

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

**COMPETENCIAS DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES EN
RELACION A LOS SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL
EMBARAZO.**

ESTELA MARINA COY SAGÜI

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de estudios de postgrados de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal

SEPTIEMBRE 2,014

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

**COMPETENCIAS DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES EN
RELACION A LOS SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL
EMBARAZO.**

ESTELA MARINA COY SAGÜI

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de estudios de postgrados de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal

SEPTIEMBRE 2,014



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: Estela Marina Coy Sagui.

Carné Universitario No.: 0200819696

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 **"Competencias de las Comadronas Tradicionales en Relación a los Signos y Señales de Peligro Durante el Embarazo"**.

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

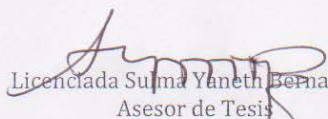
Licenciada:

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 "Competencias de las comadronas tradicionales en relación a los signos y señales de peligro durante el embarazo" de Estela Marina Coy Sagüi, 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 Sumia 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

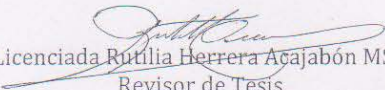
Facultad de Ciencias Médicas

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 "Competencias de las comadronas tradicionales en relación a los signos y señales de peligro durante el embarazo" de Estela Marina Coy Sagüi, 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 Acajábón MSc.
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado



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 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.

AGRADECIMIENTOS

DESEO AGRADECER PRIMERO A DIOS: El Ser Supremo por iluminar mi camino, por darme fortaleza, conocimientos, carácter actitud y vocación. Por llenar mi vida de muchas bendiciones y la más importante la sabiduría.

A MI MAMÁ: por darme su apoyo moral, económico, por su paciencia y comprensión en todo momento.

A MIS HIJOS: Yasmin Celeste, Jimmy Adalberto y Jeremy Onelio por su paciencia, comprensión y por los momentos de atención que les robe.

A MI ESPOSO: por el apoyo incondicional, por su paciencia y comprensión en los momentos de ausencia.

A MI AMIGA: Irma Yolanda Gómez Pop por su apoyo espiritual, emocional y económico.

A LICENCIADA MSc. RUTILIA HERRERA: por ser una persona dotada de sabiduría, vaso que Dios utiliza para compartir conocimientos para la formación de futuros profesionales.

A LICENCIADA SULMA BERNAL RUANO: quedare infinitamente agradecida por encaminarme al triunfo y poder alcanzar mis objetivos.

A FEDECOVERA: institución de prestigio que me dió la oportunidad de laborar y crear un espacio para realizar mi trabajo de investigación, gracias por apoyarme

A Fundación para el Desarrollo de la Enfermería FUDEN, España: por el apoyo financiero otorgado a la primera promoción de Maestras en Enfermería Materno Neonatal en Alta y Baja Verapaz.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, ESCUELA DE POSTGRADOS: por haber hecho realidad mí sueño, de ser egresada de tan prestigiada casa de estudios.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA: porque en ella nos formamos como Maestras en Enfermería Materno Neonatal.

RESUMEN

El presente estudio se realizó en la jurisdicción la Nueva Esperanza del Municipio de Cobán Alta Verapaz con las comadronas tradicionales con la finalidad de describir las competencias que poseen sobre los signos y señales de peligro durante el embarazo. Ellas son capaces de actuar oportunamente en una emergencia obstétrica o dentro de su comunidad por lo que es necesario reforzar sus competencias en la detección temprana de signos y señales de peligro en la gestante.

El estudio es de tipo descriptivo, porque a través de la información se identificaran las competencias que poseen las comadronas tradicionales en relación a los signos y señales de peligro en la embarazada, es cuantitativo porque los datos se obtuvieron por medio de un cuestionario dirigido, permitió cuantificar y dar a conocer la información por medio de cuadros y porcentajes, de corte transversal se realizó en un tiempo determinado, se concluyó que en la mayoría de las comadronas tradicionales no tienen las competencias en relación a la detección de signos y señales de peligro que la embarazada pueda presentar durante los nueve meses o en cada trimestre de su gestación.

IXRAKIK LI K'ANJEL

Li k'anjel xim w'anu sa' lí tep aaq' pepem re li kaaleb'al ree Cobán Alta Verapaz, rin li ixqueeb xoo kook li k'ulaal re rilbaal lix naleeb' naj inqueril wan sa' xiuxiuh li ixq' wa' sa' tiuam. Li k'ana chin tento tix nau t'aqlak sa' jumpaat sa' li b'anleb'al o chisa asa lix k'aleb'al, tento ix teeklanquil lix na'leb re sa' jumpaat tix nau naj waan sa' xiuxiu li k'ana naj waan sa tiuam.

Li k'anjel nax chilí, lix naaleb' chirix li k'anaa naj na' xokok k'ulaal naj na ril waan sa' xiuxiu li inxk waan sa' tiuam, li k'anjel sim b'iririx naj xin k'eeb re jun perel li ju naj tee cha'wook chi sa' li pa'tzok, naj numsi wee re tin wa'un chitzba'l rix ut tin numsi reeb sa' jumpaat xin xok li paatzok, ut na raq'e rin li k'anaxin naq xokok li k'ulaal naj w'an sa' tiuam naj nxq'et oxiib' poo' o rajlal poo' toj tix q'et b'eleb poo.

INDICE

CONTENIDO

	Página
RESUMEN	
I. INTRODUCCION.....	01
II. ANTECEDENTES.....	02
COMADRONA TRADICIONAL.....	04
COMPETENCIA.....	06
EMBARAZO.....	07
SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO.....	08
IDENTIFICACION DE LAS CUATRO DEMORAS.....	22
TEORIA SOBRE ENFERMERIA DE LOS CUIDADOS CULTURALES...	25
LA COMADRONA Y EL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR.....	26
LA COMADRONA Y EL PLAN DE EMERGENCIA COMUNITARIO.....	27
III. OBJETIVOS.....	29
IV. MATERIAL Y METODOS.....	30
V. RESULTADOS.....	34
TABLAS 1, 2 Y 3.....	34
TABLAS 4, 5 Y 6.....	35
TABLA 7.....	36
VI. DISCUSION Y ANALISIS.....	37
RESULTADOS DE INTERVENCION.....	40
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	43
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44
VIII. ANEXOS.....	47

I. INTRODUCCION

La situación de salud de la mujer embarazada es preocupante y alarmante, son varios los factores que han intervenido negativamente, dentro de los que se pueden mencionar como el periodo intergenésicos corto, embarazos a temprana y tardía edad, la pobreza extrema, factores socioeconómicos, culturales, antecedentes familiares, violencia física, verbal y sexual entre otros. El número de embarazos a nivel comunitario ha aumentado lo que requiere un mayor atención de parte de personal profesional capacitado, sin embargo un gran número de embarazadas aun acude para ser atendida por la comadrona tradicional que atiende en su comunidad, evidenciando su preferencia por la confianza que ella infunde en las gestantes, por ser líderes locales, por costumbres y tradiciones, por lo que es importante que la comadrona posea competencias en la atención prenatal con mayor énfasis en la detección oportuna de signos y señales de peligro durante el embarazo.

El presente estudio se realizó con veinticinco comadronas tradicionales activas en las diez comunidades de la jurisdicción la Nueva Esperanza del municipio de Cobán, departamento de Alta Verapaz en el mes de enero del año 2013, en la Prestadora de Servicios de Salud Fedecovera Responsabilidad Limitada, en él se describen las competencias que tienen las comadronas tradicionales con relación a signos y señales de peligro durante el embarazo.

La investigación tiene el propósito de describir las competencias que tienen las comadronas tradicionales en relación a los signos y señales de peligro que la embarazada pueda presentar en cualquier trimestre de su embarazo, evaluando el tipo de respuesta que ellas tienen ante una emergencia obstétrica. Los indicadores que se tomaron en cuenta para la presente investigación fueron los cambios físicos durante el embarazo, signos y señales de peligro durante el embarazo, demoras en la atención materna, plan de emergencia familiar y comunitario. Durante el estudio se manejaron criterios de exclusión, se presenta carta de consentimiento informado, así como aspectos éticos

Entre los principales resultados de la investigación se puede mencionar el 84% de las comadronas tradicionales de la jurisdicción La Nueva Esperanza no identifican los signos y señales de peligro, un 56% identifican claramente las cuatro demoras en la atención prenatal, el 24% activarían el plan de emergencia comunitario, el 20% conoce el numero de controles que debe realizarse a una embarazada de acuerdo a las Normas del Primer Nivel de Atención y un 68% conoce el plan de emergencia familiar.

II. ANTECEDENTES

La mortalidad materna en Guatemala, no es solamente una desventaja sanitaria, si no también es una desventaja social. Si bien las complicaciones que causan las muertes maternas durante el embarazo no puede prevenirse, las muertes maternas derivadas de estas complicaciones si son prevenibles. El reto es aumentar las posibilidades de atención de estas complicaciones a través de intervenciones dirigidas a extender la cobertura de atención obstétrica esencial, ayudar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro, promover la búsqueda de atención oportuna y facilitar el acceso a servicios que brinden una atención humanizada y de calidad.

Dentro de las principales causas de muerte materna se pueden mencionar “causas obstétricas directas”, siendo la hemorragia la responsable de la mitad de estas muertes, la infección, la hipertensión inducida por el embarazo y las complicaciones asociadas al aborto ocasionaron el resto de las muertes maternas¹.

La comadrona tradicional es un recurso valioso para canalizar las acciones preventivas de la mortalidad materna a través de detectar en tiempo oportuno los signos y señales de peligro en la comunidad, lo que conlleva que las comadronas tradicionales deben ser y estar capacitada de manera efectiva, por la responsabilidad que implica la atención que ellas prestan en la comunidad.

La jurisdicción La Nueva Esperanza cubre una población de 18,056 habitantes, cuenta con el apoyo de 28 comadronas tradicionales quienes participan mensualmente en las capacitaciones mensuales ha sido activa. Los temas en que se ha capacitado a este grupo se basan en lineamientos establecidos en el Plan Técnico que es elaborado anualmente de parte del Programa de Extensión de Cobertura.

