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
8. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo.⁸

⁷embarazoymas.com Clasificación del riesgo en el embarazo o riesgo obstétrico. Último acceso 08 de marzo de 2013. Disponible; http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano

⁸Mendoza M, Quemé A. Prácticas utilizadas por comadronas durante la atención del trabajo de parto, estudio realizado en el municipio de Sacatepéquez, Quetzaltenango y San Martín Jilotepeque Chimaltenango. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.

2.1.7 Atención prenatal

La acción educativa prioritaria de la comadrona tradicional adiestrada está dirigida, fundamentalmente a las mujeres de edad fértil e incluye; la importancia del control prenatal, inmunización, lactancia materna, alimentación materna, planificación familiar, educación sexual e higiene personal.⁹

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido. Con el control prenatal se pretende, la detección de enfermedades maternas, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas, vigilar el crecimiento y vitalidad fetal, disminuir las molestias y síntomas asociados al embarazo, preparación psicofísica para el nacimiento, administrar contenidos educativos para la salud de la familia y crianza del recién nacido, higiene personal y lactancia materna.¹⁰

2.1.7.1. Requisitos del control prenatal

- Precoz, o sea que deberá iniciarse lo más pronto posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control. Además de identificar precozmente los embarazos de alto riesgo.
- Periódico, la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presente la embarazada. Las mujeres embarazadas de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo de problema que se presente.
- Completo, los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

⁹Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Infraestructura de Salud, Quiché. [en línea]. Guatemala: SEGEPLAN, MSPAS; 2002 [accesado 28 Jul2011]. Disponible en:http://sinit.segeplan.gob.gt/images/pdfs/Tablas_Quiche/tabla_16_14.pdf

¹⁰Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad infantil en las Américas, Boletín Epidemiológico. [en línea]. 2001. [accesado 2 Jul 2011]. 5(4): [5 pantallas]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/BE_v5n4.pdf

- Extenso, solo en la medida en la que el porcentaje de población controlada sea disminuir la tasas de mortalidad materna y neonatal
- La atención de la comadrona tradicional adiestrada debe estar enfocada a captar, orientar y referir a la embarazada que presente una o más factores de riesgo obstétrico o neonatal; edades extremas (menos de 18 años y mayor 35 años), multiparidad, embarazo gemelar, trastornos de la visión, fiebre, cefalea, edema, hemorragia vaginal, vómitos persistentes, dolor abdominal, varices y hemorroides, enfermedades eruptivas.¹¹

2.1.8 Atención del parto

Se denomina atención del parto al conjunto de fenómenos fisiológicos y maniobras que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. La comadrona tradicional atenderá únicamente los partos normales, realizara interrogatorio y examen físico de la gestante con énfasis en identificación de riesgo obstétrico, determinar la presentación y situación fetal, presentación, intensidad y frecuencia de las contracciones, presencia de movimientos fetales, ruptura espontanea de membranas, hemorragia vaginal.(12)

La comadrona tradicional adiestrada deberá tomar en cuenta los cuidados higiénicos para la atención del parto, lavado de manos con agua y jabón, lavar con agua tibia y jabón el estomago, cadera, genitales y piernas de la parturienta, en la cama donde atenderá el parto debe tener un nylon y sobre el colocar una sabana o lienzos limpios, los que deben cambiarse cada vez que se mojen o ensucien, hervir la tijera por 15 minutos, hervirla cinta de castilla.

2.1.9 Atención del Recién Nacido este tema

La comadrona hará la atención del recién nacido visualizando: aspiración de secreción de orofaringe y nasal, secado de cuerpo, aplicación de nitrato de plata en ojos, ligadura del cordón umbilical, determinación cuando sea posible de talla y peso del recién nacido, referirá de inmediato al recién nacido que presente: dificultad respiratoria o cianosis, llanto débil o dificultad para llorar, coloración amarilla, flacidez o poca actividad, hemorragia

¹¹Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. [en línea].Guatemala: NUTRINET.ORG; 2011 [accesado 13 Jul 2011]. Disponible en: <http://guatemala.nutrinet.org/areastematicas/materno-infantil/publicaciones/364-encuesta-nacional-de-saludmaterno-infantil>

umbilical, dificultad para orinar, vómitos, bajo peso al nacer, prematuridad, falta de eliminación de meconio, convulsiones, hemorragia gastrointestinal.¹²

2.1.10 Principales señales de peligro de mortalidad perinatal

Muchas mujeres no conocen sobre señales de peligro durante estos períodos y pueden morir a causa del retraso de la toma de decisiones para buscar atención adecuada en el momento indicado.¹³ Por lo que se considera necesario que la comadrona debe explicar a la madre y a su familia, cuáles son las señales de peligro para que busquen atención inmediata en los servicios de salud.⁽¹⁴⁾

2.1.10.1 Hemorragias

Las causas de hemorragia que ocurren con mayor frecuencia durante el parto se deben a desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa. Durante la atención del parto la cantidad de sangre que se espera normalmente es de aproximadamente 500cc, si sobrepasa esta cantidad, se debe considerar como una hemorragia, que indica una señal de peligro por lo que la madre está en riesgo. ⁽¹⁴⁾

2.1.10.2 Dificultad para respirar

Se presenta cuando las vías aéreas están obstruidas. Puede que una parturienta presente respiración entrecortada, significa falta de oxigenación que le puede provocar agotamiento, cianosis u otra complicación, que incide directamente en el niño ocasionándole también falta de oxigenación.⁽¹⁴⁾

2.1.10.3 Visión borrosa

Síntoma que se manifiesta cuando la parturienta, no mira bien, ve nublado, puede ser provocado por hipertensión (presión arterial alta), precedido de dolor de cabeza intenso que no se quita. ⁽¹⁴⁾

2.1.10.4 Fiebre

Se refiere al aumento de temperatura del cuerpo, provocado por una infección. La comadrona debe conocer y estar segura que los primeros 7 días de nacido del niño, puede presentar signos o señales que indican alto riesgo, por lo que debe asegurarse de identificar

¹²Ibíd.pag. 5

¹³Quiché. Proyecto ASDIII. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2006 [accesado 30 Jul 2011]. Disponible en: www.new.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc

dichos signos o señales para referirlo inmediatamente, pues puede estar presentando una enfermedad muy grave. Dichas señales son:

2.1.10.5 Le cuesta respirar

Esto debe identificarse inmediatamente al nacimiento del niño, y durante los primeros 7 días de nacido, teniendo cuidado de observar detenidamente, tanto la comadrona como la madre, cómo está respirando el Recién Nacido, para su referencia inmediata.

