

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**CONOCIMIENTO Y USO DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR EN EL EMBARAZO EN LA ALDEA
PATZITÉ.**

SANTA CATARINA IXTAHUACÁN, SOLOLÁ, GUATEMALA, OCTUBRE 2017.
TESIS DE GRADO

OSCAR LEONEL GOMERO MOSCOSO
CARNET 20632-09

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**CONOCIMIENTO Y USO DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR EN EL EMBARAZO EN LA ALDEA
PATZITÉ.**

SANTA CATARINA IXTAHUACÁN, SOLOLÁ, GUATEMALA, OCTUBRE 2017.
TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
OSCAR LEONEL GOMERO MOSCOSO

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
LIC. WILMAN ENRIQUE VENTURA RODRIGUEZ

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO
MGTR. EDGAR ENRIQUE CHAVEZ BARILLAS
LIC. ROCAEL ENRÍQUEZ CENTES



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina
Comité de Tesis

**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala 16, de Octubre de 2017

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **"CONOCIMIENTO Y USO DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR EN EL EMBARAZO EN LA ALDEA PATZITÉ. SANTA CATARINA IXTAHUACÁN, SOLOLÁ, GUATEMALA, OCTUBRE 2017."** del estudiante **Oscar Leonel Gomero Moscoso** con **carne No 2063209**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,

Dr. Wilman Enrique Ventura Rodríguez
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)

Cc/

- Archivo
- Gestor Académico de FCS

Dr. W. Enrique Ventura R.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 11,139



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante OSCAR LEONEL GOMERO MOSCOSO, Carnet 20632-09 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09949-2017 de fecha 15 de noviembre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

CONOCIMIENTO Y USO DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR EN EL EMBARAZO EN LA ALDEA PATZITÉ.

SANTA CATARINA IXTAHUACÁN, SOLOLÁ, GUATEMALA, OCTUBRE 2017.

Previo a conferírsele el título de MÉDICO Y CIRUJANO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 30 días del mes de noviembre del año 2017.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Dedicatoria

- A Dios:** Por bendecirme, guardarme y guiarme durante esta carrera y cada una de sus etapas.
- A mis padres:** Marina Moscoso y Oscar Leonel Gomero Porras, por su apoyo, dedicación, sacrificio y entrega, para permitirme lograr cada una de mis metas, por alentarme y no dejarme caer, por permitirme soñar, aconsejarme en cada paso del camino, por haber fomentado en mí el deseo de superación y anhelo de triunfar, por darme su amor y comprensión. .
- A mis hermanas:** Por su apoyo incondicional. Delmy, por su comprensión y compañía en todo momento. Nancy, por tomarse su tiempo y ayudarme en los momentos difíciles.
- A mis sobrinos:** Adrian y Emili, por darme alegrías y con su ternura darme un suspiro para continuar en el camino.
- A mi Familia:** Abuelitos, tíos, primos, ya sea aquí o desde el cielo, por encontrarse a mi lado siempre, por confiar en mis capacidades y habilidades,
- A mi esposa e hija:** Mary Lynn Greene y Solena Jade, por ser mi inspiración, por confiar en mí, por estar a mi lado y darme el aliento para seguir adelante.

Agradecimientos

A Dios: Por iluminarme en cada paso del camino y darme la vida.

A mis Padres y mi Familia: Por acompañarme en cada paso de la realización de esta tesis, y por alentarme.

A mi Asesor: Dr. Enrique Ventura, por su guía, apoyo y confianza, por ser más que un asesor, un amigo.

A mi casa de estudios

Universidad Rafael Landívar: Por ser mi alma mater y formar en mí un profesional con valores.

Al Distrito No. 10

Aldea Guineales

A la Dra Silvia Rodríguez, por permitirme llevar a cabo esta tesis en Patzité, por facilitarme la información necesaria, y por su apoyo. A los auxiliares y personal del puesto de salud de Patzité, por brindar sus conocimientos en busca de lograr mejores resultados para las comunidades.

Resumen

Antecedentes: Guatemala presenta una de las tasas de mortalidad materna más elevada a nivel latinoamericano, ubicándonos en uno de los primeros lugares de muertes maternas con una razón de mortalidad materna de 114 por cada 100,000 nacidos vivos.

Objetivo: Determinar el conocimiento y uso del plan de emergencia familiar, en mujeres en edad fértil, embarazadas y hombres

Diseño: Estudio transversal, descriptivo, observacional.

Lugar: Distrito No. 10 aldea Patzité , Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá.

Metodología Estadística: Se realizó la estimación de frecuencias o porcentajes de los indicadores correspondientes, se calculó intervalos de confianza al 95%, con el software EPI INFO versión 6.04d se construyeron los indicadores y se obtuvo la estadística descriptiva

Resultados: El 71.4% de las mujeres afirmaron conocer el plan de emergencia familiar, Con relación al uso del plan de emergencia familiar, afirman tenerlo con el 86.3%, de este el 62.7% se considera como un buen plan, el 85.7% de las mujeres buscarían en primera instancia a la comadrona.

Conclusiones: El 81.6% de las mujeres entrevistadas tienen un buen conocimiento de signos de peligro. Los hombres tienen poco conocimiento de los signos de peligro y del plan de emergencia familiar con el 40.0%,. Las comadronas son claves en la atención materna, siendo las primeras personas a las que acuden en el caso de atención y complicaciones, generando así la oportunidad de trabajar en paralelo con los servicios de salud, para la activación del plan de emergencia familiar en el embarazo, parto o puerperio.

Palabras claves: Mujeres en edad fértil, plan de emergencia familiar, signos de peligro.

ÍNDICE

Contenido	Página
1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico.....	2
2.1. Plan de emergencia familiar en el embarazo	3
2.1.1. ¿A qué lugar se debe ir?.....	3
2.1.2. ¿Cómo ir y como regresar?	5
2.1.3. ¿Cuánto dinero se tiene disponible o ahorrado?	5
2.1.4. ¿Cómo ayuda la comisión de salud?.....	5
2.1.5. ¿Quién es el acompañante?	6
2.1.6. ¿Quién cuida mis hijos?.....	6
2.1.7. ¿Qué se debe de llevar?.....	6
2.1.8. ¿Quién es el responsable?.....	6
2.1.9. Imágenes del Rotafolio Educativo y Trifoliar del Plan de Emergencia Familiar.....	7
2.1.10. Reconociendo las Señales de Peligro	7
2.2. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal basados en el método de las cuatro demoras.....	8
2.3. Programas del Modelo Incluyente en Salud (MIS).....	9
2.4. Acciones Preventivas en el Embarazo.....	9
2.4.1. Identificar los Signos de Peligro en el Embarazo:	10
2.4.2. Signos y Síntomas de Peligro en el Embarazo	11
2.5. Oriente a la embarazada sobre preparar su plan de emergencia familiar	11
2.6. Posición Del Parto Culturalmente Adaptado y el derecho a la salud.....	12
2.7. Acciones Preventivas en el Parto	13
2.7.1. Asegure que hay privacidad durante la atención del parto.	13
• Ambiente limpio y seguro.....	13
2.7.2. Atención calificada del parto.	13
2.7.3. Refiera a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva.....	14
2.7.4. Manejo activo del tercer periodo, en cada parto por proveedor adiestrado	14
2.8. Manejo básico de emergencias obstétricas	15

2.8.1.	Hemorragia vaginal sin shock hipovolémico en la embarazada.....	15
2.8.2.	Hemorragia vaginal con shock hipovolémico en la embarazada.	15
2.8.3.	Hemorragia vaginal con shock hipovolémico en la puérpera.....	16
2.9.	Manejo básico de hipertensión inducida por el embarazo.....	17
2.9.1.	Preeclampsia	17
2.9.2.	Eclampsia	17
2.10.	Fiebre e Infecciones.....	18
2.11.	Infección del Tracto Urinario ITU	18
2.12.	Ruptura prematura de membranas pretérmino.	19
2.13.	Participación y movilización comunitaria	19
2.13.1.	Movilización comunitaria	19
2.13.2.	Fondo de emergencia comunitario	19
2.13.3.	Recaudación de fondos de emergencia	19
2.13.4.	¿Cómo promocionar la recaudación de fondos?.....	20
2.13.5.	¿Cuál es el fin del fondo de emergencia?	20
2.13.6.	Manejo adecuado del fondo de emergencia	20
2.13.7.	¿Cómo atender las emergencias respecto a este fondo?	20
3.	Objetivo.....	21
4.	Metodología.....	21
4.1.	Diseño del Estudio:.....	21
4.2.	Población	21
4.3.	Diseño de Muestreo	21
4.4.	Tamaño de la muestra	21
4.5.	Instrumentos	22
4.6.	Procedimiento	22
4.7.	Instrumento de recolección de datos (ver anexo)	23
4.8.	Aspectos éticos de la investigación:.....	24
4.9.	Metodología Estadística	25
4.9.1.	Variables.....	25
5.	Resultados.....	29
6.	Asociaciones Encontradas	40
7.	Análisis y Discusión de Resultados.....	44

8. Conclusiones.....	49
9. Recomendaciones	51
10. Referencias Bibliográficas	52
11. Anexos	55

1. Introducción

El plan de emergencia familiar en el embarazo es una herramienta que nos permite saber qué hacer en caso de que se presente alguna complicación o emergencia en el periodo de gestación, parto o puerperio en nuestra casa.

En Guatemala la razón de mortalidad materna es de 114 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100,000 niños y niñas que nacen vivos (24), un alto porcentaje de estas muertes se dan en las áreas rurales de nuestro país, en zonas de acceso limitado y de bajos ingresos, lo más preocupante de esto es que la mayoría de estas muertes pudieron ser evitadas.

Debido a este suceso surge la necesidad de reducir estos datos, por lo que se ha ratificado a nivel internacional varios convenios para accionar a favor de estrategias que influyan en la reducción de las muertes maternas, por lo que se crea y se logra aprobar el punto resolutive 17-2008, el cual declara como urgencia nacional la maternidad saludable. Infundiendo presión al sector salud para la pronta vigilancia y control de este grupo, por lo que se elabora una estrategia que tiene como base el modelo de las demoras, en el cual se plantea el problema de la mortalidad materna, considerando que gran parte de la carga de problemas se originan en algunos de los puntos de dicho modelo, en donde se incluyen los elementos del plan de emergencia familiar en el embarazo, la respuesta eficiente de los proveedores de servicios de salud con adecuada y oportuna atención a las emergencias obstétricas y neonatales, con personal institucional capacitado, acceso a la planificación familiar y servicios con pertinencia cultural.

En el municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, Guatemala, se ubica la aldea llamada Patzité, esta es una comunidad rural, de difícil acceso, la cual posee una población mayoritariamente indígena, con un porcentaje de alfabetización de 59%, según datos del Sistema de Información del Modelo Incluyente en Salud (SIMIS), sin embargo esta aldea ha mantenido ausencia de mortalidad materna desde el año 2006, surgiendo así el interés de realizar este estudio, pues a pesar de cumplir con las características de una comunidad en riesgo, esta comunidad posee un envidiable dato a nivel nacional.

En el marco de lo ya antes mencionado, la investigación se realizó con una serie de entrevistas indagando cual es el conocimiento del plan de emergencia familiar en mujeres en edad fértil, embarazadas, hombres, líderes comunitarios y personal de salud, y de esta forma asociar el conocimiento de los pobladores estudiados con el éxito de la ausencia de mortalidad materna en dicha comunidad.

2. Marco Teórico

La constitución Política de la República de Guatemala reconoce que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna, velando por la misma, desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, con el fin de procurarles a los habitantes de este país, el más completo bienestar físico, mental y social, reconociendo, que la salud de los habitantes de la nación es un bien público. Sin embargo Guatemala es uno de los países a nivel latinoamericano con mayor tasa de mortalidad materna, presentando 114 fallecimientos por cada 100.000 nacimientos. Estas altas cifras pueden ser atribuidas a niveles extremadamente bajos de atención prenatal y partos formales, en especial en nuestras áreas rurales. (13)

Aproximadamente un setenta por ciento de la mortalidad materna se da entre mujeres jóvenes de origen indígena, en más de la mitad de los embarazos en estas áreas rurales los nacimientos quedan a cargo de una comadrona en lugar de un profesional de la salud. Esto sucede en su mayoría debido a que muchas familias indígenas carecen de recursos económicos para poder costearse la atención en el sector formal de la salud, entre otras, la discriminación, cultura, barreras idiomáticas y aislamiento geográfico, influyen en esta población a preferir servicios de salud tradicionales, como las comadronas.(11)

En el departamento de Sololá, 1.001 comadronas certificadas atienden el 63 por ciento de los partos, normalmente lejos de un ambiente hospitalario formal y la mayor parte de estas comadronas no poseen la capacitación y conocimientos esenciales para reconocer o asistir apropiadamente a los embarazos de riesgo o las complicaciones de estas. (11)

La comunidad de Patzité Ixtahuacán posee 2,660 habitantes, de los cuales el 46% son hombres y el 54% son mujeres. Así mismo las mujeres en edad fértil representan el 37.8% de la población total. Por otra parte es importante mencionar que los embarazos esperados para este año son 95, la distancia entre Santo Tomas La Unión Suchitepéquez hasta Patzité es de aproximadamente 13.2 km de distancia, completamente el camino es de terracería ingresando únicamente vehículos de doble tracción, y entre la ciudad de Guatemala hacia Santo Tomás la unión es una distancia de 162.1 km haciendo un total de distancia entre la ciudad de Guatemala con Patzité de 175.3 km de distancia.

2.1. Plan de emergencia familiar en el embarazo

El plan de emergencia familiar en el embarazo es una herramienta que nos permite saber qué hacer en caso de que se presente alguna complicación o emergencia en el periodo de gestación, parto o puerperio en nuestra casa.

Los elementos que incluyen este plan son:

2.1.1. ¿A qué lugar se debe ir?

- Primer Nivel de Atención en Salud

Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias, que brindan los servicios básicos de salud, como acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, para resolver los problemas de salud más frecuentes de las personas y el ambiente, para su regulación y control, y también otros problemas relacionados con la salud de la población en general, que requieren de tecnologías y recursos apropiados para resolverlos. (18)

Están dirigidos a toda la población, con especial énfasis a los grupos más postergados, entre ellos: a la mujer y a los niños y las niñas y están conformados por:

- ✓ Centro Comunitario de Salud

Establecimiento de menor complejidad de la red de servicios, que tiene bajo su área de responsabilidad una población menor de 1.500 habitantes, donde participan directamente miembros de la propia comunidad y personal del Ministerio. (18)

- ✓ Puesto de Salud

Establecimiento de mayor complejidad del primer nivel de atención que presta servicios de promoción, prevención y curación de enfermedades.

Está ubicado en aldeas, cantones, caseríos, barrios o en algunas cabeceras municipales. Cubre una población promedio de 5.000 habitantes y sirve de enlace entre la red de servicios de salud y la comunidad brindando un conjunto de servicios básicos de salud según normas, con horario de ocho horas, de lunes a viernes.(18)

- Segundo Nivel de Atención de Salud

Este nivel es en el que se desarrollan, con relación a la población y el ambiente, un conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos a solucionar los problemas de la población de cabeceras municipales y centros poblados de entre 5.000 y 20.000 habitantes, coordina y articula la prestación de servicios de salud de los establecimientos de menor categoría ubicados en su área de influencia.

Están dirigidos a personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que, por demanda espontánea y/o urgencias, acudan a los establecimientos de este nivel.(18)

Está conformado por:

- Centros de Salud Tipo B,
- Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA),
- Centros de Salud Tipo A,
- Centro de Atención Médica Permanente (CAP),
- Centro de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI),
- Clínicas Periféricas,
- Maternidades Periféricas y
- Centros de Urgencia Médicas (CUM). (18)

- Tercer Nivel Atención en Salud

Servicios de salud de alta complejidad dirigidos a la atención de las personas referidas desde los establecimientos de los niveles precedentes, así como a aquellos que acudan a de forma espontánea o por razones de urgencia.

