

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

ACTUACIÓN DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES ANTE LAS SEÑALES DE PELIGRO
DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO.

ESTUDIO REALIZADO CON COMADRONAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE -
CAP- SAN CARLOS SIJA, QUETZALTENANGO, GUATEMALA. ENERO-MARZO 2015

TESIS DE GRADO

BRIGIDA ELEVITA MACARIO CHÁVEZ
CARNET 15030-09

QUETZALTENANGO, AGOSTO DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

ACTUACIÓN DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES ANTE LAS SEÑALES DE PELIGRO
DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO.

ESTUDIO REALIZADO CON COMADRONAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE -
CAP- SAN CARLOS SIJA, QUETZALTENANGO, GUATEMALA. ENERO-MARZO 2015

TESIS DE GRADO

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

POR

BRIGIDA ELEVITA MACARIO CHÁVEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

QUETZALTENANGO, AGOSTO DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, 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. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTORA DE CARRERA: LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. GABRIELA EUNICES VALDEZ RAYMUNDO

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ALMA GUICELA LIMA APARICIO DE SANCHEZ
LIC. AURA FABIOLA BAUTISTA GÓMEZ
LIC. CONSUELO ANNABELLA ESCOBAR Y ESCOBAR

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN
UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN
GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Quetzaltenango 16 julio de 2015.

Licda. Fabiola Bautista
Coordinadora de la Carrera de Enfermería.
Universidad Rafael Landívar.
Campus Quetzaltenango.

A través de la presente le envié un cordial saludo. A la vez me permito extender una constancia de asesoría a la Estudiante: MACARIO CHÁVEZ, BRIGIDA ELEVITA, número de carné 1503009 quien realizó el estudio de tesis titulado: **"ACTUACION DE LAS COMADRONAS ANTE LAS SEÑALES DE PELIGRO DURANTE LA ATENCION DEL PARTO"** (ESTUDIO REALIZADO CON COMADRONAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE (CAP) SAN CARLOS SIJA, QUETZALTENANGO, GUATEMALA) ENERO A MARZO 2015.

Después de haber realizado las correcciones correspondientes al estudio durante desarrollo de la misma extiende la presente constancia para los usos que se consideren necesarios.

Gabriela Eunices Valdez
LICDA. EN ENFERMERIA
COL. EL-571
Licda. Gabriela Eunices Valdez
Col.EL-571



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09357-2015

Orden de Impresión

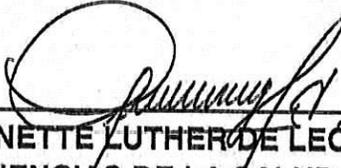
De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante BRIGIDA ELEVITA MACARIO CHÁVEZ, Carnet 15030-09 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS), del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 09821-2015 de fecha 24 de agosto de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

ACTUACIÓN DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES ANTE LAS SEÑALES DE PELIGRO
DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO.
ESTUDIO REALIZADO CON COMADRONAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
PERMANENTE -CAP- SAN CARLOS SIJA, QUETZALTENANGO, GUATEMALA.
ENERO-MARZO 2015

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 24 días del mes de agosto del año 2015.




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

Agradecimiento

A Dios: Por darme la vida, la salud y el don de la ciencia para culminar con éxito mis estudios.

A mis Padres: Por su apoyo tanto espiritual, moral y económico, que Dios multiplique su esfuerzo.

A mis Hermanos: Por su apoyo moral y económico, que Dios los bendiga siempre.

A mis Catedráticos (as): Por haber compartido el pan del saber, que Dios bendiga a tan arduo labor que ejercen como profesionales.

A mi Asesora de Tesis: Gabriela Eunices Valdéz Raymundo, mil gracias por acompañarme durante los periodos de tesis y compartir conmigo sus conocimientos, que Dios la bendiga hoy, mañana y siempre.

Al Cap. de San Carlos Sija: Gracias por su autorización en realizar el estudio con las comadronas a su cargo.

A mis Amigos y Amigas: Por su compañía y apoyo incondicional durante los años de estudio, especialmente a Vitalia De León. Éxitos en su vida profesional.

MIL GRACIAS Y BENDICIONES.....

Dedicatoria

A la Santísima Trinidad, (Padre, Hijo y Espíritu Santo). Por iluminarme y acompañarme siempre durante los años de mi trayectoria profesional.

A la Virgen María. Por su compañía en todos estos años de estudio.

A mis Padres. Merardo Maximiliano Macario Ramos y Santos Isabel Chávez Paxtor, quienes han sido el apoyo y la base de mi íntegra formación.

A mis Hermanos. Por su apoyo moral y económico y por incentivar me a seguir creciendo como profesional.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
III. MARCO TEÓRICO.....	3
3.1 Comadronas tradicionales.....	3
3.2 El Preparto.....	8
3.3 Trabajo de parto.....	10
3.4 El Parto.....	12
3.5 Atención del parto.....	13
3.6 Señales de peligro durante la atención del parto.....	16
3.7 Centro de Atención Permanente.....	19
3.8 Contextualización geográfica.....	23
3.9 Ley de comadronas tradicionales.....	23
IV. ANTECEDENTES.....	24
V. OBJETIVOS.....	28
VI. JUSTIFICACIÓN.....	29
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
7.1 Tipo de estudio.....	30
7.2 Sujetos de estudio.....	30
7.3 Contextualización geográfica y temporal.....	30
7.4 Definición de variables.....	30
VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	32
8.1 Selección de los sujetos de Estudio.....	32
8.2 Recolección de datos.....	32
IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	34
9.1 Descripción del proceso de digitación.....	35
9.2 Plan de análisis de datos.....	35

9.3	Métodos estadísticos.....	35
9.4	Aspectos Éticos.....	35
X.	RESULTADOS.....	36
XI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	46
XII.	CONCLUSIONES.....	50
XIII.	RECOMENDACIONES.....	52
XIV.	BIBLIOGRAFÍA.....	53
XV.	ANEXOS.....	57

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar la actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto, del Centro de Atención Permanente (CAP), San Carlos Sija, Quetzaltenango, Guatemala. El tipo de estudio fue mixto de abordaje transversal, de diseño cuali-cuantitativo, tomando como muestra a 10 comadronas tradicionales, se realizaron entrevistas a profundidad donde se incluyeron 5 preguntas relacionadas a las características generales de las comadronas y 6 preguntas de acuerdo a la actuación de las comadronas durante la atención del parto. En cuanto a resultados, el 50% están comprendidas entre las edades de 65 a 69 años y el 50% son analfabetas. La señal de peligro que se les presenta durante el parto son: las hemorragias en un 80%, seguido de las distocias con un 60% y la ruptura de membranas en un 50%. Las acciones que realizan el 100% son las referencias y el 100% menciona que tanto la usuaria como familiares presentan renuencias durante las mismas. En conclusión, las comadronas presentaron un bajo nivel de conocimiento sobre el reconocimiento de las señales de peligro durante el parto, debido a que confunden las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, las acciones que realizan al detectar algún signo de peligro son las referencias a centros de salud y hospitales más cercanos.

Palabras claves. Actuación, comadronas tradicionales, señales de peligro, atención del parto.

I. INTRODUCCIÓN

Las últimas declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) informan que no hay un cambio significativo en la reducción de la muerte materna en Guatemala, y para el año 2015 se tiene el compromiso de lograr el quinto Objetivo del Desarrollo del Milenio, que es reducir en dos tercios la tasa de mortalidad materna. Por ello las comadronas se han convertido en ejes fundamentales de la Atención Primaria de Salud en Guatemala, debido a que ellas atienden el 55% de los partos en las comunidades. (1)

La mortalidad materna infantil es un problema que afecta al país, particularmente en las comunidades afectadas por la pobreza y exclusión, con poco acceso a los servicios de salud. Debido a las barreras de distancias, tiempo y recursos económicos las políticas y estrategias del Sector Salud, han recurrido a la llamada medicina tradicional, para llegar a la población que no es capaz de cubrir de manera directa y en donde es partícipe el personal voluntario de la misma comunidad, entre ellos se encuentran: promotores de salud rural, guardianes de salud y comadronas tradicionales. (1)

En el municipio de San Carlos Sija, las comadronas siguen siendo un elemento principal en la atención del parto, por lo que es de gran importancia que este estudio se lleve a cabo para fortalecer los conocimientos de las comadronas, para que puedan actuar, de manera oportuna a las complicaciones que se les presenta durante el parto.

La presente investigación tomó como sujeto de estudio a 10 comadronas tradicionales, a quienes se realizó una entrevista a profundidad, que incluyó datos cualitativos y cuantitativos, basados en la actuación de las comadronas tradicionales, ante las señales de peligro durante la atención del parto, en el Centro de Atención Permanente (CAP) San Carlos Sija, Quetzaltenango.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tasa de mortalidad materna en Guatemala según el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2012-2013 es de 135 x 100 mil nacidos vivos. Las principales causas continúan siendo las hemorragias, las infecciones y la hipertensión. (2) En el municipio de San Carlos Sija, la comadrona sigue siendo el principal recurso en la atención del embarazo, parto y puerperio en áreas rurales y para la población indígena, atendiendo la mayoría de los partos en su comunidad en un 60%. Por lo que es un elemento valioso y fundamental para la prevención y reducción de la mortalidad materna e infantil.

Existen factores laborales, institucionales y socioculturales que interfieren en la identificación de las señales de peligro durante la atención del parto, entre ellas se pueden mencionar: la inexistencia de un plan de emergencia comunitario, falta de coordinación entre el personal voluntario y personal de salud, desconocimiento de las señales de peligro por parte de las comadronas, déficit de conocimiento en la atención del parto e inasistencia de las comadronas a las capacitaciones.

Entre otras causas se encuentran, los mitos y creencias, la no aceptación de la familia y usuaria para el traslado a un centro de atención especializada, así como la interferencia de líderes comunitarios, lo cual trae como consecuencia, demora en la toma de decisiones, riesgo de mala práctica en la atención del parto y referencias tardías, por lo tanto habrá demora en la atención a la usuaria y por ende aumento de la complicación materna e incremento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, las cuales pueden prevenirse a tiempo.

Por lo anteriormente descrito se plantea la siguiente interrogante de investigación.
¿Cuál es la actuación de las comadronas tradicionales, ante las señales de peligro durante la atención del parto?

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Comadronas tradicionales

3.1.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las comadronas tradicionales como: una persona que asiste a la madre durante el parto (generalmente mujer), que inicialmente adquirió sus conocimientos y habilidades, atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales; sin embargo se debe incluir las prestaciones de cuidados básicas a las madres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido, la distribución de métodos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, como la identificación y envío de pacientes de elevado riesgo hacia los centros de atención de salud más cercanos.⁽³⁾

Una comadrona para poder ejercer dentro de su comunidad tiene que estar autorizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual les proporciona un carnet, que debe ser actualizado cada año. Las comadronas tradicionales son personas muy activas dentro de su comunidad en la atención a la mujer desde la detección de los signos y síntomas de un embarazo, las captan y le dan seguimiento hasta que llegue el momento del parto. La mayoría de ellas son terapeutas o curanderas en la atención de algunas enfermedades del recién nacido, como: mal de ojo, susto, mollera caída y pujo.

Estos conocimientos han sido adquiridos de manera empírica de generación en generación a través de la transmisión oral y observacional que forma parte de la cultura maya, también por medio de las capacitaciones que el Ministerio de Salud imparte a través del personal de enfermería y del Programa de Salud Reproductiva. La comadrona es un ser valioso, por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la toma como parte del equipo básico e indica que la salud de las mujeres desde el embarazo, parto y puerperio está en manos de las comadronas

tradicionales en todo el país; porque la mayoría de ellas son las que atienden el mayor porcentaje de partos en su comunidad.