Lo que debe observarse es lo siguiente:

- Si la respiración es muy rápida o muy lenta: Si tiene menos de 30 o más de 60 respiraciones por minuto.
- Si hace algún ruido cuando respira.
- Si se queja o tiene aleteo nasal.
- Si hay retracción sub costal y jadeo.
- Si la respiración es irregular después de 12 horas de nacido.
- Si presenta cambio de coloración en la piel: Palidez, color azulado morado (cianosis).
- Referirlo inmediatamente.¹⁴

2.2 Comadrona Tradicional

Persona encargada de proveer los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio. Su práctica está enmarcada en la cultura y rituales mayas, desde hace mucho tiempo se viene fortaleciendo la tradición de la atención del parto por las mujeres más ancianas de la comunidad, cuyas características relevantes son: pertenecen a la comunidad, son aceptadas y reconocidas por su comunidad, comparten las mismas costumbres y creencias con las personas de su comunidad, las que carecen de evidencia científica e inexistencia de documentación, transmiten la práctica de generación en generación a través de la observación, la importancia de su desempeño radica en que son agentes reconocidas para

¹⁴Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala: MSPAS; 2006: p.4-104.

la atención de la mujer durante el embarazo, parto, pos parto y atención al recién nacido, cubriendo el 57% del total de partos atendidos a nivel nacional.¹⁵

2.2.1. Responsabilidades de la comadrona tradicional

Asistir a capacitación mensual, detectar señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido y su referencia oportuna. Identifica a las mujeres embarazadas y promueve su asistencia al Centro de Convergencia para su control prenatal y postnatal, Promover la aplicación del esquema de inmunización a las madres embarazadas y a mujeres en edad fértil, Promover alimentación y nutrición adecuada de la mujer embarazada, distribuir micronutrientes a las mujeres embarazadas y puérperas en coordinación con el Médico o Enfermero Ambulatorio, atender parto limpio y seguro previa aprobación del Médico o Enfermero Ambulatorio, promover la lactancia materna exclusiva, Promover la realización de Papanicolaou a nivel local en coordinación con el Médico o Enfermero Ambulatorio, apoyar a la embarazada, o puérpera en la elaboración del plan de emergencia familiar, activar el plan de emergencia comunitario, Orientar a las familias sobre el espaciamiento de embarazos, Informa al Facilitador Comunitario sobre los nacimientos y defunciones de los cuales tiene conocimiento, llena la boleta de nacimientos atendidos por ella.¹⁶

2.2.2. Participación de la comadrona tradicional en la reducción de la mortalidad perinatal en el país

La mujer durante el embarazo atraviesa una ruta crítica para la resolución del mismo, compuesta por una serie de barreras y limitantes que demoran la atención oportuna para que se tenga una atención segura, Las demoras son todas aquellos factores que inciden negativamente en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, posparto y en la atención al recién nacido, Estas demoras pueden enfrentarse con la participación, compromiso y responsabilidad de las personas que son parte de la cotidianidad de la mujer embarazada, tales como la comadrona, la pareja, la comunidad, los centros de atención y demás agentes del entorno, Se requiere de la implementación de acciones integradas para preparar o reducir significativamente la magnitud de dichas demoras.¹⁷

¹⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa Nacional de Salud Reproductiva/Sistema Integral de Atención en Salud, con el apoyo Técnico y Financiero del Fondo de la Población de las Naciones Unidas (unfpa). Guía para capacitar a Comadronas Tradicionales, Guatemala, 2009.

¹⁶Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integral de Atención de Salud. Términos de Referencia de la Comadrona Tradicional, Febrero 2013, Consultado agosto de 2013.

¹⁷ Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala: MSPAS; 2006: p.4-104.

2.2.3. Conocimiento, Valoración del don y misión de las comadronas.

La interrelación del personal de salud con las comadronas y otros terapeutas es un línea de trabajo creciente para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; la voluntad política se evidencia mediante directrices emanadas del despacho ministerial hacia el personal de salud de los tres niveles de atención para viabilizar el ingreso de las comadronas y otros terapeutas a los servicios de salud, además para otras entidades públicas que promueven el empoderamiento de las mujeres es de interés el ámbito de trabajo con las comadronas, pues se reconoce que ha tenido y tiene un desempleo sostenido en la atención del embarazo parto y postparto, además de su rol de consejeras, curanderas, guías espirituales, entre otras especialidades que poseen. Sus aportes y reconocimiento legitimado por las comunidades y autoridades ancestrales se reflejan en gran medida en el primero y segundo nivel de atención. El rol de las comadronas, desde la perspectiva de género, es un asunto a tener en consideración, ya que ellas están expuestas y además son portadoras de normas de género imperantes en sus comunidades.¹⁸

2.2.4 Decreto Ley de la comadrona Tradicional

“Decreto No.74: Del 9 de mayo de 1955, artículo 15 inciso F: “Extender Certificación de autorización a las comadronas tradicionales, previo examen de aptitud.” Y el Acuerdo Gubernativo del 16 de abril de 1935, artículo 98 que literalmente dice: “Artículo 98: Siendo una necesidad urgente prestar los inmediatos y activos servicios a las mujeres en el momento del parto, y no existiendo en la república suficiente número de comadronas tituladas para cubrir las extensas zonas y población donde se requieren sus servicios, la Dirección General de Servicios de Salud, por medio de sus delegados sanitarios departamentales concederán permiso para ejercer como Comadronas Tradicionales Adiestradas a las personas que cumplen con los requisitos establecidos.(19)

Artículo 98: La circunstancia del examen y la extensión del permiso se haga constar en una acta levantada en la delegación sanitaria correspondiente en el papel sellado de la ley, con la firma del médico director del Centro de Salud, Alcalde Municipal y del Gobernador

¹⁸ Modelo de atención intercultural de los servicios de salud de Alta Verapaz y ruta estratégica para la implementación, Cobán, alta verapaz, Guatemala, Enero de 2013, Pag. 22.

Departamental. Y el Artículo 99: Toda Comadrona Tradicional que al ser citada para que reciba su adiestramiento no acudiera al mismo, queda desautorizada para el ejercicio del oficio".¹⁹

2.2.5 Prácticas de cuidados culturales en gestantes indígenas.

Acciones de cuidado basadas en las costumbres y creencias culturales realizadas por mujeres gestantes pertenecientes a la comunidad indígena de la Jurisdicción Campur-Cojaj, que según la teoría del cuidado cultural de Leininger, son una forma de vida y un proceso colectivo, que permea los eventos de salud, enfermedad y las prácticas de cuidado para este grupo humano, siendo estas últimas el resultado de la diversidad cultural y las creencias de la comunidad.²⁰

2.3 Planes De Emergencia

Estrategia que surge a raíz de la muerte de recién Nacidos y Mujeres en edad fértil, por problemas durante el embarazo, parto y post parto con la participación de la comunidad en el diagnóstico y análisis de sus problemas en salud para la toma de decisiones.²¹

2.3.1 Planes de emergencia familiar

El Ministerio de Salud Pública ha establecido dos planes de emergencia, uno individual o familiar y otro comunitario. En el primero, los servicios de salud le piden a la madre que durante el curso de su embarazo ella misma conteste preguntas acerca de su preferencia del lugar para dar a luz, el dinero que hace falta para llegar a ese lugar, el transporte necesario, la compañía, el apoyo que recibe del comité de salud y, si tiene otros hijos, quién va a cuidarlos en su ausencia. Una función importante de las auxiliares de enfermería comunitaria materna neonatales y de los facilitadores comunitarios es precisamente dar seguimiento y ayudar a implementar a los planes familiares de emergencia. En su opinión, tienen más

¹⁹Idem. pag.9

²⁰LEININGER Madeleine. Transcultural Nursing Concepts. Theories, Research & practices Second Chapter 3. Overview of Leininger's Culture Theory, Madeleine Leininger Edition. McGraw- Hill, Inc College Custom Series, New York. 1995. p 3-52

²¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, DRAP-PNSR, PLAN DE ACCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA NEONATAL, Guatemala, 2010. Disponible en; www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task..

