

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

Conocimientos y Actitudes de las Comadronas sobre signos de Peligro de muerte fetal en el
Período intraparto.
TESIS DE GRADO

PEDRO JOSUÉ CASTRO SAGUI
CARNET 23233-09

SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ, SEPTIEMBRE DE 2015
CAMPUS "SAN PEDRO CLAVER, S . J." DE LA VERAPAZ

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

Conocimientos y Actitudes de las Comadronas sobre signos de Peligro de muerte fetal en el
Período intraparto.
TESIS DE GRADO

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

POR
PEDRO JOSUÉ CASTRO SAGUI

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

SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ, SEPTIEMBRE DE 2015
CAMPUS "SAN PEDRO CLAVER, S . J." DE LA VERAPAZ

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

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. THELMA PATRICIA CORTEZ BENDFELDT

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. JOSE AROLDI ALVARADO
LIC. JUANA MARTA HERNANDEZ CHIGUIL DE VAIDES
LIC. ROBERTO VALDES SIERRA



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Medicina

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

Guatemala, Junio 2015

Comité de Tesis

Departamento de Medicina

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **"Conocimiento y actitudes de las comadronas sobre signos de peligro de muerte fetal en el periodo intraparto"** del estudiante **PEDRO JOSUE CASTRO SAGUI** con *carne* N°2323309, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

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

Sin otro particular, atentamente



DRA. PATRICIA CORTEZ B.

Asesora de Investigación

Dra. PATRICIA CORTEZ
MEDICO Y CIRUJANO
COL. B. 427



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante PEDRO JOSUÉ CASTRO SAGUI, Carnet 23233-09 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus de La Verapaz, que consta en el Acta No. 09870-2015 de fecha 4 de septiembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Conocimientos y Actitudes de las Comadronas sobre signos de Peligro de muerte fetal en el Período intraparto.

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

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 16 días del mes de septiembre del año 2015.



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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi guía, acompañarme e iluminarme día a día.

A la Universidad Rafael Landívar por ser mi casa de estudios y prepararme académicamente.

A mis Padres y hermano por apoyarme incondicionalmente durante este proceso impulsándome a alcanzar mis metas y luchar por mis sueños.

A mis amigos que fueron parte importante durante este proceso, por su comprensión, ayuda y paciencia.

A los honorables doctores Juan José Guerrero y Roberto Akú Ajin por su orientación, motivación y paciencia en la construcción de nuestros sueños.

A Dra Patricia Cortéz por asesorar esta investigación, por orientarme y apoyarme incondicionalmente en la realización de este estudio.

A Dr. Leobel Miguez por su apoyo en la revisión de la estructura y análisis estadístico de este estudio.

RESUMEN

“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS COMADRONAS SOBRE SIGNOS DE PELIGRO DE MUERTE FETAL EN EL PERIODO INTRAPARTO.”

Pedro Josué Castro Sagui carne: 2323309

Antecedentes: Los casos de muerte fetal ocurren con mayor frecuencia durante el tercer trimestre del embarazo y en el periodo intraparto, de los cuales el 98% de los casos ocurren en países de bajo o mediano nivel socio-económico. Los casos de Muerte Fetal antes del trabajo de parto (preparto) representan más de la mitad (1,4 millones) de los casos de Muerte Fetal Intrauterina. Objetivo: Identificar conocimientos y actitudes de las comadronas sobre signos de peligro de muerte fetal en el periodo intraparto, en el territorio El embalse sector A y B de Cubulco Baja Verapaz. Diseño: Estudio descriptivo transversal. Métodos y Procedimientos: Se realizó un cuestionario a todas las comadronas que cumplieron los criterios de inclusión. Resultados: El grupo etario con mayor edad entre 41-50 años son 5 comadronas, 7 comadronas hablan achí y español. Analfabetas son 13 de las comadronas. 6 comadronas llevan más de 30 años de ejercer como comadrona de la comunidad. 13 de las comadronas si ponen en práctica el plan de emergencia. 5 de las comadronas refieren a sus pacientes debido al reconocimiento de signos de peligro y 9 de las comadronas las refieren a control médico de rutina. Conclusiones: Una de las comadronas ha recibido conocimiento empírico dado por otras comadronas sobre la atención del parto, 12 de las comadronas han recibido conocimiento científico por personal del ministerio de educación. Las señales de peligro en el recién nacido son identificadas rápidamente por las comadronas. 7 de las comadronas no conocen claramente el termino minuto de oro en la atención del recién nacido.

Palabras clave: Periodo intraparto, Muerte fetal.

ÍNDICE

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DEFINICIÓN OPERATIVA DE CONCEPTOS	2
III. MARCO TEÓRICO	3
3.1. Antecedentes:	3
3.2. Contextualización del área de estudio.....	5
3.3. Situación de Salud en Cubulco, Baja Verapaz.....	7
3.4. Comadronas distribuidas en el Municipio de Cubulco, A.V.	7
3.5. Historia de las Comadronas.....	7
3.5.1. Comadrona Maya.....	9
3.5.2. Comadrona Tradicional.....	10
3.5.3. Características de las Comadronas.....	11
3.5.4. Requisitos para ejercer como comadrona tradicional/adiestrada:	12
3.5.5. Funciones del cargo.....	12
3.5.6. Decreto Ley de la comadrona tradicional.....	14
3.6. Muerte fetal	15
3.6.1. Etiología:	15
3.6.1.1. Causas maternas.....	15
3.6.1.2. Producto de la concepción.....	16
3.7. Periodo intraparto y sus signos de peligro.....	17
3.8. Mortalidad Intraparto.....	19
3.9. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	19
3.10. Atención prenatal.....	21
3.11. Atención del parto.....	23
3.12. Atención de puerperio	25
3.13. Demoras en la atención materna y neonatal.....	26
3.14. Minuto de oro	27
3.15. Conocimiento	28
3.15.1. Clasificación del conocimiento	28
IV. OBJETIVOS	30
V. METODOLOGÍA	31

□ Aspectos éticos:.....	37
VI. RESULTADOS	38
VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	45
VIII. CONCLUSIONES	49
IX. RECOMENDACIONES.....	51
X. BIBLIOGRAFÍA	52
XI. ANEXOS.....	55

I. INTRODUCCIÓN

Lograr mantener la vida tanto de la madre como del feto constituye uno de los principales desafíos de la obstetricia. La correcta y oportuna identificación de señales de peligro durante el trabajo de parto experimenta un compromiso marcado en relación a muerte o enfermedad.

Según el informe anual del estado mundial de la infancia, cuyo tema principal es la salud materna y neonatal del fondo de las naciones unidas para la infancia publicado en el año 2009, reporta que cerca del 86% de las muertes fetales y/o neonatales que se producen en todo el mundo es resultado directo de tres causas principales: infecciones graves, asfixia y nacimientos prematuros. (1)

Por otra parte la Encuesta Nacional de Salud Materno infantil para el año 2008-2009 (tomada en un periodo de 5 años anteriores) reporta mortalidad infantil en Guatemala de 30 x 1000 nacidos vivos (menores de 1 año), siendo una de las más elevadas de Latinoamérica. (2)

En Guatemala y otros países en subdesarrollo, la atención de las madres durante sus embarazos y la atención de los partos son cruciales e importantes ya que determinan el riesgo de muerte fetal, esta encuesta también arrojó que los partos son atendidos en la casa de la embarazada o de la comadrona (48.3 por ciento), en segundo lugar son atendidos en la red de servicios de salud del Ministerio de Salud (35 por ciento), el IGSS (8.4 por ciento) de partos, y las clínicas privadas el (7.9 por ciento). Las mujeres indígenas presentan menos porcentajes de atención institucional, comportamiento similar se encuentra cuando las mujeres no poseen ningún nivel de educación. (2)

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en el 2008

Identifica que: las comadronas tanto capacitadas o adiestradas como tradicionales llegan atender el 55% de los partos, mientras que en el área urbana atienden el 31.7%, esto a nivel nacional. Ahora bien en Cubulco, reportan que el 94.1% de los partos fueron atendidos por comadronas fundamentando que la atención de comadronas es un recurso de salud en todas las áreas del país clave para disminuir índices de morbimortalidad tanto materna como fetal/neonatal. (3)

II. DEFINICIÓN OPERATIVA DE CONCEPTOS

- **Muerte Fetal:** Definida como aquella que ocurre antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo. (6)
- **Muerte fetal temprana:** Muerte del producto de la concepción antes de cumplirse 20 semanas de gestación y tiene un peso de 500 gr o más.(6)
- **Muerte fetal intermedia:** Muerte del producto de la concepción que se presenta de la semana 20 a la 27 de gestación. (6)
- **Muerte fetal tardía:** Muerte del producto de la concepción que sucede a partir de la semana 28 de gestación.(6)
- **Muerte perinatal:** Se refiere a la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de gestación hasta la primera semana de vida (7 días). (6)
- **Periodo intraparto:** Relativo o perteneciente al período del parto y la expulsión del feto y la placenta.(7)
- **Comadrona tradicional:** Se trata de personal sanitario que lleva a cabo el seguimiento de los embarazos de bajo riesgo, la atención del parto y el cuidado de la embarazada durante el periodo de postparto. Apuestan por una asistencia no medicalizada, intentando que el parto sea lo más natural posible.(8)
- **Comadrona adiestrada:** Es el personal sanitario que ha recibido capacitación por parte del ministerio de salud pública y asistencia social para dar atención a la del embarazo, parto y puerperio. (8)
- **Signos clínicos:** Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica. (8)

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes:

La Muerte Fetal Intrauterina afecta a 2,6 millones de familias por año. Las mujeres de niveles socio-económicos más pobres son las más afectadas, ya que el 98% de los casos de Muerte Fetal Intrauterina ocurren en países de bajo y mediano nivel socio-económico y más de dos tercios de los casos ocurren en familias habitantes de las zonas rurales. En países de elevado nivel socio-económico, determinados grupos étnicos de bajo nivel socio-económico poseen mayor incidencia de Muerte Fetal Intrauterina comparada con la incidencia promedio a nivel nacional. Existen determinadas acciones que disminuyen la incidencia de Muerte Fetal Intrauterina, que también contribuyen a la disminución de muertes maternas y neonatales. Si este tipo de acciones se implementaran a nivel mundial (99%) el costo económico adicional por persona sería de U\$ 2,32 por año. Aproximadamente 1,2 millones de casos de Muerte Fetal Intrauterina ocurren durante el trabajo de parto y el parto (periodo intraparto), y en la mayoría de los casos se trata de recién nacidos a término que podrían haber sobrevivido si hubiesen tenido acceso a una atención sanitaria profesional. (4)