“El Programa de Extensión de Cobertura ha permitido concretar alianzas con las organizaciones de la sociedad civil, prestadoras de servicios de salud y en los últimos 15 años, ha dado acceso a la población indígena rural, pobre y dispersa. La propuesta para fortalecer el Programa de Extensión de Cobertura busca acelerar el avance para el cumplimiento de las metas del milenio y ampliar gradualmente la atención primaria en salud

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004 –2008. Guateala.pp.7y8

a lo largo del ciclo de vida por medio de mejorar cualitativa y cuantitativamente el recurso humano, coordinar los sistemas de rendición de cuentas con la gestión por resultados de esta administración, establecer sistemas de garantía para la certificación de los servicios de salud de las ONG prestadoras que provean servicios efectivo y satisfactorios para todas y todos los usuarios”².

Se considera importante identificar las competencias de las comadronas en relación a los signos y señales de peligro durante el embarazo, por considerarlas personal importante e indispensables dentro de la comunidad y son conocidas como una señora de confianza, la amiga, la comadre, etc.

Es de importancia el estudio de investigación, para implementar estrategias de mejora de acuerdo al tipo de atención que brinden las comadronas a las usuarias por ser la comadrona un ente importante a nivel comunitario, es líder y en ocasiones de ella depende el salvarle la vida a una embarazada, no se encontró evidencia de investigaciones previas en la jurisdicción de La Nueva Esperanza, municipio de Cobán, Alta Verapaz, relacionadas a las competencias de las comadronas tradicionales en relación a los signos y señales de peligro durante el embarazo.

“El estudio realizado por Astrid Mariam Barrientos Girón, Alejandra María Solares, Cindy Yesenia Reynoso Reynoso, Rosa María Kopp Barrios, Melissa Estrada Martínez, et. al relacionado a conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal, donde se concluye que las comadronas capacitadas por el MSPAS del departamento de Quiché, presentaron un bajo nivel de conocimiento sobre señales de peligro de mortalidad perinatal”.³

Esta investigación se tomó en cuenta el modelo de enfermería de Madeleine Leininger donde se refiere a que una de las razones principales de los estudios de la teoría de los cuidados transculturales es explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas,

² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Técnico Para La Prestación De Servicios Integrales De Salud En El Marco De Fortalecimiento Del Programa Extensión De Cobertura Una Estrategia Segura Para Universalización De La Salud Y el Cumplimiento del Plan Pacto Hambre Cero.

³ Astrid Mariam Barrientos Girón, Alejandra María Solares, Cindy Yesenia Reynoso Reynoso, Rosa María Kopp Barrios, Melissa Estrada Martínez, Celso Andrelly Godoy Hurtado y Rosa Victoria Luna del Cid previo a obtener el título de médico y cirujano con la investigación: Conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal por el MSPAS del departamento de Quiché.

para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural, así también el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirven como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo.

2.1 Comadrona Tradicional

“Es la persona generalmente de sexo femenino, que brinda cuidados a la madre, durante el embarazo en su hogar, ha adquirido el conocimiento como herencia de sus antepasados, como experiencia propia, la de ser madre o casualmente por haber asistido a otras mujeres de otras comadronas o directamente de los servicios de salud. Es el enlace entre la comunidad y los servicios de salud, son muy apreciadas, respetadas y tienen la confianza de su comunidad, sus honorarios son muy bajos y brindan este servicio durante toda su vida”.⁴

Las comadronas tradicionales

“Las culturas son tradiciones y costumbres, transmitidas mediante el aprendizaje, que rigen las creencias y el comportamiento de las personas expuestas a ellas. El proceso de adquisición de la cultura se denomina endoculturación. La cultura no es en sí misma biológica, pero se apoya en ciertas características de la biología humana.”⁵.

“Se estima que hay aproximadamente 20,000 comadronas en Guatemala de las cuales, alrededor del 70% están capacitadas. En contraste con la población maya, la población ladina prefiere que al embarazo de acompañamiento la comadrona ladina, esté en una posición de menos respeto que su contraparte maya. La mayoría de las comadronas reciben pago por sus servicios en efectivo o en especie. El pago promedio va de veinte a treinta quetzales para sobar a las embarazadas. Entre la población maya, el reclutamiento sobrenatural de la profesión de comadronas continúa siendo común. La mayoría de las comadronas han atendido varios partos previos a la asistencia a los cursos de capacitación. Las comadronas no capacitadas son identificadas a través de contactos

⁴ Chávez Mazariegos, Mayra Judith. Conocimientos que poseen las comadronas tradicionales que realiza ron pasantías en el centro de atención permanente del municipio de Chahal, del departamento de Alta Verapaz, sobre los signos y señales de peligro durante el puerperio”. Cobán, Alta Verapaz abril 2012. Pág. 51

⁵ [www. dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200022](http://www.dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200022). Consultado el 20/12/2013.

con las madres en las clínicas de salud y a través de la revisión de los registros municipales.”⁶

2.1.1 Decreto Ley para el accionar de las comadronas.

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. El Acuerdo Gubernativo del 16 de abril de 1,935, artículo 98 que literalmente dice:

“Artículo 97: Siendo una necesidad urgente prestar los inmediatos y activos servicios a las mujeres en el momento del parto, y no existiendo 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 Adiestrada, a las personas que cumplen con los requisitos establecidos.

Artículo 98: La circunstancia del examen y la extensión del permiso se haya constar en un acta levantada en la delegación sanitaria correspondiente en el papel sellado de ley, con la firma del médico director del Centro de Salud, Alcalde Municipal y del Gobernador Departamental y el Artículo 99: Toda Comadrona tradicional que al ser citada para que reciba su adiestramiento no acudiera al mismo, que da desautorizada para el ejercicio de su oficio”.⁷

2.1.2 Funciones y responsabilidades de las comadronas tradicionales

- Atención prenatal y post-natal.
- Atención del parto limpio y seguro.
- Atención del recién nacido.
- Informa al facilitador comunitario sobre los nacimientos y defunciones ocurridos en su aldea.
- Brinda consejería familiar y reproductiva.
- Algunas veces realizan los oficios domésticos de su paciente.

⁶ P.PutneyyBarrySmithLa.LacapacitaciónyprácticadelasComadronasTradicionalesEn Guatemala.Guatemala,febrerode1989.pp.3

⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual para la Intervención corta en la capacitación a comadronas tradicionales. Página 12

- Brinda tratamientos sencillos con plantas medicinales de su comunidad.
- Detectan señales de peligro en la embarazada, puérpera y recién nacido y las refieren a los establecimientos de salud.
- Fomentan la lactancia materna exclusiva.
- Promueve la realización del papanicolaou a nivel local en coordinación con el enfermero ambulatorio.
- Participa en el seguimiento de casos especiales según resultados de papanicolaou
- Detectan embarazadas y las incentiva a asistir a los servicios de salud para su control prenatal, posnatal y de su recién nacido.
- Promueven la aplicación de los esquemas de inmunización a las embarazadas, mujeres en edad fértil, y en el recién nacido.
- Promueve y activa el plan de emergencia familiar y comunitaria. Al atender un parto llena la boleta correspondiente.
- Lleva registro de sus actividades y las reporta al distrito y llena las boletas de nacimientos que atiende.
- Apoya en actividades del Programa de Tuberculosis

Estas funciones y responsabilidades de salud la comadrona las debe realizar con mucha seguridad y habilidad, ya que son de importancia para la vida de la madre y el niño, durante el control prenatal, el trabajo de parto, durante el período del puerperio, o bien con el recién nacido, ella debe conocer las señales de peligro, evaluarlas y saber tratarlas, o en su defecto, poder referirlas en el momento preciso para que en un servicio de salud se brinde el tratamiento adecuado y salvar la vida del binomio madre-recién nacido. Es necesario que la comadrona tome conciencia de la importancia de los signos y síntomas porque cada vez va aprendiendo o reforzando más sobre su labor a desempeñar, por ejemplo, es muy importante que en éstos se enfatice sobre las cuatro demoras en la atención, el plan de emergencia familiar y comunitario, entre otros, para que la Comadrona con sus acciones ayude a reducir los índices de mortalidad materna y neonatal.

2.2 Competencia

“Ser capaz, en el ámbito laboral, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el

estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables”⁸.

La competencia se refiere a planificar y prestar cuidados dirigidos a las personas, familia o comunidad, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema. También se puede definir la competencia como el conocimiento y aplicación de fundamentos teóricos y prácticos comprendiendo el comportamiento de la persona en relación al género, grupo o comunidad dentro de su contexto social y cultural.

Es muy importante que las comadronas tradicionales comprendan al grupo de mujeres en especial a las gestantes, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes asegurando el respeto a sus opiniones, creencias, valores garantizando el derecho a la intimidad a través de la confidencialidad. Una comadrona tradicional se torna competente en sus servicios de salud cuando fomenta estilos de vida saludable, el autocuidado mediante conductas preventivas y terapéuticas estableciendo una comunicación eficaz con pacientes, familia y comunidad, trabajando en equipo con otros líderes comunitarios.

2.3 Embarazo

“La reproducción humana constituye una gran paradoja, proceso relativamente crítica para la sobrevivencia de la especie por el cual dos gametos, Fémmina-Ovulo, Espermatozoide Masculino”.⁹ Esto se une para formar un huevo o cigoto cuando el espermatozoide llega a penetrar en el ovulo y es fecundado esto se convierte en un embrión esto es fecundado en el útero materno.

Durante la ovulación, la mucosidad vaginal se vuelve más fluida para permitir que el espermatozoide emigre de la vagina en forma de embudo donde normalmente se produce la concepción; donde normalmente se produce la concepción la fecundación, desarrollo del ovulo fecundado se divide repentinamente para las trompas de Falopio y alcanza el útero donde llega de 3-5 días: ya en el útero se convierte en blastocito que rodea la cavidad

⁸ http://www.uax.es/fileadmin/templates/webuax/docs/Competencias_Enfermeria.pdf.

⁹ Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 02

central: se implanta en el fondo uterino el blastocito se convierte en embrión.

Para determinar un embarazo se observan tres hechos para determinar la aparición de signos y síntomas fundamentales son: la Menstruación y la ovulación están ausentes, la presencia del huevo provoca modificaciones en el organismo materno, el desarrollo del huevo provoca algunos síntomas y signos.