dificultad para seguir el plan las mujeres que van a dar a luz por primera vez que las que ya han tenido varios partos. (21)

2.3.2 Planes de Emergencia Comunitario

Los planes de emergencia a nivel comunitario funcionan cuando se integra un comité de salud que se encarga de hacer conciencia en los vecinos sobre la conveniencia de prever emergencias durante el parto y recaudar fondos para auxiliar a las familias en estos casos. Ellos determinan la cuota familiar para formar el fondo común. El plan comunitario liderado por el comité de salud define una cadena de comunicación entre la comadrona, el personal de salud del Programa de Extensión de Cobertura, el Comité Comunitario de Desarrollo (COCODE) y voluntarios para colaborar en el transporte y apoyo a las familias en el momento del parto. (21)

El éxito de los planes de emergencia depende, en parte, en la distancia a los servicios y el acceso al transporte. Una dificultad para activar el plan de emergencia de una familia es su poca capacidad de ahorro. Son más exitosos los planes de emergencia comunitarios, aunque en ocasiones se quedan sin fondos cuando las familias no pueden (o no quieren) reembolsar el monto prestado. (21)

Los planes de emergencia han resultado útiles y en ocasiones han motivado a los esposos a conseguir fondos adicionales para el parto y a mantenerse cerca de casa cuando se acerca la fecha prevista. Algunas mujeres entrevistadas manifestaron satisfacción por haber tenido un plan a seguir y saber a quién buscar de manera inmediata. La formación de una cadena de comunicación entre la comadrona, el facilitador comunitario y el comité de salud aceleran el proceso de búsqueda de atención de la emergencia obstétrica.²²

2.4 Demoras en la Atención Materna y Neonatal

2.4.1 Primera Demora

“Promover el reconocimiento de los signos de peligro”. Esta primera demora constituye la falta del reconocimiento de los signos de peligro, puesto que la mujer embarazada y su

²²Dr. Kestler, Edgar, Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva Hospital General “San Juan de Dios”, Guatemala Agosto 2012.

núcleo familiar, generalmente no identifican los signos de peligro que amenazan la vida de la mujer del niño. Por lo que se considera importante conocer las siguientes intervenciones:

- Conocer y aplicar las guías de educación sobre signos de peligro anivel comunitario y de servicios primarios de salud.
- Establecimiento de un plan de comunicación que permita la coordinación con actores sociales locales.
- Establecer sistemas de información de persona a persona y por medios masivos de comunicación.
- Mantener procesos sistemáticos de capacitación para personal voluntario, entre ellos a la comadrona tradicional, y al institucional sobre “Señales de Peligro”.
- Las intervenciones anteriores son importantes implementar con el inicio de un proceso de promoción de las Maternidades Saludables y el uso de la Información, Comunicación, Educación y establecer planes de comunicación que permita orientar la organización comunitaria e ir fortaleciendo la maternidad saludable.(22)

2.4.2 Segunda Demora

“Apoya la toma de decisión para búsqueda de ayuda”. Luego de reconocida la complicación, es necesario tomar la decisión de actuar lo más pronto posible. Esta segunda demora si se cumple, evitará el retraso de actuar con rapidez en la toma de decisiones, lo que permitirá salvar una vida, por lo que es importante realizar las siguientes intervenciones:

- Divulgar, promover y promocionar con las mujeres, sus familias, líderes, la comunidad, las autoridades locales, los consejos de desarrollo, y las organizaciones sociales creando los planes de emergencia, que les permita estar preparados por si se presentan complicaciones para que la toma de decisión sea oportuna.
- Apoyar y fortalecer las decisiones de las mujeres de acuerdo al ejercicio de sus derechos, basándose en información completa, confiable y con enfoque de género.
- Promover la paternidad y maternidad responsable, voluntaria y consciente.
- Involucrar a la comunidad mediante la organización de comités de emergencia para el apoyo en la toma de decisiones, principalmente en la referencia oportuna a un servicio de

salud. (implica desde la organización del plan de emergencia hasta el cumplimiento del mismo).

Es importante mantener el proceso de sensibilización dentro de la comunidad para que la toma de decisiones sea oportuna al momento que se reconozcan las señales de peligro y que se actúe de inmediato y así evitar una muerte materna.⁽²²⁾

2.4.3 Tercera Demora:

“Acceso a una atención oportuna”. Luego de identificar los signos de peligro durante el embarazo, parto o post parto y de tomar la decisión de búsqueda de ayuda, puede existir retraso en el acceso a los servicios de salud. Los obstáculos pueden ser: vías de comunicación difícil o inexistente, alto costo del transporte, y servicios de salud muy lejanos. Esta demora incide en el deterioro de la madre, repercutiendo en aumentar el peligro en pérdida de la vida, al llegar tardíamente al servicio de salud apropiado, es importante tomar en cuenta las siguientes intervenciones:

- Asegurar la disponibilidad de transporte de emergencia coordinando los recursos locales.
- Mantener la competencia técnica del proveedor institucional y principalmente el de la comadrona.
- Impulsar la participación activa de la comadrona en el comité de emergencia para operativizar el plan de emergencia comunitario.
- Organizar a las comunidades (comités de emergencia), planes de emergencia.
- Desarrollo de servicios con capacidad resolutive priorizados y en las comunidades.
- Mujeres, familias y comunidad deben planificar desde el embarazo adónde acudir, como trasladarse, quién cuida los miembros de su familia cuando sea el parto y cómo cubrirá los gastos mínimos, lo cual se establece en el plan de emergencia comunitario.²³

2.4.4 Cuarta Demora:

“Recibir atención oportuna y de calidad” Esta demora enfatiza que es necesario otorgar una atención integral, oportuna y de calidad por parte de personal con conocimientos, habilidades

1. ²³Modelo de atención intercultural de los servicios de salud de Alta Verapaz y ruta estratégica para la implementación, Cobán, alta Verapaz, Guatemala, Enero de 2013, Pag. 22.

y buenas actitudes (Competencia técnica), en un ambiente agradable. Las causas clínicas que provocan la mayor parte de muertes maternas son: Hemorragia, Sepsis e Hipertensión inducida por el embarazo y abortos, por lo que las acciones del personal deber dirigirse a la resolución de las mismas con competencia técnica, es importante tomar en cuenta las siguientes intervenciones:

- Capacitación sistemática al proveedor institucional que proporciona la atención para fortalecer y garantizar las competencias técnicas que les permita proporcionar a las madres una atención prenatal reenfocada, un parto limpio y seguro, atención oportuna en el posparto y una detección temprana de signos de peligro.
- Propiciar el cumplimiento de la referencia oportuna.
- Mantener actualizada a la comadrona en la aplicación de la intervención es en las cuatro demoras y monitorear la atención que provee, con énfasis en el período de posparto por lo que es el período de mayor riesgo. (22)

“Todas las acciones para enfrentar las cuatro demoras, debe formar parte de un proceso que mejore las condiciones sociales y económicas de las mujeres, su derecho a decidir sobre su propia salud y su vida en general.”²⁴

Para Guatemala la Mortalidad Materna es una temática amplia y de mucha preocupación y Alta Verapaz es el segundo departamento que es catalogada con razones más alta de mortalidad materna, Durante el año 2012 se registraron 74 muertes maternas y en el año 2013 ocurrieron 44 y los municipios específicamente donde ha ocurrido el mayor número de muertes son Chisec, Cobán (2013) y San Pedro Carchá (2012).Por diferentes causas y en diferentes fases de las 4 demoras, algunas prevenibles otras que se trasladaron inoportunamente falleciendo en vía pública y/o en servicios del tercer nivel esto como producto de las referencias realizadas por Comadronas Comunitarias y comisiones de salud.²⁵

2.5 CONOCIMIENTO

Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con que se relaciona el ser humano con el mundo

²⁴ Ibíd., pag. 13

²⁵ Memoria Anual, Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, MSPAS, año 2012 y 2013

exterior. La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc. A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos. (24)

2.5.1 Características del conocimiento

Su fin es alcanzar una verdad objetiva, es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación, asimila el mundo circulante.