Ofrecen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, de acuerdo a los programas y servicios desarrollados en cada establecimiento, dentro de los que se mencionan acciones de salud relacionadas con las cuatro especialidades básicas. (18)

Los establecimientos que brindan atención a este nivel son:

- ✓ Hospitales regionales.
- ✓ Hospitales nacionales.
- ✓ Hospitales especializados de referencia nacional.
- ✓ Hospital general. (18)

2.1.2. ¿Cómo ir y como regresar?

En este punto se puede mencionar la disponibilidad de un vehículo en el cual será trasladada la paciente hacia el centro asistencial previamente elegido, es necesario mencionar que el medio de transporte sea seguro y eficaz para evitar contratiempos al momento del traslado. Este punto debe consolidarse durante el inicio de embarazo, debido a que preverá en el transcurso del estado gestacional, cualquier traslado en el momento que se necesite realizar, por lo consiguiente es necesario tener en cuenta el número de teléfono de la persona que realizará el traslado con su vehículo, establecer o estimar costos del traslado, cercanía de la persona que la transportara, disponibilidad, acceso, etc.

2.1.3. ¿Cuánto dinero se tiene disponible o ahorrado?

Las emergencias, por su naturaleza, son impredecibles, Si bien no siempre pueden evitarse las emergencias, el no tener un ahorro destinado a estas situaciones, puede devastar el flujo de efectivo diario de una familia. Este quizás sea uno de los elementos que en su momento se torne un punto débil debido a la situación económica que afronta nuestro país, y es que el ahorrar en algunas familias es simplemente obviar un tiempo de comida, sin embargo crear un fondo de emergencia puede aliviar un poco la carga financiera de tener que enfrentar estos eventos inesperados. Por lo que se debe de contar con un fondo de ahorro el cual prevea cualquier circunstancia emergente que amerite su uso. Entre esto se debe de contemplar los puntos en los cuales puede ser utilizado el fondo de ahorro tal es el caso del traslado en vehículo hacia el centro asistencial, el transporte al regresar a su hogar, la estadía en el centro asistencial contemplar el gasto del acompañante, la compra de medicamentos, etc.

2.1.4. ¿Cómo ayuda la comisión de salud?

En la participación comunitaria, los miembros de la comunidad participan en los programas o en las actividades que se llevan a cabo en interés de la comunidad. La participación comunitaria implican todas las actividades que se llevan a cabo en la comunidad como ente activo, donde todos los miembros deben reconocer las prioridades, planificar y ejecutar los planes de acción.

El programa del Ministerio de Salud Pública y asistencia social, permite la instauración de comités comunitarios de salud y organizaciones sectoriales de los agentes locales (comadronas y terapistas mayas populares) la cual brinda capacitación técnica, esto permite valorar y validar las herramientas capacitando a miembros de las comunidades en su manejo que permiten a los comités y sectores organizados, analizar su situación de salud y priorizar los planes de acción.

El programa del MSPAS, articula la organización de los agentes, de los comités de salud, de otras organizaciones de base y de autoridades locales en un sistema único comunitario de salud para que en base a enfoques de riesgo y daño, atiendan un programa comunitario preventivo, curativo y rehabilitador que incluya el establecimiento de una relación efectiva de referencia y contrarreferencia con los servicios públicos de salud.

2.1.5. ¿Quién es el acompañante?

Debido a la posible inestabilidad de la embarazada, debe de ser acompañada en el mejor de los casos por su pareja o cónyuge, en el caso de brindar información, o tomar una decisión que pueda salvar la vida de la afectada, de no ser la pareja o conyugue quien la acompaña se debe de contar con la presencia de un familiar cercano (padre, madre, hermano, abuelo) mayor de edad que pueda responder o tomar una decisión ante la emergencia.

2.1.6. ¿Quién cuida mis hijos?

En el proceso de resolver la emergencia este es un punto básico que se debe de consolidar con antelación debido a la incógnita del tiempo de ausencia de la madre y padre de los que se quedan en casa para su cuidado.

2.1.7. ¿Qué se debe de llevar?

Los documentos personales DPI, Fe de edad, carne de hospital, carné de control prenatal, carné de vacunación, hoja de referencia, ficha clínica, etc. Son uno de los elementos que se debe de tener o ubicar en lugares de fácil acceso y a disposición, para que en el momento indicado o menos pensado se pueda llevar con la embarazada o afectada.

Así mismo tener un equipaje preparado con ropa de uso diario y utensilios de higiene personal.

2.1.8. ¿Quién es el responsable?

Responsabilidad proviene del término latino responsum (ser capaz de responder, corresponder con otro). La responsabilidad es el cumplimiento o cuidado al hacer o decidir algo, o bien una forma de responder, que de no ser la correcta pueda recaer sobre esa persona la decisión tomada, en este caso tomar una decisión que pueda salvar la vida de la afectada, si no es ella misma o el conyugue quien toma la decisión se debe de contar con la presencia de un familiar cercano (padre, madre, hermano, abuelo) mayor de edad que pueda responder o tomar una decisión ante la emergencia.

2.1.9. Imágenes del Rotafolio Educativo y Trifoliar del Plan de Emergencia Familiar



Obtenido de rotafolio del emergencia familiar MSPAS

2.1.10. Reconociendo las Señales de Peligro

Imágenes de Rotafolio Educativo y Trifoliar de los Signos de Peligro en Embarazadas y Puerperas



Obtenido de rotafolio del emergencia familiar MSPAS

Se utiliza un rotafolio educativo al realizar charlas preventivas a las embarazadas y mujeres en edad fértil, a las mujeres embarazadas es obligatorio educar con dicho material y posterior a esto se da un trifoliar en físico a cada embarazada.

2.2. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal basados en el método de las cuatro demoras

Primera Demora

Falta de conocimiento por parte de las mujeres, familias y comunidad acerca de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, pos parto y del recién nacido, evitando así la activación del plan de emergencia familiar.. (7)

Segunda Demora

No tomar la decisión de traslado o buscar ayuda, aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y ejercer la toma de decisión por sí misma, sino que debe ser decidido por su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros) evitando así actuar de manera oportuna. .(7)

Tercera Demora

Son las limitantes que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud., evitando el traslado de la madre en riesgo. (7)

Cuarta Demora

Se refiere a una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado..(7)

2.3. Programas del Modelo Incluyente en Salud (MIS)

Programa individual en salud (PIAS): Es un programa cuyo objetivo principal es avanzar en la resolución de los problemas y riesgos de salud de las personas, mediante acciones sanitarias de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación. Se realiza seguimiento a casos especiales también visitas familiares, referencias de pacientes y trabajo con grupos organizados. Este programa toma en cuenta el carácter multidimensional de cada persona, su inserción laboral, condiciones de vida y lógicas socioculturales. (16)

Programa familiar en salud (PFAS): Programa enfocado en tomar identificar la prioridad de salud, las necesidades de la familia, sus dinámicas y lógicas socioculturales. Se dirige a la identificación de los factores (protectores o de riesgo) que influyen en la salud de la unidad familiar. Está enfocado a la atención de las familias intentando protegerlas mediante la identificación de problemas y riesgos a nivel familiar. En este programa se visita a las familias clasificándolas dentro de cinco posibles diagnósticos familiares. Las acciones de este programa evitan que los riesgos que han sido identificados se conviertan en daños. (16)

Programa comunitario en Salud (PCOS): Programa atención a la transformación de condicionantes a nivel comunitario. Se identifican procesos sociales que comprendan intereses que puedan influir en los perfiles de morbilidad y mortalidad sociocultural, para esto se cuenta con la participación de organizaciones comunitarias, abuelas comadronas, terapeutas mayas, etc. Se pretende que la población aborde los problemas identificados mediante la gestión de diferentes proyectos. Su objetivo principal es la transformación de las determinantes-condicionantes y riesgos de salud de la población, promoviendo las potencialidades y el empoderamiento comunitario, basándose en la organización, participación y aumento de las capacidades de los grupos, redes y familias, para realizar acciones de promoción y prevención. (16)

2.4. Acciones Preventivas en el Embarazo

A nivel nacional existe un protocolo el cual instruye al personal en salud acerca del plan de atención al paciente que acude al centro o puesto de salud, podríamos mencionar que la primera acción que se toma al evaluar pacientes está basado en esta guía.

Controles prenatales

- ✓ Primero antes de las 12 semanas.
- ✓ Segundo alrededor de las 26 semanas.
- ✓ Tercero a las 32 semanas.
- ✓ Cuarto entre las 36 y 38 semanas.

Haga énfasis durante la consulta en

- ✓ Presión arterial.
- ✓ Temperatura.
- ✓ Pulso y respiración.
- ✓ Peso y talla.
- ✓ Altura uterina después del 3er. mes de embarazo, calcular edad gestacional y estimar la fecha probable de parto.
- ✓ Posición fetal de las 36 semanas en adelante.
- ✓ Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal de las 20 semanas en adelante.
- ✓ Movimientos fetales de las 18 semanas en adelante en multíparas y de las 22 semanas en adelante en primigestas.
- ✓ Aumento de peso por arriba de lo esperado.(15)

2.4.1. Identificar los Signos de Peligro en el Embarazo:

- Epigastralgia
 - Cefalea
 - Visión borrosa
 - Dificultad respiratoria
 - Palidez generalizada
 - Contracciones uterinas antes de las 36 semanas
 - Aumento de peso por arriba de lo esperado para esa edad gestacional
 - Depresión, ansiedad, violencia sexual, violencia intrafamiliar
-
- ✓ Si no tiene la capacidad resolutive para tratar a la paciente, refiera oportunamente a un nivel de mayor capacidad resolutive y dé seguimiento
 - ✓ Toda paciente adolescente de 14 años o menos debe ser referida a un servicio de salud con capacidad resolutive (15)

2.4.2. Signos y Síntomas de Peligro en el Embarazo

1er. Trimestre	2do. Trimestre	3er. Trimestre
Hemorragia vaginal Presencia de flujo vaginal (fétido, de color amarillo, verde o blanco, espeso) Molestias urinarias Fiebre Dolor tipo cólico en región pélvica	Hemorragia vaginal Cefalea Flujo vaginal Molestias urinarias Presión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior Sensación de múltiples partes fetales Salida de líquido por la vagina Disminución o ausencia de movimientos fetales Fiebre	Hemorragia vaginal Dolores tipo parto Edema de cara y manos Salida de líquido por la vagina Presión arterial alta mayor o igual de 140/90 mmHg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior. Cefalea, Trastornos visuales (se le nubla la vista, ve puntos negros o puntos de luz) Disminución o ausencia de movimientos fetales, Fiebre

2.5. Oriente a la embarazada sobre preparar su plan de emergencia familiar

- ❖ Revisar con la mujer el plan de emergencia familiar.
- ❖ Explicar las partes del plan de emergencia familiar
- ❖ Ayudar a la mujer a identificar el establecimiento a dónde ir en caso de una complicación
- ❖ Pedir a la mujer que haga el plan de emergencia junto con su esposo y/o la familia
- ❖ Importancia de sus controles durante el embarazo y en el puerperio
- ❖ Signos y señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y en él o la recién nacido(a) Parto limpio y seguro, por proveedor calificado en un ambiente adecuado, para el manejo de las complicaciones obstétricas. (15)

2.6. Posición Del Parto Culturalmente Adaptado y el derecho a la salud

La mujer puede elegir dónde y cómo dar a luz, así como la o el proveedor que esté en el servicio para su atención y la persona que la acompañará durante el proceso del parto, esto incluye el derecho a la posición más cómoda de acuerdo a su cultura. Por lo anterior las y los proveedores de atención del parto deben Informar a la mujer sobre la variedad de opciones que existen, en cuanto a la posición para resolver el parto se debe de respetar la elección de las mujeres. (15)

2.6.1. Posiciones alternativas para el parto normal y culturalmente adaptado

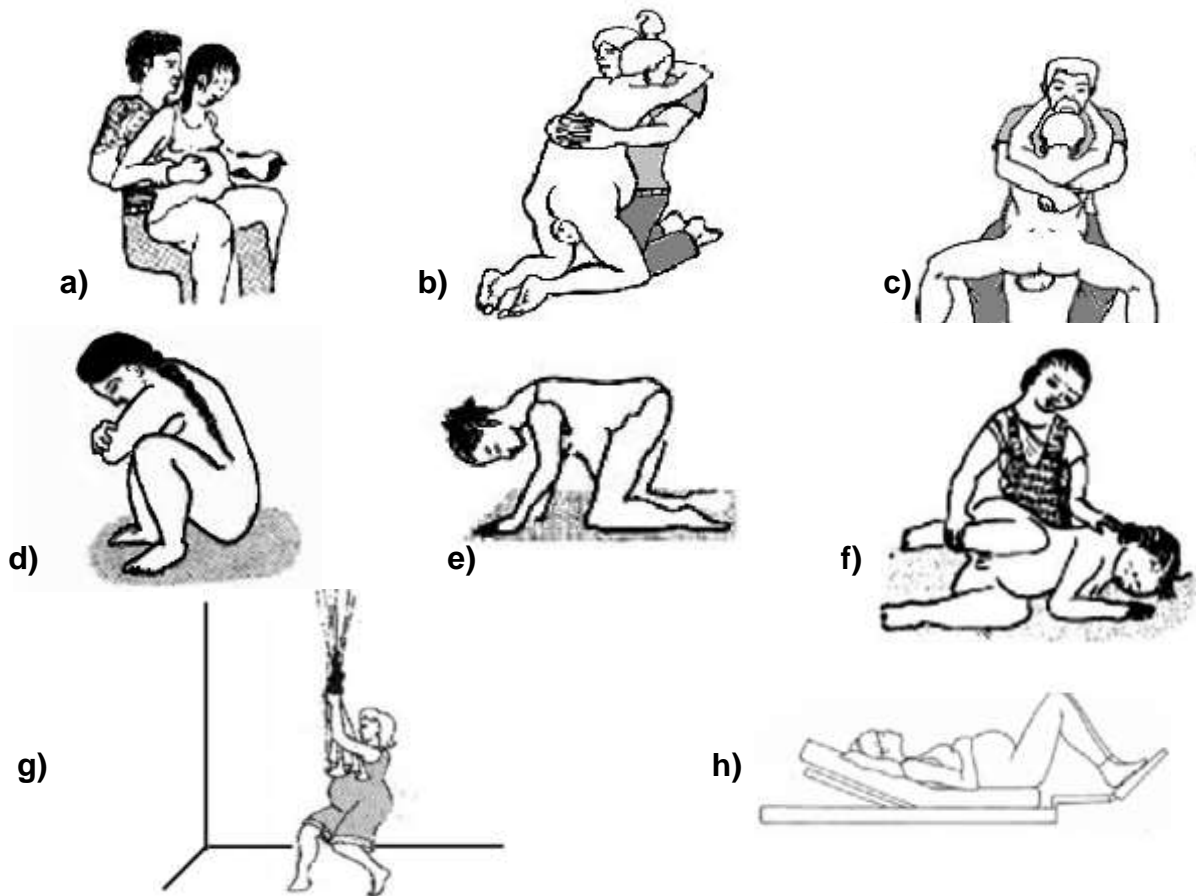


Fig 1 (a) Sentada en una silla sobre su pareja o acompañante, (b) De rodillas con apoyo de su pareja o acompañante, (c) De pie, con el apoyo de su pareja o acompañante, (d) De cuclillas, (e) De rodillas, con apoyo de sus manos, brazos y codos, (f) Recostada sobre el lado izquierdo, (g) Sostenida o con apoyo de lazos. (h) Recostada en forma dorsal, o posición de litotomía. Tomado de norma de atención MSPAS Guatemala

2.7. Acciones Preventivas en el Parto

2.7.1. Asegure que hay privacidad durante la atención del parto.

- Ambiente limpio y seguro
- Asegure disponibilidad de equipo estéril y un lugar limpio para la atención del parto.
- Mantenga a la mujer con ropa limpia así como sábanas y colchón limpios. (15)

