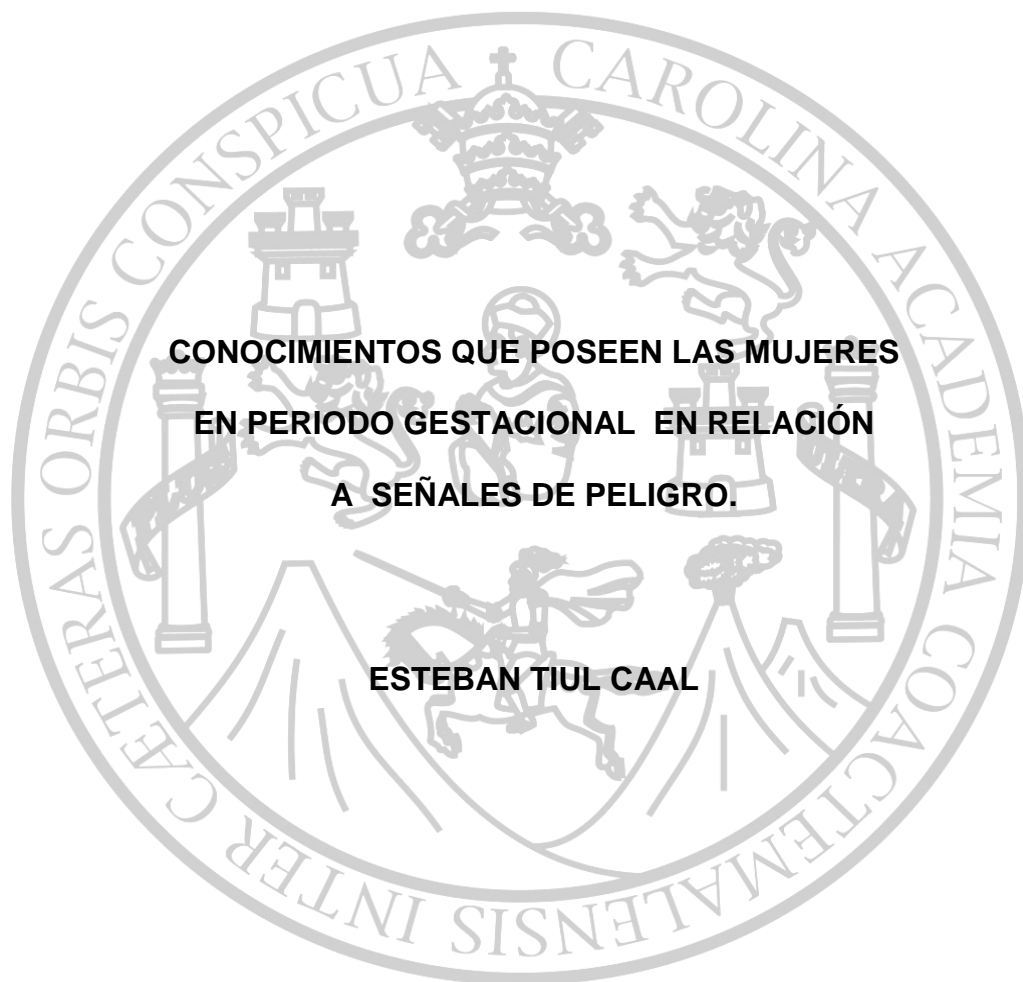


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS



**CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LAS MUJERES
EN PERIODO GESTACIONAL EN RELACIÓN
A SEÑALES DE PELIGRO.**

ESTEBAN TIUL CAAL

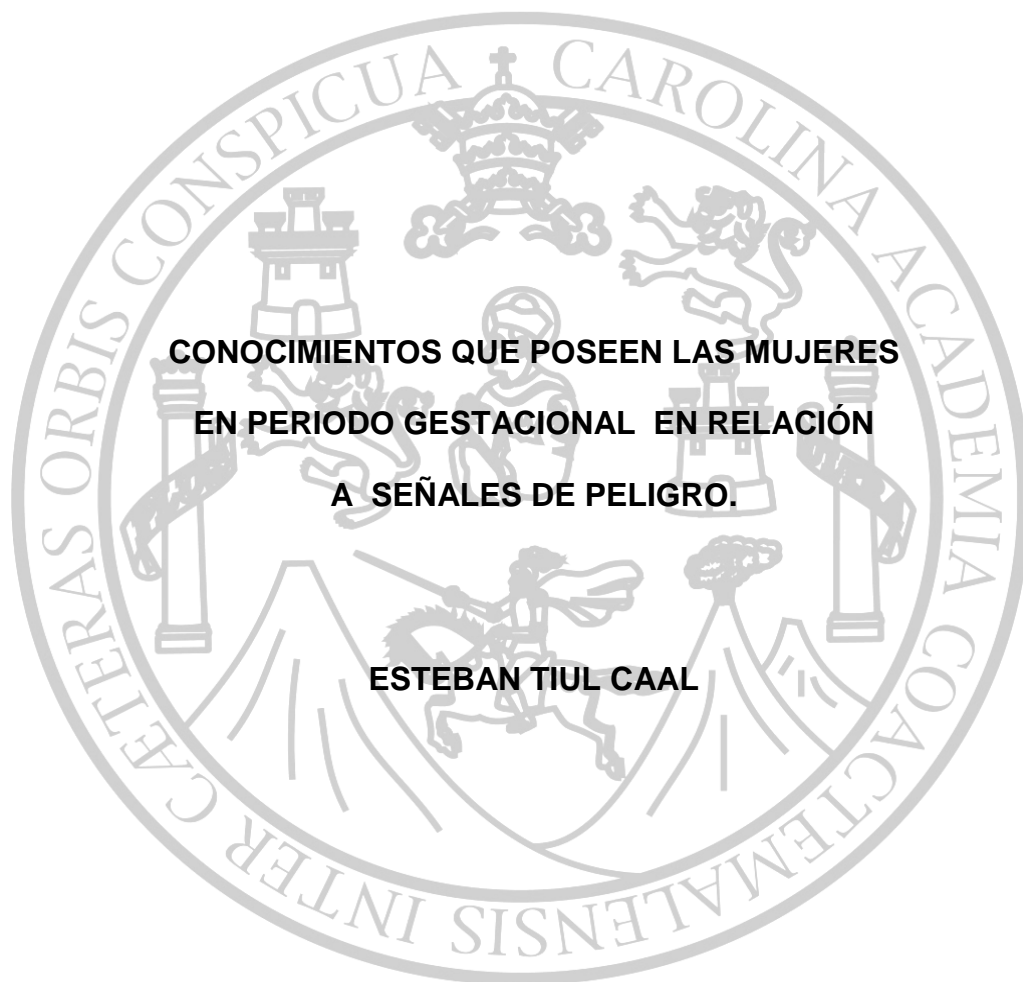
TESIS

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el Título de
Maestro en Enfermería Materno Neonatal
Septiembre 2014.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS



**CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LAS MUJERES
EN PERIODO GESTACIONAL EN RELACIÓN
A SEÑALES DE PELIGRO.**

ESTEBAN TIUL CAAL

TESIS

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el Título de
Maestro en Enfermería Materno Neonatal
Septiembre 2014.



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Licenciado: Esteban Tiúl Caal.

Carné Universitario No.: 201390323

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis "**Conocimientos que Poseen Las Mujeres en Periodo Gestacional en Relación a Señales de Peligro**".


Que fue asesorado: Licda. Rhina Orantes Franco Mg .

Y revisado por: Licda Rutilia Herrera Acajabón MSc.

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

Guatemala, 25 de agosto de 2014


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


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

/mdvs

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



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Licenciada:

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

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Conocimientos que poseen las mujeres en periodo gestacional en relación a señales de peligro" de Esteban Tiúl Caal, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

Licenciada Rhina Orantes Franco MA.
Asesor de Tesis

Catedrática Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala


Guatemala, 08 de Agosto de 2014

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

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Conocimientos que poseen las mujeres en periodo gestacional en relación a señales de peligro" de Esteban Tiúl Caal, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente,


Licenciada Rutilia Herrera Acajábón MSc.
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado



NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

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

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al Eterno Dios: Por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo personal.

A la Universidad San Carlos de Guatemala: Por la oportunidad que me brindó por abrir sus puertas a mi formación profesional.

A mis maestros: Por sus conocimientos, consejos, confianza y formación en especial a la Magister. Juana Martha Hernández, quien siempre me apoyó, tuvo paciencia y es pieza clave en la realización de este trabajo, a la Magister. Rutilia Herrera Acajbon, por su sabiduría y considerarme como uno de sus alumnos perseverante.

A mi preciosa esposa: Licda. Aury González, Por darme su cariño, paciencia, apoyo y valor para seguir adelante en mi formación de Maestro en Enfermería Materno Neonatal.

A mí querida hija: Deisy Por ayudarme a continuar haciéndome vivir los mejores momentos de mi vida, quiero dejarle la legacía de hacer obras constructivas y que tenga siempre en su corazón la fortaleza para luchar por tus propias convicciones.

A mi madre: Julia Caal, por su amor incondicional, insuperable cariño, paciencia y consejo para prepararme académicamente para servir al prójimo.

A todos mis amigos y amigas: Que me han brindado desinteresadamente su valiosa amistad, gracias por ser la sal que condimenta mi vida y la luz que guía mis pasos en el mundo de la superación.