2.4 Signos y señales de peligro durante el embarazo

El embarazo es un proceso normal que culmina con el nacimiento de un nuevo ser. Muchas mujeres no saben sobre señales de peligro durante el embarazo y pueden morir a causa del retraso en la toma de decisiones para buscar atención adecuada en el momento indicado.

Es importante que el personal de salud explique a la madre y su familia cuáles son los signos y síntomas de peligro que la embarazada busque atención inmediata en los servicios de salud más cercanos. La embarazada debe estar atenta y alerta de cualquier cambio durante su embarazo recordar que si tiene señales de peligro debe ir urgentemente con la comadrona tradicional para luego referirla inmediatamente al centro de convergencia, centro de salud y hospital. Entre los signos y señales de peligro están:

2.4.1. Hemorragia Vaginal

Es la salida de sangre proveniente de los genitales internos y externos ocasionada por causas obstétricas. Puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos). La importancia de un volumen determinado de pérdida de sangre varía según sea el nivel de hemoglobina de la mujer. Una mujer con anemia tolera menos la pérdida de sangre y tiene mayor riesgo de morir que una mujer con hemoglobina normal. La hemorragia obstétrica masiva es la pérdida total del volumen sanguíneo en un periodo de 24 horas o pérdida sanguínea que requiera la transfusión de más de 10 unidades de sangre en un periodo de 24 horas. Se dice que la hemorragia vaginal es la primera causa de mortalidad materna a nivel nacional y departamental.

“La hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen la primera causa de mortalidad materna en nuestro país y en un número considerable de casos es origen de secuelas orgánicas irreversibles. Y es un hecho reconocido a nivel mundial que la atención oportuna y de calidad en el manejo de esta situación son fundamentales para evitar la morbilidad y disminuir la mortalidad. En el mundo cada minuto que pasa ocurre una muerte materna, y en los países en vías de desarrollo siguen ocurriendo el mayor número de muertes, que

constituye el 99% del total. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Guatemala para el año 2007 fue de 139.7 x 100,000 nacidos vivos. Las causas de mortalidad en orden de frecuencia son: hemorragia (41%), trastornos hipertensivos del embarazo (16.6%), infecciones (15.5%) y abortos en condiciones en riesgo (6.3%)".¹⁰

2.4.1.1 Aborto

Durante el primer trimestre del embarazo, la hemorragia puede ser causada por un aborto, ya sea espontáneo o provocado. Los abortos espontáneos en su mayoría ocurren cuando el feto tiene alguna malformación congénita no compatible con la vida. Causas propiamente dichas: debidas a factores hereditarios o defectos cromosómicos adquiridos, toxoplasmosis, enfermedad de chagas, displasias e infecciones de transmisión sexual.¹¹

Se llama así a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir antes de serle posible de sobrevivir fuera del claustro materno. Es la determinación del un embarazo, es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo.

"El aborto inseguro constituye la causa primordial de las 600.000 de muertes maternas que se producen cada año en América Latina y el Caribe de los 18 millones de embarazos que se producen cada año, 52% no son planeados y el 21% de ellos terminan en un aborto. Se considera abortos inseguros, es decir, abortos en los que la vida de la mujer suele estar en grave peligro".¹²

2.4.1.2 Embarazo Ectópico

"Un embarazo ectópico, es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente) o en el ovario o en el canal cervical o en la cavidad pélvica o en la abdominal".¹³

¹⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Manual de "Código Rojo" para el manejo de la hemorragia obstétrica. Primera edición. Guatemala 2013. Pág. 3

¹¹ Estrategia de AIEPI AIMN-C. Componente comunitario. Manejo Integrado de la mujer y del recién nacido/a. 2014

¹² Ministerio de salud y asistencia social. Facultad de ciencias medicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Manual de Enfermería Materno Neonatal. Guatemala, Febrero 2011 segunda edición. Pág. 145-146-147.

¹³ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000895.htm>. Consultado el 21/11/2013

Cuando el embarazo ocurre en el endometrio del útero se le conoce como embarazo eutópico. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal, y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo.

Un embarazo ectópico es una complicación del embarazo en el que el ovulo fertilizado o blastocito, se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio que el más frecuente, en el ovario, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal. Entre los factores que pueden predisponer a la mujer para un embarazo ectópico están enfermedad pélvica aguda, antecedentes quirúrgicos, antecedentes hereditarios y tabaquismo. El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI, y hasta mediados del siglo XVIII era una patología generalmente fatal. John Bard informó la primera intervención quirúrgica exitosa para el tratamiento de un embarazo ectópico en la ciudad de Nueva York en 1,759.

Según estudios realizados en el Manual de Enfermería Materno Neonatal, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Facultad de ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala reporta que el 1,6 por ciento de los embarazos es ectópico, y de éstos el 98 por ciento se producen en las trompas de Falopio. Por motivos no demasiado claros, cada vez resultan más frecuentes. Son factores de riesgo: infecciones abdominales previas (enfermedad pélvica inflamatoria), una enfermedad en la trompa de Falopio, un embarazo ectópico previo, ser portadora de DIU, la exposición fetal al dietilestilbestrol o una ligadura de trompas fallida (un procedimiento de esterilización en el que se corta u obstruye la trompa de Falopio), la endometriosis. Los embarazos ectópicos son menos frecuentes entre las mujeres de raza blanca. En los raros casos en que una mujer queda embarazada con un dispositivo intrauterino (DIU) colocado, el riesgo de tener un embarazo ectópico es elevado.

Un embarazo ectópico constituye un riesgo para la vida, por lo que debe ser interrumpido lo antes posible. Según algunas estadísticas, 1 de cada 826 mujeres con embarazos ectópicos muere por complicaciones. En España se estima que el embarazo ectópico constituye aproximadamente el 2.3 por ciento del número total de embarazos.

Hay una serie de factores que predisponen a los embarazos ectópicos. A pesar de ello, en una tercera parte o hasta la mitad de los embarazos ectópicos no se identifican factores de

riesgo predisponentes.⁸ En teoría, cualquier cosa que dificulte la migración del embrión hacia la cavidad endometrial podría predisponer a las mujeres a la gestación ectópica.

2.4.3 Mola hidatiforme

“En medicina, una mola es una degeneración placentaria que causa una gestación anómala. La mola hidatiforme o embarazo molar es un término que se utiliza para referirse concretamente a un trastorno del embarazo caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el útero. Es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales, que abarca la placenta y el resto del complejo ovular”¹⁴.

En algunos casos el útero contiene un embrión normal adicional a una mola hidatiforme. La conducta es terminar el embarazo molar tan pronto se haya hecho el diagnóstico por razón al alto riesgo que le acompaña una aparición de una forma de cáncer llamado cori carcinoma.

La mola hidatiforme es una complicación relativamente frecuente del embarazo, que tiende a ocurrir una vez cada 1000 embarazos en los Estados Unidos y más frecuente aún en Asia (aproximadamente uno de cada 100 embarazos). Una mola se caracteriza por un producto de la concepción con tejido trofoblástico hiperplásico que rodea la placenta. El embrión no contiene la masa celular interna que caracteriza un embrión normal.

Una mola hidatiforme puede presentarse en dos formas básicas: completa en el que el tejido embrionario anormal deriva solo del padre o solo de la madre y parcial en el que el tejido anormal proviene de ambos padres pero con incorrecta dotación genética.

2.4.4 Placenta Previa

“La placenta previa es un proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, clínicamente, por hemorragias de intensidad viable. Es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino. La frecuencia de este proceso se considera solamente los casos de inserción baja o aquellos en los que además se suma las hemorragias. La frecuencia es mayor en multíparas que en

14.Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 220

nulíparas y en las mujeres de más de 35 años mayor que en las de menos de 25 años de edad”.¹⁵

Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre. La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel.

No se ha encontrado aún una causa específica para la placenta previa, pero la principal hipótesis está relacionada con una vascularización anormal del endometrio, la capa interna del útero, por razón de una cicatrización o atrofia causada por traumatismos previos, cirugía o infección. El trastorno puede deberse a razones multifactoriadas, incluyendo una asociación con multiparidad, embarazos múltiples, edad materna avanzada, antecedentes de cesáreas o abortos y, posiblemente, el hábito tabáquico.

En el último trimestre del embarazo, el istmo del útero se despliega para constituir el segmento más bajo del útero. Esos cambios en el segmento inferior del útero parecen ser los iniciadores de la hemorragia clásica del tercer trimestre. En un embarazo normal la placenta no se sobrepone al istmo, por lo que no hay mayor sangrado durante el embarazo. Si la placenta se inserta en el segmento más bajo del útero, es posible que una porción de la placenta se desgarre causando sangrado, por lo general abundante. La inserción placentaria se ve interrumpida a medida que la porción inferior del útero se adelgaza en preparación para el inicio del trabajo de parto.

Cuando esto ocurre, el sangrado a nivel del sitio de implantación placentaria se incrementa y las posteriores contracciones uterinas no son suficientes para detener el sangrado por no comprimir los vasos rotos. La liberación de trombina desde el sitio del sangrado promueve mayores contracciones uterinas, haciendo que se instale un ciclo vicioso de contracciones y sangrado seguido de desprendimiento placentario, más contracciones y más sangrado.

“La placenta previa se clasifica de acuerdo con la colocación de la placenta en:

- Tipo I, lateral o baja: La placenta invade el segmento inferior del útero, pero el borde inferior no llega al orificio cervical
- Tipo II, marginales o periféricas: La placenta toca, pero no rebasa, la parte superior del cuello del útero
- Tipo III o parcial: La placenta obstruye parcialmente la parte superior del cuello del útero

¹⁵ Ibíd. página 225-226.

- Tipo IV o completa: La placenta cubre completamente la parte superior del cuello del útero.¹⁶

Placenta previa es en sí misma un factor de riesgo de la placenta acretismo.

Las mujeres con placenta previa a menudo se presentan sin dolor, sangrado vaginal subitito de color rojo rutilante. El sangrado a menudo se inicia levemente y puede aumentar progresivamente a medida que la zona de separación placentaria aumenta. Se debe sospechar una placenta previa si hay sangrado después de las 24 semanas de gestación. El examen abdominal por lo general se encuentra con un útero no doloroso y relajado. Las maniobras de Leopold pueden revelar al feto en una situación oblicua, transversa ó presentación de nalgas como consecuencia de la posición anormal de la placenta.