2.7.2. Atención calificada del parto.

- ✓ Dé oportunidad a que exponga sus dudas sobre lo que va a experimentar durante el parto, para que emocionalmente esté preparada para enfrentar ese momento de manera natural, y fortalecida con la información previa.
- ✓ Motívela para que enfrente positivamente el momento del parto.
- ✓ Haga énfasis en que el nacimiento de su hija o hijo, es una oportunidad para auto realizarse como mujer y madre.
- ✓ Deje que la mujer camine si así lo quiere (respetando criterios obstétricos). Deje y/o apoye a que tome líquidos, culturalmente permitidos y que no afecten negativamente a la madre y al feto, y que estén científicamente comprobados.
- ✓ Parto atendido por proveedor o proveedora a nivel institucional (obstetra, médico/a, enfermeras, auxiliar de enfermería y comadrona calificada), con las habilidades y destrezas para:
- ✓ Utilizar el partograma adecuadamente.
- ✓ El registro gráfico del parto, debe iniciarse en la fase activa, cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación. Garantice prácticas beneficiosas para un parto limpio y seguro, en la posición que la mujer elija.
- ✓ No rasure.
- ✓ No haga enema evacuador.
- ✓ Episiotomía restringida (utilizarla en casos muy necesarios).
- ✓ Pinzar el cordón umbilical, cuando deje de latir y esté aplanado (después del nacimiento), y en caso de sufrimiento fetal, rotura o desgarro del cordón pince y corte de inmediato (pinzamiento tardío del cordón 2 a 3 min). Coloque a la o el recién nacido piel a piel sobre el abdomen de la madre.
- ✓ Maneje activamente el tercer período del parto (alumbramiento).
- ✓ Atención normal de la o el recién nacido, que incluya el apego inmediato y lactancia materna en la primera media hora de vida.
- ✓ Reconocer la aparición de complicaciones maternas y neonatales.
- ✓ Comunique a la madre el estado de la o el recién nacido, sexo, peso, longitud y hora de nacimiento.
- ✓ Anote en el libro de nacimientos. (15)

2.7.3. Refiera a un establecimiento de mayor capacidad resolutive a toda paciente con las siguientes características:

- ✓ Primigesta, si el parto no se resuelve en 12 horas.
- ✓ Multípara, si el parto no se resuelve en 8 horas.
- ✓ Si la placenta no sale 30 minutos después del parto.
- ✓ La referencia de mujeres en trabajo de parto debe ser de acuerdo a la evolución del partograma.
 - ❖ Permita la presencia de un acompañante (comadrona o familiar) que brinde apoyo emocional. (15)

2.7.4. Manejo activo del tercer periodo, en cada parto por proveedor adiestrado

1



Ponga al bebé sobre el abdomen de la madre, séquelo y evalúe si respira, si es necesario haga reanimación. Ponga al bebé piel a piel en contacto con la madre.

2



Administre uterotónico (Oxitocina 10 UI IM)* en el primer minuto del nacimiento y después de descartar la presencia de otro bebé.

3



Pince y corte el cordón después que deje de latir y este aplanado después del nacimiento.

4



Ponga al bebé sobre el pecho de la madre en contacto directo piel a piel. Cubra a la o el bebé por encima con un paño seco para evitar enfriamiento.

5



Realice tracción controlada del cordón, aplicando al mismo tiempo presión externa sobre el útero en dirección ascendente hacia la cabeza de la mujer.

6



Efectúe masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta hasta asegurar que esté contraído y cada 15 minutos durante 2 horas siguientes al parto.

Imágenes tomadas de la norma de atención MSPAS Guatemala

2.8. Manejo básico de emergencias obstétricas

2.8.1. Hemorragia vaginal sin shock hipovolémico en la embarazada

- Evalúe de manera rápida el estado general incluyendo:
- Signos vitales.
- No realice examen vaginal en la embarazada después de las 22 semanas, si el proveedor no está capacitado para ello.
- Canalice con angiocat número 16 ó 18.
- Administre solución Hartman o solución salina 1000 ml, a chorro (PRN).
- Abrigue sin acalorar.
- Acueste a la mujer sobre el lado izquierdo para facilitar la oxigenación fetal.
- No deje a la mujer desatendida, porque puede entrar en shock.
- Si sospecha peligro de shock, iniciar inmediatamente tratamiento de shock hipovolémico.
- Refiera si no tiene capacidad resolutive garantizando que la paciente sea acompañada por un proveedor de salud durante el traslado, llevando consigo los insumos básicos en caso que se presente shock.(15)

2.8.2. Hemorragia vaginal con shock hipovolémico en la embarazada.

- Evalúe de manera rápida del estado general incluyendo signos vitales.
- No realice examen vaginal en la embarazada después de las 22 semanas, si el proveedor no está capacitado para ello.
- Inicie tratamiento con solución IV Hartman o solución salina (angiocat No. 16 ó 18).
- **Por cada litro de pérdida sanguínea se reponen tres litros de solución.**
- **Forma de administración:**
- Primer litro a chorro, (15 a 20 minutos).
- Segundo y tercer litro por lo menos en la primera hora.
- El objetivo es reponer 2 a 3 veces lo perdido. Si desconoce la pérdida sanguínea, reponga líquidos hasta estabilizar signos vitales (mejora de presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg y frecuencia cardíaca menor de 110 latidos por minuto).
- Coloque sonda de foley, lleve control de excreta urinaria (mínimo 30 cc por hora).
- No dé líquidos por vía oral a la paciente.
- Abrigue sin acalorarla.
- Coloque las piernas más altas que la cabeza.

- Administre oxígeno de 6 a 8 litros por minuto, con máscara o catéter nasal.
- Al estabilizar a la paciente, refíerala a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive, acompañada de proveedor de salud.
- Asegure la recepción de la paciente, comunicándose vía telefónica o fax. (15)

2.8.3. Hemorragia vaginal con shock hipovolémico en la puérpera.

- Evalúe de manera rápida el estado general incluyendo signos vitales.
- Realice examen vaginal, para evaluar si hay restos placentarios o rasgaduras importantes y sangrantes del canal del parto.
- Evalúe formación de globo uterino.
- Inicie tratamiento con solución IV, Hartman o solución salina , (angiocat No. 16 ó 18). Por cada litro de pérdida sanguínea se reponen tres litros de solución.(15)

❖ Forma de administración de la solución intravenosa:

Primer litro a chorro, (15 a 20 minutos).

Segundo y tercer litros por lo menos en la primera hora.

El objetivo es reponer 2 a 3 veces lo perdido. Si desconoce la pérdida sanguínea, reponga líquidos hasta estabilizar signos vitales (mejora de presión arterial sistólica mayor de 90 mm/Hg y frecuencia cardíaca menor de 110 latidos por minuto).

- Administre una ampolla de Oxitócina 10 UI IM, si es necesario.
- Realice masaje uterino abdominal externo.
- Colóquele las piernas más altas que la cabeza.
- No dé líquidos por vía oral a la paciente.
- Abríguela sin acalorarla.
- Refiera inmediatamente a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive, si su servicio no cuenta con los recursos necesarios, acompañada de un proveedor de salud.
- Asegurar la recepción de la paciente, comunicándose vía telefónica. (15)

2.9. Manejo básico de hipertensión inducida por el embarazo

2.9.1. Preeclampsia

Hipertensión arterial y proteinuria (2 cruces en muestra de orina al azar) después de las 20 semanas de embarazo. Se manifiesta con cefalea, visión borrosa, dolor en boca del estómago (epigastralgia), edema de cara y manos, se clasifica como:

Moderada: Presión arterial sistólica mayor de 140 mm/Hg y diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg ó elevación de 15 mm/Hg de la presión diastólica y de 10 mm/Hg de la sistólica por encima de la presión basal. Presencia de proteinuria 2 cruces ó 1g/Lt en examen de orina de muestra al azar con tira reactiva, o 300 mg/Lt en orina de 24 horas.

Severa: Presión arterial sistólica mayor de 160 mm/Hg y diastólica mayor o igual a 110 mm/Hg ó bien hipertensión arterial sistólica igual o mayor de 140 mm/Hg y diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg, más cualquiera de estos síntomas: Dolor de cabeza severo, Dolor abdominal severo y Presencia de proteinuria 3 cruces o más de 3 gr/Lt en muestra de orina al azar, con tira reactiva, o más de 3 gr/Lt en orina de 24 horas. (15)

2.9.2. Eclampsia

Presencia de signos de preeclampsia más: Convulsiones y/o coma.

NOTA: Si se presenta hipertensión antes de las 20 semanas piense en la presencia de mola hidatidiforme, embarazo gemelar o hipertensión crónica y refiera a un servicio de mayor capacidad resolutive. (15)

Conducta/Tratamiento: Canalice con angiocat 16 ó 18 y con solución Hartman 1000 cc IV a 30 gotas por minuto. Administre lentamente en cada glúteo 5 g de Sulfato de Magnesio, al 50% con 1 ml de Lidocaína sin Epinefrina, IM profundo (dosis total de 10 g). Aspire antes de inyectar para verificar que la aguja no está en un vaso sanguíneo.

Vigile durante la administración de Sulfato de Magnesio frecuencia respiratoria y los reflejos. Si la frecuencia respiratoria es menor de 16 respiraciones por minuto o existe falta de reflejo patelar o rotuliano suspenda la administración, puede haber intoxicación aguda por este medicamento.

Coloque sonda Foley.

Refiera de inmediato a un servicio de mayor capacidad resolutive.

Especifique en la boleta de referencia dosis de medicamento, vía y hora de administración, así como signos vitales antes y después de la administración.

En caso de intoxicación aguda por sulfato de magnesio:

Administre 1 ml de Gluconato de Calcio al 10% diluido en 9 ml de solución salina o agua tridestilada, vía IV hasta que se restablezca la respiración normal.

Si existe capacidad de resolución en el servicio, además del tratamiento anterior inicie inducción del parto ó preparación para cesárea.(15)

2.10. Fiebre e Infecciones

- Fiebre (temperatura axilar mayor o igual a 38° C).
- Dificultad respiratoria .
- Salida de líquido con mal olor por la vagina (flujo, líquido amniótico).
- Coágulos o sangrado con mal olor (puerperio).
- Conducta/ tratamiento Si se identifican causas específicas, realice tratamiento según normativas.
- Refiera a un servicio de mayor capacidad resolutive, si no puede determinar la causa específica. (15)

2.11. Infección del Tracto Urinario ITU

Infección del sistema urinario que puede ser asintomática, producir cistitis y/o pielonefritis, que presenta alguno de los siguientes síntomas:

Dolor de cabeza, dolor y/o ardor al orinar, náusea. orina frecuente y escasamente, fiebre, escalofríos, dolor suprapúbico, dolor lumbar, taquicardia materna y/o fetal, malestar general, realice prueba con tira reactiva de orina. Se considera positiva si: pH mayor de 6 leucocitos + nitritos. (15)

Conducta/ tratamiento:

Amoxicilina 500 mg, vía oral, cada 8 horas, por 7 días o Cefaclor 500 mg vía oral, cada 12 horas, por 5 días.

Acetaminofén 500 mg vía oral cada 6 horas por 3 días.

Si en tres días no hay mejoría clínica refiera a un servicio de mayor capacidad resolutive y administre primera dosis de Gentamicina 80 mg IM y Ampicilina 2 gm IV o Ceftriaxona 1gm IV. Oriente a la mujer y la familia sobre el motivo e importancia de la referencia. (15)

2.12. Ruptura prematura de membranas pretérmino.

Salida de líquido amniótico por la vagina, de las 20 a las 36 semanas de gestación. Conducta/ tratamiento Refiera a un servicio con mayor capacidad resolutive, canalizando con solución mixta a 1000 cc IV a 30 gotas por minuto y administre 2 gramos de Ampicilina IV lento.(15)

2.13. Participación y movilización comunitaria

Implica la incorporación de la población, como actor social, en el análisis de las situaciones/problema que le afectan, en la consideración de opciones para enfrentarlas y en la ejecución de las acciones resultantes; es la participación entendida como cogestión.

El refuerzo del poder de los ciudadanos, hombres y mujeres para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera que influyan en las decisiones que afecten su salud y el acceso a unos servicios adecuados de salud pública.

2.13.1. Movilización comunitaria

Es la acción de provocar, promover y convocar la satisfacción de necesidades humanas sentidas colectivamente. Generalmente está ligada a procesos de autogestión y autodefensa, al fortalecimiento del nivel local, encontrando un ambiente propicio en la implementación de las políticas de descentralización o desconcentración, en donde la gestión pública estimula y apoya la Participación Social.

2.13.2. Fondo de emergencia comunitario

El fondo de emergencia comunitario sirve para apoyar principalmente a mujeres y niños con los siguientes problemas:

- Que tengan señales de peligro durante el embarazo, parto y post parto.
- Niños con señales de peligro.

El fondo de emergencia comunitario tienen como finalidad prevenir la muerte materno infantil al apoyar los planes de emergencia familiar y comunitario para referir y transportar a madres o a niños al centro de salud u hospital más cercano.

2.13.3. Recaudación de fondos de emergencia

La Comisión de Salud y demás líderes comunitarios como COCODES, comadronas, tienen la responsabilidad de recaudar dichos fondos de emergencia. Se sugiere que se realicen actividades de recaudación de fondos como rifas, actividades deportivas y otras que sean utilizadas comúnmente en la comunidad.

2.13.4. ¿Cómo promocionar la recaudación de fondos?

Desarrollar asambleas generales en las comunidades en donde participarán padres de familia y jóvenes para concientizarles e informarles acerca del propósito de los aportes económicos para dicho fondo de emergencia.

En esta recaudación quedan registrados en el libro de actas de todos los contribuyente los nombres y la cantidad de aporte económico.

2.13.5. ¿Cuál es el fin del fondo de emergencia?

El fondo de emergencia será permanente en la comunidad para que las personas tengan el apoyo económico en su comunidad para cualquier emergencia. Se les hace ver a los miembros de las comisiones de salud la forma de velar por dicho fondo.

2.13.6. Manejo adecuado del fondo de emergencia

La Comisión de Salud llevará un registro del movimiento de dinero otorgado, el cual será muy estricto, para no cambiar el objetivo de este fondo de emergencia, el cual únicamente es para atender emergencias.

Las emergencias que se priorizarán son:

- Señales de peligro en el embarazo, parto y post parto
- Niños con señales de peligro
- Otras emergencias que el COCODE y comisión de salud autoricen

2.13.7. ¿Cómo atender las emergencias respecto a este fondo?

Este fondo de emergencia se manejará en calidad de préstamo, para otorgarles a los usuarios por un plazo de tiempo de dos o tres meses, luego reintegrarlo nuevamente al fondo de emergencia sin ningún cobro de interés.

3. Objetivo

Determinar el conocimiento y uso del plan de emergencia familiar, en mujeres en edad fértil, embarazadas y hombres, de la comunidad de Patzité, Santa Catarina Ixtahuacán Sololá, Guatemala.

4. Metodología

4.1. Diseño del Estudio:

Estudio Transversal, Descriptivo, observacional.

4.2. Población

Población meta del estudio:

- Embarazadas.
- Mujeres en edad fértil.
- Hombres / Jefes de familia.
- Líderes comunitarios.
- Personal de salud.

4.3. Diseño de Muestreo

Por conglomerados

En donde el conglomerado es igual a las comunidades, las cuales son cuatro : Patzité centro, Ixtahuacán, Chuicomó y Patzité Nahualá.

4.4. Tamaño de la muestra

$$n = \frac{(nc)^2 \times var}{(LE)^2} = \frac{(1.96)^2 \times 0.25}{(LE)^2} = \frac{1}{(LE)^2} = \frac{1}{(0.1)^2} = 100$$

Mujeres en edad fértil n= 98

Hombres n= 55

Mujeres con entrevista de salida n=43

Líderes comunitarios n=10

Personal de salud n=10

4.5. Instrumentos

La técnica que se utilizó en la investigación está basada en el método de entrevista (ver anexo1) en donde se entrevistó a mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas, hombres, personal de salud y líderes comunitarios, se visitó a cada persona de casa en casa, basado en el listado de mujeres embarazadas de cada comunidad, así como también hombres que se encontraban en las casas visitadas, mujeres en edad fértil, líderes comunitarios y se realizó también una entrevista de salida captando la mayor parte de personas que visitaban el puesto de salud de Patzite y personas dentro del grupo a estudio que se encontraban en el camino cuando nos dirigíamos hacia alguna residencia.