A mis compañeros/as: Agradezco a todas las personas que de una u otra forma estuvieron conmigo, porque cada una aportó con un granito de arena; y es por ello que a todos y cada uno de ustedes les dedico todo el esfuerzo, sacrificio y tiempo que entregué a ésta tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	2-3
2.1 Generalidades	3-4
2.1.1 Atención prenatal personalizada	4-6
2.2 Antecedentes médicos	6-7
2.2.1 Antecedentes reproductivos	8-10
2.3 Muestras de laboratorios	11
2.4 Riesgo reproductivo	12
2.5 Complicaciones en el embarazo	12-15
2.6 Vigilancia de la embarazada	15-17
2.7 Conocimiento	18-19
III. OBJETIVOS	20
IV. MATERIAL Y METODOS	21-27
V. RESULTADOS	28-31
VI. Discusión y Análisis	32-35
6.1 Conclusiones	36
6.2 Recomendaciones	37
6.3 Propuesta de plan de acción	38
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39-41
VIII. ANEXOS	42
Anexo No.1 Cuestionario	42-44
Anexo No. 2 Consentimiento Informado	45
Anexo No. 3 Solicitud de Autorización para Estudio de Campo	46
Permiso del Autor para copiar el trabajo	47

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	2
III.	OBJETIVOS	20
IV.	MATERIAL Y METODOS	21
V.	RESULTADOS	28
VI.	Discusión y Análisis	32
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	39
VIII.	ANEXOS	42

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	28
Tabla No. 2	29
Tabla No. 3	30
Tabla No. 4	31

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar los conocimientos que poseen las mujeres en período gestacional en relación a la identificación de las señales de peligro en el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo del casco urbano de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz, durante los meses de marzo 2013 a marzo 2014. **METODOLOGIA:** Es un estudio de tipo descriptivo, con abordaje cuantitativo, en una población de 115 gestantes que participaron en el estudio. **RESULTADOS:** Los conocimientos que poseen las gestantes en relación a las señales de peligro en el primer trimestre del embarazo se concluye que el 20.87% lo conocen la hemorragia como señales de peligro, 23.48% identifica como infección urinaria, 21.74% reconocen la fiebre. Mientras el 33.91% indican no conocer las señales de peligro como hemorragia, infección urinaria y fiebre. En el Segundo trimestre del embarazo el 17.39% indican reconocer las señales de peligro como hemorragia vaginal, un 23.48% identifican como dolor de cabeza, 28.70% identifican como salida de líquido por la vagina. Mientras el 30.43% indican no conocer ninguna señal de peligro. En el Tercer trimestre del embarazo el 29.57% mencionaron conocer las señales de peligro como: Hemorragia vaginal, 21.74% indicaron como dolor tipo parto, 29.57% lo conocen como disminución de movimientos fetales. Mientras el 19.13% desconocen las señal de peligro. **CONCLUSIONES:** El 33.91% de las mujeres gestantes en el primer trimestre indican no conocer las señales de peligro, como: hemorragia, infección urinaria y fiebre, el 15.65% de las que no conocen señales de peligro, son primigestas. El 30.43% de las mujeres gestantes en el segundo trimestre indican no saber las señales de peligro como hemorragia vaginal, dolor de cabeza y salida de líquido por la vagina, solo 17.39% conocen la hemorragia vaginal como una señal de peligro, 23.48% lo identifican como dolor de cabeza, y el 28.70% lo identifican como salida de líquido por la vagina. El 19.13% de las gestante en el tercer trimestre indican no saber las señales de peligro como hemorragia vaginal, dolor tipo parto y disminución de movimientos fetales. Mientras el 29.57% lo identifican como hemorragia vaginal, 21.74% como dolor tipo parto y un 29.57% como disminución de movimientos fetales.

KACH'INOB'RESINK

XJAYALIHOM: Rilb'al lix nauwomeb' li qana chin wankeb' s'a yuam, maneke xke retal nak wankeb' sa junak xixibil wan sa' lix béen, sa' lix kab' ut sa' li rox rox po re li wan sa yaumil, sa' lix yi li tenamit se Tinta, xkuent' li Alta Verapaz, ch'iru li po marzo 2013 a marzo 2014.

XB'EHIL: Aan jun tzolom yal na tzimamank, na ajlamank, sa' jun ch'uut chi qana' chin wankeb sa' yaam, olaju xwaqaal chi' ixq xe oken sa' li tzolom awe.

RU LI KANJEL: Lis nauwomeb' li qanachin wankeb' sa' lix b'een rox po re li wan sa yaum, chirix li xiu xiuwil wank, na taulimank naq jun may rikin wuqub rokaal chiixq nakexnau nak yochi'el li kik', aan xuwajel, oxib xkakaal rikin wajxaqib' roxkaal nakexnau kamaan chik li ra ch'u', jun xkaal rikin kalaju xkakaal nakexnau naq yo li tiq. Pero abanan oxlaju xkakaal rikin junlaju rokaal inka nakexnau naq li tzeqok kik, li rach'u' ut li tiq nak aan xiu xiuwil wank. Sa'xkab' li rox po re li wank sa yuam wuqlaju rikin b'eleb' xkakaal nake xye naq nake xnau li xiu xiu wil wan naq yo chi' elk li kik, oxib xkakaal rikin wajxaqib rox kaal nakexkut kama rahil jolom, wajxaqib xka kaal rikin lajeb' xkakaal nakexkut kama nak yo chi elk li ha rikin li qanachin xuwajel, pero lajeb xkakaal rikin oxib roxkaal nakexye naq inka nakexnau ru junaq xiu xiuwil wank. Sa li rox, rox poil li wan sa' yuam, b'eleeb' xkakaal rikin wuqub roxkaal xe xye naq nakexnau naq yo chi el li kik aan xiu xiu, jun xkakaal rikin kalaju xka kaal xexye naq kamaan chic xrailal naq ak yoolaak chik re li kulaal, beleeb xkakaal rikin wuqlaju rox kaal nakexnau kama naq inka chik naekánk li kulaal, pero ab'anan b'elelaju rikin oxlaju inka nakexnau ru li xiu xiuwil wank sa yuan.

XRAKB'AL: Nakeman retal naq linka' nakexnau ru li xiu xiuwil wank aaneb' li ixq xb'een sut wankeb' se yuan, pero abanan wankeb ajwi li qana chin kilasut nakekana se yuam inka ajwi nakexnau naq li tzeqok kik, rachu', tiq, inkachik naekank li kachin ut maraj yo chi elk li ha sa tzejwal li qanachin inka nakexnau ru naq aan retalil li xiu xiuwilwank re li yaumil.

ABSTRACT

To identify the knowledge held by women in gestational period in relation to the identification of danger signs in the first, second and third trimester of pregnancy from the town of Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz, during the months of March 2013 March 2014

METHODOLOGY: This is a descriptive study with a quantitative approach, in a population of 115 pregnant women who participated in the study. **RESULTS:** The knowledge possessed by the pregnant women regarding danger signs in the first trimester of pregnancy is concluded that 20.87% hemorrhage know him as danger signals, 23.48% identified as urinary tract infection, fever recognize 21.74%. While 33.91% indicated not knowing the warning signs such as bleeding, urinary tract infection and fever. In the second trimester of pregnancy 17.39% indicate recognize the danger signs and vaginal hemorrhage, 23.48% identified as headache, 28.70% identified as output of fluid from the vagina. While 30.43% indicated not knowing any sign of danger. In the third trimester the 29.57% reported knowing the warning signs such as vaginal bleeding, 21.74% stated as type childbirth pain, he is known as 29.57% decrease in fetal movements. While 19.13% are unaware of the danger signal. **CONCLUSIONS:** 33.91% of pregnant women in the first quarter indicate not know the warning signs, such as bleeding, urinary tract infection and fever, 15.65% of those who do not know danger signs are primiparous. The 30.43% of pregnant women in the second quarter indicate not knowing the warning signs such as vaginal bleeding, headache and outlet fluid from the vagina, only 17.39% knew vaginal bleeding as a danger sign, what 23.48% identified as headache, and 28.70% identify it as liquid outlet through the vagina. The 19.13% of pregnant women in the third quarter indicate not knowing the warning signs such as vaginal bleeding, pain, birth type and decreased fetal movements. While 29.57% identify it as vaginal bleeding, 21.74% as labor like pain and 29.57% as decreased fetal movements.

I. INTRODUCCION

El estado a través del decreto 32-2010, artículo 2, inciso a) Declara la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional, enfocándose en promover acciones para la reducción de mortalidad materna, en especial en poblaciones de mayor interés como lo son los adolescentes y la población indígena en el área rural.¹

La presente investigación, plantea el objetivo de describir los conocimientos que poseen las mujeres en período gestacional en relación a la identificación de las señales de peligro en el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo, en el casco urbano de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz, durante los meses de marzo 2013 a marzo 2014. Se considera importante y novedoso para contribuir a describir los conocimientos de las mujeres a nivel local, es un estudio de tipo descriptivo y con abordaje cuantitativo porque los resultados obtenidos son representados de manera numérica, mediante una tabla con porcentajes que indican las respuestas proporcionadas por las 115 mujeres embarazadas.

Los conocimientos que tienen las mujeres gestantes que participaron en la investigación, en relación a las señales de peligro, son: El 33.91% de las gestantes en **el primer trimestre** indican no conocer las señales de peligro, como: hemorragia, infección urinaria y fiebre, el 15.65% de las que no conocen señales de peligro, son primigestas. El 30.43% de las gestantes en el **segundo trimestre**, no saben las señales de peligro como, hemorragia vaginal, dolor de cabeza y salida de líquido por la vagina, mientras que el 17.39% conocen la hemorragia vaginal, 23.48% identifican dolor de cabeza, y el 28.70% lo identifican salida de líquido por la vagina.

El 19.13% de las gestante en el **tercer trimestre** indican no saber las señales de peligro como hemorragia vaginal, dolor tipo parto y disminución de movimientos fetales. El resultado de la presente investigación, representa un riesgo obstétrico y neonatal, tomando en cuenta que: En Guatemala en los últimos trece años han muerto 6,167 mujeres como consecuencia de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, muchas de ellas prevenible.²

¹CONGRESO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA. Ley para la Maternidad Saludable, Guatemala, C.A. 09-09-2010.

² Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil 10 a 54 años para la identificación de las muertes maternas. Guatemala, octubre del 2010. Pág. 7.

II. ANTECEDENTES

Según el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales³.

Cada año más de 200 millones de mujeres quedan embarazadas, la mayoría de estos embarazos terminan con un recién nacido y una madre sana. Sin embargo, a veces este evento produce dolor, sufrimiento, miedo, enfermedad y muchas veces muerte. Las causas de muerte son esencialmente las mismas alrededor del mundo: hemorragia, sépsis, pre eclampsia y aborto.

Aparte de estas causas médicas, existen factores sociales y culturales, implicados en la mortalidad materna. La muerte en sí, es solo el último evento dentro de un proceso que empezó mucho más temprano.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) toma la responsabilidad de intervenir efectivamente en la reducción de la mortalidad materna en Guatemala.

Es por ello que cada administración revisa y realiza los cambios en el Plan Estratégico para Reducir La Mortalidad Materna, según las necesidades de la población durante el tiempo de mando. A pesar de los compromisos nacionales e internacionales, suscritos por el Estado y de los esfuerzos realizados para resolver esta situación, Guatemala es uno de los países de América Latina donde muere mayor número de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y postparto. Según los indicadores básicos del año 2009 de la Organización Panamericana de la Salud, la razón de mortalidad materna en Guatemala es de 148.8 por 100,000 nacidos vivos. Estos datos son vigentes hasta el año 2008.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS. Cada día pierden la vida 1,500 mujeres por complicaciones de embarazo, parto y postparto. En Guatemala en los últimos trece años han muerto 6,167 mujeres como consecuencia de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, muchas de ellas prevenible.⁴

Estos indicadores y otras mediciones, han revelado brechas que indican que en el país hay marcadas diferencias en el acceso a servicios de planificación familiar, salud materna neonatal y otros componentes de la salud reproductiva. Las mujeres guatemaltecas se ven afectadas en forma distinta de acuerdo con su situación de pobreza, identidad étnica, área

³ DEL TORO HUERTA, Mauricio Iván. Declaración Universal de Derechos Humanos. México, Primera Edición, Agosto 2012. Pág. 129.