2.5.2 Conocimiento empírico

Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean, es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación y tiene las siguientes características:

- **Sensitivo:** Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.
- **Superficial:** Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no tratar de buscar relación con los hechos.
- **Subjetivo:** La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quien los observe.
- **Dogmático:** este sostiene en la aceptación táctica de actitudes corrientes o en nuestra propia suposición irreflexiva se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados.
- **Estático:** Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos.
- **Particular:** Agota su esfera de validez en sí mismo,
- **Asistemático:** Porque las apariencias y conocimientos se organizan de manera no sistemática, sin obedecer a un orden lógico.
- **Inexacto:** Sus descripciones y definiciones son pocas precisas.

- No acumulativo: La aplicación de los hechos es siempre arbitraria, cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formuladas.²⁶

2.6 Red de servicios de salud en Guatemala

La red de servicios de Guatemala está conformada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Sector Privado, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene el mandato de ser “ La rectoría del Sector Salud, entendida como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional”(MSPAS, Código de salud Decreto 90-97, Artículo 9º), este opera por medio de sus dependencias públicas: hospitales, centros de salud y puestos de salud. El IGSS que es una entidad descentralizada del Estado, su fin primordial es la seguridad social de país, como parte de sus funciones desarrolla un componente principal de atención médica destinado a los trabajadores asalariados afiliados y sus dependientes con dos programas que son el de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia y el de Accidentes, Enfermedad Común y Maternidad, ampliando en los últimos años un programa de Atención Primaria en Salud en el departamento de Escuintla de forma experimental el cual aún está siendo evaluado. El sector privado que se puede subdividir en Sector privado lucrativo y sector privado no lucrativo.

El primero está constituido por los hospitales, sanatorios y clínicas privadas que su fin principal es el de adquirir beneficio económico con la prestación de servicios de recuperación y rehabilitación de la salud y se encuentran además las empresas de Seguros Médicos Privados. El Segundo está compuesto principalmente por el sector llamado de ONGs de las cuales el 55% se encuentran en el área rural del país y se caracterizan por dar respuestas a problemas inmediatos y de largo plazo, bajo una óptica de participación comunitaria como la mejor respuesta a la problemática de salud, de acuerdo a la siguiente lógica: Preventivo educativa, curativa y Coordinación.

Además en este sector se encuentra el Sector-Religioso en la misma línea de trabajo de las ONGs, están dando respuesta inmediata a los problemas de salud a través de Educación y

²⁶Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. [en línea].España: RAEA; 2010 [accesado 15 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.rae.es>66

Prevención, Clínicas, Dispensarios y Hospitales.²⁷

2.6.1. Prestadora de Servicios Básicos de Salud Fundación Menonita- Fundameno

La Fundación Menonita Kekchi de Guatemala, es una organización cristiana que materializa la fe a través de obras y palabras; para el desarrollo integral de las comunidades más necesitadas. Promoviendo el desarrollo económico de las comunidades y fomentando el espíritu de cooperación y solidaridad entre la población maya, orientación en la gestión y facilitar el desarrollo comunitario a través de la coordinación de procesos de planificación, programación, negociación y ejecución de actividades con información relevante. Dentro de las actividades que realiza la asociación se encuentran: a) Educación en salud b) Educación para adultos (Alfabetización) c) Educación para niños (Secundaria en internado, se cuenta con estructura física para este servicio) d) Agricultura e) Facilitación de la tenencia de tierra (se cuenta con una finca) f) Participación comunitaria²⁸

2.6.2.Jurisdicción

Es utilizada para designar el territorio (estado, provincia, municipio, región, país, entre otros) sobre el cual ésta potestad es ejercida. Del mismo modo, por extensión, es utilizada para designar el área geográfica de ejercicio de las atribuciones y facultades de una autoridad o los materiales que se encuentran dentro de su competencia, siendo cubierta por un Equipo Básico de Salud integrado por 6 Auxiliares de Enfermería ubicados en cada centro de convergencias con una población aproximada de 3,000 habitantes, con 8 horas de servicios de lunes a viernes, y por un Enfermero Profesional, 2 educadoras de salud, con una visita al mes a cada centro de convergencia para la atención de casos especiales y 10 Facilitadores Comunitarios y 30 Comadronas Tradicionales, cubriendo a una población estimada de 10,000 personas”.²⁹

2.7 Barreras Culturales

²⁷Dr. Cottom Hugo Leonel ,Maestría en Gerencia de la Salud Pública Facultades de Quetzaltenango Universidad Rafael Landívar Julio de 2004, disponible en; www.url.edu.gt/.../Salud/Analisis%20critico%20del%20sistema%20nacio.

²⁸ Plan Técnico para la prestación de servicios básicos de Salud, MSPAS Jurisdicción Campur-Cojaj, año 2014.

²⁹Ibíd., Pag. 22.

Existen algunas barreras socioculturales en salud como por ejemplo el negarse a ser referidos a otro nivel de atención en salud debido a que manifiestan que antes no pasaba nada y que solos se atendían en las viviendas y que en el hospital no los atienden bien.³⁰

2.8 Condiciones económicas de la población rural de Alta Verapaz

De acuerdo con el Mapa de Pobreza Rural 2011, al contrastar los resultados de brecha y severidad de la pobreza, la población rural que vive en Alta Verapaz es la que se encuentra en peores condiciones. En el departamento, 89.6 por ciento de la población rural vive en pobreza, mientras que 46.7 por ciento vive en extrema pobreza. En varios municipios de Alta Verapaz, más de la mitad de la población rural vive en extrema pobreza.³¹

³⁰ *Ibíd.*, pag. 13.

³¹ Parrilla Báez, EJ, Mapa de pobreza rural en Guatemala, Secretaria de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia y economista del banco mundial, 2011, disponible en; www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/.../mapa-de-pobreza

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Describir los conocimientos de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitaria en embarazadas en la Jurisdicción de Campur-Cojaj, Prestadora de servicios básicos de salud FUNDAMENO del Distrito Municipal de Salud Campur-Carchá, Alta Verapaz, de los meses de Mayo a Julio de 2013.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Determinar el conocimiento que poseen las comadronas sobre el plan de emergencia, signos de peligro y cuatro demoras del embarazo.

3.2.2 identificar la integración de las comadronas con las embarazadas al momento de la emergencia.

4. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de investigación

Estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo.

4.2 Población

Comadronas que están siendo capacitadas por personal de la prestadora de servicio de salud fundameno en la Jurisdicción de Campur-Cojaj, durante el año 2013 bajo convenio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Se trabajó con el 100% (30) comadronas de la Jurisdicción Campur-Cojaj.