Se llevó a cabo la entrevista en horas de la mañana, tomando en cuenta las actividades de las mujeres a estudio y por la tarde tomando en cuenta las actividades de los hombres que se estudiaron, se obtuvo el apoyo de un traductor y en ocasiones de una enfermera auxiliar del puesto de salud, ya que en su mayoría hablan el idioma Quiché.

4.6. Procedimiento

Primera etapa

Se aprobó el protocolo por las autoridades del comité de tesis URL.

Segunda etapa

Se presentó la carta de solicitud a la Dra. Silvia Rodríguez directora del CAP del distrito de salud No. 10 en la aldea Guinéales, la cual dio autorización para poder realizar el estudio en el puesto de salud de Patzité, dejando una copia de la carta de autorización en el la oficina del mismo CAP, y luego dirigirme al puesto de salud con la autorización original, la cual fue mostrada al personal de salud de dicho puesto e informar acerca del estudio que se realizaría en dicha comunidad por lo que también se informó al presidente del COCODE y COPEC de la realización de dicho estudio teniendo la aprobación por parte de estas organizaciones.

Tercera Etapa

Se realizó una revisión en el libro de casos especiales en la cual registra enfermería el número de mujeres embarazadas y puérperas en cada comunidad y su ubicación en el croquis de casos especiales.

Cuarta Etapa

Se coordinó con una enfermera que visitaría a puérperas y embarazadas de sus comunidades a cargo, para que nos introdujera en las casas visitadas, y las personas que se encontraban en el camino, también se contó con el apoyo de un traductor que reside en dicha comunidad el cual ayudaría en los momentos en que la enfermera realizó su propio trabajo por parte del puesto de salud.

Quinta Etapa

Se aplicó el instrumento a través de una entrevista de persona a persona, considerando que la población que se integra en la investigación es en el 100 % de etnia indígena, se dio tiempo para establecer una buena comunicación, que los entrevistados pudieran responder lo que se le preguntaba, y de esa manera recolectar la información, mediante un ambiente de confianza, anotando la información de las respuestas obtenidas.

Sexta Etapa

Se clasificó las boletas según los grupos evaluados en las cuatro comunidades que integran Patzité , para luego ingresar la información en una base de datos.

4.7. Instrumento de recolección de datos (ver anexo)

Es un instrumento para la recolección de la información que consiste en una boleta para cada grupo la cual se dividió en secciones:

- **Sección 1:** Corresponde a la caracterización epidemiológica, como edad, estado civil, estado de gestación, religión, idioma, escolaridad y lugar de residencia, en el caso de los líderes comunitarios se agregó cuál era su posición en la organización o participación comunitaria, también si es jefe de familia, al personal de salud cuál era su título o profesión.
- **Sección 2:** Incluyó toda la serie de enunciados que sirvieron de guía para recabar información sobre los conocimientos de las mujeres sobre las señales de peligro, en el caso de la entrevista de salida era como le parecía la atención que se brindaba en el puesto de salud y si les habían hablado acerca del plan de emergencia familiar.
- **Sección 3:** Comprendió Información sobre los conocimientos del plan de emergencia.
- **Sección 4:** Incluyó la información sobre la toma de decisiones, en el caso de líderes comunitarios como apoyaban a la comunidad y en el caso personal de salud como trabajaban en conjunto con organizaciones comunitarias.

- **Sección 5:** En esta sección se encontró la información indispensable para conocer la existencia de un medio de transporte y de los servicios de salud para la atención de complicaciones.
- **Sección 6:** en esta sección se cuestionó acerca del uso del plan de emergencia familiar en embarazadas y mujeres con hijos menores a un año, en el caso del personal de salud a que le atribuían el éxito de cero mortalidad materna en dicha comunidad.
- **Sección 7:** Se realizó la tabulación de datos obtenidos del instrumento que se utilizó (ver anexos), Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos, posterior a esto se analizó la información obtenida. En base a esto se efectuaron las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Definición

Personas con buen conocimiento de los signos de peligro.
 Dolor fuerte de cabeza.
 Dolor en la boca del estómago.
 Fiebre.
 Visión borrosa.
 Hemorragia vaginal.

2 de 5 = Buen Conocimiento
 (Mujer, Hombre, Líder comunitario)
 4 de 5 = Buen Conocimiento
 (Personal de Salud)

Personas con buen plan de emergencia.
 Identificación de Signos de peligro.
 A qué lugar debo ir.
 Toma de decisiones.
 Tener ahorro.
 Transporte.
 Quién cuida a los niños.
 Qué debo llevar.

3 de 7 = Buen Conocimiento
 (Mujer, Hombre, Líder comunitario)
 5 de 7 = Buen Conocimiento
 (Personal de Salud)

4.8. Aspectos éticos de la investigación:

Se les explicó de manera oral a los participantes y en su propio idioma, la naturaleza, objetivos y duración del estudio, así mismo se explicó que la participación era voluntaria y que tenían la plena libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo desearan.

Se les explicó que se garantizaría expresamente la confidencialidad en el manejo de la información proporcionada por el participante, así como también su nombre.

Se les explicó que se garantizaría el uso de la información únicamente para los fines originales del estudio.

4.9. Metodología Estadística

Debido a que el objetivo general del estudio es determinar el conocimiento y el uso del plan de emergencia en el embarazo, la metodología estadística empleada fue principalmente la estimación de frecuencias y porcentajes de los indicadores correspondientes, siendo así el análisis estadístico de tipo descriptivo. Para ello, se construyeron variables, tanto para caracterizar las muestras epidemiológicamente así como para hacer la estimación de los indicadores de conocimiento y prácticas evaluadas. Por lo que se calcularon promedios (medias y porcentajes, según correspondía), y se calculó intervalos de confianza al 95%¹. Con el software EPI INFO versión 6.04d se construyeron los indicadores y se obtuvo la estadística descriptiva.

Adicional a lo anterior se utilizó estadística inferencial para buscar la relación entre los indicadores de conocimiento y práctica con las características epidemiológicas estudiadas, evaluando la asociación con pruebas de Chi cuadrado, prueba Exacta de Fisher, McNemar, T Student, Wilcoxon, ANDEVA o Kruskal Wallis según correspondía.

4.9.1. Variables

Debido a que el estudio tomó en cuenta a cinco poblaciones meta, los resultados están desagregados por las mismas. Las poblaciones meta y los tamaños de muestra para cada una de ellas son:

1. Mujeres en edad fértil (15 a 55 años). n= 98
2. Hombres que son pareja de las mujeres en edad fértil. n=55
3. Personal de los servicios de salud. n=10
4. Líderes comunitarios. n= 10
5. Mujeres en edad fértil (15 a 55 años), entrevistadas al salir del servicio de salud. n=43

El tamaño de muestra obtenido en el estudio es relativamente bajo, por lo que la estadística inferencial se trabajó con $\alpha=0.10$, considerando que lo importante era contar con un mayor control del error tipo II en la prueba de hipótesis. En los resultados se presentan solo aquellos que fueron estadísticamente significativos con $P<0.10$.

¹ Intervalo de confianza para variables cualitativas, usando fórmula de Fleiss J. 1981. Statistical Methos for Rates and Proportions, 2nd Ed. Pp14

II Variables

II.1 Variables de las características epidemiológicas

1. **Edad:** Media de las personas entrevistadas(en años)
2. **Gedad:** Grupos de edad:
 1. 15 a 17 años
 2. 18 a 25 años
 3. 26 a 35 años
 4. 36 a 45 años
 5. 46 a 55 años o más
3. **Gedad1:** Grupos de edad (para buscar asociación)
 6. 15 a 35 años
 7. 36 a 55 años o más
4. **Escol:** Escolaridad de la persona entrevistada
 1. Sin escolaridad o hasta 3º primaria
 2. 4º a 6º primaria
 3. Secundaria o nivel superior
5. **Emb:** Mujeres embarazadas, o esposos de mujeres embarazadas
6. **Menor1:** Mujeres o padre con menor de un año
7. **Jefefam:** Persona que es jefe de familia
 1. La persona entrevistada
 2. La pareja de la persona entrevistada
 3. Padres o suegros de la persona entrevistada
8. **Jefefam1:** Persona entrevistada o su pareja es jefe de familia
9. **Pareja:** Persona entrevistada que posee pareja (casada o unida)
10. **Español:** Persona entrevistada que habla Español
11. **Quiché:** Persona entrevistada que habla Quiché
12. **EspQui:** Persona entrevistada que habla Español y Quiché
13. **Reli:** Persona que es jefe de familia
 1. Evangélico
 2. Católico

II.2 Variables de conocimiento

14. **Ind1y2:** Persona con buen conocimiento de señales de peligro en el embarazo y puerperio (0=no, 1= sí). *Este indicador es para mujeres y líderes. La persona posee el conocimiento si menciona al menos 2 de las 5 señales para el embarazo (ind1), y menciona al menos 2 de las 5 para el puerperio (ind2).*
15. **Ind1:** Persona con buen conocimiento de peligro en el embarazo (0=no, 1= sí). *Este indicador es para mujeres y líderes. En las poblaciones meta de hombres, personal de salud, y mujeres con entrevista de salida corresponde a señales de peligro en embarazo y puerperio (no se hizo la distinción). La persona posee el conocimiento si menciona al*

menos 2 de las 5 señales. Para el personal de salud el criterio empleado fue de por lo menos 4 de las 5.

16. **Ind2:** Persona con buen conocimiento de peligro en el puerperio (0=no, 1= sí). *Este indicador es para mujeres y líderes. La persona posee el conocimiento si menciona al menos 2 de las 5 señales para el puerperio. Para el personal de salud el criterio empleado fue de por lo menos 4 de las 5.*
17. **Ind4:** Persona que afirma conocer del plan de emergencia familiar en el embarazo (0=no, 1= sí).
18. **Ind5:** Persona con buen conocimiento del plan de emergencia familiar en el embarazo (0=no, 1= sí). *La persona posee el conocimiento si menciona al menos 3 de los 7 componentes del plan. Para el personal de salud el criterio empleado fue de por lo menos 5 de las 7.*

II.3 Variables basados en el modelo de las demoras.

19. **Ind6:** Personas que afirman tener un vehículo en caso de emergencia y que se puede cubrir el costo del mismo (0=no, 1= sí)
20. **Ind6a:** Personas que afirman que el costo del vehículo en caso de emergencia, es cubierto por ellas o su pareja (0=no, 1= sí)
21. **Ind6b:** Tiempo que tardarían en llegar a un servicio de salud en caso de emergencia, utilizando el transporte:
 1. Menos de media hora
 2. Media a una hora
 3. Más de una hora
22. Persona que tomará la decisión de traslado o búsqueda de ayuda en caso de emergencia:
 1. **Ind7a:** La persona entrevistada
 2. **Ind7b:** La pareja de la persona entrevistada
 3. **Ind7c:** Los padres o suegros de la pareja
 4. **Ind7d:** La comadrona
 5. **Ind7e:** Otra persona
23. **Ind9:** Persona entrevistada que afirma que en caso de emergencia se trasladarían a un CAP o a un hospital (0=no, 1= sí)
24. Persona que buscarían en caso de emergencia:
 1. **Ind3a:** Comadrona
 2. **Ind3b:** Personal de salud
 3. **Ind3c:** Guía espiritual
 4. **Ind3d:** Otra
25. **Ind8:** Persona que afirma haber recibido ayuda por parte de la comisión del plan de emergencia comunitario (0=no, 1= sí)
26. **II.4. Indicadores de práctica**

Estos indicadores se midieron con mujeres embarazadas, mujeres con un menor de un año, hombres con mujeres embarazadas, hombres con un menor de un año.

27. Ind10: Persona que afirma tener un plan de emergencia familiar (0=no, 1= sí)

28. Ind10a: Persona que posee un buen plan de emergencia familiar (0=no, 1= sí). *Posee al menos 3 de los 7 componentes.*

5. Resultados

Nota: Para el personal de salud y líderes comunitarios no se presentan intervalos de confianza porque la muestra es muy pequeña para extrapolar hacia la población.

Cuadro 1: caracterización epidemiológica de la muestra.

Características epidemiológicas		Valor del indicador (IC 95%)				
		Población meta				
		Mujeres n=98	Hombres n=55	Personal de servicios de salud n=10	Líderes comunitarios n=10	Mujeres (entrevista de salida) n=43
Media de la edad de los entrevistados (en años) (Edad)		26.6 años (25.1, 28.2)	30.5 años (27.9, 33.1)		59 años	29.4 años (26.3, 32.5)
Frecuencia según edad (Gedad)	15 a 17 años	12.2% (6.5, 20.4)	9.1% (3.0, 20.0)		0%	11.6% (3.9, 25.1)
	18 a 25 años	35.7% (26.3, 46.0)	23.6% (13.2, 37.0)		0%	27.9% (15.3, 43.7)
	26 a 35 años	36.7% (27.2, 47.1)	36.4% (23.8, 50.4)		0%	32.6% (19.1, 48.5)
	36 a 45 años	14.3% (8.0, 22.8)	23.6% (13.2, 37.0)		10.0%	16.3% (6.8, 30.7)
	46 a 55 años 0 más	1.0% (0.1, 5.6)	7.3% (2.0, 17.6)		90.0%	11.6% (3.9, 25.1)
Grupos según edad (GEdad1)	15 a 35 años	84.7% (76.0, 91.2)	69.1% (55.2, 80.9)		0.0%	72.1% (56.3, 84.7)
	36 a 55 años o más	15.3% (8.8, 24.0)	30.9% (19.1, 44.8)		100%	27.9% (15.3, 43.7)
Procedencia	Chuicomo	20.4%	25.5%		0%	

Características epidemiológicas		Valor del indicador (IC 95%)				
		Población meta				
		Mujeres n=98	Hombres n=55	Personal de servicios de salud n=10	Líderes comunitarios n=10	Mujeres (entrevista de salida) n=43
<i>(comunidad o servicio de salud)</i>		(12.9, 29.7)	(14.7, 39.0)			
	Costa	30.6% (21.7, 40.7)	23.6% (13.2, 37.0)		0%	
	Ixtahuacan	26.5% (18.1, 36.4)	21.8% (11.8, 35.0)		70%	100%
	Patzité Centro	22.4% (14.6, 32.0)	29.1% (17.6, 42.9)		30%	
	PS de Patzité			70.0%		
	CAP			30%		0%
Escolaridad <i>(Escol)</i>	Ninguna o hasta 3° primaria	67.3% (57.1, 76.5)	52.7% (38.8, 66.3)		90%	72.1% (56.3, 84.7)
	4° a 6° primaria	30.6% (21.7, 40.7)	41.8% (28.7, 55.9)		10%	27.9% (15.3, 43.7)
	Secundaria	2.0% (0.2, 7.2)	5.5% (1.1, 15.1)		0%	0.0% (-)
Título o profesión <i>(Titulo)</i>	Enfermera auxiliar			40%		
	Enfermera graduada			20%		
	Médico			10%		
	Otro			30%		
Mujer embarazada / pareja de mujer embarazada <i>(emb)</i>		40.8% (31.0, 51.2)	7.3% (2.0, 20.0)			7.0% (1.5, 19.1)

Características epidemiológicas		Valor del indicador (IC 95%)				
		Población meta				
		Mujeres n=98	Hombres n=55	Personal de servicios de salud n=10	Líderes comunitarios n=10	Mujeres (entrevista de salida) n=43
Mujer embarazada con control en servicio de salud (<i>contPss</i>) <i>n=3</i>						33%
Mujer con menor de un año / hombre con menor de un año (<i>menor1</i>)		12.2% (6.5, 20.4)	9.1% (3.0, 20.0)			9.3% (2.6, 22.1)
Persona entrevistada con pareja (casada o unida) (<i>pareja</i>)		82.7% (73.7, 89.6)	87.3% (75.5, 94.7)	50.0%	60%	76.7% (61.4, 88.2)
Jefe de familia (<i>Jefefam</i>)	La persona entrevistada	2.1% (0.3, 7.4)	84.3% (71.4, 93.0)		40%	2.7% (0.1, 14.2)
	Pareja de la persona entrevistada	78.9% (69.4, 86.6)	0.0% (-)		30%	62.2% (44.8, 77.5)
	Padre o suegro de la persona entrevistada	18.9% (11.6, 28.3)	15.7% (7.0, 28.6)		30%	35.1% (20.2, 52.5)
Jefe de familia (<i>Jefefam1</i>)	La persona entrevistada o su pareja	81.1% (71.7, 88.4)	84.3% (71.4, 93.0)		70%	64.9% (47.5, 79.8)
	Padre o suegro de la persona entrevistada	18.9% (11.6, 28.3)	15.7% (7.0, 28.6)		30%	35.1% (20.2, 52.5)
Idioma que hablan	Español	35.7% (26.3, 46.0)	92.7% (82.4, 98.0)	100%	40.0%	23.3% (11.8, 38.6)
	Quiché	89.8% (82.0, 95.0)	92.7% (82.4, 98.0)	60.0%	80%	86.0% (72.1, 94.7)
	Español y Quiché (<i>espqui</i>)	34.7% (25.4, 45.0)	92.7% (82.4, 98.0)	60.0%	20%	23.3% (11.8, 38.6)
Religión (<i>Reli</i>)	Evangélica	77.4% (67.6, 85.4)	82.9% (67.9, 92.8)	50.0%	50%	94.9% (82.7, 99.4)
	Católica	22.6%	17.1%	40.0%	10%	5.1%

Características epidemiológicas		Valor del indicador (IC 95%)				
		Población meta				
		Mujeres n=98	Hombres n=55	Personal de servicios de salud n=10	Líderes comunitarios n=10	Mujeres (entrevista de salida) n=43
		(14.6, 32.4)	(7.2, 32.1)			(0.6, 17.3)
Tipo de líder	COPEC				40%	
	COCODE				10%	
	Alcalde auxiliar				0%	
	Comadrona	34.7% (25.4, 45.0)	92.7% (82.4, 98.0)	60.0%	60%	
Mujer entrevistada que opina que la atención en el servicio de salud es buena <i>(atención)</i>						100% (-)

Cuadro 2: Conocimientos.