⁴ Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil 10 a 54 años para la identificación de las muertes maternas. Guatemala, octubre del 2010. Pág. 7.

de residencia y nivel de escolaridad. Estas condiciones limitan sus posibilidades de acceso a información y servicios de salud, en especial a la atención del parto y de las emergencias obstétricas.

El estado a través del decreto 32-2010, artículo 2, inciso a) Declara la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional, enfocándose en promover acciones para la reducción de mortalidad materna, en especial en poblaciones de mayor interés como lo son los adolescentes y la población indígena en el área rural.⁵

Guatemala, la razón de mortalidad materna es uno de los más altos de América Latina, que dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto, siendo las mujeres indígenas, las adolescentes y las mujeres que viven en áreas rurales las más afectadas y que el Estado tiene obligación de proteger el proceso reproductivo, reconociendo que todo embarazo está en riesgo y que es necesario garantizar a todas las mujeres el acceso a servicios de salud de calidad con calidez y pertinencia cultural, tomando en cuenta la diversidad etaria y ubicación geográfica para la resolución de su embarazo, sin el riesgo de daño o muerte para la madre, o su hijo o hija.

La salud y desarrollo de las mujeres es importante para el progreso de nuestro país. La disminución de la mortalidad materna es un indicador de desarrollo social.⁶

Es necesario promover el control prenatal temprano, un parto limpio y seguro, así como cuidados del puerperio, para identificar tempranamente factores de riesgo, signos y síntomas de peligro y atender las complicaciones de manera oportuna, involucrando a la mujer, su familia y la comunidad para lograr condiciones de salud adecuadas para la madre y el neonato.

2.1 GENERALIDADES

Mortalidad Materna.

La muerte materna es un evento que puede prevenirse, aquí radica principalmente la importancia de su vigilancia en salud pública, su ocurrencia afecta la integridad del núcleo familiar y por consecuencia la estructura social en general⁷

La mortalidad materna se define como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la

⁵ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA. Ley para la Maternidad Saludable, Guatemala, C.A. 09-09-2010.

⁶ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel, Guatemala, C.A. año 2010,

⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificación de las muertes maternas. Guatemala, 2da. Edición 2013.

duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. La Organización Panamericana de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) agrega la definición de defunción materna tardía como la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo. Así también, defunciones relacionadas con el embarazo a la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los primeros 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de muerte. De la misma forma, denota que para la notificación internacional de la mortalidad materna, el cálculo de tasas y razones solo deben incluir las muertes que ocurran antes del final del periodo de referencia de 42 días.

2.1.2 ATENCIÓN PRENATAL PERSONALIZADA.

Son los cuidados y las acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y el niño/a.⁸

2.1.2 Embarazo.

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario).⁹

Estado funcional particular en que se encuentra la mujer mientras se desarrolla en ella el huevo humano (Pinard.)¹⁰

Un embarazo normal dura 280 días (40 semanas), contados a partir del primer día del último periodo menstrual normal.

⁸ Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de atención del parto. 2da. Edición 2011.

⁹ BENSON, Pernoll. Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 1994. 108-154.

¹⁰ E. DABOUT, Diccionario de Medicina, Editorial Época, S.A. DE C.V. Enero 2006.

La fecha esperada de parto se calcula con la regla de Naegele, de la siguiente forma: Se determina el primer día del último período menstrual normal, se suman 7 días y se restan 3 meses.

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejores conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse.

2.1.3 Concepto de embarazo de riesgo.

Embarazo de riesgo es aquel en el que por incidir durante la gestación, determinados factores sociales, médicos, obstétricos o de otra índole se produce una morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población general.¹¹

La calificación de embarazo de riesgo viene determinada por una evaluación individualizada de cada gestante deberán tenerse en cuenta una serie de características de cada pareja y su entorno. Para etiquetación definitiva debemos valorar, en primer lugar, las circunstancias personales de la gestante y su pareja, por lo que haremos una historia clínica completa en que la anamnesis será primordial; posteriormente, se practicará evaluar la capacidad física y psíquica de la gestante para tolerar la gestación y el parto. También se ha de tener el concepto de que no existen, actualmente, embarazos sin riesgos.

2.1.4 Factores de riesgo obstétrico.

Un factor de riesgo obstétrico es una característica o circunstancia identificable en una o más gestaciones que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad.

Los factores de riesgo obstétrico actualmente se clasifica en cuatro grupos socio demográficas, médicos, reproductivos y embarazo actual.

¹¹ MACIAS SEDA, Juana y GOMEZ SALGADO, Juan. Atención al Embarazo de Riesgo. Primera edición. En España Julio 2008. Pág. 34-35.

2.1.5 Factores de riesgo sociodemográficos.

Es el grupo en el que existen mayores discrepancias en la selección de los factores de riesgo, en los criterios que definen cada condición, en cuál es el límite del riesgo y en su importancia relativa dentro del sistema global de valoración del riesgo gestacional.

- Edad materna < 15 años.
- Edad materna > 35 años.
- Relación peso / talla (IMC) obesidad > 29, delgadez < 20.
- Tabaquismo > 10 cigarros / día.
- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Riesgo laboral.

2.2 ANTECEDENTE MÉDICOS.

Son las enfermedades médicas que coinciden con la gestación incrementan la morbimortalidad tanto materna como feto-neonatal. La detección y el tratamiento precoz mejoran el resultado perinatal y disminuyen las complicaciones maternas.¹²

- Hipertensión arterial.

La hipertensión arterial durante el embarazo puede ser definida sobre la base de la presión arterial absoluta, la presión arterial media o una elevación de la misma durante el segundo trimestre del embarazo, tomando como referencia la presión arterial basal en el primer trimestre. De todas estas opciones el criterio de tomar los valores absolutos de presión arterial sistólica y diastólica impresiona ser el criterio más razonable y práctico. Aunque valores absolutos de Presión sistólica mayores de 140 mm. Hg. pueden ser niveles razonables a partir de los cuales iniciar el monitoreo de la madre y el feto, es la presión diastólica igual o mayor de 90 mm. de Hg, el valor que sirve en forma simple y práctica para definir Hipertensión arterial en el embarazo.

- Enfermedad cardíaca.

El cambio más notable en el embarazo es el aumento del gasto cardíaco de un 40 %.¹ Éste empieza a aumentar en la quinta semana y su máximo aumento se produce entre la 15y 20 semanas. El aumento en el gasto cardíaco al principio del embarazo es secundario a un

¹² MACIAS SEDA, Juana y GOMEZ SALGADO, Juan. Atención al Embarazo de Riesgo. Enfermería Obstétrica Ginecológica III. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. FUDEN. Editado por Enfo Ediciones para FUDEN. Cuesta de Santo Domingo, 6-20013 Madrid. Primera edición Julio 2008.

aumento en el volumen de eyección; luego en el tercer trimestre el aumento mayormente se debe a un aumento en la frecuencia cardíaca. Los cambios en la posición del cuerpo pueden provocar variaciones en el gasto cardíaco con niveles más altos en una posición lateral y menores en la posición supina. Estos cambios se dan por que el útero grávido puede comprimir la vena cava inferior y disminuir el retorno venoso al corazón. La frecuencia cardíaca también aumenta, teniendo un pico en el tercer trimestre. El aumento promedio en la frecuencia cardíaca es de 10a 20 latidos por minuto.

- Enfermedad renal.

Los principales riesgos de la enfermedad renal crónica en el embarazo incluyen una disminución en la supervivencia fetal debido a hipertensión materna, aumento en el riesgo de prematuréz debido a concentraciones séricas elevadas de creatinina y aumento en el riesgo para desarrollar preeclampsia.

- Diabetes mellitus.

La diabetes gestacional aparece, sobre todo, en mujeres con factores de riesgo fácilmente identificables, quienes por los cambios propios de su embarazo elevan la resistencia a la insulina y sus cifras de glucosa, lo que repercute en el desarrollo de su hijo y puede ser causa de macrosomia. Los cambios en la fisiología materna durante la primera mitad del embarazo se deben al mayor almacenamiento de energía, lo cual es más evidente en el tejido graso, que a partir casi del final del segundo trimestre tiene ajustes para que esta energía sea liberada y pueda ser derivada al feto en formación.

- Endocrinopatías.

Existen numerosas evidencias de complicaciones obstétricas tempranas y tardías en el hipotiroidismo: aumentada prevalencia de aborto, anemia, HTA gestacional, abrupto placentario, rotura prematura de membranas y hemorragias posparto. Estas complicaciones son más frecuentes en el hipotiroidismo clínico que en el subclínico, pero dada la mayor prevalencia de este último las complicaciones adquieren relevancia.

Durante el primer trimestre del embarazo hay un aumento del volumen corriente (VC), producido por un mecanismo de hiperventilación debido a la acción de la progesterona, que aumenta la sensibilidad del centro respiratorio al CO₂ por un lado, y por otro estimula directamente el centro respiratorio.

- Enfermedad hematológica.

Existen algunas enfermedades hematológicas que pueden coexistir durante el embarazo y que los anestesiólogos necesitan de conocer para establecer un mejor plan de manejo. Epilepsia y otras enfermedades neurológicas.

2.2.1 Antecedentes reproductivos.

Son los antecedentes de estos factores en gestaciones previas debe alertar sobre la posibilidad de repetición en sucesivos embarazos, obligando a la búsqueda de las posibles causas cuando son desconocidas.

- Aborto de repetición.

El aborto de repetición (AR) se define como la pérdida de tres o más gestaciones consecutivas antes de la semana 20 de gestación, siendo el peso fetal ≤ 500 g.

- Antecedente de parto pretérmino.

Parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia es aproximadamente 8 a 10% del total de partos.

- Antecedente de nacido con CIR.
- Antecedente de muerte perinatal.
- Hijo con lesión residual neurológica.
- Antecedente de nacido con defecto congénito.
- Antecedente de cirugía (excepto legrado instrumental)
- Malformación uterina.
- Incompetencia cervical.

2.2.2 Embarazo actual.

Es la valoración del riesgo durante la gestación debe evaluarse en cada consulta prenatal ya que, al ser un proceso evolutivo, puede variar a lo largo del mismo.

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Anemia grave.
- Diabetes gestacional.
- Infección urinaria de repetición.
- Infección de transmisión perinatal.
- Embarazo múltiple.
- Polihidramnios / oligohidramnios.
- Hemorragia genital.
- Placenta previa asintomático (Dx. Ecográfico > 32 semanas)
- Crecimiento intrauterino retardado.
- Defecto fetal congénito.
- Amenaza de parto pretérmino.
- Embarazo postérmino.