A razón de esto es que las comadronas tienen que estar capacitadas y autorizadas en la atención del embarazo, parto y puerperio, que sepan reconocer los signos de peligro en esas tres etapas, que es fundamental para la prevención y reducción de la mortalidad materna y neonatal. (4)

3.1.2 Historia de las comadronas en Guatemala

En la actualidad, estudios realizados en las diferentes partes de Guatemala, por médicos y antropólogos, denotan que pese a los 500 años de transculturización se observa como en algunas regiones las creencias, los conocimientos y las prácticas, así como el papel que desempeña la comadrona en el cuidado de la mujer en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, conservan características iguales o con muy pocas variantes.

Las comadronas tradicionales son mujeres que se dedican a atender partos, mayoritariamente en comunidades lejanas y aisladas en donde los servicios de atención en salud no llegan, sin embargo también se les puede encontrar en las áreas marginadas de las ciudades. Muchas de ellas han comenzado con el oficio de comadrona debido a la necesidad que se presenta en una comunidad en el momento de asistir un parto y por la revelación de algunos designios que forman parte de la cultura maya.

Después de algunos años de trabajo empírico en la comunidad atendiendo partos, la mayoría de las comadronas toman los cursos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Para poder dedicarse a la atención del parto deben de obtener el aval de parte de los servicios de salud institucionales. Debido a la diversidad cultural existente en Guatemala, la comadrona adquiere ciertas connotaciones específicas en cada uno de los grupos étnico-lingüísticos. (5)

3.1.3 Características fundamentales de la comadrona tradicional

Las características que generalmente tiene la comadrona tradicional son las siguientes:

- a. Es originaria de su comunidad en donde presta sus servicios, posee conocimientos, habilidades y prácticas en la atención del parto, por lo que es elegida dentro de su familia o comunidad.
- b. Es analfabeta, pero en el contexto actual no siempre es así, es aceptada y reconocida por su comunidad, identificándose en la aplicación de sus conocimientos empíricos, en la atención del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.
- c. Habla el mismo idioma de las mujeres embarazadas, por lo que facilita la comunicación entre ellas.
- d. Se les paga la atención del parto en efectivo o se les da donativos, dependiendo el estado económico de la familia.
- e. Comparten las mismas costumbres y creencias de la comunidad y esto les genera confianza a las mujeres, por lo que acuden a ellas para la atención de su parto.
- f. Persona reconocida por su comunidad como líder y consejera en la atención del embarazo, parto y puerperio.
- g. Respetan las costumbres, creencias y tradiciones de las mujeres embarazadas que han adquirido de generación en generación. (4)

3.1.4 Requisitos que deben de tener las comadronas tradicionales para que puedan ejercer su función dentro de la comunidad

- a. La comadrona tiene que ser reconocida por la comunidad de origen.
- b. Tiene que estar registrada oficialmente en el Distrito Municipal de Salud.
- c. Debe ser originaria del municipio.
- d. Oscilan entre las edades de 18 a 65 años.
- e. Que identifiquen las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.
- f. Hablar el idioma maya del municipio, para facilitar la comunicación.
- g. Que tengan experiencia mínima de dos años en la atención de partos.

- h. Asistir a 5 capacitaciones programadas por la enfermera de distrito durante un año, para que les sea otorgado el carnet que las acredita como comadronas. (6)

3.1.5 Participación de la comadrona tradicional en la reducción de la mortalidad materna en Guatemala con enfoque en las cuatro demoras

Las demoras o eslabones críticos llamados actualmente se definen como: factores que interfieren de manera negativa en la vida de un binomio durante la atención del embarazo, parto y puerperio, al detectar cualquier signo de peligro, haciendo que la atención no sea de calidad y eficacia para la madre y el neonato. Estas demoras al no ser atacadas de inmediato o si es posible con anterioridad puede afectar de una manera brusca en la vida de la mujer y su hijo, ya que corren el riesgo de que los dos mueran en segundos o minutos.

Dentro de las demoras están las siguientes: (4)

- a. Primera demora: “Promover el reconocimiento de los signos de peligro”. Esta demora constituye la falta del reconocimiento de los signos de peligro por la comadrona, la mujer embarazada y familia, afectando la vida de la mujer embarazada.

- b. Segunda demora: “Apoyo en la toma de decisiones para búsqueda de ayuda”. Después de haber reconocido cualquier signo de peligro durante la atención del parto se procede a la toma la decisión y actuar inmediatamente. Especialmente recibir el apoyo de la familia de la mujer embarazada, líderes comunitarios, comités organizados dentro de la comunidad para apoyar y fortalecer los derechos de las mujeres. Muchas veces después de haber reconocido algún signo de peligro en la atención del parto, la mujer y la familia se interponen para la toma de decisiones, perdiendo un tiempo valioso para una atención oportuna.

- c. Tercera demora: “Acceso a una atención oportuna”. Después de tomar la decisión de referir a la mujer que está en estado delicado, se encuentran obstáculos como: vías de comunicaciones difíciles e inexistentes, alto costo del transporte, servicios

de salud muy lejanos, desconfianza de la comunidad en asistir a los centros de atención en salud.

Entre otros factores están: la falta de conocimientos de las mujeres embarazadas, familias y comunidad, sobre el reconocimiento de las señales de peligro durante el parto, hacen que exista un largo tiempo en la decisión de trasladar a la mujer con complicaciones durante el parto desde la comunidad, es por ello que las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, más municipalidades tienen que estar coordinando comisiones de salud, juntamente con las comadronas, involucrando a miembros de la comunidad para que ellos mediante la elaboración de un plan emergencia comunitario, tengan disponible el transporte para el traslado de las pacientes hacia un centro de atención de salud más cercano. (7)

- d. Cuarta demora: “Recibir atención oportuna y de calidad”. Esta última demora enfatiza que es necesario otorgar una atención integral, oportuna y de calidad por parte del personal de salud con pertinencia cultural, aplicando sus conocimientos, habilidades y buenas actitudes, proporcionando un ambiente cálido y agradable a la mujer durante la atención de su parto. (4)

3.1.6 Funciones y responsabilidades de las comadronas tradicionales

- a. Participar en las reuniones y capacitaciones en las fechas programadas por el personal institucional, para actualizar sus conocimientos y mejorar su competencia laboral.
- b. Detectar a las mujeres embarazadas y promover su asistencia a un servicio de salud más cercano a su comunidad, para su control prenatal, postnatal y atención al recién nacido/a.
- c. Identificar señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, para referirlas de inmediato a los centros de atención más cercano.
- d. Brindar consejería durante el embarazo, parto y puerperio utilizando los materiales educativos del MSPAS.

- e. Identificar a las embarazadas y mujeres lactantes para inscribirlas en el servicio de salud.
- f. Promover la aplicación del esquema de inmunización a las madres embarazadas, mujeres en edad fértil y en el recién nacido.
- g. Promover alimentación y nutrición adecuada de la mujer embarazada.
- h. Atender parto limpio y seguro de acuerdo a los lineamientos técnicos otorgados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, atender los partos en un ambiente cómodo con adecuaciones propias a su labor en la comunidad.
- i. Promover la lactancia materna exclusiva, que es indispensable para una buena nutrición del recién nacido y le ayuda a evitar muchas enfermedades.
- j. Tiene acompañamiento de los proveedores de salud y desarrolla el trabajo con calidad y calidez, dándole continuidad a la madre y recién nacido durante el periodo del puerperio.
- k. Proporciona a las usuarias acompañamiento y atención del parto con respeto de acuerdo a su cultura, idioma, generando confianza ante la expectativa que normalmente genera el parto y respeta la decisión de la mujer de adoptar la posición de preferencia para el momento del parto.
- l. Debe estar bien presentable con su traje limpio, pelo recogido de preferencia cubierto, uñas cortas y limpias.
- m. Servir de traductora para favorecer la comunicación con los proveedores de salud, en el idioma de la usuaria que se atiende.
- n. Realizar masaje uterino después de la expulsión de la placenta y tracción del cordón con asistencia del proveedor de salud calificado.
- o. Atender los partos normales sin complicaciones e informar al jefe de turno cualquier alteración de los signos vitales y/o signos de peligro, que se presenta durante la atención del parto. (4)

3.2 El parto

Se denomina parto al período de actividad uterina que corresponde a un promedio de dos semanas que anteceden al parto. Durante este la mujer experimenta varios cambios que pueden ser indicios de la proximidad del parto. Se

produce un aumento gradual de la intensidad y la frecuencia de las contracciones de Braxton Hicks las que invaden áreas progresivamente mayores del útero a la vez que adquieren un ritmo más regular, entre ellas se registran las pequeñas contracciones de tipo A, cuyo número disminuyen a medida que el parto progresa y desaparecen por completo en los partos normales.

Las contracciones del útero constituyen uno de los factores que causan la maduración progresiva del cuello uterino que durante el parto, a lo largo de este proceso el cuello realiza distintos cambios que se han clasificado como grados de madurez cervical, los cuales se describen a continuación:

- a. Grado I: cuello inmaduro en situación muy posterior respecto al eje de la vagina de consistencia firme.
- b. Grado II: cuello parcialmente maduro que presenta distintas variedades intermedias entre los grados I y III.
- c. Grado III: cuello maduro bien centralizado en el eje de la vagina de consistencia blanda, longitud de acuerdo a un centímetro o menos borrado, en vías de borramiento.

En el inicio del parto se dice que no existe un límite entre parto y parto sino una transición gradual y progresiva, tanto en las características de las contracciones uterinas como en los cambios que ocurren en el segmento inferior y cuello uterino.

Se acepta que el parto comienza cuando la dilatación cervical progresa más de 2 centímetros, en este momento las contracciones uterinas tienen una intensidad promedio de 28 mmhg y una frecuencia de 3 contracciones cada 10 minutos.

En el período de dilatación las contracciones son las que dilatan el cuello uterino y a medida que se va dilatando, la intensidad y la frecuencia de las contracciones aumentan gradualmente, al final del período de dilatación los valores promedio son de 41 mmhg para la intensidad y de 4 contracciones cada 10 minutos.

La expulsión se inicia cuando la madre siente espontáneamente la necesidad de pujar y se constata por el tacto, cuando por medio de este se determina que la dilatación del cuello uterino llega a completarse, la frecuencia de las contracciones aumenta hasta un promedio de 5 cada 10 minutos y la intensidad sube hasta 47 mmhg.