Se da una metrorragia que se caracteriza por:

- Sangrado brusco, intermitente, indoloro y sin contracciones.
- Tendencia a los coágulos, a la hemostasia espontánea.
- Es repetitiva, aumenta la intensidad y la frecuencia de los episodios.
- En el tercer trimestre de embarazo toda metrorragia es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario.

2.4.5 Ruptura Prematura de Membrana

“La ruptura prematura de membranas fetales se define como aquella que ocurre antes de haberse iniciado el trabajo de parto; puede ser previa a la semana 37 de gestación en cuyo caso recibe el nombre de ruptura prematura de membranas pre término, la cual aumenta la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. Es un proceso multifactorial que puede ser afectado por factores bioquímicos, fisiológicos, patológicos y ambientales”.¹⁷

“La ruptura prematura de membranas (RPM) es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto. Una RPM se prolonga cuando se produce más de 18 horas antes del trabajo de parto. La

¹⁶ Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 225

¹⁷ Ministerio de salud y asistencia social. Facultad de ciencias medicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Manual de Enfermería Materno Neonatal. Guatemala, Febrero 2011 segunda edición. Pág. 153-154

ruptura de membranas es prematura cuando se produce antes del primer período del parto o período de dilatación. La ruptura prematura de membranas suele ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o por un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix y también por las relaciones sexuales y la presencia de dispositivos Intrauterinos (DIU)”¹⁸.

En algunos casos, la ruptura se puede curar espontáneamente, pero en la mayoría de los casos de RPM, el trabajo de parto comienza en las primeras 48 horas. Cuando esto ocurre, es necesario que la madre reciba tratamiento para evitar una posible infección en el recién nacido. Se ha encontrado asociación entre estados emocionales de miedo en una población y rotura prematura de membranas.¹⁹

La evaluación inicial de la rotura prematura de membranas en un feto pretérmino debe incluir un examen con espéculo estéril para documentar hallazgos sospechosos de la patología. También es frecuente que se envíen cultivos cervicales, incluyendo *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, así como cultivos anovaginales para *Streptococcus agalactiae*. Con la ecografía se documenta la edad gestacional, peso fetal, presentación fetal y se establece el índice de líquido amniótico. También se puede realizar la determinación del pH vaginal con papel de tornasol o Nitracina, el que cambia de color ante la presencia de líquido amniótico. En estas pacientes se evita el tacto digital, pero la inspección visual del cuello uterino puede estimar con precisión la dilatación del mismo. Otras pruebas de diagnóstico son la prueba de Neuhaus y la de evaporización ante la sospecha de RPM. Se ha demostrado que el tacto manual y digital del cuello uterino con en pacientes con RPM reduce el período de latencia y aumenta el riesgo de infecciones, sin aportar información de verdadera utilidad clínica.²⁰

Un estudio ha determinado que cuando se registra una alta concentración de lactato en la filtración del líquido amniótico resulta ser un fuerte indicador de que una mujer que con una RPM también comenzará su trabajo de parto dentro de las próximas 48 horas. Esta asociación puede llevar a pruebas cuantitativas de ácido láctico que podría ayudar al médico a tomar la decisión de mantener o no en el hospital a una mujer que refiere una RPM.

¹⁸ BERKOV, Robert FLETCHER J. Andrew, Manual Merck, España, Tesis. S.A. Novena Edición, 1,994, Página 230

¹⁹ Ministerio de salud y asistencia social. Facultad de ciencias medicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Manual de Enfermería Materno Neonatal. Guatemala, Febrero 2011 segunda edición. Pág. 153

²⁰ Ibid. Pág. 153

En caso de que se presente una corioamnionitis en el momento de la RPM, se indica terapia con antibióticos para evitar la sepsis neonatal, y se indica el parto. Si no se ha instalado una corioamnionitis, la pronta terapia con antibióticos puede retrasar el parto, lo que le da al feto tiempo crucial para terminar de madurar.

Si después de la evaluación inicial de la madre y el feto, se determina que ambos se encuentran clínicamente estables, se suele preferir una conducta expectante ante una RPM pretérmino especialmente entre las 28 y 34 semanas pues se ha demostrado que mejora los resultados fetales. Las complicaciones relacionadas con la placenta incluyen placenta previa (4-12% de los casos) y placenta retenida o hemorragias postparto que requieren curetaje uterino (12% de los casos).

Una de las complicaciones más frecuentes de parto prematuro es el parto pretérmino. El período de latencia, que es el tiempo de ruptura de membranas hasta el parto, por lo general es inversamente proporcional a la edad gestacional en que se produce la RPM. Por ejemplo, un extenso estudio en pacientes con embarazos a término reveló que el 95 por ciento de las pacientes dieron a luz dentro de aproximadamente un día del RPM, mientras que un análisis que incluía la evaluación de pacientes con embarazos pretérminos entre 16 y 26 semanas de gestación determinó que el 57 por ciento de los pacientes dio a luz al cabo de una semana promedio, y 22 por ciento tenían un periodo de latencia de cuatro semanas.¹¹ Cuando la RPM ocurre demasiado pronto, los recién nacidos que sobreviven pueden desarrollar secuelas como mal presentación, la compresión del cordón, oligohidramnios, enterocolitis necrotizante, deterioro neurológico, hemorragia intraventricular, y síndrome de dificultad respiratoria.

2.4.6 Desprendimiento Prematuro de Placenta

“Proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total antes del parto, de una placenta que, a diferencia de la placenta previa, esta está insertada en el sitio normal puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, los desprendimientos producidos antes de las 20 semanas, por su evolución, deberán ser tratados como abortos. Es la segunda causa de metrorragia en el tercer trimestre de gestación. Es un alto porcentaje de los casos, la

preeclampsia se asocia a este accidente hasta tal punto que puede pensarse automáticamente en ella cuando se sospeche un desprendimiento”.²¹

En la mayoría de los embarazos, la placenta permanece unida a la parte superior de la pared uterina.

En un pequeño número de embarazos, la placenta se desprende (se cae de la pared del útero) demasiado pronto. La mayoría de las veces, sólo una parte de ella se separa; otras veces, se separa por completo. Esto sucede generalmente en el tercer trimestre.

La placenta es la línea de la vida de un feto y se presentan problemas graves si ésta se desprende. El bebé recibe menos oxígeno y menos nutrientes. La mayoría de los bebés sobreviven a esto, pero es mortal para algunos. En raras ocasiones, es mortal para la madre. Nadie conoce la causa del desprendimiento prematuro de la placenta. Sin embargo, estos factores aumentan el riesgo de que ocurra:

2.4.7 Hipertensión Arterial Crónica (Prolongada)

“La hipertensión crónica es una elevación de la presión arterial encontrada antes de las 20 semanas de gestación, o en intervalos intergenésicos, y que persiste seis o más semanas después del parto puede ser causada por hipertensión esencial coartación de aorta, síndrome de cushing, feocromocitoma y síndrome de conn”.²²

“Aparición súbita de presión arterial alta en la madre previamente normal

- Cardiopatía
- Diabetes
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol o cocaína
- Desprendimiento prematuro de la placenta en un embarazo anterior
- Una lesión en la madre (como un accidente automovilístico o una caída con golpe en el abdomen)
- Ser de raza negra

²¹ Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 229.

²² Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 312

- Ser mayor de 40 años”²³

Los síntomas más comunes son sangrado vaginal y contracciones dolorosas. La magnitud del sangrado depende de la cantidad de placenta que se haya desprendido. A veces, la sangre que se acumula cuando la placenta se desprende permanece entre la placenta y la pared uterina, por lo que puede que no se presente sangrado de la vagina.

Si la separación es leve, es posible que se presente un sangrado ligero. También le puede dar cólicos o sentirse sensible en su abdomen. Si la separación es moderada, puede tener un sangrado más abundante. Los cólicos y el dolor abdominal serán más intensos, Si más de la mitad de la placenta se desprende, puede tener dolor abdominal y sangrado abundante. También puede tener contracciones. El bebé puede moverse más o menos de lo normal. Si usted tiene alguno de estos síntomas durante su embarazo, coméntele al médico de inmediato.

2.4.8 Hipertensión Inducida por la Gestación

“Es la presencia de hipertensión arterial y proteína en la orina que se desarrolla después de la semana 20 del embarazo. Es la presión sanguínea alta durante el embarazo, se presenta aproximadamente entre el 5 y el 8% del total de los embarazos. Causas y factores: problemas vasculares, dieta, los genes, trastornos en las defensas, primer embarazo, embarazos múltiples, obesidad, edad de mayor 35 años, antecedentes de diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal”.²⁴

Hipertensión arterial (HTA): TAS $\geq$ 140 mmHg y/o TAD $\geq$ 90 mmHg, en dos tomas separadas 6 horas tras 10 minutos de reposo con la gestante sentada, los pies apoyados y el brazo a la altura del corazón. Proteinuria: presencia de > 300 mg (0.3 gr) de proteínas en orina de 24 horas y/o $\geq 2+$ proteínas en tira reactiva en dos ocasiones y en ausencia de infección urinaria confirmada por urinocultivo. El diagnóstico debe basarse en la determinación cuantitativa en orina de 24 horas. Doppler uterino patológico: Índice de pulsatilidad medio $>$ percentil 95 (valores de referencia del ICGON).

²³ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000605.htm>

²⁴ Ministerio de salud y asistencia social. Facultad de ciencias medicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Manual de Enfermería Materno Neonatal. Guatemala, Febrero 2011 segunda edición. Pág. 150-151

Categorías de hipertensión en el embarazo:

- Hipertensión crónica: HTA que está presente antes del embarazo o que se diagnostica antes de la semana 20 de gestación.
- Hipertensión inducida por la gestación: HTA que aparece después de las 20 semanas de gestación. Se subdivide en:
 - Hipertensión gestacional (HG): proteinuria negativa y estudio Doppler uterino normal.
 - Este grupo se reclasifica transcurridas las 12 primeras semanas postparto en hipertensión transitoria, si se normaliza de la TA o en hipertensión crónica cuando ésta no se normaliza.