Conocimientos		Valor del indicador (IC 95%)				
		Población meta				
		Mujeres n=98	Hombres n=55	Personal de servicios de salud n=10	Líderes comunitarios n=10	Mujeres (entrevista de salida) n=43
Persona con buen conocimiento de signos de peligro en el embarazo y puerperio <i>Ind1y2</i> en mujeres y líderes. Cumple con Ind1 y ind2 <i>Ind1</i> en hombres, personal de salud, y mujeres con entrevista de salida (mencionan al menos 2 de las 5; en personal de salud es 4 de las 5)		80.6% (71.4, 87.9)	40.0% (27.0, 54.1)	100%	80%	86.0% (72.1, 94.7)
Persona con buen conocimiento de signos de peligro en el embarazo <i>Ind1</i> Mencionan al menos 2 de las 5		81.6% (72.5, 88.7)			80%	
Señal mencionada en embarazo Hombres, líderes y mujeres de entrevista de salida, son señales en embarazo y puerperio	Fuerte dolor de cabeza	81.6% (72.5, 88.7)	41.8% (28.7, 55.9)	100%	80%	86.0% (72.1, 94.7)
	Dolor en la boca del estomago	80.6% (71.4, 87.9)	18.2% (9.1, 30.9)	100%	70%	86.0% (72.1, 94.7)
	Visión borrosa	6.1% (2.3, 12.9)	7.3% (2.0, 17.6)	100%	60%	16.3% (6.8, 30.7)
	Fiebre	50.0% (39.7, 60.3)	23.6% (13.2, 37.0)	100%	80%	39.5% (25.0, 55.6)
	Hemorragia vaginal	52.0% (41.7, 62.2)	29.1% (17.6, 42.9)	100%	70%	58.1% (42.1, 73.0)
Persona con buen conocimiento de signos peligro en el puerperio <i>Ind2</i> Mencionan al menos 2 de las 5		80.6% (71.4, 87.9)			80%	29.4 % (26.3, 32.5)
Señal mencionada en	Fuerte dolor de cabeza	80.6% (71.4, 87.9)			80%	

Conocimientos		Valor del indicador (IC 95%)				
		Población meta				
		Mujeres n=98	Hombres n=55	Personal de servicios de salud n=10	Líderes comunitarios n=10	Mujeres (entrevista de salida) n=43
puerperio	Dolor en la boca del estomago	79.6% (70.3, 87.1)			70%	
	Visión borrosa	6.1% (2.3, 12.9)			60%	
	Fiebre	51.0% (40.7, 61.3)			80%	
	Hemorragia vaginal	52.0% (41.7, 62.2)			70%	
Conocimiento sobre qué hacer ante una señal de peligro en embarazada	Referir			90%		
	Estabilizar			80%		
	Resolver el caso			0%		
	Activar plan de emergencia			20%		
Persona que afirma conocer del plan de emergencia familiar en el embarazo <i>Ind4</i>		71.4% (61.4, 80.1)	56.4% (42.3, 69.7)	100%	80%	76.7% (61.4, 88.2)
Persona con buen conocimiento del plan de emergencia familiar en el embarazo <i>Ind5</i> Mencionan al menos 3 de las 7. Personal de salud: 5 de 7		51.0% (40.7, 61.3)	40.0% (27.0, 54.1)	100%	70%	58.1% (42.1, 73.0)
Componentes del plan mencionados	Señales de peligro	35.7% (26.3, 46.0)	27.3% (16.1, 41.0)	100%	10%	53.5% (37.7, 68.8)
	Lugar a dónde van a para ser atendida	58.2% (47.8, 68.1)	49.1% (35.4, 62.9)	100%	70%	55.8% (39.9, 70.9)
	Contar con vehículo para traslado	53.1% (42.7, 63.2)	54.5% (40.6, 68.0)	100%	70%	58.1% (42.1, 73.0)

Conocimientos		Valor del indicador (IC 95%)				
		Población meta				
		Mujeres n=98	Hombres n=55	Personal de servicios de salud n=10	Líderes comunitarios n=10	Mujeres (entrevista de salida) n=43
	Tener ahorro	13.3% (7.3, 21.6)	23.6% (13.2, 37.0)	100%	60%	32.6% (19.1, 48.5)
	Definir quién toma decisiones	0.0% (-)	0.0% (-)	90%	10%	0.0% (-)
	Decidir quién cuida a los otros hijos	0.0% (-)	0.0% (-)	80%	50%	2.3% (0.1, 12.3)
	Preparar lo que hay que llevar	43.9% (33.9, 54.3)	20.0% (10.4, 33.0)	100%	70%	30.2% (17.2, 46.1)

Cuadro 3: Indicadores para cada demora.

Modelo de las Demoras		Valor del indicador (IC 95%)				
		Población meta				
		Mujeres n=98	Hombres n=55	Personal de servicios de salud n=10	Líderes comunitarios n=10	Mujeres (entrevista de salida) n=43
Personas que afirman tener un vehículo en caso de emergencia, y que se puede cubrir el costo del mismo <i>Ind6</i>		61.2% (50.8, 70.9)	60.0% (45.9, 73.0)	100%	100%	65.1% (49.1, 79.0)
Personas que afirman que el costo del vehículo en caso de emergencia, es cubierto por ellas o su pareja <i>Ind6a</i>		35.7% (26.3, 46.0)	29.1% (17.6, 42.9)	100%		23.3% (11.8, 38.6)
Tiempo que tardarían llegar a un servicio de salud en caso de emergencia, utilizando el transporte <i>(ind6b)</i>	Menos de media hora	4.1% (1.1, 10.1)	10.9% (4.1, 22.2)	40%	0%	0.0% (-)
	Media a una hora	44.9% (34.8, 55.3)	45.5% (32.0, 59.4)	40%	80%	30.2% (17.2, 46.1)
	Más de una hora	51.0% (40.7, 61.3)	43.6% (30.3, 57.7)	20%	20%	69.8% (53.9, 82.8)
Persona que tomará la decisión de traslado o búsqueda de ayuda en caso de emergencia <i>(ind7a a ind7e)</i>	La persona entrevistada	1.0% (0.1, 5.6)	83.6% (71.2, 92.2)			0% (-)
	Pareja de la persona entrevistada	79.6% (70.3, 87.1)	0.0% (-)			72.1% (56.3, 84.7)
	Los padres o suegros de la pareja	0.0% (-)	0.0% (-)			2.3% (0.1, 12.3)
	Comadrona	0.0% (-)	0.0% (-)			0.0% (-)
	Otra	20.4% (12.9, 29.7)	0.0% (-)			23.3% (11.8, 38.6)
Personas que afirman que en caso de emergencia se trasladarían a un CAP o a un hospital		96.9% (91.3, 99.4)	100% (-)			100% (-)

Modelo de las Demoras		Valor del indicador (IC 95%)				
		Población meta				
		Mujeres n=98	Hombres n=55	Personal de servicios de salud n=10	Líderes comunitarios n=10	Mujeres (entrevista de salida) n=43
<i>Ind9</i>						
Persona que buscarían en caso de emergencia (<i>ind3a a ind3d</i>)	Comadrona	85.7% (77.2, 92.0)	80.0% (67.0, 89.6)		100%	
	Personal de salud	15.3% (8.8, 24.0)	20.0% (10.4, 33.0)		100%	
	Guía espiritual	0.0% (-)	0.0% (-)		0%	
	Otra	0.0% (-)	0.0% (-)		0%	
Personas que afirman haber recibido ayuda por parte de la Comisión del Plan de Emergencia Comunitario <i>Ind8</i>		8.2% (3.6, 15.5)	9.1% (3.0, 20.0)		100%	11.6% (3.9, 25.1)
Trabajan en equipo con alguna organización comunitaria <i>Ind7</i>				100%	80%	
Quiénes ayudaron (<i>ind8a1 a ind8a3</i>) / Organización con la que trabaja (<i>Ind7b</i>)	COCODE	1.0% (0.1, 5.6)	3.6% (0.4, 12.5)	0%		7.0% (1.5, 19.1)
	COPEC	2.0% (0.2, 7.2)	3.6% (0.4, 12.5)	100%		4.7% (0.6, 15.8)
	Otra	0.0% (-)	0.0% (-)	0%		2.3% (0.1, 12.3)
Tipo de ayuda recibida (<i>ind8b1 a ind8b4</i>) / Manera cómo han apoyado	Traslado en carro (<i>ind8b1</i>) / (<i>ind7a</i>)	7.1% (2.9, 14.2)	5.5% (1.1, 15.1)	40%	20%	4.7% (0.6, 15.8)
	Consejo (<i>ind8b2</i>) Comunicación y colaboración (<i>ind7a</i>)	0.0% (-)	0.0% (-)	30%	100%	2.3% (0.1, 12.3)

Modelo de las Demoras		Valor del indicador (IC 95%)				
		Población meta				
		Mujeres n=98	Hombres n=55	Personal de servicios de salud n=10	Líderes comunitarios n=10	Mujeres (entrevista de salida) n=43
<i>(ind7a)</i>	Monetario	1.0% (0.1, 5.6)	0.0% (-)		0%	2.3% (0.1, 12.3)
	Otra	0.0% (-)	3.6% (0.4, 12.5)		0%	2.3% (0.1, 12.3)
Opinión: Razones con respecto al indicador de éxito de cero muertes maternas en sus comunidades <i>(Ind8a a ind8i)</i>	El censo de embarazadas			70%		
	Control prenatal			80%		
	Vigilancia del noveno mes			100%		
	Vigilancia de puérperas			60%		
	Activación del plan de emergencia por parte de la familia			40%		
	Reconocimiento de señales de peligro por las comadronas			90%		
	Apoyo de la COPEC			20%		
	Apoyo del CAP			20%		
	Ruta de referencia efectiva			20%		

Cuadro 4: Prácticas.

Prácticas	Valor del indicador (IC 95%)		
	Población meta		
	Mujeres Embarazadas O con menor de 1 año n=51	Hombres con mujer embarazada, o con menor de 1 año n=9	Mujeres Embarazadas O con menor de 1 año (entrevista de salida) n=6
Personas que afirman tener un plan de emergencia, o tuvieron un plan con su último hijo (menor de 1 año) <i>Ind10</i>	86.3% (73.7, 94.3)	100.0%	83.3%
Personas con un buen plan de emergencia: contempla al menos 3 de los 7 componentes <i>Ind10a</i>	62.7% (48.1, 75.9)	66.7%	66.7%

6. Asociaciones encontradas

Solamente se presentan aquellas que obtuvieron un valor $p < 0.10$.

Indicadores asociados con conocimiento de señales de peligro en el embarazo y puerperio

1. (Ind1y2 X Jefefam1) El buen conocimiento de las señales de peligro en el embarazo y puerperio, en mujeres en edad fértil, está asociado con ser o no jefe de hogar (Prueba exacta de Fisher, $p=0.00105$): el porcentaje de mujeres con buen conocimiento es mayor en mujeres donde ella o su pareja son jefes de hogar. Mujeres que son jefe de hogar o su pareja es el jefe tienen 7 veces (odds ratio) probabilidad de poseer un buen conocimiento de las señales de peligro en el embarazo y puerperio, que mujeres donde ella o su esposo no son jefe de hogar:
 - a. Mujeres o su pareja NO son jefes de hogar: (n=18) 50.0% con buen conocimiento
 - b. Mujeres o su pareja SI son jefes de hogar: (n=80) 87.5% con buen conocimiento
2. (Ind1 X Jefefam1) El buen conocimiento de las señales de peligro en el embarazo, en mujeres en edad fértil, está asociado con ser o no jefe de hogar (Prueba exacta de Fisher, $p=0.00061$): el porcentaje de mujeres con buen conocimiento es mayor en mujeres donde ella o su pareja son jefes de hogar. Mujeres que son jefe de hogar o su pareja es el jefe tienen 7.9 veces (odds ratio) probabilidad de poseer un buen conocimiento de las señales de peligro en el embarazo y puerperio, que mujeres donde ella o su esposo no son jefe de hogar:
 - a. Mujeres o su pareja NO son jefes de hogar: (n=18) 50.0% con buen conocimiento
 - b. Mujeres o su pareja SI son jefes de hogar: (n=80) 88.8% con buen conocimiento
3. (Ind2 X Jefefam1) El buen conocimiento de las señales de peligro en el puerperio, en mujeres en edad fértil, está asociado con ser o no jefe de hogar (Prueba exacta de Fisher, $p=0.00105$): el porcentaje de mujeres con buen conocimiento es mayor en mujeres donde ella o su pareja son jefes de hogar. Mujeres que son jefe de hogar o su pareja es el jefe tienen 7.0 veces (odds ratio) probabilidad de poseer un buen conocimiento de las señales de peligro en el embarazo y puerperio, que mujeres donde ella o su esposo no son jefe de hogar:
 - a. Mujeres o su pareja NO son jefes de hogar: (n=18) 50.0% con buen conocimiento
 - b. Mujeres o su pareja SI son jefes de hogar: (n=80) 87.5% con buen conocimiento