El alumbramiento se menciona que es el período en el cual se elimina al exterior la placenta y las membranas ovulares, inicia después del período de expulsión fetal, el número de contracciones necesarias para producir el desprendimiento de la placenta es muy variable, depende de la duración de las mismas y del tono basal del útero.
(8)

3.3 Trabajo de parto

El trabajo de parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos y maniobras que tienen como finalidad la expulsión de un feto viable de los genitales maternos. (8) (6)

Cuatro factores conocidos como las cuatro P, tienen una importancia crítica en el proceso del nacimiento: pasaje, pasajero, poder y psique, que a continuación se describen:

- a. Pasaje. En el embarazo normal, la anatomía pélvica debe proporcionar el conducto o pasaje que atravesará el feto en particular durante el parto. Tienen especial importancia los puntos de referencia y las mediciones de la pelvis cuando se consideran las relaciones complementarias entre el eje del conducto pélvico y el feto.
- b. Pasajero. El feto debe encontrarse en posición favorecedora para su expulsión. Debe de realizar una serie de maniobras predecibles y sincronizadas para ajustar su descenso a través de la pelvis materna durante el trabajo de parto normal.
- c. Poder o intensidad. Las contracciones uterinas deben ser rítmicas, coordinadas y eficaces. La intensidad de las contracciones uterinas es la fuerza de mayor importancia que contribuye al proceso del trabajo del parto y el nacimiento. Las

fases de las contracciones uterinas son tres: incremento: periodo durante el cual aumenta la intensidad de la contracción. Acme: momento en que las contracciones es más fuerte o poderosa. Decremento: periodo en que las contracciones disminuye su intensidad. (9)

Las contracciones uterinas se producen a intervalos de 2 a 20 minutos, con una duración de 15 a 19 segundos y un grado de intensidad variable según la etapa en la que se encuentre. Su finalidad es el borramiento y dilatación del cuello uterino, facilitación del descenso y rotación del feto, desprendimiento y expulsión de la placenta, conservación de la hemostasia después de la expulsión de la placenta al comprimirse los vasos sanguíneos, provisión de intervalos entre las contracciones, que permiten descanso al músculo uterino.

d. Psique. Es la adaptación materna al trabajo del parto; la adaptación psicosocial de la madre es un aspecto primordial del proceso del trabajo de parto y parto.

Su percepción depende de la confianza que tiene la mujer en sí misma, sus mecanismos para afrontar la incertidumbre y estrés, sus actitudes y expectativas de su familia y de las personas que le presentan atención médica y su reacción al dolor, la ansiedad y otras alteraciones funcionales. (9)

3.3.1 Etapas del trabajo de parto

Las etapas del trabajo de parto tienen como finalidad llevar a cabo la expulsión de un feto empezando con las contracciones uterinas hasta finalizar con el alumbramiento o expulsión de la placenta.

La primera etapa del trabajo de parto, empieza con las contracciones uterinas regulares y se completa con el borramiento y la dilatación del cuello uterino hasta llegar a los 10 centímetros. La dilatación y borramiento del cuello uterino se divide en tres fases que son: Latente, (de 0 a 4 cm), activa, (de 4 a 7 cm) y de transición (de 7 a 10 cm).

La segunda etapa del trabajo de parto es la expulsión; inicia al dilatarse por completo el cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. En este período se pueden visualizar los mecanismos del trabajo de parto que son; encajamiento, asinclitismo, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa, expulsión.

La tercera etapa del trabajo de parto es el alumbramiento; que dura de cinco a treinta minutos, que consiste en el desprendimiento y la expulsión de la placenta. (9) (8)

3.4 El parto

Se denomina parto a la expulsión de un feto desde el claustro materno al exterior, en un tiempo relativamente corto y cuando ha cumplido el ciclo de su vida intrauterina, esto se da cuando el embarazo ha llegado a término que es entre las 37 y 41 semanas de gestación. El parto comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa los productos de la concepción, recién nacido, placenta completa más membranas ovulares.

Cuando el parto se produce durante las 42 semanas o más se considera de postérmino, mientras que si se da antes de las 37 semanas de amenorrea se le denomina pre término, si tiene lugar entre las 20 y 27 semanas es inmaduro ó aborto tardío.

El parto si evoluciona sin que haya ninguna desviación fisiológica, se considera normal o eutócico, ahora si durante el parto ocurriera alguna complicación y hubiese necesidad de realizar cesáreas, se le llama parto distócico.

Se habla de trabajo de parto normal cuando la frecuencia es de tres contracciones en un período de diez minutos, la duración es de 45 segundos a un minuto y la intensidad es buena. A partir de este momento se comienza a contabilizar el tiempo del parto, que en su totalidad puede tomarse entre 8 a 12 horas en una primeriza y entre 6 a 8, en una multípara. (8) (1)

3.5 Atención del parto

3.5.1 Definición

Se define atención del parto al mecanismo por el cual una vez completado el desarrollo del feto, se produce la expulsión del feto, la placenta y el saco amniótico por medio de las contracciones uterinas, desde el claustro materno al exterior en un tiempo relativamente breve. La atención del parto conlleva la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y culturales de la mujer, durante el proceso del parto.

En el momento de la atención del parto se debe favorecer el apoyo emocional a la mujer, administración de líquidos por vía oral, se le explica a la madre todos los procedimientos del parto, respetando su privacidad y confidencialidad.

La fuerza primaria con la que se inicia el trabajo del parto son las contracciones uterinas, que cursan con una fase ascendente, lo cual hay que estar monitorizando constantemente.

Cuando las contracciones son eficaces, el cuello se borra y se dilata, lo que constituye la primera fase del proceso del parto, llamada dilatación hasta alcanzar un diámetro de 10 centímetros.

Terminando ésta, comienza la fase de expulsión, en la que se requiere la participación activa y controlada de la madre para ayudar al feto a avanzar por el canal del parto. (9)

En este período se toma en cuenta los siguientes pasos: se controla la expulsión de la cabeza del recién nacido, se coloca los dedos de una mano sosteniendo el periné contra la cabeza del feto para mantenerla flexionada a medida que la cabeza del RN se expulsa. Cuando la cabeza del recién nacido se haya expulsado se le pide a la madre que deje de pujar. Después limpiar las secreciones al neonato empezando

por la boca y después por la nariz, palpar con los dedos alrededor del cuello del recién nacido para verificar si se encuentra el cordón umbilical para deslizarlo por encima de la cabeza, ahora si está ajustado alrededor del cuello, pinzarlo dos veces y cortarlo antes de desenrollarlo del cuello.

Posteriormente dejar que la cabeza del neonato gire espontáneamente, colocar una mano a cada lado de la cabeza de recién nacido, decirle a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción, reducir la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez, mover hacia abajo la cabeza del recién nacido para extraer el hombro anterior luego levantar la cabeza del feto hacia delante para extraer el hombro posterior, sostener el resto del cuerpo del feto con una mano, mientras ésta se desliza hacia fuera pinzar y cortar el cordón. (8)

El trabajo del parto concluye durante el período llamado alumbramiento, que también requiere la fuerza expulsiva materna. Es importante tener en cuenta que durante este período del parto ocurre el mayor número de complicaciones graves y eventualmente fatales, por lo que este proceso debe vigilarse estrictamente.

En la actualidad, se debe realizar manejo activo del alumbramiento en vez del manejo expectante. El manejo expectante del tercer periodo del trabajo de parto consiste en permitir que la placenta sea expulsada espontáneamente o ayudada por la gravedad o la estimulación del pezón.

Los signos clínicos para valorar un desprendimiento espontáneo de la placenta son: contracción del fondo uterino; formación del globo de seguridad de pinar; expulsión súbita de sangre; descenso de la pinza indicadora con el cordón umbilical; reaparición de contracciones dolorosas; palpación de la placenta en la vagina.

Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa, después debe verificarse la integridad de las membranas y cotiledones. Ante la duda de que

haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal. (10)

Es necesario que las comadronas lleven a cabo la atención del parto en un centro de atención especializado en donde se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, favoreciéndoles a las usuarias un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad, mejorando la atención y creando satisfacción a las mismas. (11)

3.5.2 Manejo activo del tercer período del parto (MATEP)

El MATEP es el conjunto de intervenciones que se realizan durante el primer minuto después del nacimiento, para prevenir la hemorragia postparto.

Estas incluyen:

- a) Uso de oxitocina: después del primer minuto del nacimiento del recién nacido se debe palpar el abdomen de la madre para descartar la presencia de uno o más fetos, luego administrar 10 unidades de oxitocina intramuscular. La oxitocina causa su efecto de 2 a 3 minutos después de la aplicación, se puede usar en todas las mujeres.
- b) Tracción controlada del cordón umbilical: la persona que está atendiendo el parto tendrá que pinzar el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza, sostener el cordón con una mano y el extremo de la pinza con la otra mano.

Luego colocar la otra mano por encima del pubis de la mujer, sosteniendo el útero aplicando presión ligera y ejercer tracción controlada del cordón umbilical para prevenir la inversión uterina, esperar una contracción fuerte esto puede durar de dos a tres minutos.

Cuando el útero se redondee halar el cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta, con la otra mano continuar aplicando presión sobre el útero por

encima del pubis, si la placenta no desciende después de 30 a 40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical no halar del cordón sino sostener con delicadeza el cordón umbilical y esperar hasta que el útero este bien contraído nuevamente y con la contracción siguiente repetir la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la presión sostenida sobre el pubis, nunca aplicar tracción al cordón sin aplicar la presión por encima del pubis con la otra mano.

c) Masaje uterino: el masaje se realiza de inmediato en el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga, el cual debe repetirse cada 15 minutos durante las dos primeras horas, asegurar que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino, al ser expulsada la placenta las membranas delgadas pueden desgarrarse.

Por ello debe de sostener la placenta con las dos manos y hacer girar con delicadeza hasta que las membranas quedan retorcidas, halar lentamente para completar la expulsión de la placenta, si las membranas se desgarran debe examinar con mucho cuidado la parte superior de la vagina y el cuello uterino y utilizar una pinza para retirar cualquier trozo de membrana retenido, examinar cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra, si le falta una porción de la superficie materna o hay desgarro de membranas vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios y actuar de inmediato para solucionar ese problema. (8)

3.6 Señales de peligro durante la atención del parto

3.6.1 Definición

Son todas aquellas circunstancias que ocurren en cualquier momento en la atención del parto, en las cuales se puede afectar la integridad física, psicológica y emocional de la mujer e hijo. Las señales de peligro durante el parto son:

3.6.2 Principales señales de peligro.

a) Hemorragia

La hemorragia es cualquier pérdida de sangre que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica. Es un trastorno caracterizado por la expulsión de más de medio litro de sangre fina a través de la vagina, debido a que la placenta se tarda en salir, o al rompimiento del útero. También puede ser que la placenta esté mal colocada en la abertura del útero. (12) (13)

Otra definición de hemorragia, es la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen). (14) El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock. La importancia de un volumen determinado de pérdida de sangre varía según sea el nivel de hemoglobina de la mujer. Una mujer con un nivel de hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica.

Por eso es importante a que toda mujer asista durante su embarazo a control prenatal para corregir la anemia a través de la suplementación con micronutrientes. (1)

b) Eclampsia

Eclampsia, es la forma más grave de toxemia en el embarazo caracterizada por convulsiones similares a las de gran mal, coma, hipertensión, proteinurias y edemas. Los síntomas de convulsión inminente suele incluir ansiedad, dolor epigástrico, cefalea y visión borrosa. Deben vigilarse con atención el estado general de la madre, la presión arterial, la diuresis y la frecuencia cardíaca fetal. (13) El ataque es una situación de urgencia que produce hipoxia y acidosis en la madre y en el feto, por lo que el tratamiento va encaminado a controlar las convulsiones, la hipertensión y la falta de oxígeno, si no se trata rápidamente en un hospital puede finalmente morir. (9)

c) Fiebre e infecciones

La fiebre después del parto es una contaminación del útero o matriz de la mujer, por falta de higiene durante el parto, que puede provocarle la muerte a la puérpera. Puede ser por contaminación del equipo (tijeras, sábana y agua), restos placentarios u otras infecciones que la mujer tenga. (14)

d) Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas, se define como: el rompimiento de las membranas ovulares, 12 horas de evolución o más, antes del inicio del trabajo de parto. “El término latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Cuando la ruptura prematura de membranas ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF)”. (15)

Cuando las membranas están intactas constituyen la mayor protección contra las infecciones, tanto para la madre como para el feto. Esta protección debe permanecer intacta hasta que la mujer entra en trabajo de parto activo. Idealmente hasta que ya está pujando para sacar al bebé.