2.4.9 Preeclampsia

“La preeclampsia es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo y se asocia la hipertensión inducida durante el embarazo; está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria) Preeclampsia (PE): proteinuria positiva y/o estudio Doppler uterino patológico. PE sobreañadida: empeoramiento brusco de la HTA y/o aparición o empeoramiento de proteinuria y/o aparición de signos o síntomas de afectación multiorgánica en una paciente con HTA crónica y/o proteinuria previa.”²⁵

Debido a que la preeclampsia se refiere a un cuadro clínico o conjunto sintomático, en vez de un factor causal específico, se ha establecido que puede haber varias etiologías para el trastorno. Es posible que exista un componente en la placenta que cause disfunción endotelial en los vasos sanguíneos maternos de mujeres susceptibles. Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones, el hígado. La única cura es la inducción del parto o una cesárea y puede aparecer hasta seis semanas posparto. Es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos graves ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (hipertensión) junto al de proteínas en la orina (proteinuria), así como edemas en las extremidades.

²⁵ UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2013. New York, USA: UNICEF; 2013.

La preeclampsia puede ocurrir hasta en 10% de los embarazos, usualmente en el segundo y tercer trimestre y después de la semana 32. Aunque infrecuente, algunas mujeres pueden presentar signos de preeclampsia desde la semana 20. Es mucho más común en mujeres con su primer embarazo, hasta el 85% de los casos ocurren en primigrávidas y frecuentemente la incidencia disminuye considerablemente en el segundo embarazo. Se sabe que una nueva paternidad en el segundo embarazo reduce el riesgo excepto en mujeres con una historia familiar de embarazos hipertensivos pero al mismo tiempo, el riesgo aumenta con la edad materna, por lo que ha sido difícil evaluar el verdadero efecto de la paternidad en el riesgo de preeclampsia. El riesgo es cuatro veces mayor para mujeres en cuyas familias ha habido casos de preeclampsia. citar

El riesgo más significativo en la aparición de preeclampsia es el haber tenido preeclampsia en un embarazo previo. La preeclampsia es más frecuente en mujeres con hipertensión y diabetes previos al embarazo, enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso, en pacientes con trombofilias, insuficiencia renal, y mujeres con una historia familiar de preeclampsia, mujeres con obesidad y mujeres con embarazos múltiples (gemelos, por ejemplo). El riesgo sube a casi el doble en mujeres de raza negra.

Es posible desarrollar preeclampsia después del parto, hasta un período de 6 a 8 semanas después del alumbramiento. Por ello, se debe prestar atención las 24-48 horas seguidas del parto con el fin de detectar posibles síntomas y signos de preeclampsia.

La morbilidad y la mortalidad materna en la preeclampsia son el resultado de disfunción terminal de un órgano, hemorragia cerebral, y eclampsia; mientras que para el recién nacido lo son la restricción del crecimiento intrauterino y el bajo peso por prematuridad.

2.4.10 Eclampsia

“La eclampsia es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas Eclampsia: aparición de convulsiones tipo gran mal o coma no atribuibles a otras causas como el síndrome de Hellp.”²⁶

²⁶ UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2013. New York, USA: UNICEF; 2013.

Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Eclampsia significa relámpago. Antiguamente se quería indicar con ello la aparición brusca de una tempestad en un cielo tranquilo. Hoy sabemos que las convulsiones se presentan generalmente en una gestante que ha pasado por las etapas anteriores de la enfermedad. La eclampsia es la forma más grave de toxemia en el embarazo, y se caracteriza por convulsiones, hipertensión, proteinuria y edema general. Es un padecimiento ocasionado por el embarazo y se encuentra entre las causas principales de muerte materna y contribuye de manera importante a la mortalidad perinatal.

Factores de riesgo para la preeclampsia y la eclampsia:

Primigestas o multíparas de edad avanzada, edad: <18 o >35 años, peso: <50 kg u obesidad, existencia de enfermedades crónicas tales como diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad renal, enfermedad ocular, enfermedad vascular del colágeno (lupus eritematoso sistémico), mola hidatidiforme, complicaciones del embarazo tales como embarazo múltiple, feto grande, hidropesía fetal, polihidramnios, preeclampsia en un embarazo anterior.

Los síntomas de convulsión inminente suelen incluir: Ansiedad, dolor epigástrico, Cefalea, visión borrosa. Las convulsiones pueden evitarse mediante reposo en cama, en una habitación tranquila y oscura. Debe vigilarse con atención el estado general de la madre, presión arterial, diuresis y la frecuencia cardíaca del feto. ²⁷

2.4.11 Fiebre

“Se refiere al aumento de la temperatura del cuerpo, constituyéndose en un signo que indica una infección. Fiebre (temperatura axilar mayor o igual a 38° C). Se define así como a la elevación de la temperatura corporal en una persona la que puede ser provocada por una infección urinaria, corioamnionitis, neumonía entre otros. ”²⁸

No hay que confundir la fiebre con la hipertermia. La fiebre es un mecanismo presente en los humanos que actúa como respuesta adaptativa ayudando al cuerpo a combatir los organismos que causan enfermedades y surge en respuesta a unas sustancias llamadas pirógenos que se derivan de bacterias o virus que invaden el cuerpo, o que son producidas por las propias células. La temperatura normal del cuerpo humano oscila entre 35

²⁷ Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 312

²⁸ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Normas de Atención Integral, Guatemala 2009, Pág. 38.

y 37 °C. Las fiebres por encima de los 40,5 °C pueden amenazar proteínas de vital importancia, provocando estrés celular, infarto cardíaco, necrosis de tejidos, ataques paroxísticos y delirios. Debido al sistema inmunitario poco desarrollado con el que cuentan los niños, son más propensos a sufrir fiebres elevadas.

Atención Prenatal

“La atención prenatal es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se brindan a las mujeres embarazadas, con el objetivo de detectar tempranamente las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y prepara el plan de parto que incluye la elaboración de un plan de emergencia ante una complicación. Es la asistencia brindada a la mujer durante el periodo de embarazo, la mujer debe reconocer que debe adquirir conocimientos sobre su cuerpo, cambio que experimentara durante el embarazo y a lo que podría suceder. Es la revisión del embarazo a lo largo de los nueve meses de crecimiento del niño/a dentro del vientre. Es importante darle toda la atención a la señora y que se tome en cuenta lo siguiente: trato amable y respetuoso hacia la mujer y su acompañante, busque signos o señales de peligro durante el embarazo, examine el embarazo, clasifique y actúe, identificar las complicaciones y elaborar un plan de emergencia.”²⁹

La atención prenatal (APN) es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales. Se suele iniciar este tipo de atención cuando la mujer descubre que está embarazada. Por lo general, la atención prenatal comprende un examen físico de la embarazada por un médico, examen ginecológico en la que incluye citología que descarte enfermedades del cuello uterino como el VPH, valoración cardiovascular, verificación de inmunizaciones (rubeola, hepatitis), verificación de infecciosos como el toxoplasma y VIH, y determinar cuándo un embarazo se trate de alto riesgo y cuando no.

“El objetivo principal de la atención prenatal orientada es ayudar a las mujeres a mantener embarazos normales a través de: La identificación de condiciones de salud preexistentes. Como parte de la evaluación inicial, el personal de salud que realiza consulta o control -

²⁹ Ministerio de Salud Pública y asistencia Social. Ley para la maternidad saludable y su reglamento. Guatemala, septiembre 2012. Pág. 7

médico o enfermera capacitada en obstetricia conversa con la mujer y examina las señales de condiciones crónicas y enfermedades infecciosas”³⁰

Las condiciones de salud preexistentes como VIH, malaria, sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, anemia, enfermedades cardíacas, diabetes, desnutrición y tuberculosis, pueden afectar el resultado del embarazo, requieren tratamiento inmediato y generalmente se necesita un nivel más intenso de control y atención de seguimiento durante el curso del embarazo

La detección temprana de complicaciones que surgen durante el embarazo

En los controles se examina y conversa con la mujer para detectar problemas de embarazo que podrían necesitar tratamiento y un control más estricto. Las condiciones tales como la anemia, la hemorragia vaginal, trastornos de hipertensión del embarazo y crecimiento anormal del feto o posición anormal del feto después de las 36 semanas, pueden ser o convertirse en un peligro de muerte si se dejan sin tratamiento. La consejería sobre aspectos importantes que afectan la salud de la mujer y la salud del recién nacido es un componente vital de la Atención Prenatal, ya que es en ese momento donde se brinda atención al binomio madre-hijo y es momento oportuno para determinar alguna malformación en el feto.

“Se calcula que entre el 2 al 5% de los recién nacidos vivos y 10% de recién nacidos muertos presentan algún defecto congénito o enfermedad genética”.³¹

Demoras en la Atención Materna

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 y de calidad que le aseguren salvaguardar su vida y la del niño. Generalmente el grupo familiar desconoce dichas limitantes o por la cultura y tradición no permiten la intervención oportuna para que se tenga una atención segura. Las demoras son todos aquellos factores, o la inacción de identificar una necesidad de salud, que inciden negativamente en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, posparto y en la atención al recién

³⁰ Congreso de la República de Guatemala. Ley para la Maternidad Saludable. Decreto 32, 2010-Guatemala: sn. 2010

³¹ Organización Panamericana de la Salud. Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería Manual Clínico. Biblioteca Sede OPS-catalogación en la fuente. Washington, D.C. 2009. Página 59.

nacido/a. 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. La provisión de los cuidados en salud debe estar enfocada a acciones de prevención, promoción y atención de daños, los cuales son brindados tanto por el personal de salud, como por la misma usuaria y su entorno próximo (familia y territorio)

2.6.1 Primera demora:

“Promover el reconocimiento de los signos de peligro. Esta primera demora constituye la falta de reconocimiento de los signos de peligro puesto que la mujer embarazada, parturienta o puérpera y su núcleo familiar, generalmente no identifican los signos de peligro que amenazan la vida de la mujer y del niño”³². En las que es importante las siguientes Intervenciones

- Conocer y aplicar las guías de educación sobre signos de peligro a nivel 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 la Maternidad Saludable y el uso de la Información, Comunicación y Educación y establecer planes de comunicación que permitan orientarla organización comunitaria e ir fortaleciendo la maternidad saludable.