La atención médica al momento del parto es una prioridad y constituye un triple retorno de la inversión, salvando la vida de mujeres embarazadas, neonatos y previniendo la Muerte Fetal Intrauterina. Año a año, es muy bajo el promedio en el cual desciende la incidencia de casos de Muerte Fetal Intrauterina en todo el mundo (aproximadamente 1,1% entre los años 1995 y 2009), si la comparamos con la disminución de la mortalidad materno infantil (2,3%). (4)

Los casos de Muerte Fetal ocurren con mayor frecuencia durante el tercer trimestre del embarazo y en el periodo intraparto, de los cuales el 98% de los casos ocurren en países de bajo o mediano nivel socio-económico. Los casos de Muerte Fetal antes del trabajo de parto (preparto) representan más de la mitad (1,4 millones) de los casos de Muerte Fetal Intrauterina. El riesgo de muerte fetal intraparto en las mujeres africanas es 24 veces mayor que el riesgo de las mujeres pertenecientes a países de alto nivel

socio-económico. Las causas principales de la Muerte Fetal son similares a aquéllas que producen la muerte de una mujer embarazada o de un recién nacido. (4)

3.1.1. Intervenciones basadas en la evidencia:

El análisis sistemático de los estudios clínicos aleatorizados y observacionales, acerca de las intervenciones y programas destinados a disminuir el impacto de la Muerte Fetal Intrauterina, especialmente en países de bajo y mediano nivel socio-económico, identifican diez acciones o intervenciones con suficiente evidencia para recomendar su implementación en los sistemas sanitarios. Un análisis realizado a través de la “Herramienta para Salvar Vidas” (LiST o LivesSaved Tools en idioma inglés) demuestra que, si estas intervenciones se realizaran en todo el mundo (99%) en los países de mayor impacto de Muerte Fetal Intrauterina, se podría evitar el 45% de los casos. (4)

Los cuidados médicos durante el parto, especialmente la atención de emergencia del médico obstetra (incluyendo el parto por cesárea), disminuiría la incidencia de Muerte Fetal Intrauterina. Los cuidados prenatales (por ejemplo, el diagnóstico y el tratamiento de la sífilis, la hipertensión, la diabetes, la disminución del crecimiento fetal, y los embarazos post término) son muy efectivos, y puede ser complementada a través de asistentes sociales y servicios especializados. (4)

En América en el 2003 los datos del Centro Nacional para Estadística de Salud de los Estados Unidos mostraron un promedio nacional de frecuencia de mortalidad fetal de 6,9 muertes cada 1000 nacimientos. Para Argentina y Chile este problema se ha comunicado frecuencias comprendidas entre 7 a 10 por 1000 nacidos vivos. En Venezuela para el año 1999, la tasa de mortalidad fetal fue del 11.9 por 1000 nacidos vivos (cifras que los autores de la publicación consideran elevada en comparación con la de 12 Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 188 – Diciembre 2008 otros países como Chile, Argentina, México y los Estados Unidos). Podría afirmarse que en el mundo la ocurrencia de este fenómeno varía considerablemente dependiendo de diversos factores, entre los que pueden considerarse la calidad de la atención médica disponible de cada país, la calidad y la cantidad de controles prenatales y características socioculturales de la población. (1)

Por otra parte en Guatemala la Encuesta Nacional de Salud Materno infantil para el año 2008-2009 (tomada en un periodo de 5 años anteriores) reporta mortalidad infantil en Guatemala de 30 x 1000 nacidos vivos en menores de 1 año.

En Guatemala y otros países en subdesarrollo, la atención de las madres durante sus embarazos y la atención de los partos son cruciales e importantes ya que determinan el riesgo de muerte fetal, esta encuesta también arrojó que los partos son atendidos en la casa de la embarazada o de la comadrona (48.3 por ciento), en segundo lugar son atendidos en la red de servicios de salud del Ministerio de Salud (35 por ciento), el IGSS (8.4 por ciento) de partos, y las clínicas privadas el (7.9 por ciento).

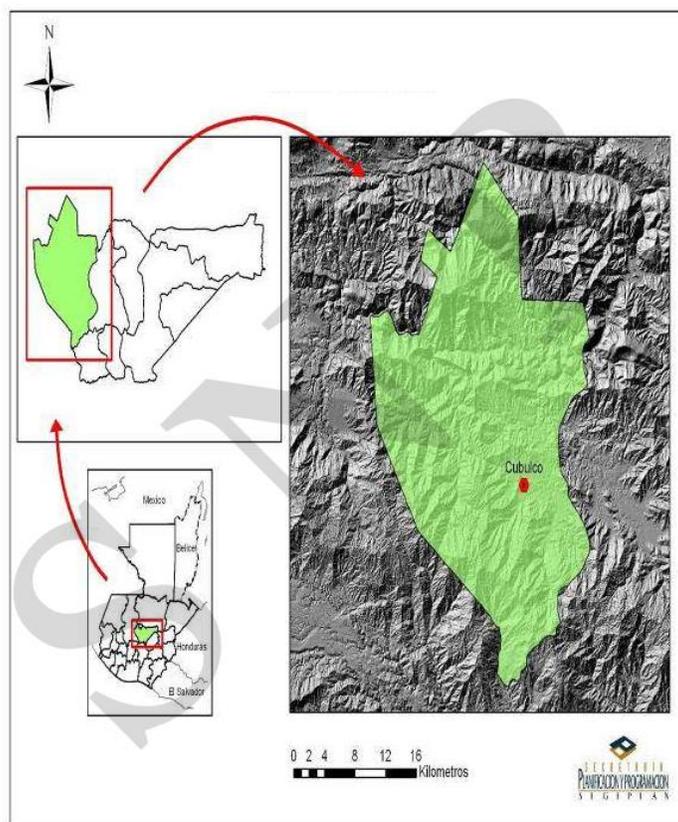
Actualmente desde el 2011 en el territorio El embalse de Cubulco, Baja Verapaz, con el modelo incluyente en salud, existen programas de encuentros de Comadronas, en donde fortalecen sus prácticas desde su lógica de atención; en cada una de los encuentros se determina los temas que desean fortalecer además participan en los encuentros con terapeutas mayas, un espacio de fortalecimiento del Modelo de Salud Maya, se realiza el consolidado de la atención brindada y fortalece su participación política como actora de salud en la comunidad.

El Centro de Atención Permanente (CAP) de Cubulco se atendieron 631 partos (45.96%) durante el año 2014, a pesar de ello, las mujeres desean ser atendidas en casa por comadrona adiestradas, atendiendo ellas 731 partos (53.24%) durante el 2014. Y 11 partos más que fueron atendidos por comadronas empíricas. (5)

3.2. Contextualización del área de estudio.

Cubulco es uno de los ocho municipios del Departamento de Baja Verapaz ubicado al nor-oeste y se encuentra ubicado al Poniente del Departamento de Baja Verapaz. Tiene acceso por la ruta Departamental de Baja Verapaz No. 4, se encuentra a 46 kilómetros de la Cabecera Departamental de Salamá y de la Ciudad Capital a 196 kilómetros, con carreteras totalmente asfaltadas. Existen referencias históricas que Cubulco fue fundado por Fray Bartolomé de las Casas en el año de 1,537.

Mapa No. 1
Ubicación del municipio
Cubulco, Baja Verapaz



El Municipio colinda al Norte con el Departamento de Quiché, al sur con el municipio de Granados, al Oriente con el municipio de Rabinal y al Poniente con el Departamento de Quiché. Su extensión territorial es de 444 kilómetros cuadrados. (1). Actualmente está organizado geográficamente por tres Territorios: Embalse, Canchel y Tres Cruces. Según el Censo 2002 del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población de Cubulco era de 43,639 habitantes; 98.28 persona por kilómetro cuadrado; un promedio de 4 personas por familia. De la población total; 21.356 son hombres equivalentes al 49% y 22,283 son mujeres equivalentes al 51%. En la proyección 2010 del Instituto, el INE se estima que el municipio tiene 58,284 situándose en el primer escalón de densidad poblacional a nivel departamental. Asimismo, la población indígena es mayoritaria con 32,560 personas y 11,053 no indígenas.

En relación a la tasa de natalidad de 2006, el INE señala que en Cubulco es de 27.73% por cada mil habitantes. En cambio, la tasa de mortalidad infantil es de 11,3% por cada

mil nacidos vivos, mientras que la tasa de crecimiento vegetativo alcanza 24,28 y la mortalidad poblacional es de 3,45 por cada mil habitantes. (3).

3.3. Situación de Salud en Cubulco, Baja Verapaz.

El Centro de Atención Permanente (CAP), atendió 631 partos (45.96%) durante el año 2014, a pesar de ello, las mujeres desean ser atendidas en casa por comadrona adiestradas, atendiendo ellas 731 partos (53.24%) durante el 2014. Y 11 partos más que fueron atendidos por comadronas empíricas.

La tasa de mortalidad infantil, según la memoria de labores del 2014, es de 3.53 por cada mil nacidos vivos y la tasa de crecimiento vegetativo era de 1.89.

El CAP, destaca el fallecimiento de 5 infantes de 8 a 28 días, ninguno de 0 a 7 días correspondiendo a muerte fetal intraparto. (5).

3.4. Comadronas distribuidas en el Municipio de Cubulco, A.V.

Existe un total de 115 Comadronas adiestradas (CAT) registradas en todo el Municipio de Cubulco. Correspondiendo para el Sector A 11 comadronas y para el Sector B 8 comadronas del Territorio el Embalse.

3.5. Historia de las Comadronas.

La primera escuela de Comadronas estuvo adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, la cual funcionó del 1 de Julio del año de 1895 al año de 1956, las clases se iniciaron el primero de Agosto de 1895 con tres alumnas.

De esta escuela de Comadronas se graduaban con grado universitario las parteras profesionales que atendían los partos de la Sala de Maternidad del Hospital San Juan de Dios, la Maternidad "Joaquina", del Hospital Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En el año de 1835, el Dr. José Luna Arbizú, a quien se le reconoce haber introducido la anestesia en Guatemala en el año de 1847, recibió autorización del gobierno de ese entonces para abrir una Sala de Maternidad con la finalidad de ofrecer capacitación a las comadronas, sin embargo la apertura de la Primer Escuela de Comadronas fue decretada en el año de 1883 por el gobierno de Justo Rufino Barrios, no obstante la apertura había sido decretada en el año de 1883, esta se llevó a cabo hasta el primero de Enero del año de 1895 por los esfuerzos del Dr. Juan José Ortega.

En el año de 1903 ocho años después de la apertura de la Escuela de Comadronas, durante el gobierno de Cabrera fue decretado el establecimiento de la Primer Escuela de Enfermeras adscrita al Hospital General San Juan de Dios, pero a pesar de haber sido decretada la escuela nunca se fundó formalmente.