Si hay ruptura de membranas antes de iniciar el trabajo de parto, generalmente la señora y el bebé estarán bien si el parto ocurre dentro de un período de 24 horas. Sin embargo, si no sucede así, el riesgo de sepsis tanto para la madre como para el bebé aumentan dramáticamente.

Es necesario que la comadrona enseñe a las mujeres embarazadas a detectar este peligro, si le está saliendo líquido por la vagina, que si siente como un torrente de agua tibia o como un pequeño goteo continuo, probablemente en mayor cantidad cuando tose o estornuda. Para prevenir la sepsis en la madre y el neonato, la comadrona o personal institucional del primero y segundo nivel deben referir al hospital a cualquier mujer que haya sufrido una ruptura de membranas.

Es importante que la comadrona conozca que se deben practicar exámenes cuando hay salida de líquido con mal olor o si la señora tiene fiebre, referirla inmediatamente a un servicio de salud hospitalario. (4)

e) Parto prolongado

El parto prolongado es un parto que tarda más de 12 horas desde el inicio del trabajo de parto, puede ser porque la mujer sea estrecha de la cadera, el niño esté mal colocado, es un embarazo de gemelos, el niño no sale por circular al cuello o por contracciones irregulares y/o débiles, por lo que no puede llevarse a cabo el parto vaginal normal. La mujer sufre demasiado y corre el riesgo de adquirir infección, puede quedar con problemas o morir. El recién nacido puede nacer cianótico y puede morir en el vientre de la madre, por lo que es necesario que las comadronas refieran a la paciente inmediatamente a un centro de atención de salud, al detectar esta señal de peligro.⁽¹²⁾

f) Retención placentaria

Es cuando la placenta tarda en salir más de 30 minutos o media hora después de que el neonato nace. Puede ser que el útero no tenga la fuerza suficiente para expulsar la placenta. Este caso se ve más en mujeres mayores de 35 años y multíparas.

Los signos que se presenta la mujer son: sangrado abundante, piel sudorosa, pálida y fría, puede ponerse débil, mareada, pérdida de la conciencia y finalmente morir si no se refiere a tiempo. (12)

3.7 Centro de Atención Permanente

El Centro de Atención Permanente se encuentra ubicado en una de las salidas del centro de San Carlos Sija, camino que se dirige hacia la Aldea San José Chicalquix, brinda atención a dos grupos étnicos: el 40.97% pertenecen al grupo indígena, pertenecientes en su mayoría a la etnia Kiché y en mínima parte a la etnia Mam, el 59.03% son ladinos. (16)

3.7.1 Actividades que realiza el Centro de Atención Permanente con las comadronas tradicionales

a) Capacitaciones

El proceso de capacitación tiene como objetivo formar o preparar a las comadronas tradicionales a través de los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes del personal institucional, que son indispensables para la implementación de acciones básicas en su área de trabajo.

La capacitación tiene su base en el conjunto de servicios básicos y de las prioridades en salud del país, incorpora al personal institucional desde el nivel departamental, municipal hasta el comunitario. Se basa en el perfil ocupacional de cada miembro del personal involucrado en los diferentes niveles.

La capacitación, además de estar vinculada al componente de atención a las personas, está íntimamente ligada a la planificación, programación, información, vigilancia epidemiológica y supervisión, se efectúa mensualmente y previa a la implementación de cada una de las actividades que conforman los servicios básicos.

(17)

Estas pretenden reforzar sus habilidades y prácticas, especialmente para que sepan reconocer, prevenir y responder a una emergencia detectando cualquier signo de peligro durante la atención del parto en aquellas comunidades de difícil acceso a los servicios de salud y que puedan presentar mortalidad materna y neonatal.

Para la capacitación se debe tomar en cuenta algunos aspectos relacionados a las comadronas, como son: la edad, el nivel de escolaridad y disponibilidad.

Además de otros aspectos relacionados al proceso de formación como: la metodología, modalidad, material audiovisual, técnicas, dinámicas participativas y contenidos, ayudándoles a un mejor aprendizaje de los temas a impartir.

b) Metodología usada en capacitaciones a comadronas

En la capacitación de las comadronas tradicionales se debe de utilizar la metodología participativa que orienta a partir de la práctica de los que ellas saben, viven y sienten.

Con esta metodología se desarrolla un proceso colectivo de discusión y reflexión, plantea una situación de igualdad entre quién enseña y quién aprende, permite conocer y respetar la cultura de los grupos con quienes se trabaja, se sitúa a las comadronas como sujetos activos, no receptores pasivos de los mismos.

Para trabajar con este enfoque se necesita que los facilitadores conozcan los rasgos fundamentales de la cultura de las comadronas ya que en su cultura encuentran la explicación lógica para muchas de sus acciones, alentar el espíritu solidario y de grupo, plantear a las comadronas que frente a los problemas es necesario buscar ayuda de otras comadronas y del equipo de salud. Que conozcan y sepan aplicar técnicas grupales, determinar los alcances y limitaciones para utilizarlas adecuadamente en el momento oportuno.

La duración promedio de la capacitación es de 40 horas que se puede extenderse hasta 8 días, dependiendo la modalidad de capacitación adoptada y la facilidad de aprendizaje de las comadronas y de la disponibilidad, esto debe hacerse de acuerdo a la comodidad de las comadronas y no a la de los facilitadores o al equipo de salud. Se debe de realizar en el entorno donde habitan la mayoría de las comadronas. (18)

c) Modalidad.

En la modalidad de la capacitación para las comadronas tradicionales, se debe tomar en cuenta alguna de las características que ellas poseen, que son indispensables al definir las estrategias de aprendizaje.

La mayoría de ellas son mujeres de edad avanzada, muchas son analfabetas, no tienen el hábito de aprender en la forma convencional sino de forma pasiva y

receptiva, tienen un sin número de tareas y compromisos. La estrategia de aprendizaje debe partir de las experiencias y conocimientos que las comadronas tienen como prácticas, costumbres y de las ideas que tienen sobre el tema a tratar. Se recomienda la formación de grupos no mayores de 15 comadronas, las sesiones deben ser cortas, con un horario definido por ellas mismas. (18)

d) Material visual, técnicas y dinámicas participativas

El material visual, técnicas y dinámicas durante el desarrollo de la capacitación es muy importante, porque promueve el diálogo permanente entre el facilitador y las comadronas. Se llevará a cabo el uso de técnicas inductivas, apoyándose con demostraciones, dibujos, análisis de casos y simulaciones de acuerdo a la realidad.

Hay que tomar en cuenta que las comadronas han desarrollado el hábito de aprender de acuerdo a las experiencias que ellas mismas han obtenido, a partir de éxitos y fracasos en el mundo cotidiano, el hogar, la familia y la comunidad.

Existen diversos lenguajes que se pueden tomar en cuenta en las capacitaciones como: el lenguaje oral, el lenguaje escrito, el lenguaje gráfico y el lenguaje corporal. Del lenguaje gráfico y corporal se puede desarrollar innumerables técnicas inductivas que servirán de apoyo en los aspectos de diagnóstico, problematización de la experiencia y en la capacidad de asociación y síntesis que desarrollan las comadronas. (18)

e) Módulos y contenidos

El contenido de la capacitación debe ser relacionado al embarazo, parto, puerperio y recién nacido, de acuerdo a las experiencias de las comadronas, se inicia el proceso de modificación, reforzamiento e introducción de temas como: señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, plan de emergencia familiar y comunitario, señales de peligro del recién nacido, atención del parto limpio y seguro, con enfoque de identificación de riesgos y referencia oportuna. (18)

3.8 Contextualización geográfica

El municipio de San Carlos Sija se encuentra situado en la parte Norte del departamento de Quetzaltenango en la región Sur Occidental. Se localiza en la latitud 14° 59 minutos y una longitud de 91°32 minutos 88 segundos. Limita al norte con los municipios de Malacatancito (Huehuetenango) y Sipacapa (San Marcos); al Sur con los municipios de Cantel y Quetzaltenango; al este con los municipios de Sibilia y San Francisco La Unión y al Oeste con los municipios de Momostenango, San Francisco el Alto y San Bartolo (Totonicapán). ⁽¹⁶⁾

3.9 Decreto, ley de comadronas tradicionales en la atención del embarazo, parto y puerperio.

Decreto No. 74: “del 9 de mayo de 1955, artículo 15 inciso F: “Extender certificación de autorización a las comadronas tradicionales, previo examen de aptitud”. Dicha certificación será proporcionada por el personal encargado de cada Área de Salud en donde son capacitadas, mensualmente.

El Acuerdo Gubernativo del 16 de abril de 1935, artículo 98, menciona: “Siendo una necesidad urgente prestar los inmediatos y activos servicios a las mujeres en el momento del parto y no existiendo en la república suficiente número de comadronas tituladas para cubrir las extensas zonas y población donde se requieren sus servicios, la Dirección General de Servicios de Salud, por medio de sus delegados sanitarios departamentales concederán permiso para ejercer como comadronas tradicionales adiestradas, a las personas que cumplen con los requisitos establecidos”.

Artículo 98: “La circunstancia del examen y la extensión del permiso se haya constar en una acta levantada en la delegación sanitaria correspondiente en el papel sellado de ley, con la firma del médico director del Centro de Salud, alcalde municipal y del gobernador departamental”.

Artículo 99: “Toda comadrona tradicional que al ser citada para que reciba su adiestramiento no acudiera al mismo, queda desautorizada para el ejercicio del oficio” (4)

IV. ANTECEDENTES

En la tesis titulada: Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis del Perú, el estudio fue de tipo etnográfico descriptivo de metodología cualitativa, mediante la cual se recogió las experiencias en investigación de campo, a través de entrevistas a profundidad, con el objetivo de revisar las costumbres y los procesos de embarazo, parto y puerperio, de la mujer en el contexto cultural de las comunidades indígenas, a través de las comadronas, teniendo como conclusión que hay algunos elementos que dificultan el parto y nacimiento, como el sentimiento de vergüenza para llamar al promotor de salud por lo que la mayoría de partos los atiende la comadrona. (19)

El estudio titulado: Creencias y prácticas de parteras realizado en San Luis Potosí México, sobre el embarazo, parto y puerperio, cuyo objetivo fue documentar las creencias y las prácticas de las parteras tradicionales respecto al embarazo parto y puerperio, utilizando una metodología de entrevistas aplicadas durante las capacitaciones a las comadronas, donde concluye: que las prácticas de las comadronas tradicionales son comunes en los grupos sociales, dentro de sus funciones incluyen nutrición, cuidados prenatales, del puerperio y la lactancia, así como apoyo afectivo emocional de las mujeres durante su parto y a sus familiares, registrándose varios mitos y terapias tradicionales. (3)

Otro estudio titulado “Señales de peligro durante el embarazo, parto y posparto, que las comadronas tradicionales activas en el programa de capacitación conocen y usan”, realizado en San Juan Sacatepéquez Guatemala”, tuvo como objetivo determinar qué porcentaje de las comadronas conocen las señales de peligro durante el embarazo, parto y posparto y qué porcentaje de comadronas conocen las señales de peligro y refieren a las pacientes a los servicios de salud. La conclusión principal es que el 98% de las comadronas conocen las señales de peligro durante el embarazo, y el 74% conocen las señales de peligro durante el parto, también que el 81% de las comadronas conocen las señales de peligro en el posparto y que el 50%

de ellas referirían a las pacientes al identificar el 50% o más de las señales de peligro durante el embarazo, parto y posparto. (20)