2.6.2 Segunda demora:

Apoyar la toma de decisión para la búsqueda de atención. Luego de reconocida la

³² Kestler, Edgar. Donde 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. Guatemala agosto 2012

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. 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 decisiones 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.

El 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.

Tercera demora: Acceso a una atención oportuna.

Luego de identificar los signos de peligro durante el embarazo, parto, o post-parto, y de tomar las decisiones 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 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 considerar 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), y elaborar los planes de emergencia.
- Desarrollo de servicios con capacidad resolutiva priorizados y en las comunidades.

- Mujeres, familias y comunidad deben planificar desde el embarazo
- A dónde acudir, como trasladarse, quien 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.

2.6.3 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 y buenas actitudes (Competencia técnica), en un ambiente agradable. Las causas clínicas que provocan la mayor parte de muertes maternas son: Hemorragia, Sepsis, Hipertensión inducida por el embarazo y abortos, por lo que las acciones del personal deben dirigirse a la resolución de las mismas con competencia técnicas y 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 pos- parto y una detección temprana de signos de peligro. Propiciar el cumplimiento de la referencia oportuna.
- “Mantener actualizada a la comadrona en la aplicación de las intervenciones en las cuatro demoras y monitorear la atención que provee, con énfasis en el período de post-parto por ser el período de más riesgo transporte, y servicios de salud muy lejanos. En la medida que dichas intervenciones se realicen se mejorará la calidad de los servicios y la aceptación de los mismos. 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”.³³

2.7 Teoría Sobre Enfermería de los Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger.

En su opinión Madeleine Leininger una teoría de Enfermería debe tener en cuenta el descubrimiento creativo de los individuos, las familias y los grupos, con sus prácticas asistenciales, valores, expresiones, creencias y acciones basadas en sus estilos de vida y

³³ Ministerio de salud Pública Asistencia Social Manual para la intervención corta en la capacitación a Comadronas Tradicionales.Guatemala.2006.pp.11,12 y 13

su cultura, para procurar una asistencia de enfermería eficaz, satisfactoria y coherente desde el punto de vista cultural. Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, que se basa en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La finalidad de la teoría de la enfermería transcultural consiste en descubrir los puntos de vista endémicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales. La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de los pacientes. Una de las razones principales de los estudios de la teoría de los cuidados transculturales es explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural, así también el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirven como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas.

2.8 La Comadrona y el Plan de Emergencia Familiar

El plan de emergencia familiar se lleva a cabo para prevenir junto con la comadrona, la pareja y la familia las posibles situaciones que se pueden presentar y qué se puede hacer durante el embarazo, parto, post-parto y al recién nacido.³⁴

Este plan lo deben de conocer la comadrona y los miembros de la familia, para saber qué va hacer la familia si se presentaran señales de peligro en cualquier momento de los mencionados anteriormente. Se debe de ir planificando en forma sencilla y oportuna este plan de emergencia familiar, realizando preguntas a la madre y a la familia:

Las preguntas a plantear:

- Donde va a nacer su niño. (Casa, centro de salud, hospital)
- Cuánto dinero va a necesitar.
- Quién va a recibir al niño (Comadrona, médico)
- Quién la acompañará si tiene señales de peligro (Esposo, suegra, hermana, otros)

³⁴ Chávez Mazariegos, Mayra Judith. Conocimientos que poseen las comadronas tradicionales que realiza ron pasantías en el centro de atención permanente del municipio de Chahal, del departamento de Alta Verapaz, sobre los signos y señales de peligro durante el puerperio". Cobán, Alta Verapaz abril 2012. Pág. 51

- Qué medio va a utilizarse para transportarse (carro, camioneta, ambulancia, otros)
- Quién va a cuidar de sus hijos y la casa (Mamá, hermanos, vecinos)
- Ha tenido comunicación con los líderes de la comunidad para que le brinden apoyo.
- Ha preparado la ropa para el bebé que va a nacer.

Otros aspectos que considere son necesarios incluir.

A la madre se le debe explicar que es bueno prepararse para cualquier problema durante el embarazo junto con su familia y ellos decidirán qué hacer para contribuir a la salud materna infantil de su familia.

2.9 La Comadrona y el Plan de Emergencia Comunitario

El plan de emergencia comunitario es la planificación que se hace con la comunidad con la participación de todos los grupos organizados, comadronas tradicionales, comisión de salud, promotores, equipo básico institucional, que existan dentro de una comunidad. Tomando como base el diagnóstico y análisis de sus problemas en salud para la toma de decisiones, con énfasis en el proceso de embarazo utilizando el plan para cualquier emergencia que pone en peligro la vida de la madre y el niño y tomar en cuenta los siguientes pasos:

Paso 1. Organización para la acción comunitaria: Se debe investigar si existe un comité de salud dentro de la comunidad, si ya existe iniciar contactos y compromisos con autoridades, grupos locales, personal de salud, grupos organizados, grupos de mujeres, comadronas y los hombres de la comunidad.

Paso 2. Promoviendo el diálogo comunitario: “Reconociendo los problemas y buscando soluciones”. Es importante tener la información actualizada de la sala situacional de la comunidad, conociendo cuántas embarazadas se atendieron el año anterior y cuántas se complicaron, cuántas murieron y cuál fue la causa, qué se puede hacer para evitar que sigan muriendo, las mujeres, los niños y las niñas, y si existe un plan de emergencia para apoyarles y qué contiene dicho plan.

Paso 3. Planificando todos/as junto/as: El plan comunitario debe definirse conjuntamente, el cual servirá para salvar la vida a la madre-niño o personas que estén en peligro. En esta planificación lo más importante es saber y tomar en cuenta:

A dónde ir, cuánto dinero se tiene listo, quién la acompañará y cómo se va a trasladar.

Buscar al comité de la comunidad para que ayude en caso de emergencia. Quién cuidará de la casa y los otros hijos

Paso 4. Acción y promoción colectiva. Poniendo en marcha y dando a conocer el plan de emergencia. La comunidad organizada es la responsable de darlo a conocer por medio de reuniones con grupos, anunciarlo por alto parlante, actos religiosos y culturales, mensajes por la radio, ubicar carteles en puntos clave de la comunidad, etc., usando los medios de comunicación al alcance.

Paso 5. Monitoreo y evaluación participativa. Conocer los logros, con base a los resultados, si es necesario, volver a planificar.

“Los aspectos que se deben conocer después de implementado el plan son:

- Cuántas personas fueron beneficiadas.
- Qué favoreció para que el plan funcionara.
- Qué aspectos se deben mejorar.
- Obstáculos encontrados.
- Otros que sean importantes para ver el beneficio logrado con el plan”.³⁵

³⁵ Ministerio de salud Pública Asistencia Social Manual para la intervención corta en la capacitación a Comadronas Tradicionales.Guatemala.2006.pp.11,12 y 13

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Describir las competencias que tienen las comadronas tradicionales en relación a los signos y señales de peligro durante el embarazo de la jurisdicción de la Nueva Esperanza.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las competencias que poseen las comadronas tradicionales en relación a los signos y señales de peligro durante el embarazo.
2. Determinar si las comadronas tradicionales activan el plan de emergencia comunitario cuando detectan señales o signos de peligro durante el embarazo.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, porque examina la realidad actual, permite describir las competencias que tiene el grupo de Comadronas Tradicionales, que se capacitan cada mes por la Institución de la Jurisdicción La Nueva Esperanza del departamento de Alta Verapaz, sobre los signos y señales de peligro durante el embarazo. Se clasifica como de corte transversal, por que se realizó en un período de tiempo determinado, las variables midieron una vez al grupo de estudio; se clasificó como abordaje cuantitativo porque los datos que se obtuvieron y se procesaron con cantidades continuas, con métodos estadísticos que facilitaron su análisis.

4.2 Población

La población sujeto de estudio estuvo formado por 28 Comadronas Tradicionales que son capacitadas mensualmente en la Jurisdicción la Nueva Esperanza del municipio de Cobán, departamento de Alta Verapaz, de enero 2,013, que accedan a ser partícipes de la investigación, de etnia Q'eqchi' o castellana, que hablen el idioma Q'eqchi' o idioma castellano.

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Para el estudio se tomó el 100% de las Comadronas tradicionales de la jurisdicción la Nueva Esperanza del municipio de Cobán Alta Verapaz que se realizó en los centros de convergencia de la jurisdicción durante el mes de Enero del año 2013.

4.4 Unidad de análisis

Se tomó como unidad de análisis a las comadronas tradicionales que se encuentran registradas en la base de datos de la Jurisdicción La Nueva Esperanza, del distrito municipal de Cobán, Alta Verapaz, durante el mes de enero del año 2013.

4.5 Criterios de inclusión

Comadronas tradicionales que son capacitadas mensualmente en la Jurisdicción la Nueva Esperanza , municipio de Cobán, del departamento de Alta Verapaz

4.6 criterios de exclusión

Comadronas inactivas en las capacitaciones mensuales que son programadas en la jurisdicción y que no pertenezcan a la jurisdicción

4.7 Variable estudiada

Competencias que posee el grupo de Comadronas Tradicionales que son capacitadas mensualmente en la Jurisdicción la Nueva Esperanza del municipio de Cobán del departamento de Alta Verapaz, sobre los signos y señales de peligro durante el embarazo

4.8 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Items
Competencias que tienen las comadronas tradicionales en relación a los signos y señales de peligro durante el embarazo.	Competencias y experiencia de las comadronas tradicionales a los signos y señales de peligro durante el embarazo que en algunas ocasiones son causas de muerte materna que ha venido afectando de generación en generación.	Signos y señales de peligro	1-2-3-4
		Referencia oportuna	5
		Plan de Emergencia Familiar y Comunitario	6-7-8-9
		Embarazo	10-11
		Capacitación	12

4.9 Instrumento utilizado para la recolección de la información

Se utilizó como instrumento de recolección de información un cuestionario de 12 ítems de selección múltiple, previamente validado en el estudio de piloto, y reformadas algunas preguntas que no eran de fácil comprensión por las comadronas. Se brindó ayuda en casos especiales de comadronas que no saben leer y escribir.

4.10 Descripción detallada de las técnicas y procedimientos e instrumentos a utilizar para la recolección de datos

Para obtener los resultados del estudio se elaboró un cuestionario tipo entrevista/personal estructurado basado en la variable que se estudió, el cual contenía 12 preguntas de respuesta cerrada, abierta y mixta, se aplicó a las comadronas tradicionales de los centros de convergencia de la Jurisdicción.