- Rotura prematura de membranas.
- Tumoración uterina.
- Patología medicoquirúrgica grave.

2.2.3 Diagnostico de embarazo.

El diagnostico de gestación generalmente es sencillo. Después de un interrogatorio y un examen adecuado, el clínico, en la mayoría de los casos, llega a una conclusión diagnóstica. Para los casos de duda existen procedimientos diagnósticos complementarios precisos y precoces. El diagnostico de embarazo de primer trimestre descansa en la anamnesis, el examen físico y exámenes diagnósticos complementarios.

El diagnostico durante la quinta semana de amenorrea, vale decir, durante los primeros siete días de atraso menstrual, es habitualmente presuntivo y descansa en la falta de menstruación y en la presencia de síntomas sugerentes de gestación. La Ultrasonografía y el examen ginecológico no son concluyentes en este periodo. Sin embargo, la subunidad beta de la gonadotropina coriónica (BhCG), Hormona producida por el sincicio trofoblasto a los ocho días de la fecundación, se puede detectar por medio de radioinmunoanálisis en el suero materno ya a los nueve días de la fecundación. No obstante, la detección precoz de esta hormona si bien permite detectar la presencia en el organismo materno de tejido trofoblasto, no permite diagnosticar si el embarazo es intrauterino, ni tampoco su normalidad (Marrs y Mishell, 1980).¹³

2.2.4 Pruebas de embarazo.

Es una prueba que mide una hormona en el cuerpo llamada gonadotropina coriónica humana (GCH), producida durante el embarazo. Esta hormona aparece en la sangre y en la orina de las mujeres embarazadas incluso ya a los 10 días después de la concepción.

2.2.5 Elementos de diagnósticos de embarazo.

PRESUNTIVOS	PROBABILIDAD	CERTEZA
1. Amenorrea. 2. Síntomas digestivos. 3. Síntomas urinarios.	1. Aumento tamaño uterino. 2. Modificaciones mamarias. 3. Signo de Hegar.	1. PhCG + radioinmunoanálisis suero-orina. 2. Observación ultrasonográfica

¹³ PERREZ ZANCHEZ, Alfredo y DONOSO SIÑA, Enrique. Obstetricia, 4ta. Edición. 2011. Editorial Mediterráneo Ltda. Pág. 251.

<p>4. Síntomas cardiovasculares.</p> <p>5. Otros síntomas (sueños)</p>	<p>4. Signo de Chadwick</p> <p>5. Signo de Godell.</p>	<p>embrión.</p> <p>3. Auscultación por ultrasonido LCF. Clínica.</p> <p>4. Auscultación clínica LCF.</p> <p>5. Palpación partes y movimientos fetales.</p>
--	--	--

Elementos de probabilidad de embarazo tales como los siguientes cambios:

- Náuseas y/o vómitos matinales
- Somnolencia.
- -Modificaciones del apetito.
- Mastalgia (dolor mamario), aumenta de tensión y volumen mamario
- Retraso menstrual

Diagnóstico por laboratorio.

a) Pruebas biológicas (determinación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica).

b) Pruebas inmunológicas: se basan en el potencial antigénico de la HGC (aglutinación directa o indirecta de eritrocitos sensibilizados o de partículas de látex). No aseguran de manera total el diagnóstico de embarazo por la semejanza inmunológica de la HGC con LH.

c) Ultrasonografía (US): Permite diagnosticar el embarazo a partir de la 4ª semana y el embarazo gemelar a partir de la 6ª. La US de tiempo real de alta resolución puede determinar la edad gestacional de manera precisa sobre todo en la primera mitad del embarazo; permite realizar mediciones del saco gestacional (a partir de la 5ª semana) y del feto.¹⁴ La modalidad doppler permite identificar el latido cardiaco fetal después de la 8ª semana.

2.3 MUESTRAS DE LABORATORIOS.

¹⁴ BENSON, Pernoll. Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. En: Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 1994. Pág. 108-154.

2.3.1 Primera consulta.

- Orina.
- VDRL.
- Grupo y Rh.
- Oferta prueba de VIH.
- Glicemia.
- HB/HT.
- Papanicolaou o IVAA.

2.3.2 Segunda consulta.

- Orina.
- Glicemia.

2.3.3 Tercera consulta.

- Hematología.
- Orina.
- Glicemia.

2.3.4 Cuarto consulta.

- Orina.
- Glicemia.

2.4 RIESGO REPRODUCTIVO.

El riesgo reproductivo es la probabilidad de sufrir algún daño durante el proceso de reproducción. La vulnerabilidad de la mujer durante la gestación está condicionada por la presencia de una serie de características biológicas, psicológicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales y económicas que interactúan entre sí. Estas características son conocidas como factores de riesgo reproductivo. El enfoque de riesgo reproductivo en la atención a la salud debe empezar desde antes de la concepción (riesgo pre concepcional), durante la gestación, (riesgo obstétrico) y desde las 28 semanas de embarazo hasta su resolución).¹⁵

2.4.1 Embarazo con factores de riesgo.

Toda mujer embarazada menor de 20 y mayor de 35 años. Toda mujer embarazada que se detecte en el servicio o en la comunidad con sobrepeso, diabetes, hipertensión arterial, anemia, desnutrición, VIH positivo, malaria múltipara o espacios intergenésico reducidos, ITS.

Entendemos por embarazo de alto riesgo aquel en el que la madre, el feto o los dos tienen probabilidades de padecer algún tipo de complicación tanto durante el periodo de gestación como en el parto, llegando incluso a correr peligro la vida de ambos.

2.5 Complicaciones en el embarazo.

Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. Tenga en cuenta que, ya sea una complicación frecuente o rara, existen formas de manejar los problemas que surgen durante el embarazo.**2.5.1 SIGNOS O SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 15% de los embarazos presentan una complicación seria y hasta un 40% pasan por algún problema de salud que puede ir desde algo sencillo hasta mayores complicaciones. Por ese motivo es importante que la población conozca las señales de alarma que se pueden presentar durante el embarazo, el parto o el puerperio y que tomen acciones inmediatas para proteger la vida de la madre y del ser que está por llegar mediante la ayuda y consejo de un profesional de manera urgente.

El desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de

¹⁵<http://embarazo-altoriesgo.blogspot.com/2013/01/riesgo-reproductivo.html>

peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, pos parto y del recién nacido o intervenciones y acciones: Maternidad Saludable (información, educación y comunicación) –IEC- a la población mediante guías que identifiquen signos y señales de peligro) IEC: verbal, escrita, visual, radio tv, local nacional y otros.¹⁶

2.5.2 Señales de peligro en el Primer trimestre del embarazo.

- Hemorragia vaginal.

Durante el primer trimestre del embarazo, la hemorragia puede ser causada por un aborto, ya sea espontaneo o provocado o por un embarazo ectópico. Los abortos espontáneos en su mayoría ocurren cuando el feto tiene alguna malformación congénita no compatible con la vida.¹⁷

- Presencia de flujo vaginal.

Es normal durante el embarazo si su apariencia es blancuzca o transparente y sin olor, similar a tu flujo vaginal regular pero en mayor cantidad.

- Molestias urinarias.

Los cambios físicos y metabólicos que conlleva el embarazo aumentan las posibilidades de sufrir infecciones de orina y pielonefritis.

- Fiebre.

Es el aumento de la temperatura corporal es un mecanismo de defensa del organismo, que pone en marcha un proceso para combatir los virus y las bacterias.”¹⁸ Puede ser a causa de una infección urinaria, perdida de líquido amniótico u otras causas.

El aumento de la temperatura corporal es un mecanismo de defensa del organismo, que pone en marcha un proceso para combatir los virus y las bacterias.” Puede ser a causa de una infección urinaria, perdida de líquido amniótico u otras causas.

2.5.3 Señales de peligro en el segundo trimestre del embarazo.

- Hemorragia vaginal.

Las causas en esta etapa pueden ser por enfermedades del cuello uterino de la vagina, infecciones, fibras uterinas, fibromas cervicales, trauma del cuello del uterino.

- Dolor de cabeza frecuente.

Es el incremento de los niveles de estrógeno y progesterona lo que conduce a una congestión sanguínea y vasodilatación que frecuentemente empeora una cefalea

¹⁶ Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna, junio 2002, Washington D.C.

¹⁷ Estrategia de AIEPI AIMN-C. Componente comunitario. Manejo Integrado de la mujer y del recién nacido/a. 2014

¹⁸ <http://www.bebesymas.com/embarazo/fiebre> en el embarazo consultado el 24 de Julio 2,014

preexistente. La disminución de la glucosa sanguínea y las bajadas de tensión arterial propias del embarazo pueden acentuar el problema, sobretodo en épocas de calor.” Puede ocurrir durante todo el embarazo.

- Flujo vaginal.

Es por los cambios hormonales, la mujer embarazada también es más susceptible a infecciones vaginales. En este caso, el flujo es blancuzco y de consistencia más densa, y es acompañado de picazón en el área genital.

- Molestias urinarias.

Es la mayor posibilidad de llegada de gérmenes desde otras partes del organismo al riñón debido al aumento de la circulación sanguínea general que se da en el embarazo.

- Presión arterial alta.

Es 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.

- Sensación de múltiples partes fetales.

Es la que se detecta por medio de las maniobras de Leopold en el control prenatal, por la observación corporal de la embarazada debido al aumento de volumen uterino y la referencia de la embarazada sobre las molestias que son más expresivas relacionadas a un embarazo normal.

- Salida de líquido por la vagina.

Es la que se puede corresponder, tanto si es un hilillo de líquido o un goteo constante como si es un flujo repentino, a la rotura de membranas Si es antes de la semana 37, será una rotura prematura.”¹⁹

- Disminución o ausencia de movimientos fetales.

Son los movimientos fetales disminuyen a medida que se acerca la hora del nacimiento debido a que se está acomodando el feto en la pelvis materna. La ausencia de movimientos fetales es motivo de preocupación debido a que es una señal de peligro identificada y reportada inmediatamente como emergencia obstétrica. Puede ocurrir durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.

- Fiebre

Es un proceso que puede adelantar el trabajo de parto en la embarazada.