En el estudio titulado: “Conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la atención de las complicaciones de las madres y los niños tratados por las comadronas tradicionales”, realizado en el centro de salud de área urbana Justo Rufino Barrios, municipio de Guatemala, explica: que las comadronas tradicionales demostraron un desempeño adecuado en el procedimiento durante los casos complicados de trabajo de parto y a donde referirlos, también indica que no todas las comadronas tienen los mismos conocimientos y que hay que reforzar las mismas para estandarizar los conocimientos y no poner en riesgo la salud materna e infantil. (5)

El estudio titulado “Factores asociados a la mortalidad materna realizado en los municipios de Cobán, San Cristóbal y Santa Cruz del Departamento de Alta Verapaz”, cuyo objetivo fue: Identificar el perfil epidemiológico de la mortalidad materna en la población de mujeres en edad fértil (10 a 49 años), el tipo de estudio fue de casos y controles, la principal conclusión fue que la atención materna en su mayoría fue por comadrona, siendo el parto en el hogar, y que la causa directa predominante en muerte materna es el shock hipovolémico, secundario a retención a placentaria, ruptura uterina, desprendimiento de placenta y embarazo ectópico roto. (21)

En el estudio “Identificación, manejo y referencia de las complicaciones en los partos atendidos por comadronas tradicionales, adiestradas en Santa Catarina Pinula”. El objetivo principal fue obtener información sobre las complicaciones que se les presenta a las comadronas durante y después del parto. Dicho estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal, teniendo como conclusión que los signos de peligro más frecuentes en los partos son: las hemorragias y preeclampsia, y que el 91% de las comadronas no refiere al centro de salud a las madres gestantes en caso

de algún problema, sólo si es grave y que la comadrona no pueda resolver por sus propios medios. (22)

En la tesis titulada: “Conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de antigua Guatemala acerca del control prenatal”. Cuyo objetivo fue determinar e identificar los conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales acerca del control prenatal, estudio que fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, donde concluye que los conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de Antigua Guatemala con respecto al control prenatal no son apegados a las Normas de Atención del Ministerio de Salud Pública, los porcentajes más relevantes señalan que los componentes del control prenatal tales como maniobras de Leopold, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, de igual manera se refleja a través de los datos que las comadronas desconocen aspectos relevantes para la prevención de factores de riesgo, que inciden en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. (4)

El estudio titulado: “Prácticas utilizadas por comadronas durante la atención del trabajo de parto, realizado en el municipio de San Martín Sacatepéquez, Quetzaltenango y San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, Guatemala”. Tuvo como objetivo describir las prácticas que aplican las comadronas durante la atención del trabajo de parto, utilizando una metodología de tipo descriptivo con técnicas cualitativas, teniendo como conclusión, que todas las comadronas utilizan plantas medicinales para la atención del trabajo de parto, indica también que el 69% de las comadronas han encontrado complicaciones durante la atención del parto, como: las hemorragias y la retención de placenta y todas las entrevistadas refieren a las pacientes con complicaciones a un nivel superior de resolución centros de salud y hospitales. Reportaron de igual manera que no reciben ayuda institucional para resolver las complicaciones y de las que reportaron recibir ayuda, 53% indicó haberla recibido de hospitales. (23)

Durante el estudio del arte tanto escrito como en la red de internet, no se tuvo acceso a mayores estudios sobre la temática, actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto, a pesar de que es un tema de mucha importancia para la prevención y reducción de la mortalidad materna.

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto, del Centro de Atención Permanente (CAP), San Carlos Sija, Quetzaltenango, Guatemala.

Objetivos Específicos

- a) Describir las características personales de las comadronas tradicionales en el Centro de Atención Permanente (CAP).
- b) Identificar la actuación de las comadronas sobre las señales de peligro durante la atención del parto, en el Centro de Atención Permanente.
- c) Determinar la actuación de las comadronas en cuanto a posibles complicaciones y las acciones respectivas que cumplen.

VI. JUSTIFICACIÓN

En Guatemala existen varios estudios de morbilidad y mortalidad materna e infantil, por ser un problema prioritario que está afectando en su mayoría a mujeres indígenas y de áreas rurales, en donde el Ministerio de Salud no tiene aún el acceso a las coberturas en salud, debido a la falta de accesibilidad y recurso humano. Las comadronas tradicionales siguen siendo el eje principal en la atención del embarazo, parto y puerperio atendiendo el 55% de los partos en toda Guatemala. (17)

A nivel de Centro de Atención Permanente (CAP) de San Carlos Sija, las comadronas atienden el 60% de los partos, debido a que la mayoría de las usuarias buscan a las comadronas para la atención del parto. Las principales complicaciones que se han presentado durante la atención del parto por comadronas son: las hemorragias, histerectomías por infecciones pélvicas graves especialmente en mujeres primigestas.

Por lo que es indispensable llevar a cabo esta investigación para determinar la actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto para disminuir las complicaciones y por ende la mortalidad materna y neonatal en un futuro mediante acciones de atención básica.

Los resultados de este estudio ayudará al Centro de Atención Permanente (CAP) para mejorar la atención a las mujeres embarazadas durante el parto, dando importancia a la capacitación y evaluación de las comadronas que son las que colaboran juntamente con el personal institucional, a prevenir y disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es mixto de abordaje transversal, de diseño cuali-cuantitativo.

7.2 Sujetos de estudio

Comadronas tradicionales que asisten a capacitaciones al Centro de Atención Permanente (CAP), del municipio de San Carlos Sija, Quetzaltenango, que cubren tres aldeas y la cabecera municipal, quienes atienden un promedio de 5 partos mensuales.

7.3 Contextualización geográfica y temporal

En total son 10 comadronas tradicionales que corresponden al Centro de Atención Permanente de San Carlos Sija, Quetzaltenango, estudio realizado en enero - marzo de 2015.

7.4 Definición de variables

- a)** Características personales.
- b)** Actuación en las señales de peligro durante la atención del parto.

7.4.1 Definición conceptual y operacional

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Ítems
Características personales de las comadronas	Son los rasgos físicos y sociales que distinguen a una persona de otras y que la hace única.	Datos generales	<ul style="list-style-type: none"> a. Edad b. Escolaridad c. Religión d. Años de ejercer e. Grupo étnico 	Nominal	Pregunta de la 1 a la 5.
Actuación en las señales de peligro durante la atención del parto.	Son todas aquellas acciones que deben realizarse en cualquier momento durante la atención del parto, en las cuales puede existir algún riesgo para la integridad física, emocional y psicológica de una mujer.	Entrevista a profundidad	<ul style="list-style-type: none"> a. Identificación de señales de peligro. b. Aplicación del Matep. c. Enfoque de las 4 demoras. d. Activación del plan de emergencia familiar y comunitaria. 		Pregunta de la 6 a la 11.

VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

8.1 Selección de los sujetos de estudio

La selección de los sujetos de estudio fueron las comadronas tradicionales que participaron en las entrevistas a profundidad.

8.1.1 Criterios de inclusión

Comadronas tradicionales activas, que cubre el Centro de Atención Permanente (CAP) del municipio de San Carlos Sija, Quetzaltenango y que aceptaron participar en el estudio.

8.1.2 Criterios de exclusión

Comadronas tradicionales que no aceptaron participar en el estudio.

8.1.3 Cálculos estadísticos de la muestra

De acuerdo al tipo de estudio se trabajó con una muestra de 10 comadronas que representan la población en estudio. El número de comadronas entrevistadas se estableció después de determinar el promedio de comadronas que asisten a las capacitaciones en el Centro de Atención Permanente de San Carlos Sija.

8.1.4 Identificación de los sujetos de estudio

La identificación de los sujetos de estudio fue a través del informe del número de partos atendidos por las comadronas y que las usuarias hayan presentado complicaciones durante el parto.

8.2 Recolección de datos

8.2.1 Métodos de recolección de datos

De acuerdo al tipo de estudio se trabajó con una muestra de 10 comadronas a través de una entrevista a profundidad con preguntas relacionadas a las características personales y actuación de las comadronas ante las señales de peligro durante la

atención del parto, en el Centro de Atención Permanente de San Carlos Sija, Quetzaltenango.

8.2.2 Instrumento de recolección de datos

El instrumento fue una entrevista a profundidad donde se incluyeron 5 preguntas relacionadas a las características generales de las comadronas y 6 preguntas relacionadas a la actuación de las comadronas durante la atención del parto. Para la realización de las mismas, se utilizó una grabadora con una capacidad de una hora. (Anexo 1).

8.2.3 Validación del instrumento de recolección de datos

No aplica por ser un estudio mixto.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

9.1 Descripción del proceso de digitación

El proceso de digitación fue realizado a través de la página de Microsoft Excel 2007, tabulándolo en tablas y presentándolo en porcentajes los resultados de los datos generales de las participantes. Y para la entrevista a profundidad se describió la información generada de la entrevistada y de la grabación que se realizó durante la misma, haciendo un narrativo en base a lo que respondieron.

9.2 Plan de análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de la información las entrevistas que se realizaron a las comadronas fueron escuchadas y se describieron exactamente de acuerdo a las respuestas que mencionaron, después se realizó un listado de conceptos y posteriormente se construyeron mapas conceptuales para facilitar el análisis de los datos en función de los objetivos de la investigación.

9.3 Métodos estadísticos

Se usaron frecuencias y porcentajes además datos agrupados y sin agrupar.

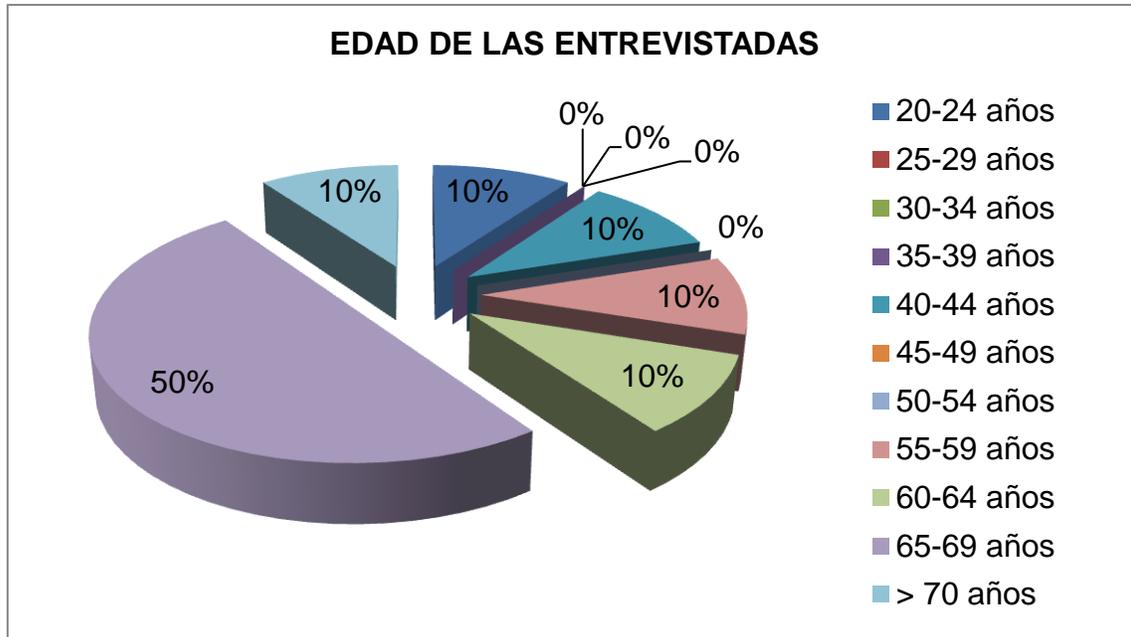
9.4 Aspectos éticos

- a) **Confidencialidad.** Se hizo saber a las comadronas tradicionales entrevistadas que la información se va a publicar en línea pero se guardará el anonimato.
- b) **Permiso institucional.** Se solicitó autorización al coordinador municipal de salud encargado del Centro de Atención Permanente y enfermera jefe de distrito sobre la investigación que se llevó a cabo con las comadronas bajo su cargo.
- c) **Autonomía.** Se informó a los sujetos de estudio que podrían en cualquier momento retirarse o negarse a responder las preguntas de la entrevista si ellas así lo desean. Se utilizó consentimiento informado para evitar malos entendidos y que pudiera afectar la integridad emocional o física de las comadronas.