4. (Ind1 X reli) El buen conocimiento de las señales de peligro en el embarazo y puerperio, en hombres, está asociado con la religión (Prueba exacta de Fisher, $p=0.09943$): el porcentaje de hombres con buen conocimiento es mayor en evangélicos. Hombres evangélicos e tienen 6.7 veces (odds ratio) probabilidad de poseer un buen conocimiento de las señales de peligro en el embarazo y puerperio, que hombres católicos:
 - a. Hombres evangélicos: (n=34) 52.9% con buen conocimiento
Hombres católicos: (n=7) 14.3% con buen conocimiento
 - b. Indicadores asociados con conocimiento de plan de emergencia hogar en el embarazo
5. (Ind4 X Jefefam1) El conocimiento del plan de emergencia familiar en el embarazo, en mujeres en edad fértil, está asociado con ser o no jefe de hogar (Chi cuadrado, $p=0.00000$): el porcentaje de mujeres con conocimiento es mayor en mujeres donde ella o su pareja son jefes de hogar. Mujeres que son jefe de hogar o su pareja es el jefe tienen 25.8 veces (odds ratio) probabilidad de poseer el conocimiento del plan de emergencia, que mujeres donde ella o su esposo no son jefe de hogar:
 - a. Mujeres o su pareja NO son jefes de hogar: (n=18) 16.7% con conocimiento
 - b. Mujeres o su pareja SI son jefes de hogar: (n=80) 83.8% con conocimiento
6. (Ind5 X Jefefam1) El buen conocimiento del plan de emergencia familiar en el embarazo, en mujeres en edad fértil, está asociado con ser o no jefe de hogar (Chi cuadrado, $p=0.00048$): el porcentaje de mujeres con buen conocimiento es mayor en mujeres donde ella o su pareja son jefes de hogar. Mujeres que son jefe de hogar o su pareja es el jefe tienen 12 veces (odds ratio) probabilidad de poseer buen conocimiento del plan de emergencia, que mujeres donde ella o su esposo no son jefe de hogar:
 - a. Mujeres o su pareja NO son jefes de hogar: (n=18) 11.1% con buen conocimiento
 - b. Mujeres o su pareja SI son jefes de hogar: (n=80) 60.0% con buen conocimiento
7. (Ind5 X español) El buen conocimiento del plan de emergencia familiar en el embarazo, en mujeres en edad fértil, está asociado con hablar español (Chi cuadrado, $p=0.06613$): el porcentaje de mujeres con buen conocimiento es mayor en mujeres que no hablan español. Mujeres que no hablan español tienen 2.4

veces (odds ratio) probabilidad de poseer buen conocimiento del plan de emergencia, que mujeres que hablan español:

- a. Mujeres que NO hablan español: (n=63) 58.7% con buen conocimiento
- b. Mujeres SI hablan español: (n=35) 37.1% con buen conocimiento

8. (Ind4 X Jefefam1) El conocimiento del plan de emergencia familiar en el embarazo, en hombres, está asociado con ser o no jefe de hogar (Prueba exacta de Fisher, $p=0.06729$): el porcentaje de hombres con conocimiento es mayor en hombres donde ella o su pareja son jefes de hogar. Hombres que son jefe de hogar o su pareja es el jefe tienen 4.8 veces (odds ratio) probabilidad de poseer el conocimiento del plan de emergencia, que hombres donde él o su esposa no son jefe de hogar:

- a. Hombres o su pareja NO son jefes de hogar: (n=8) 25.0% con conocimiento
- b. Hombres o su pareja SI son jefes de hogar: (n=47) 61.7% con conocimiento

9. (Ind5 X Gedad1) El buen conocimiento del plan de emergencia familiar en el embarazo, en hombres, está asociado con la edad (Chi cuadrado, $p=0.04935$): el porcentaje de hombres con buen conocimiento es mayor en hombres jóvenes (15 a 35 años). Hombres jóvenes tienen 4.8 veces (odds ratio) probabilidad de poseer el buen conocimiento del plan de emergencia, que hombres mayores (36 o más años):

- a. Hombres de 15 a 35 años: (n=38) 50.0% con buen conocimiento
- b. Hombres de 36 o más años: (n=17) 17.6% con buen conocimiento

Indicadores asociados con búsqueda de ayuda en caso de emergencia

1. (Ind3b X Jefefam1) La búsqueda de personal de salud en caso de emergencia, en mujeres en edad fértil, está asociado con ser o no jefe de hogar (Prueba exacta de Fisher, $p=0.00084$): el porcentaje de mujeres que buscaría a personal de salud en caso de emergencia es mayor en mujeres donde ella o su pareja NO son jefes de hogar. Mujeres que NO son jefe de hogar o su pareja es el jefe tienen 8.3 veces (odds ratio) probabilidad de buscar personal de salud en caso de emergencia, que mujeres donde ella o su esposo SI son jefe de hogar:

- a. Mujeres o su pareja NO son jefes de hogar: (n=18) 44.4% buscarían personal de salud

- b. Mujeres o su pareja SI son jefes de hogar: (n=80) 8.8% buscarían personal de salud

Indicadores asociados con tener un vehículo en caso de emergencia

1. (Ind6 X español) Personas que afirman tener un vehículo en caso de emergencia, en mujeres en edad fértil, está asociado con hablar español (Chi cuadrado, $p=0.07813$): el porcentaje de mujeres con acceso a vehículo es mayor en mujeres que SI hablan español. Mujeres que SI hablan español tienen 2.5 veces (odds ratio) probabilidad de poseer vehículo, que mujeres que NO hablan español:
 - a. Mujeres que NO hablan español: (n=63) 54.0% con acceso a vehículo
 - b. Mujeres SI hablan español: (n=35) 74.3% con acceso a vehículo
2. (Ind6 X reli) Personas que afirman tener un vehículo en caso de emergencia, en hombres, está asociado con la religión (Prueba exacta de Fisher, $p=0.03007$): el porcentaje de hombres con acceso a vehículo es mayor en hombres católicos:
 - a. Hombres evangélicos: (n=34) 52.9% con acceso a vehículo
 - b. Hombres católicos: (n=7) 100% con acceso a vehículo

Indicadores asociados con la práctica de usar plan de emergencia familiar en el embarazo

1. (Ind10 X Jefefam1) Tener un plan de emergencia familiar en el embarazo, en mujeres en edad fértil, está asociado con ser o no jefe de hogar (Prueba exacta de Fisher, $p=0.01647$): el porcentaje de mujeres con plan de emergencia es mayor en mujeres donde ella o su pareja son jefes de hogar:
 - a. Mujeres o su pareja NO son jefes de hogar: (n=18) 0.0% con plan de emergencia
 - b. Mujeres o su pareja SI son jefes de hogar: (n=80) 89.8% con plan de emergencia.

7. Análisis y Discusión de Resultados

Caracterización Epidemiológica

Para el estudio se tomaron diferentes poblaciones, la primera población estuvo conformada por mujeres embarazadas, con hijos menores a un año, mujeres a quienes se realizó entrevista de salida, en total, este grupo se identificó con una media de edad de 26 años, considerados en rangos de edad de 15 a 55 años, llamando la atención la concentración del mayor porcentaje en la población de 15 a 35 años de edad, se consideraron los extremos de la vida en adolescentes y mujeres adultas en un 84.7 % y de 36 a 55 años el 15.3 %, importantes en el estudio por los riesgos reproductivos a los que se someten por ser población vulnerable, siendo 100% mujeres de origen indígena, procedentes del área rural, con el 67.3% de analfabetismo o que han cursado hasta 3º primaria, el 30.6% de ellas que han cursado hasta sexto primaria y solo el 2.0% llega al nivel Medio, y en su mayoría con el 77.4% es de religión evangélica, dichas variables se han considerado en diferentes estudios realizados, como población vulnerable en el tema de muerte materna.

La segunda población se constituyó por hombres de la comunidad de los cuales 84.3% son jefes de familia, con una media de edad de 30 años, siendo un grupo joven en su mayor porcentaje los hombres tienen mejores oportunidades de estudio que las mujeres teniendo un nivel escolar del 41.8% de 4º a 6º primaria y con el 5.5% de educación media, a diferencia de las mujeres con 67.3% de analfabetismo y que han cursado hasta 3º primaria, enfatizando que en varios estudios se han catalogado como determinantes para el desarrollo de una comunidad, especialmente el acceso de las mujeres a la educación, pues este promueve un cambio de actitud y prácticas relacionadas con la salud materna y reproductiva. De igual forma que en el grupo de mujeres se puede evidenciar un alto porcentaje de hombres evangélicos con 82.9%, en su totalidad de hombres originarios del área rural e indígenas, con el 87.3% de unión libre o casados, atribuyendo a este grupo como dirigentes de sus hogares y en su momento son quienes determinarán que acción tomar ante alguna situación.

Nota: Para el personal de salud y líderes comunitarios no se presentaron intervalos de confianza debido a que es una muestra pequeña esto es porque se tomó al personal de salud del puesto de salud y personal de turno del CAP

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, como ente rector de la Salud nacional, incluye en las “Normas de Atención” la prevención de la mortalidad materna, recomendando que las embarazadas deben tener su primera atención prenatal en el primer trimestre, alrededor de las 12 semanas, y

la atención del puerperio debe ser en el puerperio inmediato, primeras 24 horas, de 141 mujeres entrevistadas el 40.8% se encontraban embarazadas al momento del estudio, es de resaltar que debido al Modelo Incluyente de Salud y sus programas, el control prenatal de embarazadas del noveno mes y la vigilancia de las puérperas y recién nacidos se da a domicilio, por parte del personal del puesto de salud.

Análisis en base al modelo de las cuatro demoras

El identificar los signos de peligro en el embarazo, parto y puerperio es parte fundamental de la **primera demora**, el Ministerio de Salud Pública considera que una señal de peligro es toda indicación que antecede a una complicación, desencadenando una patología, y se estima que por lo menos las mujeres deben reconocer dos de cinco señales de peligro durante el embarazo, considerando que las principales causas de muerte materna son hemorragias, sepsis e hipertensión. Por lo que en el estudio se pudo determinar que el 81.6% de las mujeres entrevistadas identifica por lo menos dos de cinco señales de peligro, entre las principales respuestas que se obtuvieron fueron Fuerte dolor de cabeza con el 81.6%, Dolor en la boca del estómago con el 80.6%, Visión borrosa con 6.1%, Fiebre 50.0% y Hemorragia vaginal con el 52.0%, siendo este un dato bastante alentador debido al alto porcentaje del conocimiento en las mujeres entrevistadas. El 80.6% tiene un buen conocimiento de los signos de peligro durante el puerperio, mayoritariamente con el 80.6% mencionan el signo de fuerte dolor de cabeza y el 79.6% menciona dolor en la boca del estómago, esto quiere decir que en la comunidad de Patzité las mujeres se encuentran empoderadas en cuanto a su propia salud materna, en las asociaciones estadísticas encontradas se indica que (1Ind1y2 X Jefefam1) El buen conocimiento de las señales de peligro en el embarazo y puerperio, en mujeres en edad fértil, está asociado con ser o no jefe de hogar (Prueba exacta de Fisher, $p=0.00105$): las mujeres que son jefe de hogar o su pareja es el jefe tienen 7 veces (odds ratio) probabilidad de poseer un buen conocimiento de las señales de peligro en el embarazo y puerperio, que mujeres donde ella o su esposo no son jefe de hogar y en líderes comunitarios, que en su gran mayoría fueron comadronas a las que se entrevistó en donde se determinó que el 80% logra identificar de buena manera los signos de peligro en el embarazo, parto y puerperio, siendo estas **clave** en cuanto a la aprobación de la primera demora debido a que estas mujeres son líderes comunitarios y son quienes activan en primera instancia el plan de emergencia familiar, en conjunto con el equipo del personal de salud, quienes muestran un satisfactorio 100% de conocimiento de los signos de peligro, trabajando en equipo con los líderes comunitarios, como lo

refleja la entrevista con el 80 % de los líderes que refieren que trabajan en equipo con personal en salud y el 100% referido por personal de salud quienes afirman que trabajan en equipo con los líderes comunitarios, aunque esto no se vea reflejado directamente con los grupos de mujeres y hombre entrevistados, quienes no ven la ayuda directa por parte de las comisiones comunitarias (COPEC, COCODE, etc) , pero que el 85% buscan ayuda con la comadrona y como ya se había mencionado estas son el punto clave para activar el plan de emergencia familiar e iniciar el proceso de convencimiento hacia la paciente y jefe de familia, para que pueda ser referida la paciente. En cuanto un al grupo de los hombres el 40% de los entrevistados logran identificar los signos de peligro, este es un dato preocupante, ya que en su mayoría son jefes de hogar y de cierta forma está en las manos de este grupo el poder tomar una decisión que podría salvar la vida de su pareja, por lo que en relación a la **segunda demora**, se destaca que las mujeres consideran que en un 79.6% su pareja es el responsable de tomar la decisión para ser trasladada al momento de suscitar una complicación obstétrica, el 1.0% tomarían la decisión ellas mismas, y el 20.4 % la tomaría, ya sea su papá, mama, suegra, suegro u otro. La asociación estadística nos indica que los hombres evangélicos, tienen 6.7 veces (odds ratio) probabilidad de poseer un buen conocimiento de las señales de peligro en el embarazo y puerperio, que hombres católicos: A pesar de determinar un buen conocimiento de las señales de peligro en el caso de las mismas mujeres, se puede decir en definitiva que la mujer sigue relegada en la toma de decisiones, y ella le otorga la potestad a su pareja para que sea él, el que determine si puede buscar ayuda o no, Evidenciando la dependencia machista al punto de dejar su propia vida en las manos de una tercera persona es importante conocer de antemano a la persona que tomara la decisión de traslado para sensibilizarla y actuar oportunamente de ser necesario. aunque en el caso de los hombres a pesar de que en su mayor parte no conocen las señales de peligro, ni tiene un buen conocimiento del plan de emergencia familiar, afirma que el 100% de los entrevistados trasladaría a su pareja al CAP en caso de una emergencia.

Para la **tercera demora**, accesibilidad de los servicios, se puede mencionar que el traslado de la mujer embarazada o puérpera, debe ser por medio de vehículo de doble tracción, cuya trayectoria hacia el CAP de la aldea de Guineales, tarda más de una hora para llegar, según el resultado de la entrevista con el 51.0 %, es de resaltar que el camino es completamente de terracería, con difícil acceso hacia algunas zonas de la comunidad, y al momento de realizar el estudio se encontraban adoquinando una pequeña porción de paso hacia el CAP, por lo que se tenía que transbordar hacia otro vehículo, mientras lo hacían, debían de caminar aproximadamente unos 500 mts, para poder tomar el otro vehículo, esta labor culminaría en aproximadamente un mes, sin embargo la mayoría de los

entrevistados tenían disponibilidad para utilizar un vehículo y cubrir los gastos del mismo, el cual en horario matutino se mencionó que el costo de un traslado es de aproximadamente 50 a 100 quetzales, y por la noche podía ascender hasta Q. 250.00, para lo que en ese caso si se dificultaba costear dicho monto, por lo que otra opción era llamar al equipo del puesto de salud, para que coordinaran una ambulancia o llamar al CAP directamente y que enviaran una ambulancia en la asociación estadística nos indica que está asociado con hablar español (Chi cuadrado, $p=0.07813$): el porcentaje de mujeres con acceso a vehículo es mayor en mujeres que SI hablan español. Mujeres que SI hablan español tienen 2.5 veces (odds ratio) probabilidad de poseer vehículo, que mujeres que NO hablan español. Al entrevistar a los líderes comunitarios mencionaron que el tipo de ayuda que ellos brindan en ocasiones, es el traslado en vehículo de algunas personas que lo necesiten, y al cuestionarlos acerca del fondo comunitario, refirieron que actualmente no contaban con un fondo de ayuda comunitario, pero a inicio de año si tenían un fondo, el cual era recaudado cada semana con cada familia, obteniendo una colaboración de 2 quetzales semanales por familia, pero en estos dos últimos meses las familias habían dejado de colaborar por lo que ya no se contaba con dicho fondo, sin embargo hubo casos en que ese fondo fue utilizado al momento de trasladar a personas al CAP, por otro lado el 96.9% de las mujeres entrevistadas aceptarían ser trasladadas hacia el CAP de Guineales, y como ya se había mencionado el 100 % de los hombres están de acuerdo en trasladar a su pareja hacia el CAP siendo ellos quienes al final toman la decisión de trasladar o no a las mujeres.

En lo que se refiere a la **cuarta demora**, se puede decir que, en relación al resultado de la pregunta basada en la experiencia del servicio institucional prestado, el 100% de las mujeres entrevistadas refieren que la atención en el servicio de salud es buena, esto crea confianza en las mujeres para aceptar ser referidas, otro dato que apunta a la buena resolución de esta demora es que el 100% del personal de salud entrevistado supo responder, los signos de peligro en el embarazo, parto o puerperio, y que hacer en el caso de presentar una situación en el que logren identificar uno de estos, entre estos, los resultados fueron, Estabilizar con un 80% y Referir con un 90%,

En lo que concierne al conocimiento del plan de emergencia familiar el 71.4% de las mujeres afirmaron conocer el plan de emergencia familiar, sin embargo el 51 % de estas tiene un buen conocimiento del plan de emergencia, entre las respuestas que más resalta se encuentra, lugar a dónde van, para ser atendidas, seguido de contar con vehículo para su traslado con el 53.1%, y en menor proporción mencionaron tener un ahorro con el 13.3%, en cuanto al uso del plan

de emergencia familiar, el 86.3% afirmaron tener un plan de emergencia, o tuvieron un plan con su último hijo menor de 1 año, pero de estas el 62.7 % de las mujeres tuvo o tiene un buen plan de emergencia familiar.