¹⁹<http://www.consumer.es/web/es/bebe/embarazo/sintomas/2011/11/16/204795.php> consultado el 24 de Julio 2,014

2.5.4 Señales de peligro en el tercer trimestre del embarazo.

- Hemorragia vaginal.
Es el proceso que puede ser a causa de desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa o parto prematuro.
- Dolor tipo parto.
Es una integración de factores o condiciones anteriores o actuales manifestadas como una experiencia o respuesta a un estímulo nociceptivo.
- Edema de cara y manos.
Es causado por la retención de líquidos y a esto se le agrega el aumento de peso, de la presión arterial diastólica, cefalea intensa y proteinuria en la orina; puede ser un signo de preeclampsia en el embarazo principalmente en el segundo y tercer trimestre.
- Presión arterial alta.
Es 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.
- Dolores de cabeza.
"Si junto a la hinchazón de las extremidades se dan dolores de cabeza frecuente y prolongado, inflamación, dolor agudo bajo las costillas, o problemas de vómitos, visión borrosa o vértigo podemos estar ante síntomas de pre eclampsia."²⁰
- Salida de líquido por la vagina.
Es el líquido amniótico que puede aumentar hacia el final del embarazo.
- Fiebre.
Es un riesgo de que una embarazada con gripe acabe en el hospital "es unas siete veces mayor", respecto al resto de mujeres de su misma edad. El riesgo crece "si presenta alguna enfermedad adicional como asma, diabetes u obesidad".²¹

2.6 VIGILANCIA DE LA EMBARAZADA.

Se entiende que toda mujer embarazada se considera de riesgo, sin embargo existen condiciones que hacen necesaria una vigilancia más estrecha, por ejemplo, cuando una mujer no está debidamente preparada para ser madre o cuando el embarazo se da en

²⁰<http://www.bebesymas.com/embarazo/problemas-de-vision-durante-el-embarazo> consultado el 25 de Julio 2,014

²¹<http://www.consumer.es/web/es/bebe/embarazo/tercer-trimestre/2012/11/26/214304.php>

adolescentes, esto constituye en la mayoría casos un problema de salud materno infantil, porque afecta tanto a la madre, al niño, al padre, sus familias y a la sociedad; también constituye riesgos cuando las mujeres tienen importante sobrepeso u obesidad, ya que pueden presentar un alza de la tensión arterial, diabetes gestacional, mayor riesgo de cesárea o mayor riesgo de flebitis. Existen otras situaciones especiales como mujeres con embarazos múltiples, antecedentes de pre eclampsia y eclampsia en el embarazo anterior o embarazo en mayores de 35 años, entre otros factores.²²

2.6.1 Acciones preventivas en el embarazo.

Es el conjunto de medidas que tiene como objetivo evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseable para la vida de la madre y el feto.

2.6.2 Control prenatal.

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.²³

La atención a la salud en el embarazo, parto y puerperio es una prestación que garantiza el sistema sanitario público.

La forma de acceso es a través de Atención Primaria donde deberá pedir cita con su médico de cabecera que pedirá análisis de laboratorio, sangre y orina, para confirmar su embarazo, saber su estado vacunal y en general su estado de salud. Le recetará los suplementos de ácido fólico, yodo y hierro si lo necesita, y les derivará a la matrona y al ginecólogo que serán quienes lleven a cabo el seguimiento de su gestación. Le irán indicando las diferentes consultas y pruebas que le conviene realizar, dónde acudir en el momento del parto así como la planificación de las distintas actividades de educación grupal donde le enseñarán todo lo que debe saber acerca de su embarazo, parto y puerperio; así como cuidado del recién nacido, lactancia y ejercicios físicos adecuados a su nuevo estado.

2.6.3 Número y frecuencia del control prenatal.

- Primero antes de las 12 semanas.
- Segundo alrededor de las 26 semanas.
- Tercero a las 32 semanas.

²² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Vigilancia de la embarazada y de la Muerte de mujeres en edad fértil (10 a 54 años) para la identificación de las muertes maternas. Guatemala Octubre del 2010. Par. 7

²³ PEREZ SANCHEZ, Alfredo, Obstetricia. Cuarta Edición, 2011. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo Ltda. Pág. 257.

- Cuarto entre 36 y 38 semanas.

2.6.4 Suplementación con ácido fólico y sulfato ferroso.

Los folatos, conjunto de compuestos con estructura y propiedades biológicas similares a las del ácido fólico, intervienen en procesos fundamentales como es la síntesis proteica y del ADN. Son nutrientes esenciales, que el hombre no puede sintetizar, y por tanto tiene que incorporarlos a través de la dieta.

Las células son muy susceptibles al déficit de folatos en periodos de gran actividad metabólica, como es el de la embriogénesis. Hace décadas que se conoce la relación entre el déficit de ácido fólico y los DTN. Los DTN son la anomalía congénita más frecuente tras las cardiopatías congénitas. Se producen como consecuencia de un fallo en la fusión del tubo neural durante la embriogénesis precoz, entre los días 21 y 27 de vida embrionaria.

El hierro forma parte de la hemoglobina y por tanto participa en el transporte de oxígeno. A lo largo de la gestación la mayoría de las mujeres van a presentar cambios hematológicos secundarios a la deficiencia de hierro. De hecho, la anemia ferropénica es la deficiencia nutricional más frecuente entre las embarazadas.²⁴ Se produce una disminución de los niveles de hemoglobina y de hierro sérico, mientras que la capacidad total de transporte de hierro aumenta.

Se recomienda suplementar a las embarazadas con micronutrientes de acuerdo a la siguiente tabla:

Suplemento	Presentación	Dosis	Frecuencia de entrega.
Hierro	Tabletas de 300 mg. De sulfato ferroso.	2 tabletas de 300mg. Cada 8 días.	Entregar 24 tabletas en cada control.
Ácido Fólico	Tabletas de 5 mg. de ácido fólico.	1 tableta de 5 mg. Cada 8 días.	Entregar 12 tabletas en cada control.

2.6.5 INMUNIZACIONES.

Vacune contra el Tétanos y Difteria (Td). Seleccione y aplique el esquema de vacunación con Td a mujeres de 15-49 años embarazadas o no, según los siguientes criterios:

- Municipios de riesgo (Fase de ataque o mantenimiento) y todas las embarazadas del

²⁴ LÓPEZ RODRÍGUEZ, M.J. Médico Adjunto Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

país, esquema acelerado.²⁵

- Mujeres de 15-49 años en el resto de municipios: esquema convencional.

2.7 CONOCIMIENTO.

Son todos los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural de la humanidad. Es decir que el personal que brinda atención en salud y las personas que reciben atención debe tener conocimiento respecto a los factores de riesgo que compromete a la salud.

Es indispensable que el personal de enfermería tenga todo el conocimiento necesario en cuanto a los cuidados que se deben brindar a las mujeres embarazadas. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón, igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente formal de misma, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real. Saber es el conjunto de conocimientos que producen un pensamiento continuo de recuerdos de los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo. Por lo que se puede decir que el conocimiento es todo lo aprendido o experimentado en distintas situaciones de la vida que hacen al ser humano día a día una persona más preparada y previsoras en base a dichas experiencias o conocimientos obtenidos con anterioridad. En enfermería el conocimiento se basa en una ciencia que le permite al profesional enriquecer todas las prácticas que realiza, a través de conocimientos científicos que le permitirán desempeñar su trabajo de la mejor manera, siempre velando por el bienestar del usuario.

2.7.1 Tipos de conocimientos.

Existen diferentes tipos de conocimientos que guían y fundamentan el actuar de enfermería, los cuales se describen a continuación.

2.7.2 Conocimiento común.

Es el que se adquiere de manera cotidiana, sin una planeación y sin la utilización de instrumentos especialmente diseñados.²⁶ Profesión de enfermería se adquieren conocimientos nuevos en cada momento, y no es necesario planificar dicho conocimiento es algo que surge de acuerdo al manejo que se le brinda a las mujeres embarazadas.

2.7.3 Conocimiento científico.

²⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos técnicos PNI 2011-2012. Pág. 15.

²⁶BURN, Nancy. K GROVE, Susan. Investigación en Enfermería 3ª.Ed. Madrid, Barcelona. 2004.

Es un conocimiento que exige mayor rigor, que trata de encontrar las regularidades en los conocimientos para explicarlos, conocerlos y predecirlos.

2.7.4 Conocimiento empírico.

Habla de todo sin límites precisos y este conocimiento se convierte en científico en la medida que estos contenidos se validan mediante el método científico.

2.7.5 FUENTES DE CONOCIMIENTOS.

Los motivos para la búsqueda del conocimiento, no necesitan ser los mismos pueden variar desde las necesidades físicas, básicas hasta la satisfacción o sensación del dominio, las siguientes son fuentes donde se puede encontrar el conocimiento.

2.7.6 Tradiciones.

Comprende verdades o creencias que están basadas en costumbres o tendencias, las tradiciones familiares del pasado han sido transferidas al presente por vía oral o escrita y con el modelo o creación de roles y continúan influyendo en el ejercicio de la profesión.

2.7.7 Autoridad.

En la sociedad existen, en todos los campos autoridades, estas son personas con conocimientos especializados, constantemente el profesional de la salud necesita tomar decisiones en materias con las que jamás ha tenido experiencias directa y en consecuencia, le parece natural depositar su confianza en la opinión de personas que en virtud de su entrenamiento experiencia, representan una autoridad en el tema. Las autoridades no son infalibles, en particular si su experiencia se sustenta principalmente en vivencias personales, sin embargo como sucede con la tradición, su conocimiento pocas veces es puesto en duda.

2.7.8 Ensayo y error.

La propia experiencia representa una fuente natural y funcional de conocimientos la capacidad de generalizar, de identificar regularidades y de establecer predicciones en base en la propia observación, constituye una característica del comportamiento humano. Es necesario que el personal de enfermería que labora en atención prenatal posea la experiencia necesaria para evitar así daños o patologías adicionales, deben poseer los conocimientos sobre las señales de peligro en el embarazo y llevar a la práctica necesaria para actuar ante cualquier emergencia obstétrica.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Describir los conocimientos que poseen las mujeres en período gestacional en relación a la identificación de las señales de peligro en el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo en el casco urbano de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz, durante los meses de marzo 2013 a marzo 2014.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar conocimientos de las mujeres gestantes del casco Urbano de Santa Catalina La Tinta, A.V. en relación a las señales de peligro en el primer trimestre, durante los meses de marzo 2013 a marzo 2014.
- Describir los conocimientos de las mujeres gestantes del casco Urbano de Santa Catalina La Tinta, A.V. en relación a las señales de peligro en el segundo trimestre, durante los meses de marzo 2013 a marzo 2014.
- Determinar los conocimientos de las mujeres gestantes del casco Urbano de Santa Catalina La Tinta, A.V. en relación a las señales de peligro en el tercer trimestre, durante los meses de marzo 2013 a marzo 2014.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo porque su propósito es describir los conocimientos que poseen las mujeres embarazadas del casco urbano de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz en relación a la identificación de señales de peligro en el embarazo. Es de corte transversal porque se realizó en los meses de marzo 2013 a marzo 2014. Es cuantitativo porque se utilizaron números que permitieron al finalizar la recolección de datos, realizar tabulación manual, elaborar tablas y cuadros estadísticos para el análisis y presentar los resultados para el informe.