4.4 Unidad de Análisis

4.4.1 Procesamiento

Al recolectar los datos de la entrevista se tabularon las respuestas se analizó la información obtenida mediante los datos por medio de cuadros realizados en Excel en forma colectiva, además se describieron los resultados en el programa de Word en la parte inferior de cada cuadro de resultados.

4.4.2 Análisis

- Los resultados se procesaron por medio de cuadros electrónicos en Excel en las que se incluyó cada una de las variables al estudio.
- Se realizaron cuadros con los datos obtenidos utilizando los programas de Microsoft Excel y Microsoft Word considerando las variables estudiadas para su posterior análisis colectiva.

4.5 Criterios de inclusión

Comadronas Tradicionales y capacitadas por la Prestadora de Servicio de Salud de fundameno del distrito municipal de San Pedro Carchá, departamento de Alta Verapaz que deseen participar voluntariamente en el estudio.

4.6 Criterios de exclusión

- Comadronas capacitadas que no desearon participar en el estudio.
- Comadronas que no hayan cumplido con un año de capacitación
- Comadronas que no aparecen en el Plan Técnico de la fundación.

4.7 Variables estudiadas

Planes de emergencia, las cuatro demoras, signos de peligro y servicios de salud.

4.8 Operacionalización de variables

Objetivos	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Ítem
Describir los conocimientos de las comadronas tradicionales sobre la activación del plan de emergencia familiar y comunitaria en la Jurisdicción de Campur-Cojaj,	Es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a través de la introspección y es la aplicación, ejecución de reglas, de los principios de una ciencia y técnica de un arte Todos estos factores pueden convertirse en debilidades o fortalezas en las comadronas tradicionales. No cabe duda que la combinación de todos estos factores hace el estilo de vida de cada persona, puede ser saludable o no.	Son todos aquellos aspectos cognitivos con los que cuenta la comadrona tradicional para realizar y activar el plan de emergencia familiar y comunitario	Planes de Emergencia	1 2 3 4 5 6 7
			Las Cuatro Demoras	8
			Signos de Peligro	9 10 11 12

			Servicios de Salud	13 14 15
--	--	--	-----------------------	----------------

4.9 Instrumentos utilizados para la recolección de la información

Para fines del presente estudio se diseñó un cuestionario de tipo estructurado con 15 preguntas abiertas y cerradas con opciones múltiples.

4.10 Procedimiento para la recolección de la información

Previo a realizar la recolección de la información del estudio, se gestionó la autorización;

- Del Director de Programas de la Prestadora de Servicios Básicos, Fundación Menonita Qeqchí.
- Al contar con la autorización por parte de la autoridad de la fundación menonita-Fundameno se inició el trabajo de campo.
- Se visitaron con previa calendarización y coordinación con el personal de la Prestadora de Servicios en donde se brindan la capacitación a las comadronas de cada comunidad, en donde se solicitó la colaboración de las participantes en el idioma qéqchi' para transmitirles de manera precisa las preguntas que se elaboraron en la encuesta.
- Los datos de las encuestas se tabularon e ingresaron en Excel diariamente para evitar errores, verificando que los datos para su exactitud.

4.11 Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación

- Se solicitó autorización de las autoridades locales de la Prestadora de Servicios de Salud FUNDAMENO con sede central en el municipio de San Pedro Carcha, Alta Verapaz; para realizar el trabajo de campo durante los meses de Mayo a Julio de 2,013.
- Como principio de beneficencia los sujetos de estudio de esta investigación estuvieron seguros que la información que ellos proporcionaron no sería utilizada de ninguna forma contra ellos y así mismo no se lastimó la susceptibilidad ya que este principio consta el de no hacer daño.
- Se respetó la dignidad humana ya que los sujetos de estudio tuvieron toda la libertad de participar voluntariamente en la entrevista que se realizó y así mismo no se ejerció amenaza o represalias por no participar en este estudio.
- Así mismo se aseguró la confidencialidad de la información recolectada de manera que no puedan ser identificados quienes estén involucrados en el estudio.

- A los sujetos de estudio se les proporcionó toda la información adecuada para que ellos fueran capaces de comprender y conocer que los datos que proporcionaron fueron utilizados en el estudio con fines científicos y didácticos asegurando las respuestas de una manera libre y voluntaria.
- Se realizó en forma individual donde el investigador se identificó y solicitó el apoyo de las personas a quienes se les aplicó el cuestionario, previamente se les solicitó su consentimiento informado. Al concluir el trabajo se realizó tabulación, análisis y discusión de resultados.

4.12 Procedimiento de análisis de la información

Finalizada la recolección de datos con la entrevista tipo cuestionario de conocimientos, se procedió a la digitación en el paquete estadístico de Microsoft Office, EXCEL 2007. Dentro del cual se aplicaron medidas de tendencia central, para una agrupación de datos que permitió una descripción del evento y también el uso de medidas de dispersión para expresar la variabilidad de las mismas. Se utilizaron porcentajes para describir la magnitud del evento.³²

³²DAY Robert A. y Bárbara Gastel. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Traductor Miguel Sáenz. Cuarta edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2008. ISBN 978 92 75 31621 pág. 335.

5. RESULTADOS

5.1 Planes de Emergencia.

¿Usted ha recibido capacitaciones sobre planes de emergencia familiar y comunitaria?	No. De Casos	%
Si	23	76%
No	7	24%
¿Mencione los Pasos que lleva el plan de emergencia familiar y comunitaria ante una emergencia?		
Si	7	24%
No	23	76%
¿Para usted Cuándo se debe de Activar el Plan de Emergencia Familiar y Comunitario?		
Cuando surge una emergencia	15	50%
No sabe	15	50%
¿Usted forma parte del Comité de Salud en su Comunidad?		
Si	0	0%
No	30	100%
¿Cuántas referencias ha realizado al CAP u Hospital de Cobán durante el año 2013?		
Menos de 5	20	91%
Menos de 10	2	9%
Menos de 15	0	0%
¿La unidad de bomberos voluntarios siempre está anuente de sacar las emergencias de su comunidad?		

5.2	Si		14	47%	Las
	No		10	33%	
	Nunca	¿Mencione las cuatro demoras?	No. De Casos	20%	
		¿Cuánto de fondo semilla tiene el comité de salud de su comunidad?	08	26%	
		identificación de peligro			
		toma de decisiones	06	20%	
		Menos de Q.300	14	47%	
		Más de Q.1000	16	50%	
		Más de Q.2000	01	3%	
		atención de calidad			
	No sabe		5	3%	

Cuatro Demoras

5.3 Signos de Peligro

Mencione los signos de peligro en una embarazada?	No. De casos	%
Cefalea	12	20%
Visión borrosa	06	10%
Epigastrálgia	07	12%
Sangrado Vaginal	22	37%
Fiebre	05	08%
Inadecuada Presentación Fetal	08	13%
¿Cuáles son los signos de peligro en una parturienta?	No. De casos	%
Fiebre	12	24%
Desmayo	01	2%
Hemorragia vaginal	18	36%
Epigastralgia	05	10%
Cefalea	09	18%
Retención Placentaria	5	10%

¿Cuáles son los signos de peligro en una puerpera?	No. De casos	%
¿Cómo evalúa la atención de la embarazada a nivel de CAP y Hospital de Cobán durante la emergencia?	No. De casos	%