La etapa de estudios en la Escuela de comadronas, comprendía una duración de dos años, posteriormente en el año de 1923 durante el gobierno de José Mari Orellana estos fueron ampliados y modificados con un plan de estudios en dos tipos, a las de segundo tipo consistía en un plan de estudios de tres años y a las de primer tipo de cuatro años entre las diferencias que existían eran que las comadronas de primera clase podían hacer ciertas intervenciones quirúrgicas, incluyendo la episiotomía, la aplicación de fórceps y la sutura de perineo.

Las mujeres graduadas como comadronas de la Escuela de comadronas fueron las primeras mujeres universitarias en el país y fueron ellas las que en el mes de Agosto del año de 1924 formaron la Asociación de Parteras de Guatemala “Dr. Juan J. Ortega”, que a la presente fecha se encuentra vigente.

En el año 1940 durante el gobierno de Jorge Ubico, ordeno la fusión de la Escuela de Enfermeras y la Escuela de Comadronas lo que determino un nuevo plan de estudios dos años de estudios en Enfermería hospitalaria y uno de Obstetricia, sin embargo la Junta directiva de la Facultad de Ciencias Médicas se pronunció en contra del decreto “por considerar que un solo año de estudios de obstetricia no es suficiente”. No fue hasta el 1 de Julio de 1946, en que se reabrió la Escuela de Comadronas después de

un intento de Sanidad Pública de querer instruir a las parteras empíricas y calificarlas como Comadronas.

Para el año de 1949 la Escuela de Comadronas había logrado su objetivo graduándose 19 Parteras, ya completamente organizada y rindiendo frutos de gran trascendencia en el vida social del país, sin embargo a la llegada de Jacobo Arbenz Guzmán en el año de 1954 las nuevas autoridades tomaron actitud de oposición en contra de la Partería y con un nuevo plan las prácticas de las alumnas se limitó a observar y a no atender más partos. (9)

El gobierno de Guatemala introdujo las regulaciones para dar licencias a las comadronas en 1953 y principió a realizar programas de capacitación a principios de 1955.

3.5.1. Comadrona Maya.

En la cultura Guatemalteca, en el Libro del Popol Vuh, describe que en la cultura maya se considera como la primera comadrona a Chirikánlxmukané, que ejerce el papel protagónico y se le considera como la “abuela del sol, de la claridad”, es a partir de ahí que pasa a considerársele la “dos veces abuela”. (10)

El papel histórico de la comadrona Maya en Guatemala tiene aspectos tanto prácticos como sobre-naturales. Dependiendo de su Nawal, podrá comprender cuál será su profesión; muchas veces va acompañado de sueños constantes y de diferentes mensajes tales como sueños con una diversidad de flores y colores, que con la ayuda de un guía espiritual podrá comprender mejor su quehacer. La labor de la comadrona maya está basada en la comprensión de los ciclos de la luna, se tiene idea de cuánto es posible y recomendable engendrar un hijo fuerte y sano, dependiendo de la forma que tendrá la luna cuando llegue el día del alumbramiento. (11)

Los aspectos históricos de la comadrona maya engloba un patrón que incluye que estas pueden ser comadronas de acuerdo a signos al nacer, sueños enigmáticos en la adolescencia, padecimiento de una enfermedad persistente acompañada de

revelaciones en sueños durante la vida matrimonial, confirmación por un “chaman” del verdadero destino de la mujer, hallazgo de objetos extraños en el camino y recuperación de la salud al comenzar la práctica. Es decir, las comadronas nacen predestinadas a serlo y aprenden su oficio a través de sueños y experiencias propias, antes de recibir cualquier capacitación formal. (12)

Tradicionalmente la comadrona tenía un nivel bastante alto en su comunidad, debido en parte a que se cree que fue elegida por Dios a través de sueños y señales para ser comadrona. La comadrona realizaba masajes adominales, manipulando así la posición del feto como fuera necesario para lograr que se presentara en posición cefálica, hacía recomendaciones de dietas, prescribía remedios de hierbas según fuera necesario y promovía el uso de baño de vapor.

Durante el trabajo de parto, el papel de la comadrona era en gran parte de apoyo, el parto era atendido en posición de rodillas y el cordón umbilical era cortado después de la expulsión de la placenta, usualmente con un instrumento para cortar al rojo vivo o simplemente quemado con una candela. Las tareas posnatales incluían un baño de vapor ceremonial y comida entre 8 y 40 días después del nacimiento. (12)

3.5.2. Comadrona Tradicional.

La comadrona tradicional capacitada, es parte del Sistema de Salud Maya, que ha sido formada desde las raíces de su cultura, sin embargo ha sido sometida a las capacitaciones de la medicina occidental, por ONG, Cooperante, el Ministerio de Salud u otra identidad que capacita comadronas y cumple con los requerimientos y obligaciones que el sistema de salud impone, su práctica la realiza respondiendo a una normativa ajena a su cultura, pero manteniendo la esencia cultural de origen. (13)

La comadrona tradicional es una persona de la comunidad que ha sido capacitada y adiestrada, récipe la autorización del MSPAS para dar atención a la gestante en el embarazo, parto y puerperio y a la vez brindar orientación a la mujer en los aspectos de salud, riesgo reproductivo, educación sexual y planificación familiar y crianza del niño:

por lo que ella debe de ser intermediaria entre la gestante y los establecimientos de salud, para la referencia de embarazos de alto riesgo.

Debe cumplir con el Programa Nacional de Capacitación de Comadronas Tradicionales que contempla la coordinación efectiva con el sistema nacional de salud para mejorar la relación entre personal de los servicios locales de salud y las comadronas y la implementación de un sistema funcional de referencia y respuesta entre el ámbito comunitario y el institucional. En el programa se investiga y sistematiza los diferentes roles que tiene la comadrona en su comunidad, su proceso de selección, formación y reproducción en el marco de la cultura maya. El tiempo de duración de la capacitación para comadrona es de 15 días hábiles de cada principio de mes y serán desarrollados en forma continua o alterna a las características y disponibilidad del personal local.

El 85% de distritos capacitan a las comadronas mensualmente. Los temas se desarrollan en las capacitaciones están relacionados a las complicaciones obstétricas-neonatales, considerando que el programa de Salud Reproductiva a nivel nacional tiene como meta la reducción de la mortalidad materna y neonatal.(14)(15)

3.5.3. Características de las Comadronas.

- Es una mujer madura que tiene hijos vivos y forma parte de la comunidad en que presta sus servicios.
- A menudo es analfabeta, habla el idioma local y no solo comprende el sistema cultural y religioso sino que forma parte integral del mismo.
- Tiene autoridad en la comunidad.
- Su ejercicio profesional constituye una forma de práctica privada en la que ellas mismas discuten su retribución con la clientela.
- En las sociedades en las que se ha elegido a una Comadrona tradicional de familia, no se acepta a ninguna comadrona que no pertenezca a esta por grande que sea su destreza o su prestigio. En cambio, cuando no sucede así, la comadrona extrae su clientela de toda la aldea, y si su reputación es excepcional, pueden llegarle mujeres de todo el distrito. (7)

3.5.4. Requisitos para ejercer como comadrona tradicional/adiestrada:

- Debe estar registrada oficialmente en el Distrito Municipal de Salud y originaria del mismo.
- Edad de 25 a 80 años.
- Debe ser reconocida por la comunidad de origen.
- Capacitada por la enfermera profesional del Distrito.
- Que conozca e identifique las señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
- Hablar el idioma Maya del Municipio.
- Experiencia mínima de dos años en atención de partos.
- Asistir a las 5 sesiones del programa de capacitación durante un año para que le sea otorgado el carnet que la acredita como tal. (7).

3.5.5. Funciones del cargo.

- Personal comunitario reconocida por su comunidad como líder y consejera.
- Atiende a mujeres durante el embarazo, parto y posparto y al recién nacido.
- A menudo se espera que completen sus funciones tradicionales de asistencia obstétrica haciendo lo que podría denominarse una “evaluación del riesgo” prenatal y enviar a las madres al centro de salud en caso de urgencia o de posibles complicaciones.
- Preparada por experiencia propia y por el personal institucional para el mejoramiento de su desempeño.
- Atiende partos en un ambiente con adecuaciones propias a su labor en la comunidad.
- Sin afectar las medidas de bioseguridad y normas institucionales, colabora y permite enseñar en el marco de sus saberes.
- Tiene acompañamiento de los proveedores de salud, y desarrollan el trabajo con calidad y calidez, dando continuidad a la madre durante el posparto.

- Se asegura la asistencia a los controles postnatales y del recién nacido, en caso necesario se realiza la referencia oportuna para la atención en un servicio de mayor resolución.
- Su intervención va encaminada a proporcionarle a las usuarias, acompañamiento y atención del parto con respeto a su entorno cultural, su idioma, propiciando confianza ante la expectativa que normalmente genera el parto.
- Se respeta la decisión de la mujer de adoptar la posición de preferencia para el momento del parto.
- Asistir a los turnos establecidos y dar cumplimiento al horario asignado.
- Presentarse con su traje limpio, pelo recogido, y de preferencia cubierto y uñas cortas y limpias.
- Favorecer el papel del intérprete y traductora para la comunicación con los proveedores de salud, en el idioma de la usuaria atendida.
- Favorecer el papel del intérprete y traductora para la comunicación con los proveedores de salud, en el idioma de la usuaria atendida.
- Favorecer la toma de decisión de la mujer para la atención del parto.
- Respetar el entorno cultural de las usuarias. (Alimentación, baño, preferencia en quien le atienda el parto, posición, lugar, etc.)
- Atender parto eutócico simple sin complicaciones, de las usuarias asignadas y/o de sus pacientes, respetando la posición de preferencia de la paciente.
- Dar el tratamiento a la placenta de acuerdo a lo que tradicionalmente realizan.
- Dar acompañamiento a la usuaria durante la atención del parto, que sea atendido por un proveedor institucional.
- Realizar masaje uterino después del nacimiento de la placenta y tracción del cordón con asistencia del proveedor calificado.
- Consultar con el proveedor calificado (Médico, enfermera y/o auxiliar de enfermería) las situaciones que se le presente fuera de lo normal durante el trabajo de parto, parto y posparto.
- Asegurar la utilización de medidas de higiene para la atención del parto limpio y seguro.