La Operacionalización de campo se llevó a cabo en la Jurisdicción la Nueva Esperanza, Alta Verapaz en el mes de febrero del año 2014 los datos se vaciaron en cuadros manualmente y luego en programa de Excel donde se tabularon y se presentaron por medio de cuadros estadísticos, luego se analizaron los resultados con base teórica para la elaboración de conclusiones y recomendaciones de acuerdo al informe.

4.11 Plan de datos

Los datos que se recolectaron en el cuestionario fueron sometidos a análisis estadístico de acuerdo al orden y frecuencia en que presenten luego se ordenaron y tabularon los datos que se obtuvieron, se procedió a elaborar los cuadros estadísticos lo que facilitó el análisis y objetivaron los resultados del estudio, posteriormente se realizaron las conclusiones y recomendaciones.

4.12 Aspectos éticos de la investigación

4.12.1 Permiso Institucional

Antes de iniciar la recolección de información se realizaron los trámites respectivos para obtener el permiso de la institución.

Se les informó a los sujetos de estudio sobre el propósito y los beneficios, el derecho a la confidencialidad y abandonar el estudio si así lo quisieran.

4.12.2 Consentimiento Informado

Se les informó a todos los sujetos de estudio sobre los objetivos de la investigación en qué consistirá su participación, en su idioma y así como su importancia de su colaboración y libertad de expresión y posteriormente se les solicitó la firma del consentimiento informado.

4.12.3 Anonimato y Confidencialidad

Se informó a los sujetos de estudio que sus nombres no serían revelados en ningún momento y que la información se utilizaría únicamente para fines de investigación para contribuir al mejoramiento de los conocimientos en relación a los signos y señales de peligro durante el embarazo.

4.12.4 Beneficencia

Seguir este principio significa ayudar al prójimo a obtener lo que es conveniente.

V. RESULTADOS

Tabla No. 1

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
1.	Las señales de peligro durante el embarazo son:	a. Hemorragia vaginal, dolor de cabeza, fiebre, le cuesta respirar, dolor en la boca del estómago, vómito	21	84
		b. Enfermedad péptica, visión borrosa.	0	0
		c. No responde	4	16
		Total	25	100

Tabla No. 2

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
2.	Como se llama al grupo organizado y se activa para el traslado de una embarazada.	a. COCODE	4	16
		b. Grupo de mujeres.	6	24
		c. Plan de emergencia comunitario	6	24
		d. No responde	9	36

Tabla No. 3

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
3.	Número de controles que debe tener la embarazada según Normas del primer Nivel de Atención.	a. Cuatro controles	5	20
		b. Tres controles	5	20
		c. Un control	15	60
		d. No sabe	0	0

Tabla No. 4

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
4.	Planificación que se realiza durante la consulta con la embarazada y su familia.	a. Plan de emergencia Familiar y Comunitario	17	68
		b. Organización	1	4
		c. No responde	7	28

Tabla No. 5

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
5.	Si una embarazada presenta hemorragia vaginal que debe de hacer.	a. Dejarla en su hogar	0	0
		b. Llevarla al hospital o servicio de Salud cercano	25	100
		c. Buscar a un curandero	0	0
		d. No responde	0	0
		Total	25	100

Tabla No. 6

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
6.	Las cuatro Demoras se clasifican de la siguiente manera.	a. Reconocimiento del problema, tomo de decisión, vía de acceso y atención oportuna en un servicio de salud.	14	56
		b. Activar plan de emergencia buscar ayuda con la familia	5	20
		c. No responde	6	24
		Total	25	100

Tabla No. 7

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
7.	Cuando una embarazada presenta fatiga, visión borrosa, mira luces, dolor en la boca del estómago, dolor de cabeza y le cuesta respirarse debe a:	a. Presión alta	20	80
		b. Infección Urinaria	0	0
		c. No hay peligro	0	0
		d. No responde	5	20
		Total	25	100

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Durante la evaluación de competencias de las comadronas tradicionales en relación a los signos y señales de peligro durante el embarazo, se realizó con 28 Comadronas Tradicionales que representan el 100% de la jurisdicción La Nueva Esperanza que atienden a una población de 18,056 habitantes. Al comparar los resultados de esta investigación con otros estudios, podemos afirmar que no hay ninguna similitud con el realizado por Astrid Mariam Barrientos Girón, Alejandra María Solares, Cindy Yesenia Reynoso Reynoso, Rosa María Kopp Barrios, Melissa Estrada Martínez, et. ya que el enfoque que tuvo este estudio fue relacionado a conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal, donde se concluye que las comadronas capacitadas por el MSPAS del departamento de Quiché, presentaron un bajo nivel de conocimiento sobre señales de peligro de mortalidad perinatal.³⁶

Sin embargo esta investigación trata sobre competencias de las comadronas tradicionales en relación a signos y señales de peligro durante el embarazo.

A las 28 Comadronas Tradicionales se les realizó una entrevista durante el mes de octubre del año 2013 , para el análisis de los resultados del estudio se tomó en cuenta el modelo de Madeline Leininger el cual tiene como propósito tener en cuenta el descubrimiento creativo de los individuos, las familias y los grupos, con sus prácticas asistenciales, valores, expresiones, creencias y acciones basadas en sus estilos de vida y su cultura, para procurar que la asistencia de la comadrona tradicional sea eficaz, satisfactoria y coherente desde el punto de vista cultural.

Los resultados del estudio evidenciaron que el 84% de comadronas desconocen los signos y señales de peligro durante el embarazo ya que ellas consideran que solo hemorragia vaginal, dolor de cabeza y fiebre son signos y señales de peligro ignorando el resto de éstos.

³⁶ Astrid Mariam Barrientos Girón, Alejandra María Solares, Cindy Yesenia Reynoso Reynoso, Rosa María Kopp Barrios, Melissa Estrada Martínez, Celso Andreelly Godoy Hurtado y Rosa Victoria Luna del Cid previo a obtener el título de médico y cirujano con la investigación: Cconocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal por el MSPAS del departamento de Quiché.

Un 76% de las comadronas aun no conocen al grupo organizado que existe en su comunidad (plan de emergencia comunitario) para una emergencia obstétrica, siendo una gran debilidad para el traslado y referencia oportuna de una embarazada de alto riesgo ya que este grupo está capacitado de actuar apropiadamente ante una emergencia dentro de su comunidad.

Las comadronas tradicionales tienen mínimo conocimiento sobre el número de controles que debe realizarse la embarazada según lineamientos de las Normas de Atención del Primer Nivel de Atención ya que ellas definen que la frecuencia de control es mensual y otra parte considera que la embarazada debe tener al menos tres controles durante su periodo de gestación. El propósito del conocimiento de las comadronas sobre la frecuencia correcta del control prenatal es para la detección temprana de signos y señales de peligro mediante exámenes de laboratorio en cada trimestre, una adecuada anamnesis y el examen físico céfalo caudal para disminuir la morbilidad materna en nuestras comunidades y evitar la desintegración familiar en nuestro medio. Se considera oportuno reforzar los intervalos del control prenatal según Normas de Atención en capacitaciones mensuales dirigido a las comadronas tradicionales haciendo uso de la metodología andragógica mediante material didáctico en el idioma materno para una mayor comprensión de los temas.

Es de suma importancia que la Comadrona Tradicional participe en las jornadas de control prenatal que se realiza en los centros de convergencia fortalecidos para que ella pueda interactuar en las acciones realizadas con la embarazada, que identifique la prioridad del plan de emergencia familiar así también los pasos que se debe de seguir durante la detección de signos y señales de peligro ya que solamente el 68% conocen los pasos de este plan. Se considera que el plan de emergencia familiar una herramienta útil para la embarazada y su familia. Se sugiere seguir fortaleciendo a las comadronas tradicionales en cuanto a la elaboración del plan de emergencia familiar.

Los datos obtenidos reflejan que un 56% de las Comadronas Tradicionales conocen las cuatro demoras y el proceso de actuar inmediatamente ante la presencia de un

signo y señal de peligro durante la gestación, tomarían decisiones adecuadas y oportunas para una referencia que surgiera en la comunidad de la Jurisdicción La Nueva Esperanza mientras que un 44 % aun desconocen las cuatro demoras.

6.1 Resultados de intervención

- 6.1.1 Implementación de proyecto dirigido Comadronas Tradicionales Activas que cubren diez comunidades de la Jurisdicción La Nueva Esperanza que apoyan en el control prenatal mediante referencia a los centros de convergencia y por visitas domiciliarias. La población beneficiaria directa se refiere a 28 comadronas tradicionales de la jurisdicción que recibirán los resultados del proyecto. El proyecto abarcará todas las comunidades de la jurisdicción en el municipio de Cobán, departamento de Alta Verapaz.
- 6.1.2 El proyecto a ejecutar es la Implementación de material didáctico dirigido a las comadronas sobre signos y señales de peligro durante el embarazo, plan de emergencia familiar y comunitario, integración de la comisión de salud plasmado en mantas vinílicas en idioma materno Q'eqchi'. Una de las ventajas del material didáctico es que es viable y sostenible ya que los recursos a necesitar son factibles tomando en cuenta el menor costo del material y el mantenimiento.
- 6.1.3 La gestión con otras instituciones públicas y privadas para el apoyo de las acciones a ejecutarse tales como Escuela Nacional de Enfermería de Cobán y el Proyecto de Procomida-Mercy Corp contribuirán de gran manera al alcance de las metas y objetivos.