Fiebre	12	24%
Desmayo	01	2%
Hemorragia vaginal	18	36%
Epigastralgia	05	10%
Cefalea	09	18%

¿Cuáles son los signos de peligro en un Recién Nacido?	No. De casos	%
Dificultad respiratoria	9	26%
Fiebre	6	18%
Bajo peso al nacer	4	12%
Malformación congénita	2	6%
Ictericia	3	9%
Desmayo	10	29%

5.4 Servicios de Salud

Excelente	5	17%
Regular	10	33%
Mala	15	50%
¿En los servicios de salud ustedes son atendidas en su idioma materno y a como ustedes se merecen?	No. De casos	%
Si	08	27%
No	22	73%
Si se implementa una casa de salud para atención materno infantil, con trato especial, enfoque de género y pertinencia cultural a precios bien módicos, ¿usted con su paciente preferiría darle demanda en lugar del servicio de salud público?	No. De casos	%
Si	21	70%
No	9	30%

6. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Durante la evaluación de resultados de los conocimientos de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitario en la jurisdicción de Campur-Cojaj del distrito municipal de salud de campur, San Pedro Carchá, alta Verapaz en los meses de mayo a Julio del año 2013.

En relación a los conocimientos de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia en embarazadas, los resultados del estudio evidencio que el 76% (23/30) indican que si recibieron capacitación, pero es preocupante que únicamente el 24% (7/30) si conocen los pasos del plan de emergencia familiar y comunitario, estos resultados son similares a lo publicado por Keren Susana Chávez Colón (Guatemala 2010) indican que el 25.6% de las Comadronas Tradicionales si conocen los pasos del plan, considerando que sin un conocimiento eficaz conlleva a un aumento de mortalidad materno neonatal a nivel de país.

Un 50% (15/30) de Comadronas Tradicionales mencionan la tercera demora de cuatro que existen, preocupante ya que de ello dependen para realizar acciones de prevención de complicaciones obstétricos, estos resultados difieren a lo publicado por Karen Susana Chávez Colon (usac 2010), donde indica que el 89.7% de las Comadronas Tradicionales desconoce las cuatro demoras y únicamente el 7.7% conoce una de ellas, siendo esta la de promoción para el reconocimiento de los signos de peligro durante el embarazo, Según estudios realizados en el 2007 el 35% de muertes ocurrió en la primera demora³³, un 30% de los casos reportó la segunda demora, el 23% de las entrevistas reportó la tercera demora y un 41% se detectó en la cuarta demora; es posible inferir que, sin las modificaciones necesarias a nivel de promoción y prevención en este tema, será difícil provocar la reducción planteada como meta para 2015 (55 x 100 mil NV).³⁴

³³ Licda. CHÁVEZ COLÓN KEREN SUSANA “conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de antigua Guatemala acerca del control prenatal” Guatemala, usac-eneg Noviembre del 2012. Disponible en; <http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/Karen%20Susana%20Chavez%20Colon.pdf>

³⁴ SECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA PRESIDENCIA REPÚBLICA DE GUATEMALA. Tercer Informe de Avances en el Cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio: Objetivo 5 Mejorar la Salud Materna. Guatemala, Guatemala: Serviprensa Editores, 2010, p 17, 18.

El 47% (14/30) de las emergencias referidas por comadronas del área rural reciben el apoyo de los bomberos voluntarios para su traslado al Centro de Atención Permanente de San Pedro Carchá o al Hospital Regional Hellen Lossi de Laugerud de Cobán, según la investigación realizada por implicaciones culturales en el embarazo parto y post parto q'eqchi', (Guatemala 2012) concluye indicando que las decisiones familiares sobre las prácticas y costumbres, en el embarazo, parto y post parto son asumidas en su mayoría por la suegra, al hijo las acciones o prácticas a seguir, como la búsqueda de un servicio tradicional local o el traslado a un centro hospitalario de la nuera cuando presenta complicaciones,³⁵ la cual es perjudicial ya que afecta el número de referencias y por ende se corre el riesgo del aumento de casos de muertes maternas o infantiles.

El 73% (22/30) de las Comadronas Tradicionales mencionan como signo de peligro la hemorragia en el embarazo, lo que significa que no cuentan con el suficiente conocimiento para identificar en qué momento la mujer puede presentar signo general de peligro y poder activar el plan de emergencia para salvar una vida, es similar a lo publicado por Keren Susana Chávez Colón (Guatemala 2010) el 53.8% (21/39) de las Comadronas Tradicionales no identifica las enfermedades que representan un riesgo obstétrico, no basta impartir las capacitaciones sin ser evaluadas su eficacia y eficiencia sobre la fijación de los conocimientos aportados a las comadronas.

El 40% de las Comadronas Tradicionales refirieron que la atención que se brinda a nivel del Centro de Atención Permanente de San Pedro Carcha y Hospital de Cobán clasifican entre el nivel regular y el resto de porcentaje lo califica como mala ya que el personal de turno no atienden a las embarazadas en el momento del parto, no las orientan en su idioma local, perjudicando de esa manera la demanda del servicio, el bienestar y confianza de las usuarias hacia los servicios de salud pública.

³⁵ IMPLICACIONES CULTURALES EN EL EMBARAZO PARTO Y POST PARTO Q'EQCHI', INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DEL CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORTE CUNOR, USAC 2012, disponible en; <http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/informes2012/INF-2012-32.pdf>

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 Durante la evaluación de resultados de los conocimientos de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitario en la jurisdicción de Campur-Cojaj del distrito municipal de salud de campur, san Pedro carchá, alta Verapaz en los meses de mayo a Julio del año 2013. Se evidencia que en relación a los conocimientos de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitaria en embarazadas concluyó en lo siguiente

6.1.2 Las referencias a nivel de servicios de salud aun no se lleva a cabo al 100% por las Comadronas Tradicionales considerando que la causa es el desconocimiento ya que el setenta y seis por ciento (76%) de las comadronas tradicionales no mencionan todos los pasos del plan de emergencia para una toma de decisión en el momento de la emergencia obstétrica y de las que sí saben los pasos activan el plan pero a penas el cuarenta y siete por ciento (47%) de las emergencias referidas por comadronas del área rural reciben el apoyo de los bomberos voluntarios para su traslado al Centro de Atención Permanente u Hospital, esto es a consecuencia de la escases de ambulancias de doble tracción en la unidad de bomberos y la falta de personal (piloto) por parte del Distrito Municipal de Salud de San Pedro Carchá para cubrir los turnos de noche.

6.1.3 El embarazo siempre es un riesgo pero el riesgo se duplica cuando hay un desconocimiento ya que un promedio de veinticinco por ciento (25%) de los signos de peligro en el embarazo son mencionados por las Comadronas Tradicionales lo que significa que aun no identifican en qué momento la mujer puede presentar signo general de peligro y poder activar el plan de emergencia para salvar una vida.