- Vigilar e informar verbalmente de la variación de los signos vitales, foco fetal, excreta urinaria, intensidad y frecuencia de contracciones uterinas de las embarazadas durante el trabajo de parto.
- Asistir a las capacitaciones que se les convoque para el mejoramiento de la competencia técnica institucional.
- Dar consejería sobre cuidados en el post parto inmediato, con énfasis en los signos de peligro y cuidados inmediatos del Recién Nacido.
- aconsejar a la usuaria de la importancia de recibir consejería sobre métodos de Planificación Familiar, para el espaciamiento de los embarazos.
- Anotar o reportar verbalmente, los cuidados que se dieron a la paciente, según indicación médica o de enfermería. (7)(14)

3.5.6. Decreto Ley de la comadrona tradicional.

- “Decreto No. 74: Del 9 de mayo de 1955, Artículo 15 inciso F: “Extender certificación de autorización a las comadronas tradicionales, previo examen de aptitud”.
- Acuerdo Gubernativo del 16 de abril de 1935, artículo 98 “Artículo 98: Siendo una necesidad urgente prestar los inmediatos y activos servicios a las mujeres en el momento del parto, y no existiendo la república suficiente número de comadronas tituladas para cubrir las extensas zonas y población donde se requieren sus servicios, la Dirección General de Servicios de Salud, por medio de sus delegados sanitarios departamentales concederán permiso para ejercer como comadronas tradicionales adiestradas a las personas que cumplen con los requisitos establecidos”.
- Artículo 98: la circunstancia del examen y la extensión del permiso se haga constar en una acta levantada en la delegación sanitaria correspondiente en el papel sellado de la ley, con la firma del médico director del centro de salud, Alcalde Municipal y del Gobernador 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. (7)(14)(15).

3.6. Muerte fetal

La muerte fetal ha sido definida por la OMS como aquella que ocurre antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo. Se llama:

- Muerte fetal temprana a la que se produce antes de cumplirse 20 semanas de gestación.
- Muerte fetal intermedia a la que se presenta en las semanas 20 a 27.
- Muerte fetal tardía, la que sucede a partir de la semana 28 de gestación.

La frecuencia de la muerte fetal varía en relación con cierto número de factores, entre ellos, raza, edad materna, periodo de gestación, pluralidad de la gestación, tipo de atención prenatal y del parto, sexo del feto, ubicación geográfica, antecedentes obstétricos y factores socio-económicos.

3.6.1. Etiología:

3.6.1.1. Causas maternas:

a. locales:

- Fibromiomas uterinos.
- Anomalías uterinas.
- Hipertonía uterina.
- Posición supina de la paciente.

Todas estas causas pueden provocar disminución del flujo uteroplacentario e hipoxia.

b. Sistémicas:

- Infecciones crónicas como sífilis, tuberculosis, paludismo, toxoplasmosis, brucelosis, listeriosis y citomegalovirus.
- Infecciones agudas como hepatitis, fiebre tifoidea y procesos pulmonares.
- Enfermedades del metabolismo.
- Enfermedad hipertensiva durante el embarazo.
- Incompatibilidad de Grupo.
- Cardiopatías.
- Nefropatías.
- Anemias.
- Ingestión de drogas teratogénicas.
- Otras causas más raras son los traumatismos externos y accidentes de trabajo de parto.

3.6.1.2. Producto de la concepción.

a. Ovulares:

- Enfermedad genética o aberraciones cromosómicas.
- Causas placentarias.
- Causas funiculares.
- Infección del huevo.

b. Fetales.

- Embarazo múltiple
- Postérmino o posmadurez donde se observa:
 - Infartos hemorrágicos intervillosos y depósitos de fibrina en el placenta.
 - Degeneración hialina y trombosis.
 - Engrosamiento de las membranas vasculosinticiales.
 - Depósito de fibrinógeno y calcio en la placenta.
 - Oligoamnios. (6)

3.7. Periodo Intraparto y sus signos de peligro.

Los cuidados intraparto son esenciales y de la calidad de estos depende el bienestar de la madre y del recién nacido; comprende el parto que se define como un conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal de parto.

La monitorización fetal intraparto tiene como meta la detección precoz de hipoxia fetal, para así realizar las intervenciones necesarias en forma oportuna. Durante el parto se debe efectuar un análisis del volumen y color del líquido amniótico, pero la evaluación fundamental es la monitorización intermitente o continua de la frecuencia cardiaca fetal en relación a las contracciones uterinas.

Se debe de tomar en cuenta signos:

- **Maternos:**
 - a. Hemorragias: las principales causas son debidas a desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa.
 - b. Dificultad para respirar: se presenta cuando las vías están obstruidas. Puede que una parturienta presente respiración entrecortada, significa falta de oxigenación que puede provocar agotamiento, cianosis u otra complicación, que incide directamente en el niño ocasionándole falta de oxigenación.
 - c. Visión borrosa: puede ser provocado por hipertensión precedido de dolor de cabeza intenso que no se quita.
 - d. Fiebre: puede ser provocado por una infección.
 - e. Le cuesta respirar: debe identificarse inmediatamente al nacimiento del niño, y durante los primeros 7 días de nacido.

- **Fetales:**

- a. Una reducción en el volumen del líquido amniótico antes del trabajo de parto en un embarazo post-término o prolongado, es un buen predictor de sufrimiento fetal intraparto y de deterioro de la función placentaria.
- b. En el pasado se consideró al meconio en el líquido amniótico como el signo cardinal de la hipoxia fetal por su asociación con una mayor morbilidad y mortalidad perinatal, pero actualmente, tiene como indicación monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, ya que la probabilidad de morbilidad perinatal aumenta en presencia de una coexistencia de factores de riesgo.
- c. Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, se deben a la caída de aporte sanguíneo provocada por las contracciones de uterinas y pueden producir hipoxia severa y acidosis.
- d. Bradicardia,
 - Frecuencias de 100-119 o bradicardia leve, no representan un aumento de riesgo perinatal.
 - Bradicardia moderada, con frecuencias 80-100 lpm pueden asociarse con fenómenos vagales por compresión cefálica.
 - Bradicardia severa, cuando la frecuencia cardíaca fetal es menor de 80 lpm. Puede asociarse a acidosis fetal cuando dura más de 3 minutos.
- e. Taquicardia.
 - Taquicardia moderada, cuando la frecuencia es de 161-180 lpm.
 - Taquicardia severa, cuando la frecuencia es de 180 lpm. Cuando se prolonga por más de 10 minutos puede ser signo de hipoxia fetal.
- f. Patrón sinusoidal: consiste en oscilaciones regulares de la frecuencia cardíaca con variaciones sólo en el largo plazo, la variabilidad latido a latido esta generalmente ausente. Este patrón se ha asociado a anemia fetal severa.
- g. Cambios periódicos, incluyen las aceleraciones y desaceleraciones.
 - Aceleración es un incremento de la frecuencia cardíaca de al menos 15 lpm con una duración de 15 o más segundos. Puede estar relacionado a los movimientos fetales.

- Desaceleraciones son una disminución de la frecuencia de 15 lpm o más segundos. Pueden ser variables y tardías. Se asocian a una alta incidencia de acidosis fetal. (16)(17)

- **Perinatales:**
 - a. Flacidez y disminución de los movimientos.
 - b. Hipotermia
 - c. Hipertermia

3.8. Mortalidad Intraparto.

La mortalidad intraparto es la muerte del producto de la concepción mayor de 28 semanas de edad gestacional, antes de su expulsión o extracción del seno materno, más las muertes de los niños y niñas nacidos vivos y que mueren antes de cumplir 7 días de vida extrauterina. (5,18).

La mortalidad intraparto es un grave problema de salud en Guatemala, en particular en zonas rurales, donde la mayoría de los partos son asistidos en los domicilios por parteras tradicionales que actúan como comadronas.

Las complicaciones del embarazo y el parto asociados con mortalidad de mayor significación estadística fueron el parto prematuro, la presentación anómala, y el trabajo de parto prolongado. Los riesgos atribuibles poblacionales revelaron que estas complicaciones explicaban proporciones considerables de la mortalidad intraparto observada. Según lo revelado en el análisis de los factores de riesgo de mortalidad perinatal en zonas rurales de Guatemala. (5)

3.9. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS elaboro una guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto según meta-análisis de estudios controlados sugieren que se continúa practicando en el

mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, por lo cual identificaron una serie de principios acerca del cuidado perinatal.

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

- a. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
- b. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
- c. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
- d. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
- e. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad y científicos sociales.
- f. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
- g. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
- h. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- i. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- j. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres. (19)

3.10. Atención prenatal

La acción educativa prioritaria de la comadrona tradicional adiestrada está dirigida, fundamentalmente a las mujeres de edad fértil e incluye; la importancia del control prenatal, inmunización, lactancia materna, alimentación materna, planificación familiar, educación sexual e higiene personal. (14)

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido. (14,18)

Con el control prenatal se pretende, la detección de enfermedades maternas, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas, vigilar el crecimiento y vitalidad fetal, disminuir las molestias y síntomas asociados al embarazo, preparación psicofísica para el nacimiento, administrar contenidos educativos para la salud de la familia y crianza del recién nacido, higiene personal y lactancia materna. (18)

El control prenatal es eficiente cuando cumple con cuatro requisitos básicos:

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

- c. Completo, los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- d. Extenso, solo en la medida en la que el porcentaje de población controlada sea disminuir la tasas de mortalidad materna y neonatal. (14)

El embarazo es un proceso normal que culmina con el nacimiento de un nuevo ser. Sin embargo en ocasiones se presentan alteraciones en su desarrollo, que pueden poner en riesgo la vida de la madre y el recién nacido. La comadrona debe conocer estas alteraciones para que sepa el momento en que se presenten, los reconozca y refiera inmediatamente a un nivel de salud superior. (14)

La atención de la comadrona tradicional adiestrada debe estar enfocada a captar, orientar y referir a la embarazada que presente una o más factores de riesgo obstétrico o neonatal; edades extremas (menos de 18 años y mayor 35 años), multiparidad, embarazo gemelar, trastornos de la visión, fiebre, cefalea, edema, hemorragia vaginal, vómitos persistentes, dolor abdominal, varices y hemorroides, enfermedades eruptivas. (20)

La comadrona tradicional adiestrada deberá efectuar a toda embarazada un mínimo de 5 controles y referirla para ser evaluada en el servicio de salud, como mínimo en 2 ocasiones, la primera al detectar el embarazo y la segunda alrededor de las 37 semanas de gestación. En cada control la comadrona evaluará la edad estacional, fecha probable de parto, altura uterina, movimientos fetales, posición fetal, inmunizaciones, detección de signos de alarma, administración de vitaminas. (14)

La comadrona tradicional adiestrada brindará atención a embarazadas sin antecedentes o factores de riesgo, referirá a establecimientos de salud a todos los casos que identifique como de alto riesgo. El personal de salud de los servicios brindará apoyo para que la comadrona pueda cumplir con las tareas asignadas. (14)(15).