6.2 Conclusiones

- 6.2.1** De acuerdo con los resultados obtenidos las comadronas tradicionales no identifican los signos y señales de peligro durante el embarazo, en su mayoría mencionan el dolor de cabeza, fiebre y sangrado vaginal consideran estas únicamente como signos y señales de peligro en la gestante. Un menor porcentaje si detecta los signos y señales de peligro durante el embarazo estas comadronas son competentes permitiendo actuar con seguridad al momento que se presente una emergencia obstétrica realizarían la referencia oportunamente dentro de su comunidad.
- 6.2.2** Las participantes no conocen al grupo organizado dentro de su comunidad y por lo tanto no acudirían a ellos para el traslado de una embarazada complicada dentro de su comunidad. Es importante recalcar en cada capacitación la importancia de la comisión de salud dentro de una comunidad para las emergencias obstétricas; se sugiere realizar y llevar a cabo una planificación para la activación del traslado de una emergencia a un nivel de atención con mayor resolución mediante una comunicación eficaz de la comadrona hacia la comisión de salud.
- 6.2.3** Las comadronas tradicionales desconocen el número de controles que debe de tener la embarazada según Normas del Primer Nivel de atención, se considera oportuno cumplir con estos lineamientos ya que cada trimestre de embarazo tiene sus propios cambios y presenta distintos signos y señales de peligro. Las Normas del Primer Nivel de Atención hace énfasis en la importancia de los exámenes de laboratorio que debe realizarse la embarazada en cada trimestre así también la suplementación con micronutrientes y la ganancia de peso durante el proceso de gestación.
- 6.2.4** Las personas encuestadas no clasifican las cuatro demoras en la que puede suscitar una muerte materna, sin embargo al analizar una muerte materna las

demoras nos sirve para mejorar una referencia obstétrica al segundo o tercer nivel de atención para una pronta resolución. Dentro de las comunidades es muy importante recalcar en la comadrona la importancia e identificación de las cuatro demoras en que suscita una muerte de una embarazada y que acciones podrían implementarse dentro del plan de emergencia comunitario.

6.3 Recomendaciones

- 6.3.1 Que el Equipo Básico Institucional continúe reforzando las capacitaciones que se desarrolla con las comadronas tradicionales de la jurisdicción La Nueva Esperanza haciendo uso de material didáctico en el idioma natal de ellas para un mayor aprendizaje y asimilación de contenidos.
- 6.3.2 Fomentar en las comadronas tradicionales la elaboración de planes de emergencia familiar durante las consultas realizadas en los centros de convergencia y dar seguimiento mediante visitas domiciliarias para verificar la activación que debe seguir la embarazada y su familia.
- 6.3.3 Implementar material audiovisual para las comadronas tradicionales en los centros de convergencia fortalecidos en su idioma local en relación al número de controles que debe de tener la embarazada, identificación las cuatro demoras, signos y señales de peligro, plan de emergencia familiar y comunitaria según lineamientos de las Normas del Primer Nivel de Atención.
- 6.3.4 Contar con un programa educativo dirigido a las comadronas tradicionales de la jurisdicción La Nueva Esperanza en el idioma local y actualizarlo constantemente de acuerdo a necesidades del servicio.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. A.MarrineryMartaRaileAlligood.Modelosyteoríasdeenfermería.Barcelona:Harcourt Brace: Cuartaedición.1999.
2. Astrid Mariam Barrientos Girón, Alejandra María Solares, Cindy Yesenia Reynoso Reynoso, Rosa María Kopp Barrios, Melissa Estrada Martínez, Celso Andreelly Godoy Hurtado y Rosa Victoria Luna del Cid previo a obtener el título de médico y cirujano con la investigación: Cconocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal por el MSPAS del departamento de Quiché.
3. BERKOV, Robert FLETCHER J. Andrew, Manual Merck, España, Tesis. S.A. Novena Edición, 1,994, Página 900
4. Congreso de la República de Guatemala. Ley para la Maternidad Saludable. Decreto 32, 2010- Guatemala: sn. 2010
5. Chávez Mazariegos, Mayra Judith. Conocimientos que poseen las comadronas tradicionales que realiza ron pasantías en el centro de atención permanente del municipio de Chahal, del departamento de Alta Verapaz, sobre los signos y señales de peligro durante el puerperio". Cobán, Alta Verapaz abril 2012.
6. Estrategia de AIEPI AIMN-C. Componente comunitario. Manejo Integrado de la mujer y del recién nacido/a. 2014
7. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000895.htm>. Consultado el 21/11/2013.
8. <http://www.uax.es/fileadmin/templates/webuax/docs/CompetenciasEnfermeria.pdf>
9. http://es.wikipedia.org/wiki/Ruptura_prematura_de_membrana
10. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000605.htm>
11. <http://es.wikipedia.org/wiki/Fiebre>. Consultado el 15/11/2013

12. http://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_prenatal. Consultado el 16/11/2013
13. Kestler, Edgar. Donde 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. Guatemala agosto 2012
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual para la intervención corta en la capacitación a comadronas tradicionales.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Ley para la maternidad saludable y su reglamento. Guatemala, septiembre 2012.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004–2008. Guatemala. pp. 7 y 8
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual para la intervención corta en la capacitación a Comadronas Tradicionales. Guatemala. 2006. pp. 11, 12 y 13
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Universidad San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Manual de Enfermería Materno Neonatal. Segunda edición. Guatemala 2011.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de regulación de los programas de atención a las personas/DRPAP. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel. Guatemala, Guatemala. Pág. 13-14
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Manual de “Código Rojo” para el manejo de la hemorragia obstétrica. Primera edición. Guatemala 2013.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz. Plan de Emergencia Familiar. Guatemala.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Vigilancia de la Embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificación de las muertes maternas. Segunda edición. Guatemala 2013.

23. P. Putney y Barry Smith La. Lacapacitación y práctica de las Comadronas Tradicionales En Guatemala. Guatemala, febrero de 1989. pp. 3
24. Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 02
25. UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2013. New York, USA: UNICEF; 2013.
26. [www. dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200022](http://www.dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200022). Consultado el 20/12/2013

VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO: Competencias de las Comadronas Tradicionales sobre las señales de peligro en el embarazo, con el objetivo de describir los conocimientos que poseen las Comadronas Tradicionales en la jurisdicción de la Nueva Esperanza del municipio de Cobán del Departamento de Alta Verapaz

Estudiante de Maestría Materno Neonatal: Estela Marina Coy Sagüi

Carnet No. 2008-19-696

La participación en el estudio es voluntaria y les ocupará una hora aproximadamente. Puede abandonar el estudio cuando lo desee y su trabajo no se verá afectado en lo absoluto.

La información del estudio será recopilada y procesada de manera segura por la responsable de la investigación y no será compartida con nadie sin su previa autorización. No se publicaran nombres durante ni después del estudio.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

Firma del sujeto de la investigación

Fecha

He explicado el estudio a la persona arriba firmante y confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma de la responsable de la investigación

Fecha

Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Posgrados

Edad: _____
Años de ejercer: _____

Estudio de Tesis: **Competencias de las Comadronas Tradicionales sobre las señales de peligro en el embarazo, con el objetivo de describir los conocimientos que poseen las Comadronas Tradicionales en la jurisdicción de la Nueva Esperanza del municipio de Cobán del Departamento de Alta Verapaz**

Objetivo: Describir las competencias de las Comadronas Tradicionales sobre las señales de peligro en el embarazo, con el objetivo de describir los conocimientos que poseen las Comadronas Tradicionales en la jurisdicción de la Nueva Esperanza del municipio de Cobán del Departamento de Alta Verapaz

Estudiante: Licenciada en Enfermería Estela Marina Coy Sagui
Carne: 200819696

CUESTIONARIO

Este instrumento está diseñado para recolectar información en el personal de Enfermería que labora que las tres jurisdicciones de la Prestadora de Servicios de Salud Fedecovera sobre las competencias que poseen en el Control Prenatal, ésta es una investigación académica que se desarrolla previo a obtener el grado de Maestra en Enfermería Materno Neonatal, todos los datos serán manejados con confidencialidad, no se compartirá la información sin previa autorización, ninguna otra persona tendrá acceso a esta información, durante el proceso de recolección de datos usted será tratado/a con respeto, se mantendrá su individualidad e intimidad. Por lo que solicito su colaboración a efecto de responder el presente cuestionario, de antemano agradezco su colaboración.

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de preguntas, responda según crea conveniente, de acuerdo a los conocimientos y su experiencia en la comunidad.

1. Mencione cuales son las señales y signo de peligro durante el embarazo:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

2. ¿Cuándo una embarazada presenta fatiga, visión borrosa, mira luces, dolor en la boca del estomago, dolor de cabeza y le cuesta respirar se debe a:

- a. Presión alta
- b. Infeccion urinaria
- c. No hay peligro
- d. No responde

3. Conoce usted las cuatro demoras en que puede morir una embarazada, menciónelas.

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

4. ¿En qué demora se clasifica la muerte en una señora embarazada dentro de su comunidad al presentar hemorragia vaginal y ella no acude a ningún servicio de Salud para su atención?

- a. Primera demora
- b. Segunda demora
- c. Tercera demora
- d. Cuarta demora

5. ¿Si una embarazada presenta hemorragia vaginal que debe de hacer? solo subraye la respuesta correcta.

- a. Dejarla en su hogar
- b. Buscar ayuda
- c. Llevarla a un hospital o al servicio más cercano.

6. ¿En su comunidad hay un grupo organizado que se activa para el traslado de una embarazada a un hospital el cual se llama se le llama?

- a. COCODES
- b. Grupo de mujeres
- c. Plan de emergencia comunitario
- d. No responde

7. La ficha del plan de Emergencia lo compone de una serie de pasos ¿cuántos son?:
- a. 7 pasos
 - b. 5 pasos
 - c. 6 pasos
 - d. No sabe, no responde
8. Cuando una embarazada se complica dentro de su comunidad y busca ayuda ¿de quién?
- a. COCODES
 - b. Comisión de salud
 - c. Comadrona Tradicional
 - d. Ninguno
9. Cómo se llama a la planificación que se realiza conjuntamente con la embarazadas y su familia durante el control prenatal?
- a. Plan de emergencia familiar y comunitario
 - b. Organización
 - c. No responde
10. Número de controles que debe tener la embarazada según Normas del primer Nivel de Atención
- a. Cuatro controles
 - b. Tres controles
 - c. Un control
 - d. No sabe, no responde
11. El control prenatal es importante para la embarazada
- a. SI
 - b. NO

Porqué:

12. ¿Para usted la metodología que se utiliza en la capacitación mensualmente es adecuada para su formación?

- a. Sí
- b. No

Qué sugiere:

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la presente tesis, para propósitos de consulta académica; así como debe hacerse referencia correspondiente cuando se cite de forma parcial o total los contenidos de esta tesis. Sin embargo quedan reservados los derechos de 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.