6.1.4 Para gozar de una atención con pertinencia cultural y enfoque de género aun está lejos de los servicios de salud, debido que un cuarenta por ciento (40%) de las Comadronas Tradicionales refirieron que la atención que se brinda a nivel del Centro de Atención Permanente de San Pedro Carcha y Hospital de Cobán clasifican entre el nivel regular y otros sesenta por ciento (60%) lo califica como

mala ya que el personal que permanece de turno no atienden a las embarazadas en el momento del parto, no las orientan en su idioma local, las gritan e insultan por mala higiene e incluso refieren que sus pacientes dan a luz en el baño o en la camilla sin el acompañamiento del personal, perjudicando de esa manera el bienestar y confianza de las usuarias hacia los servicios de salud pública.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 El Equipo Básico de Salud mensualmente debe de incluir metodologías, técnicas de capacitación que sean prácticos, fáciles de comprender en el idioma local y aplicar esto para mejorar el conocimiento de las Comadronas Tradicionales sobre planes de emergencia y signos generales de peligro, para mejorar el desempeño de las Comadronas Tradicionales en las jurisdicciones y evitar muertes maternas a nivel comunitario.

6.2.2 Para la referencia de pacientes a los servicios de salud de mayor capacidad resolutive la compañía de bomberos voluntarios y municipalidad de San Pedro Carchá coordinen las emergencias y de igual manera la organización de pilotos para cubrir turnos de vela ya que en ese tiempo es que surgen las emergencias y para apoyar a las familias de escasos recursos del área rural.

6.2.3 El Sistema de Salud del segundo y tercer nivel de atención se debe mejorarse mediante capacitaciones al personal sobre temas como; sensibilización, clima organizacional y ética profesional, los siete pasos personalizados para la atención, entre otros, esto para darle cumplimiento de las normas de Atención del Ministerio de Salud Pública y para convertir en óptimos proveedores de servicios de salud específicamente en el Centro de Atención permanente de san Pedro Carcha y en el hospital de Cobán, Alta Verapaz para mejorar la atención en los servicios públicos de la que siempre se aqueja la población humilde del área rural de San Pedro Carchá, Alta Verapaz.

6.3 Resultados de Intervención

A partir de la fecha 21 de Junio de 2014 se apertura la Casa de Salud Qeqchí para la atención Materno Neonatal e Infantil, ubicada en la 7ª avenida entrada a residenciales Rax Pec zona 5, San Pedro Carchá, Alta Verapaz con personal altamente calificado siendo 2 licenciados en enfermería, 1 enfermera Profesional, 2 auxiliares de Enfermería y 1 Comadrona Tradicional, esto para brindarle atención a la población con pertinencia cultural y enfoque de género, empresa con carácter auto sostenible y sustentable ofertando sus servicios a precios mínimos del mercado de lunes a sábado las 24 horas del día.

Cuenta con Sala de Partos con pertinencia cultural, Encamamiento, Emergencia, Clínica y sala de esterilización de equipos.

Empresa que cumple con los requisitos que la Ley exige; tales como Patente de Comercio ante Registro Mercantil, Inscripción ante la SAT, Certificado de habitabilidad autorizado por el Distrito Municipal de Salud de San Pedro Carchá, A.V, Certificado de transporte de desechos sólidos hospitalarios de parte de ECOTERMO, Comisión de Bioética, croquis del edificio, Con aval en proceso ante draces del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Publicidad en 4 emisoras locales en el idioma Qeqchí y español.

Posicionamiento del tema como prioridad de la Prestadora de Servicios de Salud, Convenio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, resaltando la importancia del conocimiento que debe adquirir la comadrona para brindar una adecuada atención a la embarazada y recién nacidos para la reducción de la mortalidad Materno Neonatal.

Publicación y divulgación de resultados descriptivos a las instituciones de salud que apoyaron esta investigación resaltando las fortalezas y debilidades del programa de capacitación impartidas por el Equipo Básico de Salud Institucional de la Prestadoras de Servicio de Salud Fundameno convenio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Erradicación de la pobreza a través de las micro finanzas, salud y educación. [en línea]. Toronto: Impact First International. Toronto; 2010. [accesado 3 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.impactfirst.net/es/work/active/guatemala.php>.
2. Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Medicina. Cursos para Graduados. [en línea]. Guatemala: USAC; 1996 [accesado 10 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.usac.edu.gt/archivos/acercadeculturaorganizaciones.pdf>
3. Papel de las comadronas en las comunidades cachiqueles de Guatemala. Revista Panamericana de Salud Pública. [en línea]. 2006; 19 (3). [accesado 2 Jul 2011] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892006000300010&script=sci_arttext
4. Conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal, [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; abril-septiembre 2011.
5. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. «Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality». *ObstetGynecol (March 1887)* **63**:pp. 333–7. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano.
6. KidsHealth.org (marzo de 2006). Calendario semanal del embarazo. Editado por Elana Pearl Ben-Joseph y *The Nemours Foundation*. Consultado el 29 de enero de 2008. Disponible; http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano.
7. embarazoymas.com Clasificación del riesgo en el embarazo o riesgo obstétrico. Último acceso 08 de marzo de 2013. Disponible; http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano.
8. Mendoza M, Quemé A. Prácticas utilizadas por comadronas durante la atención del trabajo de parto, estudio realizado en el municipio de Sacatepéquez, Quetzaltenango y San Martín Jilotepeque Chimaltenango. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
9. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Infraestructura de Salud, Quiché. [en línea]. Guatemala: SEGEPLAN, MSPAS; 2002 [accesado 28 Jul2011]. Disponible en: http://sinit.segeplan.gob.gt/images/pdfs/Tablas_Quiche/tabla_16_14.pdf
10. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad infantil en las Américas, Boletín Epidemiológico. [en línea]. 2001. [accesado 2 Jul 2011]. 5(4): [5 pantallas]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/BE_v5n4.pdf
11. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. [en línea]. Guatemala: NUTRINET.ORG; 2011 [accesado 13 Jul 2011]. Disponible en: <http://guatemala.nutrinet.org/areastematicas/materno-infantil/publicaciones/364-encuesta-nacional-de-saludmaterno-infantil>

12. Hurtado E, Sáenz de Tejada E. Relations between government health workers and traditional midwives in Guatemala En: Brad R. Huber and Alan R. Sandstrom. Editores. Mesoamerican healers. Austin: University of Texas Press; 2001: p. 212 – 216.
13. Papel de las comadronas en las comunidades cachiqueles de Guatemala. Revista Panamericana de Salud Pública. [en línea]. 2006; 19 (3). [accesado 2 Jul 2011] Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892006000300010&script=sci_arttext
14. Quiché. Proyecto ASDIII. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2006 [accesado 30 Jul 2011]. Disponible en: www.new.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc
15. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de Capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala: MSPAS; 2006: p.4-104.
16. Mendoza M, Quemé A. Prácticas utilizadas por comadronas durante la atención del trabajo de parto, estudio realizado en el municipio de Sacatepéquez, Quetzaltenango y San Martín Jilotepeque Chimaltenango. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
17. Quiché. Proyecto ASDIII. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2006 [accesado 30 Jul-2011]. Disponible en: www.new.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa Nacional de Salud Reproductiva/Sistema Integral de Atención en Salud, con el apoyo Técnico y Financiero del Fondo de la Población de las Naciones Unidas (unfpa). Guía para capacitar a Comadronas Tradicionales, Guatemala, 2009
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integral de Atención de Salud. Términos de Referencia de la Comadrona Tradicional, Febrero 2013, Consultado agosto de 2013.
20. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala: MSPAS; 2006: p.4-104.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, DRAP-PNSR, PLAN DE ACCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA NEONATAL, Guatemala, 2010. Disponible en: www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc.
22. Modelo de atención intercultural de los servicios de salud de Alta Verapaz y ruta estratégica para la implementación, Cobán, alta verapaz, Guatemala, Enero de 2013, Pag. 22.

23. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala: MSPAS; 2006: p.4-104.
24. LEININGER Madeleine. Transcultural Nursing Concepts. Theories, Research & practices Second Chapter 3. Overview of Leininger's Culture Theory, Madeleine Leininger Edition. McGraw- Hill, Inc College Custom Series, New York. 1995.p 3-52
25. Dr. Kestler, Edgar, Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva Hospital General "San Juan de Dios", Guatemala Agosto 2012
26. Memoria Anual, Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, MSPAS, año 2012 y 2013
27. Dr. Cottom Hugo Leonel, Maestría en Gerencia de la Salud Pública Facultades de Quetzaltenango Universidad Rafael Landívar Julio de 2004, disponible en; www.url.edu.gt/.../Salud/Analisis%20critico%20del%20sistema%20nacio.
28. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. [en línea]. España: RAEA; 2010 [accesado 15 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.rae.es>
29. Plan Técnico para la prestación de servicios básicos de Salud, MSPAS Jurisdicción Campur-Cojaj, año 2014.
30. Parrilla Báez, EJ, Mapa de pobreza rural en Guatemala, Secretaria de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia y economista del banco mundial, 2011, disponible en; www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/.../mapa-de-pobreza
31. Sistema de Extensión de Cobertura, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Disponible en www.funsalud.org.guat-mex. Consultado Mayo de 2013.
32. Situación económica de la población rural de Guatemala, disponible en. Servindi.org/economía/Guatemala, consultado agosto 2013
33. Licda. CHÁVEZ COLÓN KEREN SUSANA "conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de antigua Guatemala acerca del control prenatal" Guatemala, usac-eneg Noviembre del 2012. Disponible en; <http://www.eneq.edu.gt/sites/default/files/tesis/Karen%20Susana%20Chavez%20Colon.pdf>
34. SECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA PRESIDENCIA REPÚBLICA DE GUATEMALA. Tercer Informe de Avances en el Cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio: Objetivo 5 Mejorar la Salud Materna. Guatemala, Guatemala: Servibensa Editores, 2010, p 17, 18.

35. implicaciones culturales en el embarazo parto y post parto Q'eqchi', instituto de investigación del centro universitario del norte cunor, usac
2012, disponible en; <http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/informes2012/INF-2012-32.pdf>

VIII. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Anexo 8.1 ENCUESTA TIPO ENTREVISTA

Conocimiento y prácticas de las Comadronas Tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitario en la embarazada Jurisdicción Campur- Cojaj, Prestadora de Servicios de Salud FUNDAMENO, Distrito Municipal de Campur, San Pedro Carchá, Alta Verapaz, de los meses de Mayo a Julio de 2013.

OBJETIVO: Describir los conocimientos que poseen las comadronas tradicionales sobre la activación del plan de emergencia familiar y comunitaria en la embarazada, Jurisdicción de Campur-Cojaj, Prestadora de servicios básicos de salud FUNDAMENO del Distrito Municipal de Salud Campur, Carchá, Alta Verapaz. El responsable del estudio es el Estudiante de la Carrera de Maestría en enfermería Materno Neonatal Lic. Nery Arturo Catun Maquin, Carne: No. 200321401, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Lugar y Fecha:

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una serie de preguntas, las que son parte de la investigación, solicitando su colaboración para proporcionar información, ésta será confidencial y se utilizará para fines de estudio.

1. ¿Usted ha recibido Capacitaciones sobre planes de emergencia familiar y comunitaria?

Si _____ No _____ Porqué _____

2. ¿Mencione los Pasos que lleva el plan de emergencia familiar y comunitaria ante una emergencia? Buscar al comité de salud () a donde ir() cuánto dinero tenemos listo() como ir al hospital() quien acompaña a la embarazada() quien cuidará la casa y los hijos()

3. ¿Para Usted Cuándo se debe de Activar el Plan de emergencia Familiar y Comunitario?

- Quando surge una emergencia
- Quando hay una persona enferma.

4. ¿Usted forma parte del Comité de Salud en su Comunidad?

Si _____ No _____ Porqué _____

5. ¿Cuántas referencias a realizado al Hospital de Cobán durante el año 2013?

- Menos de 5
- Menor de 10

- c. Menos de 15
- d. Menos de 20

6. ¿La unidad de bomberos voluntarios siempre están anuentes de sacar las emergencias de su comunidad?

Si___ No___Nunca___

7. ¿Cuánto de fondo semilla tiene el comité de salud de su comunidad?

Menor de Q.300 Menor de Q1000 Mayor de Q.2000

8. ¿Mencione las cuatro demoras?

- a) Identificación del peligro
- b) toma de decisiones
- c) referencia oportuna
- d) atención de calidad

9. ¿Mencione los signos de peligro en una embarazada?

- a.Cefalea
- b.Visión borrosa
- c. Epigastralgia
- d.Sangrado vaginal
- e. Fiebre
- f. Inadecuada presentación fetal

10. ¿Mencione los signos de peligro en una parturienta?

- a. Visión borrosa.
- b. Desmayo
- c. Hemorragia vaginal.
- d. Epigastralgia
- e. Cefalea

11. ¿Cuáles son los signos de peligro en una púérpera?

- a. Fiebre.
- b. Hemorragia vaginal
- c. Cefalea

12. ¿Cuáles son los signos de peligro en un Recién Nacido?

- a. Disnea
- b. fiebre
- c. Bajo peso al nacer
- d. Malformación congénita.
- e. ictericia

f. desmayos

13. ¿Cómo evalúa la atención de la embarazada a nivel del Cap y Hospital de Cobán durante la emergencia?

14. ¿En los servicios de salud ustedes son atendidas en su idioma materno y a como ustedes se merecen? Si _____no_____porqué_____

15. Si se implementa una clínica de enfermería para atención materna neonatal, con trato especial, enfoque de género y pertinencia cultural a precios bien módicos, ¿usted y su paciente preferiría darle demanda en lugar del servicio de salud público?

si_____no_____porqué_____

Gracias por su colaboración.



8.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, bajo mi consentimiento participo en la investigación sobre conocimientos de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitario en la embarazada, Jurisdicción de Campur-Cojaj, Prestadora de servicios básicos de salud FUNDAMENO del Distrito Municipal de Salud Campur, Alta Verapaz, durante el mes de mayo a Diciembre 2013 y de enero a Agosto de 2014, Realizado por el Estudiante de la Carrera de Maestría en enfermería Materno Neonatal Nery Arturo Catun Maquin, Carne: No. 200321401, de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Quien ha indicado que la información a proporcionar se manejará confidencialmente y se utilizará para fines académicos.

Expreso que mi participación es voluntaria y que en el momento que considere oportuno y necesario retirarme, esta investigación no causará problema alguno con el personal institucional, Comunitario ni en mi familia.

Doy fé de mi participación firmando la presente en la comunidad de

A los _____ días del mes de _____ del 2014.

Firma o huella digital: _____

DPI- No:

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la presente tesis, para propósitos de consulta académica; así como debe hacerse referencia cuando se cite de forma parcial o total del contenido de esta tesis, sin embargo quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.