3.11. Atención del parto

Se denomina atención del parto al conjunto de fenómenos fisiológicos y maniobras que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. (16,17)

La comadrona tradicional atenderá únicamente los partos normales. La comadrona tradicional adiestrada realizara interrogatorio y examen físico de la gestante con énfasis en identificación de riesgo obstétrico, determinar la presentación y situación fetal, presentación, intensidad y frecuencia de las contracciones, presencia de movimientos fetales, ruptura espontanea de membranas, hemorragia vaginal. (14)

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

La comadrona hará la atención del recién nacido visualizando: aspiración de secreción de orofaringe y nasal, secado de cuerpo, aplicación de nitrato de plata en ojos, ligadura del cordón umbilical, determinación cuando sea posible de talla y peso del recién nacido. (14,18)

La comadrona tradicional adiestrada, referirá de inmediato al recién nacido que presente: dificultad respiratoria o cianosis, llanto débil o dificultad para llorar, coloración amarilla, flacidez o poca actividad, hemorragia umbilical, dificultad para orinar, vómitos, bajo peso al nacer, prematurez, falta de eliminación de meconio, convulsiones, hemorragia gastrointestinal. (14)

Pasos de la atención del parto espontáneo:

-Nacimiento de la cabeza: Con cada contracción el perineo protruye cada vez más y la abertura vulvovaginal se ve más dilatada por la cabeza fetal, de modo tal que se forma gradualmente un ovoide y por último una abertura casi circular. El momento en el que el diámetro mayor de la cabeza queda circundado por el anillo vulvar se conoce como: coronamiento.

-Maniobra de Ritgen: Cuando la cabeza distiende la vulva y el perineo lo suficiente para abrir el introito vaginal hasta un diámetro de 5 cm. Se puede usar una mano enguatada para ejercer presión anterógrada sobre el mentón fetal a través del perineo justo frente al cóccix. De modo concomitante, la otra mano aplica presión superior contra el occipucio.

-Nacimiento de los hombros: Después de su nacimiento la cabeza fetal cae hacia atrás. El occipucio gira rápidamente hacia uno de los muslos maternos y la cabeza adopta una posición transversa. Dicho movimiento de restitución (Rotación externa) indica que el diámetro biacromial (diámetro transversal del tórax) ha girado hacia el diámetro anteroposterior de la pelvis. Los hombros aparecen en la vulva apenas después de la rotación externa y nacen de manera espontánea, si este se retrasa se procede a sujetar los lados de la cabeza y se aplica tracción descendente suave hasta que aparece el hombro anterior bajo el arco púbico.

-Circular de cordón en la nuca: Después del nacimiento del hombro anterior, debe deslizarse un dedo hacia el cuello fetal para verificar si está rodeado por el cordón umbilical. Se encuentra una circular alrededor del 25% de los nacimientos.

Si se reconoce un asa de cordón umbilical, debe deslizarse sobre la cabeza si tiene la suficiente laxitud. Si está fuertemente adherida, se puede cortar entre dos pinzas y hacer nacer de inmediato al producto.

-Aspiración de la Nasofaringe: Una vez que emerge el tórax, se aspiran las narinas y la boca y se limpia la cara rápidamente. Esto reduce al mínimo la aspiración de líquido amniótico material particulado y sangre.

-Pinzamiento del cordón: Se corta el cordón umbilical entre dos pinzas colocadas de 4 a 5 cm de distancia del abdomen fetal.

Momento del pinzamiento del cordón: Si después del nacimiento se coloca al recién nacido a nivel del introito vaginal o por debajo de él durante 3 minutos y no se ocluye de inmediato la circulación fetoplacentaria por pinzamiento del cordón, se puede derivar un promedio de 80 ml de sangre de la placenta al recién nacido, lo que provee casi 50 mg de hierro y reduce la frecuencia de anemia por deficiencia de este metal, en etapas posteriores a la lactancia. No obstante la elevada concentración de bilirrubina derivada de los eritrocitos adicionales contribuye al mismo tiempo a la hiperbilirrubinemia. Por tanto concluyen que se debe pinzar el cordón después de la limpieza de las vías respiratorias, lo que suele tomar casi 30 segundos. (24)

3.12. Atención de puerperio

El puerperio es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado primitivo. Solo la glándula mamaria hace excepción a lo anterior, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad. (5)

La duración del puerperio es aproximadamente de 60 días. Se le divide en la siguiente forma:

- Puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas
- Puerperio propiamente dicho comprende los primeros 10 días
- Puerperio alejado se extiende hasta los 45 días y finaliza con el retorno la menstruación
- Puerperio tardío desde los 45 hasta los 60 días (14,18)

Deberá ejercerse una estrecha vigilancia sobre todo durante las primeras dos horas del puerperio inmediato; se pondrá énfasis en el control de la pérdida sanguínea, la frecuencia cardíaca, presión arterial y la formación persistencia del globo de seguridad de Pinard.

La comadrona tradicional adiestrada deberá referir inmediatamente al servicio de salud más cercano los casos siguientes:

- Retención de placenta total o parcial
- Hemorragia y/ o infección vaginal
- Fiebre en los siete días siguientes del parto.

La comadrona debe conocer los cuidados que se le proporcionan tanto a la madre como al recién nacido durante el puerperio inmediato y estos son los siguientes:

- En la madre: control de pérdidas sanguíneas e higiene personal.
- En el recién nacido; curación del ombligo, limpieza o baño del niño.

La comadrona referirá a la madre y al niño para su control en el servicio de salud antes de los 40 días post-parto. (14)

3.13. Demoras en la atención materna y neonatal.

La mujer durante el embarazo atraviesa una ruta crítica para la resolución del mismo, compuesta por una serie de barreras y limitantes que demoran la atención oportuna para que se tenga una atención segura.

- 1ª Demora:** “Promover el reconocimiento de los signos de peligro”. Esta primera demora constituye la falta de reconocimiento de los signos de peligro, puesto que la mujer embarazada y su núcleo familiar, generalmente no identifican los signos de peligro que amenazan la vida de la mujer y del niño.
- 2ª Demora:** “Apoya la toma de decisión para búsqueda de ayuda”. Luego de reconocida la complicación, es necesario tomar la decisión de actuar lo más

pronto posible. Esta segunda demora si se cumple, evitará el retraso de actuar con rapidez en la toma de decisiones, lo que permitirá salvar una vida.

- c. **3ª Demora:** “Acceso a una atención oportuna”. Luego de identificar los signos de peligro durante el embarazo, parto o post parto y de tomar la decisión de búsqueda de ayuda, puede existir retraso en el acceso a los servicios de salud. Los obstáculos pueden ser: vías de comunicación difícil o inexistente, alto costo del transporte, y servicios de salud muy lejanos. Esta demora incide en el deterioro de la madre, repercutiendo en aumentar el peligro en pérdida de la vida, al llegar tardíamente al servicio de salud apropiado.
- d. **4ª Demora:** “Recibir atención oportuna y de calidad”. Esta demora enfatiza que es necesario otorgar una atención integral, oportuna y de calidad por parte de personal con conocimientos, habilidades y buenas actitudes (Competencia técnica), en un ambiente agradable.

Todas las acciones para enfrentar las cuatro demoras, debe formar parte de un proceso que mejore las condiciones sociales y económicas de las mujeres, su derecho a decidir sobre su propia salud y su vida en general”. (21).

3.14. Minuto de oro

Se define como el primer minuto después del nacimiento. La inmediata asistencia de médicos, enfermeras o comadronas, en los primeros segundos de vida de un recién nacido, marca la diferencia entre un bebé sano y otro con severos daños neurológicos. Durante este minuto se debe evaluar el estado del bebe, garantizando la temperatura corporal adecuada, estimulando la respiración y la ventilación en caso sea necesario.

De acuerdo con los datos del programa de Mejoramiento en Atención de Salud, que impulsa en Guatemala la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 10 de cada cien bebés requieren de asistencia médica para respirar en los primeros 60 segundos, después del parto.

La falta de un procedimiento médico adecuado, que permita la llegada de oxígeno a los pulmones en los recién nacidos, puede provocar daño cerebral irreversible, hemorragia intracraneana, parálisis cerebral o la muerte. (14)

3.15. Conocimiento

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

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc.). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos. (14)

3.15.1. Clasificación del conocimiento

a. Conocimiento empírico

Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean.

Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación. (14)

Características

- **Sensitivo:** Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.
- **Superficial:** Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no tratar de buscar relación con los hechos.
- **Subjetivo:** La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quien los observa.
- **Dogmático:** este sostiene en la aceptación táctica de actitudes corrientes o en nuestra propia suposición irreflexiva se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados.

- Estático: Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos.
- Particular: Agota su esfera de validez en sí mismo, sin ubicar los hechos singulares en esquemas más amplios.
- Asistemático: Porque las apariencias y conocimientos se organizan de manera no sistemática, sin obedecer a un orden lógico.
- Inexacto: Sus descripciones y definiciones son pocas precisas.
- No acumulativo: La aplicación de los hechos es siempre arbitraria, cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formuladas.

b. Conocimiento científico

Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

c. Conocimiento Artístico

Es aquel que se utiliza para comunicar emociones, pensamientos, sentimientos, además de descubrir la belleza y sencillez de las cosas. El conocimiento artístico no se puede comunicar o transmitir, este es propio del individuo que lo posee y solo puede ser desarrollado por él. (14)

d. Conocimiento Revelado

Este conocimiento tiene dos formas: el conocimiento revelado por Dios, y el conocimiento revelado por nuestra conciencia. Este viene dado por una representación de fe, en el que cualquier individuo que desea conocer algo, lo conoce de forma oculta o misteriosa. Es más aplicado a la teología o identidades religiosas. (14).

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

Identificar conocimientos y actitudes de las comadronas sobre signos de peligro de muerte fetal en el periodo intraparto, en el territorio El embalse sector A y B de Cubulco Baja Verapaz.

4.2. Objetivos específicos:

1. Caracterizar socioculturalmente a las comadronas.
2. Identificar el conocimiento y las actitudes que poseen las comadronas sobre signos de peligro de muerte fetal en el periodo intraparto y el reconocimiento como emergencia.
3. Identificar las fuentes de conocimiento de las comadronas.
4. Identificar conocimientos sobre la atención del recién nacido en el “minuto de oro”.

V. METODOLOGÍA

- **Tipo y diseño de investigación:** Estudio descriptivo transversal.

- **Unidad de análisis:**

Unidad de información: Comadronas del territorio el embalse sector A y B de Cubulco Baja Verapaz que accedieron a participar en el estudio y que respondieron a la encuesta de recolección de información donde se evalúan conocimientos y prácticas.