En el grupo de los hombres el 56.4% afirmaron conocer el plan de emergencia familiar, y el 49.1% de estos tiene un buen conocimiento del plan de emergencia, entre las respuestas que más resalta se encuentra, contar con vehículo para su traslado con un 54.5%, seguido de lugar a dónde van, para ser atendidos con el 49.1%, y en menor proporción al igual que las mujeres mencionaron tener un ahorro con el 23.6%, en cuanto al uso del plan de emergencia familiar, el 100% de los hombres que tenían hijos menores a 1 año afirmaron tener o tuvieron un plan de emergencia familiar en el embarazo de su esposa, pero de estos el 66.7 % de los hombres entrevistados tuvo o tiene un buen plan de emergencia familiar. Las mujeres embarazadas o con hijos menores a 1 año demostraron tener buenos conocimientos del plan de emergencia, con el 62.7 % y los hombres con el 66.7%, siendo este un porcentaje bastante alentador, considerando que en otros estudios similares realizados en el CAP de Guineales (23), en donde se indica que el nivel de conocimiento es bajo en comparación con esta comunidad.

Al cuestionar sobre el indicador de éxito de ausencia de muertes maternas, el personal de salud demostraron altos conocimientos sobre el tema y atribuyen su éxito a la vigilancia del embarazo del noveno mes con el 100%, reconocimiento de señales de peligro por las comadronas con el 90%, siendo este resultado el efecto de la integración y trabajo en paralelo con las mismas y la capacitación mensual en los puestos de salud, logrando su empoderamiento y contribuir de esta manera al plan de emergencia familiar. Así también se le atribuye el éxito al control prenatal con el 80%, el contar con censo de embarazadas 70% y la vigilancia de púerperas con el 60%, en menor proporción y no menos importante reconocen la activación del plan de emergencia por parte de la familia 40%, apoyo de la COPEC 20%, Apoyo del CAP 20% y la ruta de referencia efectiva de 20%. Este trabajo realizado en el marco del modelo incluyente en salud (MIS), se pueden evidenciar de manera tangible los buenos resultados de su origen, pues con sus programas intra y extramuros en el nivel individual, familiar y comunitario han logrado implementar la estrategia del plan de emergencia familiar y mantener monitoreada a una comunidad y con una tasa de mortalidad Materna en cero por más de 10 años, con el apoyo de un personal en salud comprometido trabajando en equipo con la organización comunitaria, modelo de atención que ha sido base para la ejecución del programa de medicina comunitaria de la Universidad Rafael Landívar PMC, en el primer nivel de atención contribuyendo a la reducción de la muerte Materna.

8. Conclusiones

- 1 Se evidenció un buen porcentaje de conocimientos de las mujeres acerca de los signos de peligro.
- 2 Se determinó que la mitad de las mujeres entrevistadas en edad fértil, embarazadas y puérperas, cuentan con un buen conocimiento del plan de emergencia familiar.
- 3 Se constató que los hombres poseen un bajo conocimientos del plan de emergencia familiar.
- 4 Se evidenció que los hombres son los que tomarían las decisiones al momento de existir una emergencia obstétrica, situación que puede limitar en ocasiones el traslado, al no estar la persona o no tomar una buena decisión.
- 5 Hay disponibilidad de vehículo en la comunidad para traslado costeadado por ellos mismos con la limitante de no contar con un fondo de ahorro y con un tiempo estimado de treinta minutos a una hora para llegar al servicio de salud de mayor resolución en camino de terracería de difícil acceso.
- 6 Los trabajadores de salud encuestados, obtuvieron un alto conocimiento acerca del tema.
- 7 Las comadronas son clave, en conjunto con personal de salud, para la activación inicial del plan de emergencia familiar, ya que ellas son a quienes la población busca en primera instancia para su atención y ayuda, también reconocen de buena manera los signos de peligro en la embarazada, parto y puerperio.
- 8 La vigilancia del noveno mes es la principal actividad a la que se le atribuye el éxito sobre la ausencia de mortalidad materna en Patzite.
- 9 A pesar de que el personal de salud reconoce la importancia y trabajo en equipo con los líderes locales, la comunidad no los identifica como el apoyo en situaciones de emergencia familiar.

10 Para la cuarta demora los resultados demostraron aceptación de los servicios, personal capacitado para estabilizar y referir al Centro de Atención Permanente de Guineales donde se trasladara al hospital de Mazatenango de ser necesario en ambulancia institucional. Completando la ruta de referencia en los 3 niveles de atención.

9. Recomendaciones

1. Involucrar a los Hombres y jefes de familia de la comunidad en las actividades educativa, para reforzar el conocimiento acerca de signos de peligro y plan de emergencia familiar en el embarazo, parto y puerperio en mujeres.l
2. Continuar con las capacitaciones a las comadronas, organizaciones (COPEC) y terapeutas mayas sobre el plan de emergencia familiar, ya que la mayoría de personas de la comunidad busca ayuda en ellas como primera opción y mantener la relación de trabajo en conjunto.
3. Continuar con la implementación del plan de emergencia familiar en embarazadas y enlazarlo con el plan de emergencia comunitario a través del reconocimiento de los miembros de la COPEC
4. Mantener las acciones elaboradas por personal de salud, comadronas, líderes comunitarios y pobladores, para continuar con el buen resultado de ausencia de la mortalidad materna.
5. Realizar el análisis de las debilidades y fortalezas con relación a las 4 demoras de acuerdo a resultados obtenidos a lo interno del equipo y proponer acciones de mejora para minimizar los riesgos de mortalidad materna
6. Incentivar al equipo de salud de Patzite por su entrega a la comunidad.
7. Continuar con el control prenatal estricto durante el noveno mes de gestación por ser un factor protector de éxito mencionado por el personal de salud..

10. Referencias Bibliográficas

1. Mejora la salud materna y prenatal en Sololá, Guatemala. [Acceso 22 febrero 2017]
Disponible en:
<http://www.bancomundial.org/es/results/2017/03/23/improving-maternal-neonatal-health-solola>
2. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible : Transformar nuestro mundo. [Acceso 22 febrero 2017] Disponible en:
http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf
3. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. [Acceso 22 febrero 2017] Disponible en:
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D589.pdf
4. Salud de la Mujer Indígena. [Acceso 26 febrero 2017] Disponible en:
<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/246/Salud%20de%20la%20mujer%20ind%C3%ADgena.pdf>
5. Salud Materna y Neonatal. [Acceso 26 febrero 2017] Disponible en:
[https://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008\(10\).pdf](https://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008(10).pdf)
6. Programa Presupuestal Salud Materna Neonatal. [Acceso 19 marzo 2017]
Disponible en:
https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2SALUD%20MATERNO%20NEONATAL.pdf
7. Plan de acción para la reducción de la mortalidad maternal, neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010 -2015. [Acceso 19 marzo 2017]
Disponible en:
http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/239_1.pdf
8. Intervenciones identificadas por los equipos de los distritos de salud que contribuyen al mejoramiento de la calidad en salud materno neonatal. [Acceso 3 mayo 2017] Disponible en:
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D118.pdf

9. Mortalidad Perinatal Neonatal Tardía. [Acceso 3 mayo 2017] Disponible en:
<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Protocolos/Protocolo%20Mortalidad%20Perinatal.pdf>
10. Primeros Años. Lucha por Supervivencia. [Acceso 15 junio 2017] Disponible en:
https://www.unicef.org/guatemala/spanish/children_1165.htm
11. Departamento de epidemiología. [Acceso 17 julio 2017] Disponible en:
<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/>
12. OMS Guatemala. [Acceso 17 julio 2017] Disponible en:
<http://www.who.int/countries/gtm/es/>
13. Constitución Política de Guatemala [Acceso 23 julio 2017] Disponible en:
https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf
14. Metodología de investigación en educación médica, La entrevista, recurso flexible y dinámico, Laura Díaz-Bravo, Uri Torruco-García, Mildred Martínez-Hernández, Margarita Varela Ruiz, Departamento de Investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México. [Acceso 7 agosto 2017] Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
15. Normas de atención a la embarazada [Acceso 7 agosto 2017] Disponible en:
http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=555-2009-normas-de-atencion-en-salud-integral-para-el-neonato-para-el-i-y-ii-nivel&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518
16. Modelo incluyente de salud (MIS). [Acceso 9 agosto 2017] Disponible en :
<http://www.mspas.gob.gt/image/files/modeloincluyente/ModeloIncluyenteSalud.pdf>
17. Diagnostico Nacional de Salud. [Acceso 9 agosto 2017] Disponible en:
[http://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/11MSPAS\(2012\)Diagnostico-Salud-marzo.pdf](http://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/11MSPAS(2012)Diagnostico-Salud-marzo.pdf)
18. Modelo de atención integral en salud MSPAS. [Acceso 9 agosto 2017] Disponible en:
http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518

19. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014 – 2015, ENSMI. [Acceso 9 agosto 2017] Disponible en:
https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf

20. BANCO MUNDIAL, mejora la salud materna y prenatal en Sololá, Guatemala. [Acceso 9 agosto 2017] Disponible en:
<http://www.bancomundial.org/es/results/2017/03/23/improving-maternal-neonatal-health-solola>

21. Intervenciones identificadas por los equipos de los distritos de salud que contribuyeron al mejoramiento de la calidad en salud maternoneonatal. [Acceso 9 agosto 2017] Disponible en:
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D118.pdf

22. Manual de cinco pasos para la organización de comisiones de salud y la elaboración e implementación de los planes de emergencia comunitarios. [Acceso 9 agosto 2017] Disponible en:
http://nutri-salud.org/sites/default/files/manual_5_pasos_1.pdf

23. Tesis de grado “Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud”. Acceso 25 septiembre 2017] Disponible en:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/03/Torres-Schirley.pdf>

24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Acceso 25 septiembre 2017] Disponible en:
http://www.minfin.gob.gt/images/archivos/transparencia/saludpublica_070616.pdf

11. Anexos

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Medicina
Instrumento de Trabajo de Tesis

Oscar Leonel Gomero Moscoso
Carné2063209

ENTREVISTA

No Correlativo: _____
Nombre: _____

Nombre de esposo: _____

Se encuentra trabajando fuera
Otro: _____

Estudio: Conocimiento y uso del plan de emergencia familiar en mujeres en edad fértil, embarazadas, hombres y personal de salud.

Dirigido a mujeres en edades comprendidas de 15 a 55 años.

Edad: _____ ¿Está Embarazada?: Si No

Con hijo menor a 1 año: Si No

Religión: _____

Escolaridad (último grado ganado): _____

Jefe de Familia (especifique): _____

Comunidad: _____

Estado civil: Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda

Idioma que habla: Español Quiche Ambos

Preguntas

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿Sabe cuáles son las señales de peligro en el embarazo?	Si____ NO____ Si es si ¿Cuáles son? Dolor fuerte de Cabeza <input type="checkbox"/> Dolor en la boca del estomago <input type="checkbox"/> Visión Borrosa <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/>
2	¿Sabe cuáles son las señales de peligro que se puedan presentar en el parto y después del parto?	Si____ NO____ Si es si ¿Cuáles son? Dolor fuerte de Cabeza <input type="checkbox"/> Dolor en la boca del estomago <input type="checkbox"/> Visión Borrosa <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/>

3	¿A quién buscaría para que la ayude si existiera alguna emergencia durante el embarazo, parto o después del parto?	Comadrona <input type="checkbox"/> Personal de salud <input type="checkbox"/> Guía espiritual <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
4	¿Conoce el plan de emergencia familiar? ¿Puede mencionar cuales son los elementos que incluye el plan?	Si ___ NO ___ Señales de peligro..... <input type="checkbox"/> Lugar a donde va a ir para ser atendido.. <input type="checkbox"/> Tener carro disponible para trasladarse.. <input type="checkbox"/> Tener un ahorro..... <input type="checkbox"/> Quien toma la decisión..... <input type="checkbox"/> Decidir quién cuida a los hijos..... <input type="checkbox"/> Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/>
5	¿Si se presentara alguna emergencia, sabe si hay algún vehículo disponible que la pueda llevar a un hospital, CAP o algún centro asistencial?	Si ___ NO ___
6	¿Cuánto les cobraría el vehículo para llevarlos? ¿Pueden cubrir el gasto?	Q. _____ Si ___ NO ___ ¿Quién pagaría el vehículo? Pareja..... <input type="checkbox"/> Yo mismo..... <input type="checkbox"/> La organización comunitaria <input type="checkbox"/> Mi papá..... <input type="checkbox"/> Mi mamá..... <input type="checkbox"/> Otro: _____
7	¿En cuánto tiempo llegaría al : Hospital <input type="checkbox"/> CAP <input type="checkbox"/> Puesto de salud <input type="checkbox"/> Otro _____ si la trasladaran, al presentar una emergencia?	Respuesta: _____
8	¿Si presenta una señal de peligro, quien tomaría la decisión de trasladarla o buscar ayuda?	Pareja <input type="checkbox"/> Abuelo / a <input type="checkbox"/> Comadrona <input type="checkbox"/> La Embarazada <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____

9	¿Ha recibido alguna vez ayuda por parte de la Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria? ¿Qué clase de ayuda?	Si___ NO___ ¿De quién? <input type="checkbox"/> COCODE <input type="checkbox"/> COPEC <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ ¿Qué clase de ayuda? Traslado en carro <input type="checkbox"/> Consejo <input type="checkbox"/> Monetario <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
10	¿Estaría Dispuesta a ser trasladada al CAP u Hospital si presentara alguna emergencia en el embarazo, parto o puerperio?	Si___ NO___ Si es NO ¿Por qué No? Mala atención <input type="checkbox"/> Mala experiencia previa <input type="checkbox"/> No están bien preparados <input type="checkbox"/> No hablan mi idioma <input type="checkbox"/> Me da miedo <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
11	<u>Para Mujeres Embarazadas</u> ¿Tiene usted un plan	Si___ NO___ Si es si ¿Qué elementos tiene en el plan? Identifico Señales de peligro..... <input type="checkbox"/> Tengo Lugar a donde ir para ser atendido... <input type="checkbox"/> Tener carro disponible para trasladarse.... <input type="checkbox"/> Tener un ahorro..... <input type="checkbox"/> Quien toma la decisión..... <input type="checkbox"/> Decidir quién cuida a los hijos..... <input type="checkbox"/> Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/>
12	<u>Para mujeres con hijos menores a un año</u> ¿En su último embarazo tuvo un plan de emergencia?	Si___ NO___ Si es si ¿Qué elementos tenía su plan? Identifico Señales de peligro..... <input type="checkbox"/> Tengo Lugar a donde ir para ser atendido... <input type="checkbox"/> Tener carro disponible para trasladarse.... <input type="checkbox"/> Tener un ahorro..... <input type="checkbox"/> Quien toma la decisión..... <input type="checkbox"/> Decidir quién cuida a los hijos..... <input type="checkbox"/> Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/>

Gracias por su información.

Gracias por la información
Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Medicina
Instrumento de Trabajo de Tesis

ENTREVISTA

No Correlativo: _____

Nombre: _____

Estudio: Conocimiento y uso del plan de emergencia familiar en mujeres en edad fértil, embarazadas, hombres y personal de salud.

Dirigido a hombres.