4.2 POBLACION

Mujeres gestantes que viven en el casco urbano de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz es de 115.

4.3 Sujeto de estudio

Mujeres gestantes que viven en el casco urbano de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz. (Primero, segundo y tercer trimestre de embarazo)

4.4. Cálculo de Muestra: Participaron en el estudio, 115 mujeres embarazadas, con lo cual se cubrió el 100% de la población objetivo.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres embarazadas del primer trimestre.
- Mujeres embarazadas del segundo trimestre.
- Mujeres embarazadas del tercer trimestre.
- Mujeres embarazadas que acepten participar en el estudio.

4.6 CRITERIO DE EXCLUSION

- Mujeres embarazadas que no residen al casco urbano.
- Mujeres embarazadas que no acepten participar en el estudio.
- Mujeres embarazadas que rehúsen contestar el cuestionario.
- Mujeres embarazadas que no conteste el 100% del cuestionario

4.7 Descripción del proceso de selección y tamaño de la muestra

No se aplicó ninguna fórmula para determinar la muestra, se seleccionó el total de la población. (115 gestantes del primero, segundo y tercer trimestre de embarazo)

4.8 CUADROS DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
<p>Identificar los niveles de conocimientos de las mujeres gestantes del casco Urbano de Santa Catalina La Tinta, A.V. en relación a las señales de peligro en el primer trimestre, durante los meses de marzo 2013 a marzo 2014.</p> <p>Describir los conocimientos de las mujeres gestantes del casco Urbano de Santa Catalina La Tinta, A.V. en relación a las señales de</p>	<p>Conocimientos</p>	<p>Señales de peligro en el primer trimestre.</p> <p>Señales de peligro en el segundo trimestres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia vaginal. • Presencia de flujo vaginal (fetico, de color amarillo, verde o blanco, espeso) • Molestias urinarias. • Fiebre. • Dolor tipo cólico en región pélvica. • Dolor de cabeza frecuente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuántos años tiene usted? 2. ¿Cuántos embarazos ha tenido usted. 3. ¿Qué entiende usted por embarazo? 4. ¿Qué problemas conoce usted en el embarazo de riesgo? 5. ¿Para usted cuales son las enfermedades que podría presentar en el embarazo actual? 6. ¿Considere usted

<p>peligro en el segundo trimestre, durante los meses de marzo 2013 a marzo 2014.</p> <p>Determinar los conocimientos de las mujeres gestantes del casco Urbano de Santa Catalina La Tinta, A.V. en relación a las señales de peligro en el tercer trimestre, durante los meses de marzo 2013 a marzo 2014.</p>		<p>Señales de peligro en el tercer trimestre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta. • Sensación de múltiples partes fetales. • Salida de líquido por la vagina. • Disminución o ausencia de movimientos fetales. • Dolor tipo parto. • Edema de cara y manos. 	<p>que la identificación de señales de peligro en el embarazo puede prevenir la mortalidad materna?</p> <p>7. ¿Mencione las señales de peligro que conoce usted en el primer trimestre?</p> <p>8. ¿Qué señales de peligro ha identificado usted en el segundo trimestre del embarazo?</p> <p>9. ¿Qué señales de peligro en el</p>
---	--	---	---	---

				<p>tercer trimestre del embarazo le motiva a usted a buscar una atención médica?</p> <p>10. ¿Considera usted que es importante el control prenatal para identificar las señales de peligro en el embarazo?</p> <p>11. ¿Qué es atención prenatal personalizada para usted?</p> <p>12. ¿Considera usted que los factores de riesgo obstétricos se puede identificar en una o más</p>
--	--	--	--	--

				<p>gestaciones?</p> <p>13. ¿Cree usted que los antecedentes médicos durante la gestación incrementan la morbimortalidad materna neonatal?</p> <p>14. ¿Considera usted que los factores de riesgo sociodemográficos, en relación a la edad materna menores de 15 y mayores de 35 años es el límite de riesgo gestacional?</p> <p>15. ¿Qué son antecedentes</p>
--	--	--	--	---

				reproductivos para usted?
--	--	--	--	------------------------------

4.9 ANALISIS ESTADISTICO

Para obtener los resultados de este estudio, se elaboró un cuestionario de 15 preguntas de selección múltiple, siendo una, la respuesta correcta, realizando el trabajo de campo en el Casco urbana de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz. Conociendo los resultados en cuadros de Excel para su respectivo discusión y análisis. El cuestionario se pasó con el apoyo de cinco auxiliares de enfermería a quienes se les preparo para pasar el instrumento, considerando que hablan el idioma local para establecer una comunicación de doble vía con el fin de evitar sesgo en la recolección de información proporcionadas por las mujeres embarazadas.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Derecho a la autodeterminación.

Las participantes tenían derecho de tomar la decisión a participar o no en el estudio, se les informó de los objetivos de la investigación que podrían abandonar el estudio cuando así lo consideren, se les entregó una carta de consentimiento informado, firmando como autorización para participar.

Derecho al anonimato y a la confidencialidad.

Tomando como base el derecho a la intimidad se les dió a conocer que su nombre no se reveló y que la información que proporcionaron se manejó de carácter confidencial y únicamente fue utilizados con fines de la investigación.

Derecho al tratamiento justo.

Basado en el principio ético de justicia a todas las participantes se les trató con justicia, con igualdad y sin distinción de raza o credo.

Carta de consentimiento informado.

Se elaboró una carta de consentimiento informado la que previamente fue leída analizada y se consideró autorizada por cada sujeto de estudio al firmar el documento.

Se solicitó autorización por escrito a las autoridades del Hospital Distrital de La Tinta, la cual ha sido seleccionada como lugar de estudio el Casco Urbano de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz.

4.11 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

a. Recurso Humanos

Responsable de la Investigación

1 Asesor

1 Revisor

Director y personal de registros médicos del Hospital Distrital de La Tinta, Alta Verapaz.

b. Recursos Materiales

. Materiales y Suministros

Hojas de papel bond tamaño carta, lapiceros, Fólderes, Fastenes y computadora y Tinta para imprimir

V. RESULTADOS

CUADRO 1

Distribución de las características biológicas de las mujeres gestantes entrevistadas del casco urbano de la tinta, A.V. durante el periodo de enero a marzo 2014.

CARACTERISTICA BIOLOGICA	TOTAL	
	FRECUENCIA	%
EDAD		
< 15	0	0
16 – 19	34	29.57
20 – 24	39	33.91
25 – 29	26	22.61
30 – 34	16	13.91
35 o +	0	0
TOTAL	115	100
ANTECEDENTES OBSTETRICOS (No. GESTAS)		
1	18	15.65
2	30	26.09
3	31	26.96
4 o +	36	31.30
TOTAL	115	100
DEFINICION DE EMBARAZO		
a) Proceso de crecimiento intrauterino.	11	9.57
b) Gestación de 9 meses calendario	20	17.39
c) Un nuevo individuo en el seno materno	40	34.78
d) No sabe	44	38.26
TOTAL	115	100
ANTECEDENTES MEDICOS EN EL EMBARAZO		
a) Sobrepeso, diabetes, hipertensión arterial.	36	31.30
b) Multiparidad, desnutrición, anemia.	32	27.83
c) VIH Positivo	26	22.61
d) No Sabe	21	18.26
TOTAL	115	100

CUADRO No. 2

Distribución de los factores de riesgo obstétrico y señales de peligro en el embarazo, de las mujeres gestantes entrevistadas del casco urbano de la tinta, A.V. durante el periodo de enero a marzo 2014.

CARACTERISTICAS DE FACTORES DE RIESGO	TOTAL	
	FRECUENCIA	%
EMBARAZO ACTUAL		
a) Hipertensión arterial	19	16.52
b) Anemia	24	20.87
C) Diabetes	35	30.43
d) No sabe	37	32.17
TOTAL	115	100.00
SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO		
SI	45	39.13
NO	31	26.96
NO SABE	39	33.91
TOTAL	115	100.00
PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO		
a) Hemorragia	24	20.87
b) Infección Urinaria	27	23.48
c) Fiebre	25	21.74
d) No sabe	39	33.91
TOTAL	115	100.00
SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO		
a) Hemorragia vaginal	20	17.39
b) Dolor de cabeza.	27	23.48
c) Salida de líquido por la vagina	33	28.70
d) No sabe	35	30.43
TOTAL	115	100.00
TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO		
a) Hemorragia vaginal	34	29.57
b) Dolor tipo parto	25	21.74
c) Disminución de movimientos fetales?	34	29.57
d) No sabe	22	19.13
TOTAL	115	100.00

CUADRO No. 3

Distribución de las características de la atención integral en el embarazo, de las mujeres gestantes entrevistadas del casco urbano de la tinta, A.V. durante el periodo de enero a marzo 2014.

CARACTERISTICAS DE ATENCION INTEGRAL	TOTAL	
	FRECUENCIA	%
CONTROL PRENATAL		
a) Si	55	47.83
b) No.	29	25.22
c) No sabe.	31	26.96
TOTAL	115	100
ATENCION PRENATAL		
a) Cuidado que recibe la mujer embarazada.	17	14.78
b) Identificación de señales de peligro en el embarazo.	26	22.61
c) Lograr un parto en las mejores condiciones.	34	29.57
d) No sabe.	38	33.04
TOTAL	115	100
IDENTIFICACION DE RIESGO OBSTETRICO		
a) Si.	40	34.78
b) No.	39	33.91
d) No sabe.	36	31.30
TOTAL	115	100
ANTECEDENTES MEDICOS		
a) Si.	66	57.39
b) No.	24	20.87
d) No sabe.	25	21.74
TOTAL	115	100

CUADRO No. 4

Distribución de las características sociodemográficos de las mujeres gestantes entrevistadas del casco urbano de la tinta, A.V. durante el periodo de enero a marzo 2014.

CARACTERISTICA SOCIODEMOGRAFICOS	TOTAL	
	FRECUENCIA	%
EDAD MATERNA <15 AÑOS Y > 35 AÑOS		
a) Si.	70	60.87
b) No.	21	18.26
d) No sabe.	24	20.87
TOTAL	115	100
ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS		
a) Antecedentes de parto pretérmino.	38	33.04
b) Aborto de repetición.	28	24.35
c) Antecedentes de muerte perinatal.	26	22.61
d) No sabe.	23	20
TOTAL	115	100

VI. Discusión y Análisis

El mayor porcentaje de las mujeres gestantes entrevistadas del casco urbana, del Distrito de Salud No. XIII de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz, el 34% se encuentra entre las edades de 20 a 24 años, por lo que se considera una edad adecuada reproductiva, según protocolo de Vigilancia de la embarazada²⁷. Mientras un 30% de la población se encuentra entre las edades de 16 a 19 años son embarazadas menores de 20 años, que se considera alto riesgo obstétrico y para fines de vigilancia se entiende que toda mujer embarazada se considera en riesgo, sin embargo existen factores que hacen necesaria una vigilancia más estrecha en el embarazo actual, con mayor énfasis en las de menores de 20 o mayores de 35 años de edad, se deben tomar acciones de referencia oportuna si el caso lo amerita (por signos encontrados durante la evaluación clínica)²⁸ a un servicio con mejor capacidad de respuesta, según normas de atención en salud integral.