- **Población:**

Finita: comadronas del territorio el embalse sector A y B de Cubulco Baja Verapaz, reconocidas por el puesto de salud de áreas determinadas: puesto de salud de colonia Chicuxtín (8 comadronas) y puesto de salud de colonia El naranjo (11 comadronas).

Selección de sujetos a estudio: Universo, se trabajó con todas las comadronas del territorio el embalse sector A y B, por lo que no se utilizó muestra.

- **Criterios de Inclusión:**

Comadronas que pertenecían al territorio el embalse sector A y B de Cubulco Baja Verapaz.

Comadronas que fueron identificadas y reportadas por el puesto de salud de áreas determinadas: puesto de salud de colonia Chicuxtín y puesto de salud de colonia El naranjo.

- **Criterios de Exclusión:**

Comadronas que no se presentaron al momento del estudio.

Comadronas que no accedieron a participar en el estudio.

- **Variables:**

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Item
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la defunción. Ultimo año cumplido.	Se calcula partir de la fecha de nacimiento.	Numérica	Años (por rangos de edad)	1
Puesto de salud	Establecimiento de primer nivel de atención, orientado a brindar atención integral en salud.	Nombre y sector del puesto de salud en el que está registrada	Nominal	Puesto de salud El Naranjo/sector A Puesto de salud Chicuxtin/sector B	2
Idioma	Sistema de signos que utiliza una comunidad para comunicarse ya sea verbal o escrita.	Tipo de idioma	Nominal	Español Achi Quekchi otro	3
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado de estudio académico que alcanzo.	Nominal	Preprimaria Primaria completa e incompleta, Secundaria completa e incompleta, Diversificado, Universitario.	4
Tiempo de ser comadrona	Periodo de tiempo en el que se es un empleado o brinda un servicio.	Tiempo en años laborando	Numérica	Menos de 5 años. 5 a 10 años 11 a 15 años 16 a 20 años 21 a 25 años 26 a 30 años Más de 30 años	5
Comadrona certificada	Comadrona sometida a	Es reconocida	Nominal	Si No	6

por el ministerio de salud	capacitaciones de medicina por el Ministerio de Salud u otra identidad que capacita y que cumple con los requerimientos y obligaciones que el sistema de salud impone.	por el ministerio de Salud y obtuvo su certificado			
Señales de peligro durante el embarazo y parto.	Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas que ponen en riesgo la vida del feto/recién nacido.	-Qué persona y que tipo de información ha recibido sobre señales de peligro durante el embarazo y parto. -Cuáles son las señales de peligro	Nominal	Si No Personal medico Personal puesto de salud Otras comadronas Señales de peligro: Hemorragia vaginal Flujo, fiebre, cefalea, visión borrosa, sensación de múltiples partes fetales, salida de liquido vaginal, disminución de movimientos, Edema, convulsiones, presión arterial alta, epigastralgia, primigesta y mutipara que no resuelven en 12 y 8 hrs, placenta retenida, no desciende la cabeza, presentación no	7, 8, 25

				cefálica.	
Señales de peligro del Recién nacido	Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en recién nacido en el primer minuto de vida.	Manifestación de signos clínicos del recién nacido.	Nominal	Dificultad respiratoria, Flacidez, hipotermia, hiertermia, no mama, no llora, cianosis.	26
Señales de peligro en el periodo intraparto	Manifestaciones pertenecientes al período del parto y la expulsión del feto y la placenta.	Información de señales de peligro en el periodo intraparto.	Nominal	Si No	9,10
Plan de emergencia	Proceso por el cual se identifica por anticipado las necesidades, recursos, estrategias y actividades que permitan implementar las medidas necesarias para disminuir el impacto de una situación de emergencia.	Conocer como realizar y practicar un plan de emergencia	Nominal	Si No	11
Referencia de pacientes.	Envío de pacientes a un centro de mayor resolución.	Acto de enviar pacientes por complicaciones en el periodo intraparto y posterior a él.	Nominal	Si No Por: Control Exámenes Signos de peligro A: Madres o recién nacido.	12, 13, 14, 15, 16, 18

				Forma de actuar: Esperar resolución Referencia inmediata Referencia en un tiempo.	
Minuto de oro	Primer minuto después del nacimiento. Inmediata asistencia de personal de salud en los primeros segundos de vida de un recién nacido.	Conocimiento del minuto de oro. Primera atención del recién nacido.	Nominal	Si No Aspiración de secreciones. Ligadura y sección de cordón Secado del niño Dárselo a la madre.	17, 19, 23
Material/ equipo para la atención del parto.	Recursos materiales básicos para la resolución del parto.	Descripción del equipo básico de la atención del parto.	Nominal	Tijeras, cinta de castilla, Guantes, perilla, toallas estériles y limpias.	20, 27
Demoras de atención materna y neonatal.	Barreras y limitantes que demoran la atención oportuna para que se tenga una atención segura	Conocimiento y cantidad de las demoras de atención en el trabajo de parto.	Nominal Numérica	Si No De 1 a 4	21, 22
Cantidad de pacientes embarazadas.	Número de mujeres en periodo de gestación.	Numero de embarazadas que asistió en un año.	Numérica	Menor a 5 6 a 10 11 a 15 Más de 15	24

- **Técnica:**

Se realizó una Entrevista individual dirigida a las comadronas que pertenecían al territorio el embalse sector A y B de Cubulco Baja Verapaz.

El instrumento de recolección fue diseñado de acuerdo a las variables y objetivos de estudio.

- **Procedimiento:**

Para darle validez al estudio se realizaron los siguientes pasos:

- Luego de la obtención del aval por parte de la universidad, se solicitó la autorización del estudio a las autoridades del puesto de salud de la Colonia Chixuxtin y colonia El Naranjo.
- Se procedió a iniciar el trabajo de campo.
Paso 1: Se convocó a reunión a todas las comadronas.
Paso 2: Se les dio consentimiento informado, donde deciden si desea participar.
Paso 3: Se realizó la entrevista
Paso4: Se procedió a tabular los datos y analizarlos.
Paso 5: Se redactó el informe final.

- **Instrumento:**

Consentimiento informado: Luego de dar una explicación verbal y escrita por parte del investigador, las comadronas firmaron y aceptaron participar en el estudio.

Boleta de recolección de datos: Incluyó datos generales (edad, alfabetismo, tiempo de laborar, estado civil) y preguntas cerradas, abiertas y de opción múltiple.

- **Plan de análisis:**

Procedimiento estadístico o cuantitativo. Se utilizó el programa Epi-Info para tabulación de los datos obtenidos. Los resultados se esquematizaron y se describieron según cada variable de objeto de estudio. Al final se realizó un análisis general y luego las respectivas conclusiones y recomendaciones.

- **Alcances y límites:**

Se obtuvo información objetiva acerca del conocimiento y las actitudes de las comadronas, la cual servirá de base para poder generar estudios del mismo tema o similar en un futuro por otros estudiantes y también para planes de acción por parte de las entidades correspondientes.

En cuanto a límites fue la barrera lingüística, por lo que se requirió el uso de una persona traductora.

- **Aspectos éticos:**

Este estudio no interfirió ni represento ningún riesgo tanto para las participantes como para la población en general, no se utilizó ningún tipo de intervención o procedimiento que invadiera la intimidad o que fuera contra las creencias y costumbres de las comadronas, respetando así su identidad.

VI. RESULTADOS

Características epidemiológicas de las comadronas en los sectores A y B del Territorio el Embalse, del municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla No. 6.1

Grupo etario	
Edad	No.
20-30 años	0
31-40 años	1
41-50 años	5
51-60 años	4
61-70 años	4
71-80 años	2
Más de 81 años	0
TOTAL	16

Fuente: boleta de recolección de datos.

Características epidemiológicas de las comadronas en los sectores A y B del Territorio el Embalse, del municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla No. 6.2

Idioma	No.
Español	4
Achí	5
Ambos	7
Total	16

Fuente: boleta de recolección de datos.

Características epidemiológicas de las comadronas en los sectores A y B del Territorio el Embalse, del municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla No. 6.3

Puesto de Salud	
El Naranja/Sector A	5
Chicuxtín/Sector B	11
Total	16

Fuente: boleta de recolección de datos.

Características epidemiológicas de las comadronas en los sectores A y B del Territorio el Embalse, del municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla No. 6.4

Tiempo de ser Comadrona	
5-10 años	2
11-15 años	1
16-20 años	3
21-25 años	2
26-30 años	2
Más de 30 años	6
Total	16

Fuente: boleta de recolección de datos.

Características epidemiológicas de las comadronas en los sectores A y B del Territorio el Embalse, del municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla No. 6.5

Escolaridad	
Alfabeta	3
Analfabetas	13
Total	16

Fuente: boleta de recolección de datos.

Características epidemiológicas de las comadronas en los sectores A y B del Territorio el Embalse, del municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla 6.6

¿Es comadrona certificada?	
SI	15
NO	1
¿Tiene carne?	
SI	15
NO	1

Fuente: boleta de recolección de datos.

Capacitación de las Comadronas en los Sectores A y B del Territorio el Embalse, del municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla No. 6.7

¿Ha recibido capacitación en el último año sobre Señales de Peligro en:		¿Quién le ha capacitado?	
Embarazo		Personal médico (CAP)	9
SI	16	Puesto de Salud	3
NO	0	Otras comadronas	1
Periodo Intraparto		ASECSA	2
SI	11	ADECOMAYA	1
NO	5	Total	16
Recién nacido			
SI	16		
NO	0		

Fuente: boleta de recolección de datos.

Conocimiento de las Comadronas en los Sectores A y B del Territorio el Embalse, del municipio de Cubulco, Baja Verapaz, sobre Activación del Plan de emergencia ante las Señales de Peligro.

Tabla No. 6.8.

¿Sabe realizar y poner en práctica un PLAN DE EMERGENCIA?		¿Qué hace cuando identifica algún signo de Peligro en la gestante?(en cualquier periodo del embarazo)	
		Espera a que resuelva el embarazo	1
SI	13	Refiere inmediatamente	9
NO	3	Refiere en un tiempo determinado	3
Ha referido a su paciente al PS o CAP en el último año?		Activa el plan de emergencia	3
		¿Qué hace cuando identifica algún signo de Peligro en el momento del Parto?	
SI	16	Espera a que resuelva el embarazo y la observa	1
NO	0	Espera a que resuelva el embarazo y la refiere	2
¿Cuál ha sido el motivo?		Refiere inmediatamente	11
Control	9	Refiere en un tiempo determinado	0
Exámenes	2	Activa el plan de emergencia	2
Signos de Peligro	5	¿Qué hace cuando identifica algún signo de Peligro en el Recién Nacido?	
		Refiere inmediatamente	12
		Refiere en un tiempo determinado	2
		Activa el plan de emergencia	2

Fuente: boleta de recolección de datos.