d) **Beneficencia.** Los resultados y recomendaciones de este estudio de investigación fue en beneficio a las comadronas tradicionales para fortalecer sus conocimientos de acuerdo a los resultados que se obtuvieron, así mismo contribuir como estrategia a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

X. RESULTADOS

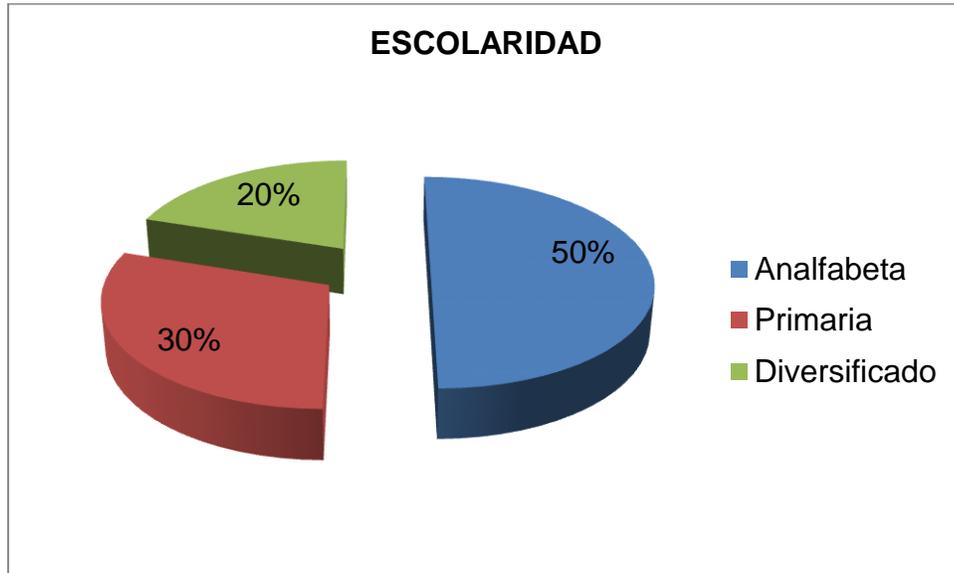
Gráfica número 1



Fuente: Entrevista a profundidad, 2015

Análisis: De acuerdo con la edad, 5 de las comadronas que representan el 50% oscilan entre las edades de 65-69 años, 4 (40%) entre 20 a 64 años y 10% (1) más de 70 años. Es importante resaltar que el municipio cuenta en su mayoría con comadronas de tercera edad, lo que en algún momento puede restar habilidades en la actuación ante las señales de peligro durante la atención del parto.

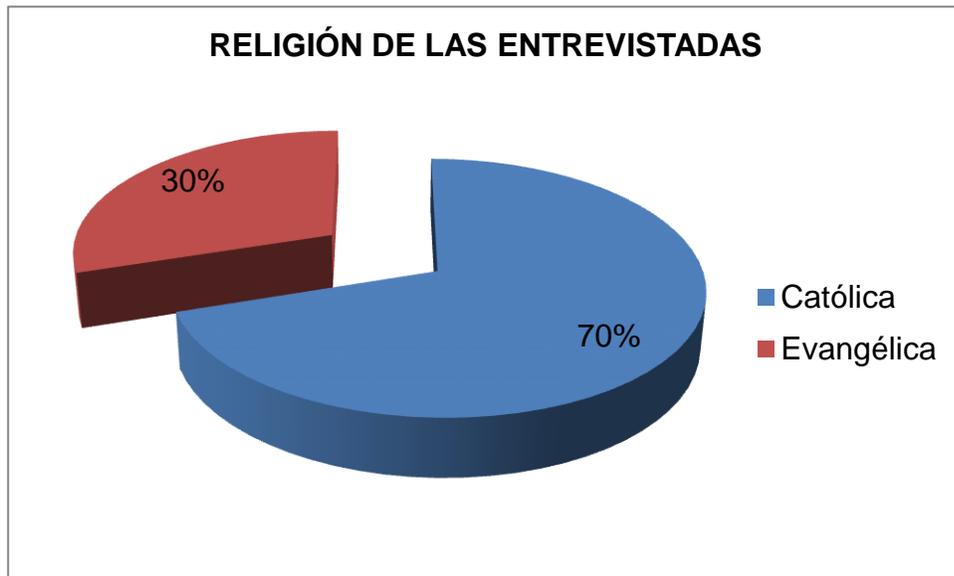
Gráfica Número. 2



Fuente: Entrevista a profundidad, 2015

Análisis: Del total de las comadronas entrevistadas, 5 que representan el 50% son analfabetas, el 30% (3) tienen un grado de escolaridad primaria y el 20% (2) tienen el diversificado. Comparando estos datos se puede decir que el grado de escolaridad puede interferir en el proceso de aprendizaje durante las capacitaciones y como consecuencia, el no saber transmitir la información a las usuarias.

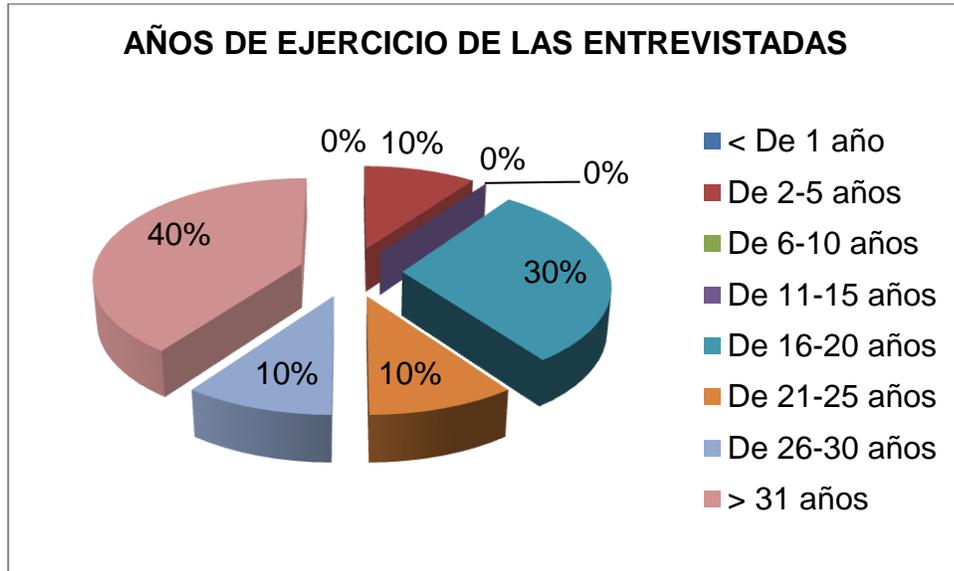
Gráfica número 3



Fuente: Entrevista a profundidad, 2015

Análisis: Con respecto a la religión el 70% (7) de las entrevistadas pertenecen a la religión católica y el 30% (3) evangélica, dando a conocer que mantienen su creencia en Dios.

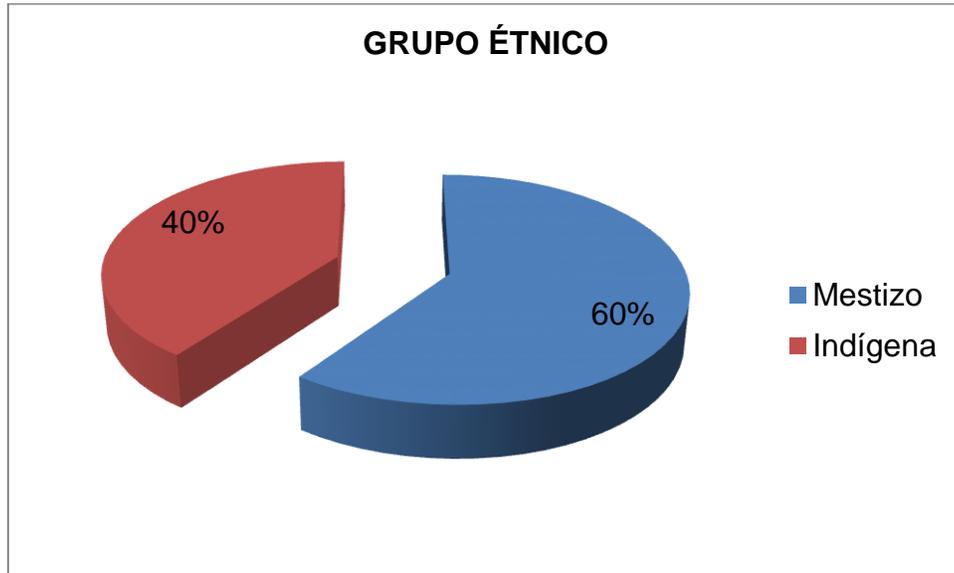
Gráfica número 4



Fuente: Entrevista a profundidad, 2015

Análisis: En lo referente a los años de ejercicio de las comadronas, 4 de ellas representa el 40% quienes llevan ejerciendo más de 31 años, el 30% (3) de 16 a 20 años, un 10% (1) de 2-5 años y el 20% (2) restante entre 21 a 30 años. Es importante resaltar que los años de ejercicio es un factor determinante en la atención del parto, debido a sus experiencias.

Gráfica número 5



Fuente: Entrevista a profundidad, 2015

Análisis: En lo referente a la etnicidad, el resultado indica que 6 comadronas quienes representan el 60% son mestizas y 4 comadronas que representan el 40% son indígenas. Es un resultado racional debido a que la mayor parte de la población del municipio es mestiza, pero de alguna forma es una limitante entre el personal de salud y las comadronas en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Tabla número 1
Señales de peligro durante el parto

RESPUESTAS	f	%	% válido
Hemorragia	8	80	80
Niños atravesados (Distocias)	6	60	60
Rompimiento de la fuente	5	50	50
Fiebre	2	20	20
Visión borrosa	2	20	20
Presión alta	6	60	60
Hinchazón	2	20	20
Cordón enrollado al cuello	1	10	10
Placenta previa	1	10	10
Desmayo	1	10	10
Mareos	1	10	10
A las 8 hrs. no dan a luz	1	10	10
Nace el bebé desnutrido	1	10	10

Fuente: Entrevista a profundidad 2015

La señal de peligro que se presenta con mayor frecuencia durante el parto son las hemorragias seguido de las distocias (Niños atravesados) y ruptura de membranas, esto generando que el actuar de las comadronas debe ser inmediato.