El 31.3% por ciento de la población de mujeres embarazadas respondieron la pregunta que han tenido más de 4 gestaciones, lo que indica que existe mayor riesgo de complicaciones obstétricas. Según la literatura de Atención al Embarazo de Riesgo. Un factor de riesgo obstétrico es una característica o circunstancia identificable en una o más gestaciones que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad.²⁹ Embarazos múltiples, es la gestación en el que se desarrolla más de un feto, en donde pueden haber repercusiones maternas y fetales. La Ley para la maternidad saludable, en su artículo 7, menciona las condiciones para un embarazo saludable. Las instituciones responsables están obligadas a promover acciones dirigidas a informar, orientar y educar acerca de condiciones físicas, mentales, emocionales y sociales que contribuyan en la toma de decisiones para promover embarazos saludables.³⁰

El 38.26% de las mujeres entrevistadas respondieron no saber que es un embarazo, 9.57% que es un proceso de crecimiento intrauterino, 17.39% lo conocen como una gestación de 9 meses calendario y un 34.78% definió que es un nuevo individuo en el seno materno, quiere decir que la mayoría de las mujeres entrevistadas tienen conocimientos correctos acerca del embarazo, como lo define el Manual de Obstetricia y Ginecología. Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el

²⁷ Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificación de las muertes maternas. 2da. Edición 2013.

²⁸ Normas de Atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel. 2010.

²⁹ Macías Seda, Juan y Gómez Salgado, Juan. Atención al Embarazo de Riesgo. Enfermería Obstetrico-Ginecologica III. Primera Edición Julio 2008. Págs. 34, 35.

³⁰ Ley para la Maternidad Saludable, Decreto 32-2010.

momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses- calendario).³¹ Es de vital importancia fortalecer los conocimientos acerca del embarazo para aumentar percepción de riesgo obstétrico en las mujeres embarazadas, familiares y líderes comunitarias para prevenir muerte materna.

El 31.30% de las mujeres entrevistadas mencionaron correctamente los problemas en el embarazo de riesgo como Multiparidad, desnutrición, anemia y VIH positivo, y un 18.26% de las entrevistadas indican no conocer los problemas en mención por lo que es necesario realizar acciones de intervención como promocionar la maternidad saludable, priorizando las primigestas que son las que se necesitan a poner atención para minimizar riesgo de complicaciones y prevenir la mortalidad materna.

Según las mujeres embarazadas el 32.17% indica no reconocer las enfermedades que se presentan durante el embarazo, sino hasta cuando se realizan los exámenes de laboratorio según las normas de atención³². Es por ello la importancia de los controles prenatales y la realización de los exámenes de laboratorio para poder identificar a tiempo los problemas de salud y así darle un tratamiento acorde salvando a la madre y el feto.

El 39.13% de las mujeres embarazadas identifican al menos una señal de peligro durante el embarazo esto favorece el bienestar de la madre. Pero el 60.89% indica no saber o no sabe reconocer los signos de peligro esto es preocupante porque la salud de la madre está en riesgo, lo que motiva a tomar acciones de promoción y orientar a las madres sobre estos signos de peligro para que el momento que se presenten pueda identificarse y buscar ayuda a un servicio de salud. La identificación de señales de peligro es importante para poder llevar un buen control prenatal según las normas de atención en salud integral.³³

Existe un 33.91% de las mujeres embarazadas en primer trimestre no saben identificar las señales de peligro, ya que alguna de ellas no sabe que se encuentra embarazada sino es hasta cuando acude a un servicio de salud. Esto es de riesgo ya que según normas de atención durante el primer trimestre del embarazo es importante que la mujer se cuide, debido que es allí inicie el proceso de desarrollo embrionario donde no requiere que se

³¹Benson/Pernoll: Manual de Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 1994. 108-154.

³² Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social pag.21.

³³ Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social pag.23.

presente una infección o fiebre ya que si esto se presentara es un riesgo para la salud de la mujer.

El 30.43% de las mujeres embarazadas desconocen las señales de peligro durante el segundo trimestre del embarazo, lo que preocupante la poca percepción de riesgo esto hace que la mujer no busca atención oportuna en el momento de una complicación. La hemorragia durante este trimestre indica una placenta previa, una amenaza de aborto, o una infección vaginal.³⁴ Es de vital importancia reforzarle estos conocimientos por medio de charlas educativas donde participe el esposo, la suegra y otros familiares para que estén enterados de los riesgos que puede presentarse si apareciera al menos un signo de peligro durante este trimestre del embarazo. El 69.57% de que si conocen al menos una señal de peligro lo que nos indica que las labores que se ha realizado ha llegado a un porcentaje a la población de mujeres embarazadas.

Un 29.57% de las mujeres embarazadas reconocen la hemorragia vaginal como una señal de peligro durante el tercer trimestre, seguido de disminución de movimientos fetales con el 29.56%, el dolor tipo parto es un signo de alerta donde el 21.74% lo reconocen. Mientras que el 19.13% de las mujeres embarazadas no reconocen las señales de peligro y esto es vital para una mujer embarazada ya que si observa uno de los signos presentados puede ser un trabajo de parto prematuro u óbito fetal sin que la madre pueda identificarlo a tiempo.³⁵

El 47.83% de las mujeres embarazadas indicaron que es importante el control prenatal para saber el estado de salud de ellas tanto como la del feto, es en la consulta donde ellas conocen la importancia de un control prenatal, la realización de exámenes de laboratorio. Mientras que el 52.17% de las mujeres no identifican la importancia del control prenatal, lo que representa un riesgo de complicaciones obstétrico, a pesar que el servicio de salud está promoviendo el círculo de maternidad saludable mensualmente, sin embargo hay mujeres embarazadas no asisten al control prenatal, por cuestiones culturales les dan vergüenza por la situación del embarazo más a las primigestas, por lo que es necesario realizar un plan de acción para dar a conocer la importancia del control prenatal en especial a las mujeres primigestas.

El 33.04% de las mujeres embarazadas no saben identificar la importancia de la atención prenatal personalizada. Mientras que el 66.96% de la población lo identifica como el cuidado que recibe la mujer embarazada, la identificación de señales de peligro durante el embarazo

³⁴ Pérez Sánchez Obstetricia cuarta edición, editorial Mediterráneo. pág. 260.

³⁵ Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social pag.23

y lograr un parto en las mejores condiciones. Por lo que se observa que es necesario la promoción de una atención prenatal identificando las mujeres embarazadas desde el primer trimestre para lograr obtener un parto en las mejores condiciones.

El 34.78% de las mujeres embarazadas indicaron poder identificar los factores de riesgos obstétricos durante los embarazos, mientras que el 65.22% no saben identificar los riesgos. Esto es importante ya que las mujeres embarazadas deben identificar los factores de riesgos a las que están propensas durante el embarazo por lo que es importante orientarlas para poder prevenir complicaciones y en algunos casos hasta la muerte.

El 57.39% de las mujeres embarazadas consideran que los antecedentes médicos durante la gestación incrementa la morbilidad materna indicaron que si durante el primer embarazo sufrieron de hipertensión o infecciones de las vías urinarias en el segundo embarazo están más propensas a padecerlo, por lo que consideran que es un riesgo para la salud materna. Mientras que el 42.61% indica no tener conocimiento sobre los riesgos obstétricos. Por lo que nos indica a realizar promoción y orientación sobre las señales de peligro durante el embarazo.

El 60.87% de las mujeres embarazadas indican que la edad es un factor de riesgo obstétrico durante el embarazo ya que según protocolo de vigilancia epidemiológica de la embarazada describe este aspecto.³⁶ El 39.13% de las mujeres no saben qué edad es la ideal para embarazarse, esto nos indica que pueden existir embarazos en niñas menores de 15 años y mujeres mayores de 35 aunque existes casos de embarazos en este rango de edad y por ellos es necesario la buena identificación y captación de mujeres embarazadas para poder contar con un censo o listado para estar en constante control y la fecha probable de parto, para que desencadene con un recién nacido sano y una madre sin complicaciones.

El 33.04% de las mujeres embarazadas indicaron que los antecedentes reproductivos están los partos pretérmino. Mientras que el 46.96% respondió que es la muerte perinatal y los abortos que se repiten. El 20% informa no saber sobre los antecedentes reproductivos por lo que se deben planificar estrategias para poder informar a ésta población y así evitar complicaciones durante el embarazo parto y puerperio.

³⁶ VIGILANCIA DE LA EMBARAZADA Y DE LA MUERTE DE MUJERES EN EDAD FERTIL PARA IDENTIFICACION DE LAS MUERTES MATERNAS. 2da. Edición 2013

6.1 CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de las mujeres gestantes entrevistadas del casco urbano, del Distrito de Salud No. XIII de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz, se encuentra entre las edades de 16 a 24 años, por lo que se considera una edad adecuada reproductiva, toda mujer embarazada se considera en riesgo, por lo que es necesaria una vigilancia más estrecha en el embarazo actual y con mayor énfasis en las de menores de 20 ò mayores de 35 años de edad,
2. El 34% de las mujeres embarazadas, durante el primer trimestre del embarazo, no poseen conocimientos acerca de las señales de peligro como: hemorragia, infección urinaria y fiebre. De ese total el 17% son primigestas.
3. El 30.% de las gestantes en el segundo trimestre, indica no saber las señales de peligro como hemorragia vaginal, dolor de cabeza y salida de líquido por la vagina, mientras que el 70% conoce parcialmente los síntomas, ya que algunas mencionan hemorragia vaginal, otras dolor de cabeza y otro grupo flujo vaginal..
4. El 19 % de las gestante en el tercer trimestre indican no saben las señales de peligro como, hemorragia vaginal, dolor tipo parto y disminución de movimientos fetales. El 81% tiene el conocimiento en forma parcial porque el 30% identifica hemorragia vaginal, el 22% dolor tipo parto y un 29.57% disminución de movimientos fetales.

6.2 RECOMENDACIONES

1. Implementar un proceso de educación permanente al personal institucional con énfasis en la pertinencia intercultural, utilizando como estrategia la Información, Educación y Comunicación, que permita facilitar la enseñanza a las usuarias embarazadas para el reconocimiento de las señales de peligro en el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo.
2. Implementar la elaboración de un diagnóstico educativo con usuarias embarazadas que asisten a los servicios de salud, para identificar conocimientos acerca de señales de peligro en el primero, segundo y tercer trimestre de la gestación.
3. Elaborar e implementar un programa educativo con pertinencia cultural que incluya señales de peligro durante el embarazo
4. Socializar con el personal institucional los resultados de la presente investigación y buscar estrategias que apoyen para que las embarazadas y su familia para que identifiquen las señales de peligro del embarazo.