Conocimiento sobre “El minuto de oro”, “Período Intraparto” y atención Primaria, de las comadronas en los Sectores A y B del Territorio el Embalse, del Municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla No. 6.9.

¿Conoce el Significado de Periodo Intraparto?		Primera Atención		Material para Limpiar la boca	
		Aspira secreciones	4		
SI	8	Ligadura y sección del cordón	4	Perilla	4
No	8	Secado del niño y cuidado de la temperatura	8	Toalla	12
¿Conoce el Significado del Minuto de oro?		Se lo da a la madre sin realizar nada	0%	No la limpia	0
SI	7				
No	9				

Fuente: boleta de recolección de datos.

Conocimiento sobre las Cuatro Demoras de Atención que poseen las Comadronas entrevistadas en los Sectores A y B del Territorio El Embalse, del Municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla No. 6.10.

Conoce el significado de la “Demoras de Atención”		Conoce las cuatro “Demoras de Atención”	
SI	12	SI	11
NO	4	NO	5

Fuente: boleta de recolección de datos.

Conocimiento que poseen sobre las señales de peligro del Parto y del Recién Nacido, las comadronas en los Sectores A y B del Territorio El Embalse, del Municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla No. 6.11.

Conoce las Señales de Peligro en el Parto		Conoce las Señales de Peligro en el Recién Nacido	
Hemorragia Vaginal	15	Le cuesta respirar	16
Fiebre/Calentura	10	Flacidez/disminución de movimientos	13
Cefalea/dolor de Cabeza	14		
Visión Borrosa/nublado	13	Hipotermia/muy frío	7
Salida de meconio por el canal vaginal	15	Hipertermia/muy caliente	13
Sensación de múltiples partes fetales	5	Esta Cianotico/morado	14
Disminución de Movimientos Fetales	13		
Ausencia de Movimientos Fetales	13		
Edema en Cara	8		
Edema en Extremidades	8		
Convulsiones	7		
Presión Alta	9		
Epigastralgia/dolor de estómago	10		
Primigesta que no resuelve en 12 horas.	15		
Multipara que no resuelve en 8 horas	13		
Placenta que no sale en 30 minutos	15		
No desciende la cabeza	11		
Presentación no cefálica	16		
Útero no involucionado	16		

Fuente: boleta de recolección de datos

Uso de material adecuado durante la atención del Parto por las Comadronas entrevistadas en los Sectores A y B, del Territorio El Embalse del Municipio de Cubulco, Baja Verapaz.

Tabla No. 6.12.

Materiales que utilizan las comadronas durante el parto	
Tijera	12
Cinta de Castilla	7
Guantes	4
Perilla	4
Toalla Estéril	11
Toallas limpias	12

Fuente: boleta de recolección de datos.

VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La muerte fetal tiene mucha importancia tanto para el sistema de salud como para las familias y la sociedad. La efectividad de las políticas y los programas de salud dependen del reconocimiento, tanto público (personal sanitario) como individual (gestante) de la muerte fetal principalmente en un periodo de susceptibilidad como lo es el periodo intraparto.

Para realizar programas de salud que beneficien a las gestantes y eviten una muerte fetal es necesario involucrar a todos los actores sociales de la comunidad a la que se pertenece, con el fin de evitar contratiempos en el momento de una complicación o al detectar signos de peligro materno-fetal.

Es por ello que en los sectores A y B –Territorio El Embalse- se ha implementado por el ministerio de salud el modelo incluyente en salud desde el año 2011, el cual involucra a varios actores sociales que rodean a la gestante, es decir, COCODES, terapeutas mayas, comadronas, personal de puesto de salud, etc. la idea básica fue la implementación de planes de emergencia en caso de detectar riesgos tanto de la madre como del feto. Las comadronas son primordiales para la atención del parto de las comunidades y hacia ellas se dirigen varias tácticas del modelo incluyente en salud para evitar complicaciones. Sin embargo, no basta impartir capacitaciones sin ser evaluadas su eficacia y eficiencia sobre la fijación de conocimientos aportados a las comadronas. Este estudio evaluó los conocimientos y actitudes que ahora poseen y el impacto que han tenido las tácticas impartidas hacia este sector de salud.

Se inició identificando las características socioculturales más importantes, el grupo etario corresponde a las edades comprendidas entre los 41 a 50 años siendo 5 comadronas, seguido de 51 a 60 años (4 comadronas), 61 a 70 años (4 comadronas) , 71 a 80 años (2 comadronas) y solamente una comadrona de 31 a 40 años. Se identificaron como analfabetas a 13 comadronas, lo cual es una barrera limitante para el aprendizaje y un punto de vital atención al momento de crear las estrategias para impartir capacitaciones. Además se necesita tomar en cuenta el idioma ya que 5 comadronas solamente hablan achí, 4 comadronas solamente hablan español y 7

comadronas hablan tanto español como achí. Por tanto las capacitaciones para que sean 100% comprensibles tienen que realizarse utilizando material didáctico con imágenes y actividades prácticas y charlas impartidas en ambos idiomas para así no perder el interés del contenido de la información.

Las comadronas pertenecen a la cultura Guatemalteca y de cada comunidad y llevan años de practicar este oficio, en este estudio 6 comadronas llevan más de 30 años y 3 comadronas de 16 a 20 años al servicio de la comunidad, todo este tiempo han adquirido conocimientos en un principio de tipo empírico pero que con el paso del tiempo han adquirido conocimientos de tipo científico gracias a las capacitaciones y actividades realizadas tanto por el ministerio de salud como por otras organizaciones no gubernamentales. Esto ha reflejado un impacto positivo para el sector salud, en la actualidad de este grupo de comadronas 15 son certificadas, por lo que son reconocidas y tomadas en cuenta en todas las actividades que imparte el ministerio de salud.

De forma directa en este estudio nos informan que en el último año han recibido capacitaciones sobre señales de peligro en el embarazo y el recién nacido pero 5 comadronas reportaron que las capacitaciones no se han enfocado en el periodo intraparto, es más, el 50% de este grupo de comadronas no conoce el significado del término periodo intraparto.

Los temas más importantes que se han venido dando a conocer es el minuto de oro en la atención del recién nacido, el cual se refiere al primer minuto después del nacimiento y la inmediata asistencia para garantizar la temperatura corporal y la estimulación de la respiración. En este grupo de comadronas solamente 7 comadronas conoce claramente este término. Además el 8 comadronas señalan que la primera atención que le dan al recién nacido es secarlo rápidamente y el cuidado de la temperatura, 4 comadronas primero aspiran secreciones y las otras 4 comadronas de primero ligan y seccionan el cordón. Esto refleja que saben los pasos en la atención del parto pero no todas lo realizan en el orden adecuado. Además 12 comadronas no cuentan con perilla para realizar la aspiración de secreciones de las vías aéreas por lo que solamente limpian la boca del recién nacido con una toalla. También se identificó que 4

comadronas no cuentan con tijera ni cinta de castillas para la ligadura y sección del cordón umbilical por lo que practican métodos culturales como quemar con una candela el cordón y ligarlo con hilo.

Las mujeres durante el embarazo atraviesan una ruta crítica para la resolución del mismo, pero no lo hacen solas, ya que la mayoría de mujeres en el área rural (55%) poseen el apoyo de una comadrona en la atención del parto (3), por tanto el conocimiento de las demoras de atención en salud se vuelve primordial para las comadronas, es decir, deben saber identificar las demoras como los son: 1ro. Reconocer los signos de peligro, 2do. buscar ayuda adecuada, 3ro. Acceder a una atención oportuna y 4to. Recibir la atención oportuna y de calidad para evitar complicaciones en la resolución del embarazo. A pesar de ello este estudio reveló que 4 comadronas no conocen el significado de este término y 12 comadronas si lo conocen pero de estas últimas 5 comadronas no conocen las cuatro demoras solo parte de ellas, esto significa que ya recibieron información sobre ello pero que el mensaje y la comprensión no fue suficiente.

En cuanto a la elaboración de un plan de emergencia, 13 de las comadronas si lo ponen en práctica y en el último año han referido a un centro de mayor resolución (puesto de salud y centro de atención permanente) al 100% de las pacientes atendidas. El 31,25% de los casos se ha debido al reconocimiento de signos de peligro y el 56,2% a control médico de rutina.

La mayoría de las comadronas (9 comadronas) admiten referir inmediatamente a las gestantes si identifica algún signo de peligro en cualquier momento del embarazo, 11 de las comadronas refieren inmediatamente si identifica signos de peligro en el momento del parto (periodo intraparto) y 12 de las comadronas refieren al recién nacido si identifica signos de peligro, es de importancia recalcar que en todos los casos las comadronas se olvidan de activar el plan de emergencia como primer paso y si refieren inmediatamente pero por sus propios medios. Lo que nos hace pensar en aclarar la elaboración de planes de emergencia para hacerlos más factibles.

Los signos de peligro más importantes en el periodo intraparto si son identificados rápidamente por las comadronas, refiriéndose con mayor porcentaje a las siguientes:

presentación no cefálica (16 comadronas), útero no involucionado (16 comadronas), salida de meconio por el canal vaginal (15 comadronas), hemorragia vaginal (15 comadronas), retención de placenta (15 comadronas), primigesta que no resuelve en 12 hrs (15 comadronas), cefalea (14 comadronas), visión borrosa (13 comadronas), múltipara que no resuelve en 8 hrs (13 comadronas), ausencia y disminución de movimientos fetales (13 comadronas), epigastralgia (10 comadronas), presión alta (9 comadronas), edema (8 comadronas), convulsiones (7 comadronas), sensación de múltiples partes fetales (5 comadronas). Cabe mencionar que reconocen la presión alta como signo de peligro, sin embargo ninguna comadrona sabe tomar la presión arterial ni tiene esfigmomanómetro.

Además las señales de peligro en el recién nacido son identificadas por la mayoría de las comadronas en los siguientes porcentajes: dificultad respiratoria (16 comadronas), no llora (15 comadronas), cianosis (14 comadronas), flacidez (13 comadronas), hipertermia (13 comadronas), hipotermia (7 comadronas).