Tabla número 2
Complicaciones que más se presentan en el parto

RESPUESTAS	f	%	% válido
Hemorragia	2	20	20
Niños atravesados (Distocia)	4	40	40
Niños muertos	1	10	10
Se desmaya la madre	1	10	10
La placenta no sale	2	20	20
No he tenido ninguna complicación	2	20	20
Después del parto (dolor de estómago y cabeza)	1	10	10

Fuente: Entrevista a profundidad, 2015.

La complicación que con mayor frecuencia se les presenta a las comadronas son: Niños atravesados (Distocias), hemorragia y retención de placenta. Estos casos son de traslado inmediato.

Tabla número 3

Tiempo que dura el trabajo de parto en una primigesta y en una múltipara y tiempo del periodo de alumbramiento

RESPUESTA	f	%	% válido
Primigesta. (12 hrs)	5	50	50
Nunca he atendido	1	10	10
Desconoce	1	10	10
4-8 hrs	1	10	10
9 hrs	1	10	10
Un día y una noche	1	10	10
Múltipara (8 hrs)	5	50	50
Nunca he atendido	1	10	10
13 hrs	1	10	10
9-12 hrs	1	10	10
4-12 hrs	1	10	10
Un día	1	10	10
Alumbramiento (15-30 minutos)	9	90	90
De 30 minutos a 2 horas	1	10	10

Fuente: Entrevista a profundidad, 2015

El 50% de las comadronas tienen conocimiento del tiempo que dura el trabajo de parto en una primigesta y en una múltipara. Y el otro 50% no conoce el tiempo que dura el trabajo de parto en una primigesta y en una múltipara. El 90% de las entrevistadas reconoce el tiempo en que tiene que darse el periodo de alumbramiento. Un 10% espera de treinta minutos a 2 horas.

Tabla número 4

Acciones al detectar algún signo de peligro

RESPUESTA	f	%	% válido
Referencias.	10	100	100
Activación del plan de emergencia familiar	1	10	10

Fuente: Entrevista a profundidad, 2015

Las acciones que realizan el 100% de las comadronas al detectar las señales de peligro durante el parto son las referencias. Pero solo el 10% activa el plan de emergencia familiar.

Tabla número 5

Activación del plan de emergencia comunitario y familiar

RESPUESTA	f	%	% válido
Comunitario	0	0	0
Desconoce	10	100	100
Familiar	9	90	90
Desconoce	1	10	10

Fuente: Entrevista a profundidad, 2015

El 100% de las comadronas no activa el plan de emergencia comunitario. El 90% activa el plan de emergencia familiar.

Tabla número 6

Dificultades al momento de referir a una mujer con complicaciones

RESPUESTA	f	%	% válido
Renuencia (usuarias y familia)	10	100	100

Fuente: Entrevista a profundidad, 2015

El 100% de las comadronas mencionan que la renuencia es una de las mayores dificultades que se les presenta al momento de referir a una mujer con complicaciones durante el parto.

XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en el trabajo de campo se analizan y discuten los siguientes conceptos:

En cuanto a las edades de las comadronas entrevistadas sobresalieron las edades de 65 a 69 años, que corresponde el 50% de la población en estudio y un 10% que tiene más de 70 años y aún están ejerciendo dentro de la comunidad. Esto es preocupante, porque en uno de los requisitos para que las comadronas tradicionales puedan ejercer dentro de la comunidad, es que oscilen entre las edades de 18 a 65 años, (6) porque en algún momento pueden restar habilidades en la actuación ante las señales de peligro durante la atención del parto y su intervención sea muy tardía.

El 50% de las comadronas son analfabetas y esto puede interferir en el proceso de aprendizaje durante las capacitaciones, por lo que es preciso resaltar que la enseñanza-aprendizaje durante estas actividades tiene que ser de una manera práctica, para que facilite dicho proceso y así transmitirse a las usuarias.

Según Chávez, C. asegura que las comadronas deben de ser originarias de su comunidad, alfabetas, que dominan el idioma de las mujeres embarazadas y que compartan las mismas costumbres y creencias en su comunidad, lo cual genera confianza entre las mujeres embarazadas y comadronas.

El factor religioso juega un papel importante en la creencia de las entrevistadas, porque el 100% mantiene su fe en Dios y que pueden resolver las complicaciones que se les presenta durante la atención del parto, pero puede afectar la vida de la madre e hijo porque en algún momento las complicaciones pueden ser más graves y ellas ya no podrán resolverlas.

Las comadronas tradicionales llevan ejerciendo más de 20 a 31 años dentro de su comunidad, por lo que la mayoría ha adquirido experiencias en la atención del parto y por lo mismo las usuarias las buscan para la atención del parto.

Con respecto al grupo étnico, el 60% de las entrevistadas son mestizas y el 40% son indígenas, lo cual favorece la comunicación entre personal de salud, comadrona y usuaria, sin embargo por otro lado es una limitante para desarrollar el programa de capacitación y asistencia de los partos domiciliarios, debido a que el 40% son indígenas y porque algunas de las usuarias hablan únicamente el idioma materno. (4) Por lo que es necesario que el personal de salud brinda las capacitaciones de acuerdo al idioma que dominan las comadronas, para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En lo referente a las señales de peligro Chávez, C. Especifica las funciones y responsabilidades de las comadronas, el cual reza en el inciso C, “Identificar señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, recién nacido para referirlas al centro de atención más cercano”, siendo esto de vital importancia para la prevención de la mortalidad materna. Sin embargo las comadronas entrevistadas mencionaron las siguientes: “hemorragia”, “niños atravesados”, “rompimiento de la fuente”, “fiebre”, “visión borrosa”, “presión alta”, “hinchazón”, “cordón enrollado al cuello”, “placenta previa”, “desmayo”, “mareos”, “a las 8 horas no dan a luz” y “nace el niño desnutrido”. De acuerdo a los datos obtenidos es importante resaltar que todas las entrevistadas no reconocen las señales de peligro durante el parto, debido a que algunas solo mencionaron una señal de peligro y otras reconocen como señal de peligro la posición transversa, además no diferencian las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.

Con respecto a las complicaciones las comadronas deben atender los partos normales sin complicaciones, e informar a los servicios de salud de cualquier complicación que se le presenta durante la atención del parto, esta función no se

cumple debido a que las comadronas han resuelto parto con complicaciones en el domicilio arriesgando la vida de la madre y el recién nacido.

Dentro de las complicaciones que mencionaron con mayor frecuencia son: 2 de las entrevistadas refieren “la hemorragia”, 4 de ellas indican “niños atravesados”, una “niños muertos”, otra “se desmaya la madre”, 2 de ellas mencionaron “la placenta no sale”, otras 2 refirieron “no he tenido ninguna complicación” y 1 menciona que “después del parto dolor de estómago y dolor de cabeza”.

Contreras J. hace referencia al tiempo que dura el trabajo de parto, el cual debe contabilizarse desde el inicio del trabajo de parto hasta la resolución del mismo, que en su totalidad puede tomarse entre 8 a 12 horas en una primigesta y de 6 a 8 horas en una multípara. (8) De acuerdo a los datos obtenidos el 50% de las comadronas entrevistadas, no reconoce el tiempo que dura el trabajo de parto, en una multípara y en una primigesta. Una de las causas que interfieren en el tiempo de espera, es el factor familiar porque algunas comadronas esperan hasta 24 horas o más, para que se resuelva el parto, lo cual genera aumento de las complicaciones hasta la muerte materna.

Diez, M. refiere que la tercera etapa del trabajo de parto o periodo de alumbramiento, debe durar entre 5 a 30 minutos, el cual consiste el desprendimiento y expulsión de la placenta. (9) Lo anterior se confirma solo en un 90% debido a que las comadronas entrevistadas esperan “de 15 a 30 minutos” para que se de este periodo. El 10% espera de “de 15 minutos a 2 horas”.

Por otro lado una de las comadronas menciona esperar “de 15 minutos a 2 horas”, por lo que está corriendo el riesgo la vida de la madre y en algún momento puede haber aumento de complicaciones hasta la muerte materna por esperar mucho tiempo el periodo de alumbramiento.

Mogollón K. menciona que para el traslado de mujeres con complicaciones durante el parto, desde la comunidad hacia un servicio de salud más cercano, deben existir comisiones de salud involucrando a comadronas y miembros de la comunidad, para elaborar el plan de emergencia comunitario y familiar, para tener disponible transporte para el traslado de paciente a los servicios de salud. (7)

En cuanto a la activación del plan de emergencia familiar y comunitario, 90% de las entrevistadas activa únicamente el plan de emergencia familiar, sin embargo el 100% de las comadronas entrevistadas no activa el plan de emergencia comunitario, esto podría derivarse que no conocen todos los pasos para la secuencia del mismo, porque algunas solo lo comentan con los familiares pero en realidad no cumplen con todos los pasos. El factor que interviene en la activación del plan es la falta de apoyo de los líderes y de los comités dentro de la comunidad. Y si no existe esta vinculación con actores sociales, se pierde un tiempo valioso para una atención oportuna.

Algo interesante es que no se evidencia la participación del personal de salud, en la conformación de las comisiones de salud y por ende la activación del plan de emergencia comunitario. El cual es de suma importancia al momento de la toma de decisiones oportunas durante las complicaciones, sabiendo que una de las limitantes es el acceso a los servicios de salud, debido a la falta de recurso económico y llevando a cabo esta acción, se podría disminuir el riesgo de mortalidad materna y neonatal.

Chávez, C. describe el enfoque de la segunda demora el cual es: "Apoyo en la toma de decisiones para la búsqueda de ayuda". (4) El cual interfiere en la toma de decisiones retardando el traslado de la usuaria cuando presenta alguna complicación durante el trabajo de parto, a los servicios de salud. Lo anterior se refleja porque el 100% de las comadronas al momento de referir a una mujer con complicaciones refieren que la misma usuaria y familiares presentan renuencia al momento del traslado, lo cual aumenta el riesgo para el binomio madre e hijo.

XII. CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos se concluye lo siguiente:

- Entre las características de los sujetos de estudio la mayoría de comadronas están comprendidas en las edades de 65 a 69 años, el 40% entre 20 a 64 años y un 10% más de 70 años, el 50% de las comadronas son analfabetas, seguido del nivel primario con un 30% y el 20% con nivel diversificado. Con respecto a la religión el 70% son católicas y el 30% evangélicas. En lo referente a los años que llevan atendiendo partos las comadronas, el 40% menciona más de 31 años, el 30% de 16 a 20 años. En el grupo étnico el 60% son mestizas y el 40% indígenas. Estos son datos importantes que el personal de enfermería debe de tomar en cuenta para brindar capacitaciones acorde a las características de las comadronas.
- Las comadronas tradicionales no mencionaron en su totalidad las señales de peligro durante la atención del parto, debido a que confunden las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.
- Dentro de las complicaciones que mencionaron las comadronas fueron: signos premonitorios de preeclampsia (cefalea y la epigastralgia); además refirieron haber atendido partos complicados (distocias).
- En lo referente al tiempo del trabajo de parto, las comadronas no reconocen con exactitud el tiempo del trabajo de parto en una primigesta y una múltipara.
- Una de las acciones que realizan las comadronas durante el periodo de alumbramiento es el masaje uterino para facilitar el alumbramiento de la placenta, cumpliendo únicamente con el tercer paso del manejo activo del tercer periodo del parto. Cuando se les presenta complicación en el período de alumbramiento, realizan la referencia al centro de salud u hospital, pero cuando la usuaria y

familia presentan renuencia a la misma, optan por continuar con el masaje uterino con aceites y darles bebidas de plantas naturales.