6.3 PROPUESTA DE PLAN DE ACCION

Curso de Fortalecimiento de competencias técnicas del personal Médico y de Enfermería que brinda atención materna Neonatal en el Hospital Distrital de la Tinta, Alta Verapaz, en relación a que las embarazadas y su familia identifiquen las señales de peligro del embarazo

Se inició el curso de capacitación a todo el personal Médico y de Enfermería, sobre las normas vigentes de atención materna neonatal, señales de peligro que debe identificar la embarazada, incluyendo conocimiento, habilidades y destrezas con pertinencia cultural.

El seguimiento se dará a través del monitoreo de atención en el control prenatal, con énfasis en el cumplimiento de criterios de cada estándar de atención Materno Neonatal e ir realizando periódicamente acciones para retroalimentar en relación de las señales de peligro que debe identificar la embarazada y su familia, en el casco urbano del Municipio de la Tinta, Departamento de Alta Verapaz.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA. Decreto Número 32-2010 Ley para la Maternidad Saludable, Guatemala, C.A. 09-09-2010.
2. AGENCIA DE ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (USAID). Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo. 2da. Edición. 7200 Wisconsin, Ave., Suite 600 Bethesda, MD 20814 USA. Pág. 4.
3. DR. E. DABOUT. DICCIONARIO DE MEDICINA. Editorial Época, S.A. de C.V. Emperadores 185, Col. Portales México, D.F. C.P. 03300. Enero 2006.
4. FRANCO DE MÉNDEZ N. Mortalidad materna en Guatemala: una tragedia inevitable. (Population Referente Bureau). Biblioteca Virtual en Población, Centro Centroamericano de Población. 2003. Disponible en: <http://www.popline.org/docs/275252>
5. GALL, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala, Instituto Geográfico Nacional. (CD-ROM) Guatemala septiembre; 2000.
6. JUNCA, Ventura. P. (2004). *Anamnesis perinatal*. Recuperado 20 de Abril 2008, de Escuela de Medicina sitio web: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Manualped/RNAtenInm.html>.
7. J. GONZÁLEZ, Merlo. Obstetricia 4ª edición. Editorial Masson. Barcelona, 20034Sociedad.
8. MACIAS SEDA, Juana y GOMEZ SALGADO, juan. Atención al Embarazo de Riesgo. Enfermería Obstetrico-Ginecologica III. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. FUDEN. Editado por Enfo Ediciones para FUDEN. Cuesta de Santo Domingo, 6-20013 Madrid. Primera edición Julio 2008.
9. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Guatemala, C.A. Plan Estratégico 2006 – 2015.
10. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Línea basal de la mortalidad materna para el año 2000. Informe Guatemala: MSPAS; 2003.

11. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Plan Estratégico para reducir la muerte materna 2004-2008., Informe final.
Guatemala: MSPAS; 2004.
12. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Definición de Formularios Cliente Orientado Proveedor Eficiente (COPE) Guatemala 2,2002 pág. 43.
13. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel, Guatemala, C.A. año 2010,
14. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL: programa de Salud Materno Infantil, Normas y Guías de Atención Guatemala 1,996. Pág. 83.
15. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, SALUD REPRODUCTIVA: Informe Nacional de Salud Reproductiva 2,002, Guatemala 2,003 pág. 39
16. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel. Guatemala 2010. 285 Págs.
17. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificación de las muertes maternas. 2da. Edición. Guatemala, C.A. 2013
18. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna Y neonatal. Primera Revisión. 2da. Edición. Guatemala, C.A. 2011.
19. NOGUCHI, Hideyo. Centro de Investigaciones Regionales Universidad Autónoma de Yucatán, México. Vol. 23, No. 1, enero-abril de 2012.

20. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD. Salud Integral de la mujer, salud sexual y reproductiva con énfasis en la reducción de la muerte materna. 2000.
21. PÉREZ SÁNCHEZ, Alfredo. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Obstetricia. Cuarta edición 2011, Editorial Mediterráneo. Santiago Buenos Aires. pág. 260.
22. REYES, A. y CAZORLA, M. (1998). La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. Tesis doctoral publicada Universidad de Carabobo, facultad de ciencias de la salud, Valencia.
23. SCHWARCZ, Ricardo Leopoldo. Obstetricia. 6ª. ed. 7ª. Reimpresión, Buenos Aires: El ateneo, 2012. Pág. 225.
24. SALUD MATERNO-NEONATAL: Atención Materno Neonatal Básica, Paquete de Recursos de Aprendizaje.
25. VILLWONTE, W. y Lam, N. (1998). Factores maternos sociodemográficos y tasa de mortalidad neonatal en el instituto materno perinatal en 1996. Revista de ginecología y obstetricia, 44(3). 177-181.

VIII. ANEXOS

8.1 ANEXO No 1 Instrumento de Recolección de datos

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS.

DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DE ALTA VERAPAZ.

HOSPITAL DISTRITAL DE SALUD No. XIII SANTA CATALINA LA TINTA, A.V.

INVESTIGADOR. Lic. Esteban Tiúl Caal.

CUESTIONARIO

CODIGO_____

FECHA_____

Instrucciones: Anotar sobre la línea, en los espacios correspondientes, la respuesta que las mujeres indiquen, explicándoles cada uno de los siguientes enunciados.

1. ¿Cuántos años tiene usted?_____
2. ¿Cuántos embarazos ha tenido usted?
1.____2____3____Mas de 4_____
3. ¿Qué entiende usted por embarazo?
 - a) Proceso de crecimiento intrauterino. (___)
 - b) Gestación de 9 meses calendario. (___)
 - c) Un nuevo individuo en el seno materno. (___)
 - d) Ninguno de los anteriores son correcto. (___)
4. ¿Qué es embarazo de riesgo para usted?
 - a) Es el que produce una morbilidad materna. (___)
 - b) Puede ser por factores sociales. (___)
 - c) Puede ser por factores obstétricas. (___)
 - d) Solo a es correcto. (___)
5. ¿Para usted cuales son las enfermedades que podría suceder en el embarazo actual?
 - a) Hipertensión inducida por el embarazo. (___)
 - b) Anemia grave. (___)
 - c) Riesgo reproductivo. (___)
 - d) Ninguna es correcto. (___)

6. ¿Considera usted que la identificación de señales de peligro en el embarazo puede prevenir la mortalidad materna?

SI. _____

NO. _____

No sabe. _____

7. ¿Mencione las Señales de peligro en el Primer trimestre del embarazo?

- Hemorragia vaginal. (___)
- Presencia de flujo vaginal. (___)
- Molestias urinarias. (___)
- Fiebre. (___)
- Todos son correctos. (___)

8. ¿Qué Señales de peligro conoce usted en el segundo trimestre del embarazo?

- Hemorragia vaginal. (___)
- Dolor de cabeza frecuente. (___)
- Flujo vaginal. (___)
- Molestias urinarias. (___)
- Todos los anteriores (___)

9. ¿Cuáles son las Señales de peligro en el tercer trimestre del embarazo que le preocupe usted para tomar una decisión?

- Hemorragia vaginal. (___)
- Dolor tipo parto. (___)
- Edema de cara y manos. (___)
- Disminución o ausencia de movimientos fetales. (___)
- Todos (___)

10. ¿Considera usted que es importante el Control prenatal para identificar las señales de peligro en el embarazo?

SI. _____

NO. _____

No sabe. _____

11. ¿Qué es atención Prenatal personalizada para usted?

- a) Cuidado que recibe la mujer embarazada. (___)
- b) Identificación de señales de peligro en el embarazo. (___)
- c) Lograr un parto en las mejores condiciones. (___)
- d) Todos los anteriores son correctos. (___)

12. ¿Considera usted que los Factores de riesgo obstétricos se puede identificar en una o más gestaciones?

SI. _____
NO. _____
No sabe. _____

13. ¿Cree usted que los antecedentes médicos durante la gestación incrementan la morbimortalidad materna neonatal?

SI. _____
NO. _____
No sabe. _____

14. ¿Considera usted que los factores de riesgo sociodemográficos, en relación a la edad materna menores de 15 años y mayores de 35 años es el límite de riesgo gestacional?

SI. _____
NO. _____
No sabe. _____

15. ¿Qué son antecedentes reproductivos para usted?

- a) Antecedente de parto pretérmino. (___)
- b) Aborto de repetición. (___)
- c) Antecedentes de muerte perinatal . (___)
- d) Ninguno es correcto. (___)

ANEXO No. 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA MATERNO NEONATAL
INVESTIGADOR. Lic. Esteban Tiúl Caal.

CODIGO _____

FECHA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la firma de éste documento, doy mi consentimiento por formar parte en el presente estudio que tiene como objetivo identificar los conocimientos que poseen las mujeres en periodo gestacional , del casco urbano de Santa Catalina La Tinta, Alta Verapaz en relación a la identificación de las señales de peligro.

Se me ha informado con claridad que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando yo lo considero pertinente.

Firma o Huella Digital de la Encuestada

ANEXO No 3

SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA EL ESTUDIO DE CAMPO

La Tinta, Alta Verapaz 24 de febrero del 2014

Dr. Moisés Arturo Eskenasy Morales.
Director Hospital Distrital La Tinta, A.V.

Distinguido Señor Director respetuosamente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus actividades profesionales.

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que según currículum de la carrera de la Maestría Materno Neonatal, se hace necesario, luego del cierre de pensum realizar un estudio *Tesis* para optar al grado de Magister en Materno Neonatal, por lo que solicito: su aval para ejecutar dicho estudio, el cual se titula **“Conocimientos que poseen las mujeres en periodo gestacional en relación a señales de peligro”**.

Dicha investigación está contemplada para realizar en el mes de marzo del presente año, para verificar los conocimientos que poseen las mujeres embarazadas en relación a identificación de señales de peligro, por lo que solicito su autorización para realizar el estudio de campo.

Se pondrán en práctica, los principales aspectos éticos entre ellos, la dignidad humana, privacidad, confidencialidad de la información y anonimato.

Los resultados del estudio serán de beneficio para la institución que usted dirige, ya que se estarán socializando con el personal de enfermería, dejando un precedente importante para la reducción de mortalidad materna a nivel local.

Sin otro particular y en espera de su respuesta satisfactoria, atentamente.

Lic. Esteban Tiúl Caal.

Licda. M.A. Rhina Orantes.

Encargado de la investigación

Asesora de la investigación

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

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