Edad: _____ **Jefe de familia:** Si No

si es no especifique quien es el jefe familia: _____

Religión: _____

Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Unión Libre
- Divorciado
- Viudo

Idioma que habla:

- Español
- Quiche
- Ambos

Escolaridad (último grado ganado): _____

Comunidad: _____

Preguntas

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿Sabe cuáles son las señales de peligro en el embarazo, parto y después del parto?	Si____ NO____ Si es si ¿Cuáles son? Dolor fuerte de Cabeza <input type="checkbox"/> Dolor en la boca del estomago <input type="checkbox"/> Visión Borrosa <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/>
3	Si su esposa presentara alguna emergencia durante el embarazo, parto o después del parto ¿a quién buscaría para que la ayude?	Comadrona <input type="checkbox"/> Personal en salud <input type="checkbox"/> Guía espiritual <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
4	¿Conoce el plan de emergencia familiar? ¿Puede mencionar cuales son los elementos que incluye el plan?	Si____ NO____ Señales de peligro..... <input type="checkbox"/> Lugar a donde va a ir para ser atendido... <input type="checkbox"/> Tener carro disponible para trasladarse... <input type="checkbox"/> Tener un ahorro..... <input type="checkbox"/> Quien toma la decisión..... <input type="checkbox"/> Decidir quién cuida a los hijos..... <input type="checkbox"/> Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/>

5	¿Si su esposa presentara alguna emergencia, sabe si hay algún vehículo disponible que los pueda llevar a un hospital, CAP o algún centro asistencial?	Si___ NO___
6	¿Cuánto les cobraría el vehículo para llevarlos? ¿Pueden cubrir el gasto?	Q. _____ Si___ NO___ ¿Quién pagaría el vehículo? Yo mismo..... <input type="checkbox"/> Mi Pareja..... <input type="checkbox"/> La organización comunitaria..... <input type="checkbox"/> Mi papá..... <input type="checkbox"/> Mi mamá..... <input type="checkbox"/> Otro: _____
7	¿En cuánto tiempo llegarían al : Hospital <input type="checkbox"/> CAP <input type="checkbox"/> Puesto de salud <input type="checkbox"/> , Otro _____ si los trasladaran al presentar una emergencia?	Respuesta: _____
8	¿Si presentan una señal de peligro, quien tomaría la decisión de trasladarlas o buscar ayuda?	Yo mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Comadrona <input type="checkbox"/> La Embarazada <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
9	¿Han recibido alguna vez ayuda por parte de la Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria? ¿Qué clase de ayuda?	Si___ NO___ ¿De quién? <input type="checkbox"/> COCODE <input type="checkbox"/> COPEC <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ ¿Qué clase de ayuda? Traslado en carro <input type="checkbox"/> Consejo <input type="checkbox"/> Monetario <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____

10	¿Estaría dispuesto a trasladar a la embarazada al CAP u Hospital si su pareja o embarazada presentara alguna emergencia en el embarazo, parto o puerperio?	Si___ NO___ Si en NO ¿Por qué No? Mala atención <input type="checkbox"/> Mala experiencia previa <input type="checkbox"/> No están bien preparados <input type="checkbox"/> No hablan mi idioma <input type="checkbox"/> Me da miedo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):_____
11	<u>Para Esposas Embarazadas</u> ¿Tiene usted y su esposa un plan de emergencia familiar?	Si___ NO___ Si es si ¿Qué elementos tiene en el plan? Identifico Señales de peligro..... <input type="checkbox"/> Tengo Lugar a donde ir para ser atendido. <input type="checkbox"/> Tener carro disponible para trasladarse.... <input type="checkbox"/> Tener un ahorro..... <input type="checkbox"/> Quien toma la decisión..... <input type="checkbox"/> Decidir quién cuida a los hijos..... <input type="checkbox"/> Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/>
12	<u>Para esposas con hijos menores a un año</u> ¿En el último embarazo de su esposa tuvo un plan de emergencia?	Si___ NO___ Si es si ¿Qué elementos tenía su plan? Identifico Señales de peligro..... <input type="checkbox"/> Tengo Lugar a donde ir para ser atendido. <input type="checkbox"/> Tener carro disponible para trasladarse.... <input type="checkbox"/> Tener un ahorro..... <input type="checkbox"/> Quien toma la decisión..... <input type="checkbox"/> Decidir quién cuida a los hijos..... <input type="checkbox"/> Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/>

Gracias por su información.

ENTREVISTA No de correlativo: _____

Nombre: _____

Estudio: Conocimiento y uso del plan de emergencia familiar en mujeres en edad fértil, embarazadas, hombres y personal de salud..

Dirigido a personal de salud.

Religión: _____

Puesto de Salud: _____

Título o Profesión: _____

Estado civil:

- Soltero
 Casado
 Unión Libre
 Divorciado

Idioma que habla:

- Español
 Quiche
 Ambos

Preguntas

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿Sabe cuáles son las señales de peligro que se puedan presentar en el parto y después del parto?	Si____ NO____ Dolor fuerte de Cabeza..... <input type="checkbox"/> Dolor en la boca del estómago..... <input type="checkbox"/> Visión Borrosa..... <input type="checkbox"/> Fiebre..... <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal..... <input type="checkbox"/> Estabilizar..... <input type="checkbox"/> Referir..... <input type="checkbox"/>
2	¿Si identificara las señales de peligro en una embarazada, en el parto o en una puérpera que haría?	Referiría <input type="checkbox"/> Estabilizar <input type="checkbox"/> Resolvería el caso <input type="checkbox"/> Activaría el plan de emergencia <input type="checkbox"/> Otro (especifique)_____
3	¿Conocen el plan de emergencia familiar? ¿Pueden mencionar cuales son los elementos que incluye el plan?	Si____ NO____ Señales de peligro..... <input type="checkbox"/> Lugar a donde va a ir para ser atendido..... <input type="checkbox"/> Tener carro disponible para trasladarse..... <input type="checkbox"/> Tener un ahorro..... <input type="checkbox"/> Quien toma la decisión..... <input type="checkbox"/> Decidir quién cuida a los hijos..... <input type="checkbox"/> Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/>

4	¿Si se presentara alguna emergencia con su paciente, sabe si hay algún vehículo que la pueda llevar a un hospital, CAP o algún centro asistencial?	Si___ NO___
5	¿En cuánto tiempo llegarían al : Hospital <input type="checkbox"/> CAP <input type="checkbox"/> Puesto de salud <input type="checkbox"/> , Otro _____ si las transportaran al presentar una emergencia?	Respuesta: _____
6	¿Trabajan en equipo con la organización comunitaria al momento de activar el plan de emergencia familiar?	Si___ NO___ ¿De qué manera los apoyaría o han apoyado la organización y cuál es la organización que los apoya? respuesta _____ _____ _____
7	A QUE DEBEN EL ÉXITO DE CERO MUERTES MATERNAS EN SUS COMUNIDADES	El censo de embarazadas..... <input type="checkbox"/> Control prenatal..... <input type="checkbox"/> Vigilancia de noveno mes..... <input type="checkbox"/> Vigilancia de púerperas..... <input type="checkbox"/> La activación del plan de emergencia por parte de la familia..... <input type="checkbox"/> Reconocimiento de señales de peligro por las comadronas..... <input type="checkbox"/> Apoyo de la COPEC..... <input type="checkbox"/> Apoyo del CAP Ruta de referencia efectiva..... <input type="checkbox"/> Otro: _____

Gracias por la información.

ENTREVISTA

No Correlativo: _____

Nombre: _____

Estudio: Conocimiento y uso del plan de emergencia familiar en mujeres en edad fértil, embarazadas, hombres y personal de salud.

Dirigido a líderes comunitarios.

Edad: _____ Jefe de familia: Si No

si es No especifique quien es el jefe de familia: _____

Religión: _____	Estado civil:	Idioma que habla:
	Soltero <input type="checkbox"/>	Español <input type="checkbox"/>
	Casado <input type="checkbox"/>	Quiche <input type="checkbox"/>
Escolaridad (último grado ganado): _____	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Divorciado <input type="checkbox"/>	
Usted pertenece a COPEC <input type="checkbox"/> COCODE <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	
Alcalde Auxiliar <input type="checkbox"/> Comadrona: <input type="checkbox"/>		

Cargo que tiene dentro de la organización: _____

Comunidad: _____

Preguntas

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿Sabe cuáles son las señales de peligro en el embarazo?	Si___ NO___ Dolor fuerte de Cabeza <input type="checkbox"/> Dolor en la boca del estomago <input type="checkbox"/> Visión Borrosa <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/>
2	¿Sabe cuáles son las señales de peligro que se puedan presentar en el parto y después del parto?	Si___ NO___ Dolor fuerte de Cabeza <input type="checkbox"/> Dolor en la boca del estomago <input type="checkbox"/> Visión Borrosa <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/>
3	¿A quién buscaría para que lo ayude si existiera alguna emergencia durante el embarazo, parto o después del parto?	Comadrona (si es comadrona no preguntar) <input type="checkbox"/> Personal en salud <input type="checkbox"/> Guía espiritual <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____

4	<p>¿Conocen el plan de emergencia familiar?</p> <p>¿Puede mencionar cuales son los elementos que incluye el plan?</p>	<p>Si___ NO___</p> <p>Señales de peligro..... <input type="checkbox"/></p> <p>Lugar a donde va a ir para ser atendido....<input type="checkbox"/></p> <p>Tener carro disponible para trasladarse....<input type="checkbox"/></p> <p>Tener un ahorro.....<input type="checkbox"/></p> <p>Quien toma la decisión.....<input type="checkbox"/></p> <p>Decidir quién cuida a los hijos.....<input type="checkbox"/></p> <p>Preparar lo que hay que llevar.....<input type="checkbox"/></p>
5	<p>¿Si se presentara alguna emergencia, sabe si hay algún vehículo que las pueda llevar a un hospital, CAP o algún centro asistencial?</p>	<p>Si___ NO___</p>
6	<p>¿Cuánto cobraría el vehículo para llevarlos?</p>	<p>Q. _____</p>
7	<p>¿En cuánto tiempo llegarían al : Hospital <input type="checkbox"/> CAP <input type="checkbox"/> Puesto de salud <input type="checkbox"/>, Otro _____ si las transportaran al presentar una emergencia?</p>	<p>Respuesta _____</p>
8	<p>¿Trabajan en equipo con el personal del puesto de salud?</p>	<p>Si___ NO___</p> <p>¿Por qué?</p> <p>No hay confianza <input type="checkbox"/></p> <p>No saben cómo resolver el problema <input type="checkbox"/></p> <p>Otro (especifique): _____</p>
9	<p>¿Qué clase de ayuda le brindan a la comunidad en el caso de activar un plan de emergencia familiar?</p>	<p>Traslado en carro <input type="checkbox"/></p> <p>Consejo <input type="checkbox"/></p> <p>Monetario <input type="checkbox"/></p> <p>Otro (especifique): _____</p>
10	<p>¿Tienen ustedes un plan de emergencia comunitario?</p>	<p>Si___ NO___</p> <p>Si es si</p> <p>¿Qué elementos tiene en el plan?</p> <p>Identifico Señales de peligro.....<input type="checkbox"/></p> <p>Tengo Lugar a donde ir para ser atendido.... <input type="checkbox"/></p> <p>Tener carro disponible para trasladarse..... <input type="checkbox"/></p> <p>Tener un ahorro.....<input type="checkbox"/></p> <p>Quien toma la decisión.....<input type="checkbox"/></p> <p>Decidir quién cuida a los hijos.....<input type="checkbox"/></p> <p>Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/></p>
11	<p>¿Cuentan con algún fondo de ahorro comunitario de apoyo a emergencias?</p>	<p>Si___ No___</p>

Gracias por la información

ENTREVISTA DE SALIDA

No Correlativo: _____

Nombre: _____

Nombre de esposo: _____

Se encuentra trabajando fuera

Otro: _____

Estudio: Conocimiento y uso del plan de emergencia familiar en mujeres en edad fértil, embarazadas, hombres y personal de salud.

Dirigido a mujeres en edades comprendidas de 15 a 55 años.

Edad: _____ ¿Está Embarazada?: Sí No Sí No No
 con hijo menor de 1 año

Religión: _____ Estado civil: Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda Idioma que habla: Español Quiche Ambos

Jefe de Familia Sí No (especifique): _____

Comunidad: _____

Puesto de Salud: _____

Preguntas

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿Cómo le pareció la atención en el puesto de salud?	Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/>
2	¿Le informaron del plan de emergencia familiar?	Sí___ NO___
3	¿Sabe cuáles son las señales de peligro que se puedan presentar en el embarazo, parto y después del parto?	Sí___ NO___ Dolor fuerte de Cabeza <input type="checkbox"/> Dolor en la boca del estomago <input type="checkbox"/> Visión Borrosa <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/>

3	¿Lleva control prenatal en el puesto de salud?	Si___ NO___ ¿Por qué? porque lo llevo con la comadrona <input type="checkbox"/> no me gusta la atención <input type="checkbox"/> Otro (especifique)_____
4	¿Conocen el plan de emergencia familiar? ¿Pueden mencionar cuales son los elementos que incluye el plan?	Si___ NO___ Señales de peligro..... <input type="checkbox"/> Lugar a donde va a ir para ser atendido..... <input type="checkbox"/> Tener carro disponible para trasladarse..... <input type="checkbox"/> Tener un ahorro..... <input type="checkbox"/> Quien toma la decisión..... <input type="checkbox"/> Decidir quién cuida a los hijos..... <input type="checkbox"/> Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/>
5	¿Si se presentara alguna emergencia, saben si hay algún vehículo que las pueda llevar a un hospital, CAP o algún centro asistencial?	Si___ NO___
6	¿Cuánto les cobraría el vehículo para transportarlos? ¿Pueden cubrir el gasto?	Q. _____ Si___ NO___ ¿Quién pagaría el vehículo? Pareja..... <input type="checkbox"/> Yo mismo..... <input type="checkbox"/> La organización comunitaria..... <input type="checkbox"/> Mi papá..... <input type="checkbox"/> Mi mamá..... <input type="checkbox"/> Otro:_____
7	¿En cuánto tiempo llegarían al : Hospital <input type="checkbox"/> , P Puesto <input type="checkbox"/> salud <input type="checkbox"/> , Otro <input type="checkbox"/> si las tra al presentar una emergencia?	Respuesta: _____
8	¿Si presenta una señal de peligro, quien tomaría la decisión de trasladarla o buscar ayuda?	Pareja <input type="checkbox"/> Abuelo / a <input type="checkbox"/> Comadrona <input type="checkbox"/> La Embarazada <input type="checkbox"/> Otro (especifique):_____
		Si___ NO___

9	¿Ha recibido alguna vez ayuda por parte de la Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria? ¿Qué clase de ayuda?	¿De quién? <input type="checkbox"/> COCODE <input type="checkbox"/> COPEC <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ ¿Qué clase de ayuda? Traslado en carro <input type="checkbox"/> Consejo <input type="checkbox"/> Monetario <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
10	¿Estaría Dispuesta a ser llevada al CAP u Hospital si presentara alguna emergencia en el embarazo, parto o puerperio?	Si___ NO___ Si en NO ¿Por qué No? Mala atención <input type="checkbox"/> Mala experiencia previa <input type="checkbox"/> No están bien preparados <input type="checkbox"/> No hablan mi idioma <input type="checkbox"/> Me da miedo <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
12	<u>Para Mujeres Embarazadas</u> ¿Tiene usted un plan de emergencia familiar?	Si___ NO___ Si es si ¿Qué elementos tiene en el plan? Identifico Señales de peligro..... <input type="checkbox"/> Tengo Lugar a donde ir para ser atendido.... <input type="checkbox"/> Tener carro disponible para trasladarse..... <input type="checkbox"/> Tener un ahorro..... <input type="checkbox"/> Quien toma la decisión..... <input type="checkbox"/> Decidir quién cuida a los hijos..... <input type="checkbox"/> Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/>
13	<u>Para mujeres con hijos menores a un año</u> ¿En su último embarazo tuvo un plan de emergencia?	Si___ NO___ Si es si ¿Qué elementos tenía su plan? Identifico Señales de peligro..... <input type="checkbox"/> Tengo Lugar a donde ir para ser atendido... <input type="checkbox"/> Tener carro disponible para trasladarse..... <input type="checkbox"/> Tener un ahorro..... <input type="checkbox"/> Quien toma la decisión..... <input type="checkbox"/> Decidir quién cuida a los hijos..... <input type="checkbox"/> Preparar lo que hay que llevar..... <input type="checkbox"/>

Gracias por la información