- Las acciones que realizan las comadronas al detectar algún signo de peligro son: las referencias a centros de salud y hospitales más cercanos. Otra acción que realizan es la activación del plan de emergencia familiar sin embargo ninguna de ellas activa el plan de emergencia comunitario.
- Las dificultades más frecuentes que se les ha presentado a las comadronas durante las referencias son: renuencia por parte de las usuarias y familiares.

XIII. RECOMENDACIONES

- Implementar nuevas modalidades de capacitación para las comadronas tradicionales, tomando en cuenta las características que ellas poseen, debido a que son indispensables para definir las estrategias de aprendizaje.
- Que el personal de salud del Centro de Atención Permanente de San Carlos Sija, brinde consejería sobre las señales de peligro durante el parto, a comadronas y usuarias durante el control prenatal.
- Dar acompañamiento a las comadronas durante la atención del parto y dar seguimiento a las referencias de las usuarias, para evitar el aumento de complicaciones en la mujer y el recién nacido, y por ende alguna muerte materna e infantil.
- Realizar talleres prácticos dirigidos a las comadronas sobre el tiempo que dura el trabajo de parto entre una primigesta y una multípara, para evitar complicaciones durante el parto.
- Promover la atención del parto institucional con pertinencia cultural, que incluye la participación activa de las comadronas y/o familiares, para favorecer en el cumplimiento del manejo activo del tercer estadio del parto, y de igual manera evitar las renuencias por parte de las usuarias y familiares al momento de las referencias.
- Fortalecer la organización comunitaria e implementar las comisiones de salud para la activación oportuna del plan de emergencia comunitario.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** 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. [En línea] 15 de Junio de 2011. [Citado el: 13 de Abril de 2014.]

<http://www.Guia-para+la-implementacion-de+la-atencion-integral-materna-neonatal-calificada,con+enfoque+de-genero-1.pdf>.

2. **Mazariegos Franco, Carmen.** Indicadores de Salud en Guatemala clase 2012-2013. Indicadores de Salud en Guatemala. PNUD Y ENCOVI. [En línea] 25 de Febrero de 2013. [Citado el: 10 de Febrero de 2,014.]

<http://www.slideshare.net/cmazariegos56/indicadores-de-salud-en-guatemala-clase-2012-2013-16764301>.

3. **Pelcastre, Blanca y otros.** Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. [En línea] 5 de 7 de 2005. [Citado el: 20 de 03 de 2014.] <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/01.pdf>. 0080-6234.

4. **Chávez Colón, Keren Susana.** “Conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de Antigua Guatemala acerca del control prenatal”. [en línea] noviembre de 2012. [citado el: 29 de 3 de 2014.]

<Http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/karen%20susana%20chavez%20colon.pdf>.

5. **Velázquez, Otto Hugo.** Conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas en la atención de las complicaciones de las madres y los niños tratados por las comadronas tradicionales. Investigación a comadronas centro de salud de la Colonia Justo Rufino Barrios z.21 de la ciudad de Guatemala. [en línea] 10 de septiembre de 2012. [citado el: 29 de 03 de 14.]

<Http://www.11-investigacion%20de%20comadronas.pdf>.

6. **Barrientos Girón, Astrid Mariam, Delgado Solares, Alejandra María y Reinoso Reynoso, Cindy Yesenia y otros.** “Conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal”. [en línea] octubre de 2011. [citado el: 26 de abril de 2014.] [Http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8834.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8834.pdf).
7. **Karla Victoria, Mogollón Archila.** “Conocimiento que poseen las embarazadas o puérperas sobre el modelo que inciden en la mortalidad materna” de las cuatro demoras. [en línea] mayo de 2009. [citado el: 22 de agosto de 2014.] [Http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8505.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8505.pdf).
8. **Contreras García, Jesvia Zulena.** “Conocimientos que poseen las mujeres embarazadas que asisten a la clinica de control prenatal del centro de salud de amatitlán sobre el trabajo de parto y parto”. [en línea] noviembre de 2011. [citado el: 26 de abril de 2014.] [Http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/lesvia%20zulena%20contreras%20garc%c3%ada.pdf](http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/lesvia%20zulena%20contreras%20garc%c3%ada.pdf).
9. **Díez Domingo, M. Isabel. Fernández Jiménes, J. Luis. López Sánchez, Susana. Martín Álvarez, Ricardo. Martínez Santiago, Alejandra. Romero Hernández, Marta. Uceda Gómez, Pilar.** Manual de enfermería. España : lexis editores, 2011. 978-9972-625-60-2.
10. **Palacios Betancour, Diego, Luis, Jorge y Cajigas de Acosta, Blanca Elvira y otros.** Norma técnica de atención del parto. [en línea] 2001. [citado el: 8 de junio de 2014.] [Http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/42/legal_34.pdf?sequence=1](http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/42/legal_34.pdf?sequence=1).
11. **López Ramírez, Mario Fernando y otros.** Prácticas médicas aplicadas por el personal médico y paramédico en la atención del parto. [en línea] julio de 2009. [citado el: 8 de junio de 2014.] [Http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8553.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8553.pdf).

12. **Rosales, Alfonso. Galindo, Judith. Carrasco, Amilcar. Martínez, Laura. Romero, Telma. Lagos, Erundina.** Manual de la partera tradicional capacitada para el manejo de las emergencias obstétricas y del recién nacido en comunidades de difícil acceso y con alta mortalidad materna y perinatal. [en línea] 2004. [citado el: 10 de 03 de 2014.]

[Http://www.coregroup.org/storage/documents/diffusion_of_innovation/manual_partera_2.pdf](http://www.coregroup.org/storage/documents/diffusion_of_innovation/manual_partera_2.pdf).

13. **Anderson, Lois E.** Diccionario de medicina Océano Mosby. España : mmix edotorial oceano. 978-84-7555-074-9.

14. **Rosales, Alfonso y otros.** Manual del facilitador para capacitación de parteras en emergencias obstétricas y atención del recién nacido. [En línea] 2004. [Citado el: 9 de 4 de 2014.]

[Http://www.coregroup.org/storage/documents/diffusion_of_innovation/manual_del_facilitador.pdf](http://www.coregroup.org/storage/documents/diffusion_of_innovation/manual_del_facilitador.pdf).

15. **López Osma, Fernando Augusto y Ordóñez Sánchez, Sergio Alexander.** Revista colombiana de obstetricia y ginecología. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. [en línea] 17 de 10 de 2006. [citado el: 25 de 03 de 2014.]

[Http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s003474342006000400007.0034-7434](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s003474342006000400007.0034-7434).

16. **Corporación Municipal San Carlos Sija.** Diagnóstico Situacional de San Carlos Sija. [en línea] 2004. [citado el: 12 de 3 de 2014.]

[Http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view...id...](http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view...id...)

17. **Pérez Soto, Isabel Alejandra.** Perfil actual vrs el óptimo de las comadronas tradicionales basado en las normas de atención materna del sistema integral de atención en salud. [en línea] mayo de 2002. [citado el: 17 de marzo de 2014.]

18. **Ministerio de Salud.** Manual de enfermería “el trabajo con parteras tradicionales en Panamá”. [en línea] 2006. [citado el: 18 de 04 de 2014.] [Http://www.unicef.org/panama/spanish/manual_parteras.pdf](http://www.unicef.org/panama/spanish/manual_parteras.pdf).

19. **Medina ibáñez, Armando y Mayca Pérez, Julio.** Revista cultural electrónica, creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. 5, Perú : s.n., 2009.

20. **Velasco, Raúl.** Revista de la Facultad de Medicina Universidad Francisco Marroquín fundación chusita Ilerandi de herrera. [en línea] julio de 2006. [citado el: 23 de abril de 2014.] [Http://medicina.ufm.edu/images/8/88/2006-01_06.pdf](http://medicina.ufm.edu/images/8/88/2006-01_06.pdf) . 1137-2834.

21. **Ramos Ortiz, Berta Aida.** Factores asociados a mortalidad materna realizado en los municipios de Coban, san Cristobal y Santa Cruz del departamento de Alta Verapaz. [en línea] junio de 2002. [citado el: 28 de abril de 2014.] [Http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0104.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0104.pdf).

22. **Álvarez Chacón, Katerin Roxana, Alvarenga Martínez, Joselin del Carmen y Chávez Yaeggy, Alvaro José y otros.** Identificación, manejo y referencia de las complicaciones en los partos atendidos por comadronas tradicionales. [en línea] junio de 2012. [citado el: 28 de 2 de 2014.] [Http://www.medicina.usac.edu.gt/encuentro2013/uploads/congresonacionalmedicoyrujanos2012/10comadronassta.catarinap.pdf](http://www.medicina.usac.edu.gt/encuentro2013/uploads/congresonacionalmedicoyrujanos2012/10comadronassta.catarinap.pdf).

23. **MSPAS-PNSR.** Guías de atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas. [en línea] 2008. [citado el: 02 de mayo de 2014.]

XV. ANEXOS

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
CAMPUS DE QUETZALTENANGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

INVESTIGADORA: BRIGIDA ELEVITA MACARIO CHÁVEZ

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es: Brígida Elevita Macario Chávez, soy enfermera; actualmente me encuentro realizando un estudio sobre la actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto, estudio que va a favorecer la atención en salud a las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, para disminuir la mortalidad materna en el municipio.

Por lo anteriormente expuesto, solicito su colaboración, de manera que pueda participar en el estudio a través de responder algunas preguntas sobre el tema. La información que usted proporcione es totalmente confidencial, por lo que su identidad no será revelada, usted podrá tomarse el tiempo que crea necesario para responder a cada pregunta y suspender su participación si así lo desea en cualquier momento, sin embargo es necesario que firme o coloque su huella digital en la presente hoja, como constancia de su participación y disposición en este estudio.

Gracias por su participación.

Firma o huella: _____

Comadrona Tradicional CAP
San Carlos Sija

GUÍA DE ENTREVISTA.

No. _____

Objetivo:

Determinar la actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto, del Centro de Atención Permanente (CAP), San Carlos Sija, Quetzaltenango.

Sección I. Datos generales

1. Edad

- | | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| a. 20-24 | d. 35-39 | g. 50-54 | j. 65-69 |
| b. 25-29 | e. 40-44 | h. 55-59 | k. >70 |
| c. 30-34 | f. 45-49 | i. 60-64 | |

2. Escolaridad

- a) Analfabeta b) Primaria c) Básico d) Diversificado e) Otros

3. Religión

- a) Católica d) Mormona f) Adventista b) Evangélica e) Ninguna

4. Años de ejercer

- | | | | |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| a) < 1 año | c) 6-10 años | e) 16 a 20 años | g) 26 a 30 años |
| b) 2 a 5 años | d) 11 a 15 años | f) 21 a 25 años | h) > 31 años |

5. Grupo étnico

- a) Indígena b) Mestizo c) Xinca d) Garífuna e) Otros

Sección II. Dificultades durante la atención del parto

6. ¿Conoce las señales de peligro durante el parto?
7. ¿Qué complicaciones son las que más se presentan en el parto?

8. ¿Cuánto tiempo dura el trabajo de parto en una primigesta y en una múltipara, y cuánto tiempo debe esperar para que se dé el periodo de alumbramiento?
9. ¿Qué acciones realiza si detecta un signo de peligro durante la atención del parto?
10. ¿Cómo activa el plan de emergencia comunitario y familiar?
11. ¿Qué dificultades se le presentan al momento de referir a una mujer con complicaciones en el trabajo de parto?