VIII. CONCLUSIONES

- Entre las características socioculturales más importantes encontramos que: el grupo etario con mayor comadronas esta entre los 40 a 50 años, siendo 5 comadronas, seguido de 51 a 60 años 4 comadronas y 61 a 70 años 4 comadronas, 71 a 80 años 2 comadronas y solamente 1 comadrona de 31 a 40 años. 5 comadronas solamente hablan achí, 4 comadronas solamente español y el 7 comadronas hablan ambos idiomas. Se identificaron como analfabeta a 13 de las comadronas. 6 comadronas llevan más de 30 años de ejercer en la comunidad.
- 9 de las comadronas admiten referir inmediatamente a las gestantes si identifica algún signo de peligro en cualquier momento del embarazo, 11 de las comadronas refieren inmediatamente si identifica signos de peligro en el momento del parto (periodo intraparto) y 12 de las comadronas refieren al recién nacido inmediatamente si identifican signos de peligro. De las 16 comadronas que identifican más de un signo de peligro materno-fetal en los diferentes momentos del parto pero solamente 2 comadronas activan correctamente el plan de emergencia.
- Solamente 1 comadrona ha recibido conocimiento empírico dado por otras comadronas sobre la atención del parto, 12 comadronas han recibido conocimiento científico por personal del ministerio de educación y 3 comadronas han recibido conocimiento empírico y científico por otras instituciones.
- 7 de las comadronas no conocen claramente el termino minuto de oro en la atención del recién nacido. Además 8 de las comadronas señalan que la primera atención que le dan al recién nacido es secarlo rápidamente y el cuidado de la temperatura, 4 de las comadronas primero aspiran secreciones y las otras 4 comadronas de primero liga y secciona el cordón. Esto refleja que saben los pasos en la atención del parto pero no todas lo realizan en el orden adecuado.

- Las señales de peligro en el recién nacido son identificadas rápidamente por las comadronas (en orden descendente): dificultad respiratoria (16 comadronas), no llora (15 comadronas), cianosis (14 comadronas), flacidez (13 comadronas), hipertermia (13 comadronas) e hipotermia (7 comadronas). 12 de las comadronas decide referirlo inmediatamente a un centro de atención de salud. Sin embargo todavía 2 comadronas esperan un tiempo determinado (2 hrs) para referirlo.

IX. RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud:

- Actualizar y fortalecer el conocimiento del personal de salud encargado de impartir capacitaciones, para que la información que se brinda a las comadronas sea comprensible y reciente.
- Implementar estrategias de capacitación para comadronas analfabetas.
- Implementar estrategias para facilitar a las comadronas la obtención de maletín con equipo para la atención del parto.

A los puestos de salud:

- Planificar y citar a las comadronas para cada reunión con anticipación.
- Retroalimentar la evolución de cada paciente o mujer atendida en centros de atención permanente, para conocer si las acciones realizadas fueron las adecuadas y si no existieron demoras.

A las comadronas:

- Ser proactivas en cada actividad que realice el ministerio de salud en bien de la comunidad y de las mujeres embarazadas.
- Si se realizan planes de atención de emergencia, ponerlos en práctica siempre.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 188 [En línea]. Diciembre 2008.
2. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 188 [En línea]. Diciembre 2008.
3. Consejo Municipal de Desarrollo del Municipio de Cubulco, Baja Verapaz y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Dirección de Planificación Territorial. “*Plan de Desarrollo Cubulco, Baja Verapaz 2011-2015*”. Guatemala: SEGEPLAN/DPT. 2010.
4. TheLancet, Resumen ejecutivo de muerte fetal intrauterina. [En línea].14 de Abril, 2011.
5. CAP. Memoria de Labores 2014. Cubulco.
6. Dr. Heredia B. Muerte Fetal. Gallo. Colección Ciba de Ilustraciones médicas, tomo II, Capitulo 23, 1982.
7. Herrera E. Conocimiento y Prácticas sobre signos de peligro en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido en Comadronas Tradicionales. Santa Catarina Ixtahuacán, Boca Costa, Sololá.[tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2014.
8. Instituto de salud incluyente, Fortalecimiento Institucional del primer nivel de atención en salud, José Donato Huz.
9. Historia Primer Escuela de Comadronas. 2011.
<http://guatemaladeayer.blogspot.com/2011/05/primer-escuela-de-comadronas.html>.
10. Ximénes F. Popol Vuh. Guatemala: Editorial Artemis-Edinter,2007.
11. Pontanza A, Crocker L. Evaluación del conocimiento de las comadronas en reanimación neonatal y cuidados básicos el recién nacido. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2009.

12. Hurtado Elena. Estudio de las Características y Prácticas de las Comadronas Tradicionales en una Comunidad Indígena de Guatemala. San Pablo la Laguna. Guatemala. 1977.
13. Ministerio de Salud Pública e Instituto de Salud Incluyente. Fortalecimiento Institucional del Primer Nivel de Atención en Salud, Abuelas Comadronas "Metodología de Encuentro Mensual. Guatemala: 2015.
14. Barrientos AM, Delgado AM, Reinoso CY, et al. Conocimientos de las Comadronas sobre señales de peligro de Mortalidad Perinatal. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2011.
15. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala: MSPAS; 2006: p.4-104.
16. American College Of Obstetrician and Gynecologist. Antepartum Fetal Surveillance. Technical bulletin N° 188, agosto 1994.
17. American College Of Obstetrician and Gynecologist. Intrapartum Fetal heart Rate Monitoring. Technical bulletin N° 132, septiembre 1989.
18. Galindo J. Conocimientos y prácticas de comadronas en la atención al producto de la concepción. [Tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1996.
19. Chalmers B, Manglaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. 2001. 28:202-207.
20. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. [en línea]. Guatemala: NUTRINET.ORG; 2011. Disponible en: <http://guatemala.nutrinet.org/areastematicas/materno-infantil/publicaciones/364-encuesta-nacional-de-saludmaterno-infantil>.
21. Trends in maternal mortality, 1990-2010, WHO, UNICEF, UNFPA, and world bank estimate. Accesado el 20 de junio 2014.
22. Schieher B, O'Rourke K, Rodríguez C, Bartlett A. Análisis de los factores de riesgo de mortalidad perinatal en zonas rurales de Guatemala. [en línea]. Guatemala: MotherCare; 1994. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/v117p238.pdf>

23. Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil V. Informe de Análisis. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS; 2008-2009.
24. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetricia. 23 Edición. McGraw Hill.

XI. ANEXOS

11.1. Consentimiento Informado

Esta entrevista forma parte de un estudio que se está realizando en el área El embalse sector A y B con el propósito de Conocer aptitudes y actitudes de nosotras las comadronas, para posteriormente ayudar como base de futuros estudios o programas y estrategias para aumentar la eficiencia del sistema de salud. Esta entrevista tiene carácter confidencial, he sido informada que no existe ningún tipo de riesgo de participar en este estudio y estoy consciente que los datos serán de beneficio para la población y no tendré ningún tipo de remuneración.

Por _____ lo _____ que yo: _____, doy mi consentimiento para participar en este estudio en el mes de Junio del año 2015.

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Primera serie

Instrucciones: A continuación se le leerá una serie de preguntas de respuesta única, el investigador ira marcando la respuesta.

1. Edad:
 - 20-30 años
 - 31-40 años
 - 41-50 años
 - 51-60 años
 - 61-70 años
 - 71-80 años
 - Más de 81 años

2. Puesto de Salud:
 - Chicuxtín/Sector B
 - El Naranjo/Sector A

3. Idioma:
 - Español
 - Achi
 - Quekchi
 - Otro

4. Grado de escolaridad:
 - Preprimaria
 - Primaria incompleta

- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Diversificado
- Universitario
- Ninguno

5. Tiempo de ser Comadrona:

- Menos de 5 años
- 5-10 años
- 11-15 años
- 16-20 años
- 21-25 años
- 26-30 años
- Más de 30 años

6. ¿Es usted comadrona certificada por el ministerio de salud?:

- Si
- No

7. ¿Ha recibido información en el último año sobre señales de peligro durante el embarazo y el parto que ponen en riesgo la vida del feto o recién nacido?

- Si
- No
- No recuerda

8. ¿Quién le ha brindado información sobre señales de peligro durante el embarazo y el parto que ponen en riesgo la vida del feto o recién nacido?

- Personal medico
- Personal del puesto de salud
- Otras comadronas
- Ninguno

9. ¿Ha recibido información sobre señales de peligro para el feto durante el periodo intraparto en el último año?

- Si
- No

10. ¿Sabe que es el periodo intraparto?

- Si
- No

11. ¿Sabe cómo realizar y poner en práctica un plan de emergencia?

- Si
- No

12. ¿Ha referido pacientes a un puesto de salud o al CAP en el último año?
- Si
 - No
13. ¿Cuál ha sido el motivo de referir pacientes?
- Control
 - Exámenes
 - Signos de peligro
 - Otros
14. ¿A quién ha referido?
- Madre embarazada
 - Madre (ya resuelto el embarazo)
 - Recién nacido
 - Todas las anteriores
 - Ninguno de los anteriores
15. ¿Qué hace cuando identifica algún signo de peligro para la gestante?
- Espera que resuelva el embarazo
 - Refiere inmediatamente
 - Refiere en un tiempo determinado _____
 - Activa el Plan de Emergencia
16. ¿Qué hace cuando identifica algún signo de peligro en el momento del parto?
- Espera que resuelva el embarazo y la observa
 - Espera que resuelva el embarazo y luego refiere
 - Refiere inmediatamente
 - Refiere en un tiempo determinado _____
 - Mientras resuelve el embarazo pide ayuda para activar plan de emergencia (llamar a familiar, ambulancia, etc).
17. ¿Conoce el minuto de oro en la atención del recién nacido?
- Si
 - No
18. ¿Qué es el minuto de oro?
- Es el minuto de vital importancia en la atención del recién nacido donde se evalúa temperatura, respiración, coloración, tono muscular.
 - Es el minuto de vital importancia donde se corta el cordón umbilical
 - es el minuto donde se debe amamantar el bebe.
 - ninguna de las anteriores.
19. ¿Qué hace cuando identifica algún signo de peligro en el recién nacido?
- Refiere inmediatamente
 - Refiere en un tiempo determinado _____

- Mientras termina de atender el parto pide ayuda para activar plan de emergencia (llamar a familiar, ambulancia, etc) y referir al recién nacido

20. De las siguiente opciones, que acción aplica de primero al recién nacido al momento del parto?

- Aspiración de secreciones
- Ligadura y sección del cordón
- Secado del niño y cuidado de la temperatura
- Se lo da a la madre sin realizarle nada.

21. ¿Con que material limpia la boca del recién nacido?

- Perilla
- Toalla
- No la limpia

22. ¿Las demoras en la atención materna y neonatal son barreras y limitantes que demoran la atención oportuna en el trabajo de parto?

- Si
- No

23. ¿cuantas demoras de atención materna-fetal conoce?

- 1
- 2
- 3
- 4

24. ¿Cuantas señoras embarazadas atiende en un año aproximadamente?

- menor a 5
- 6 a 10
- 11ª 15
- Más de 15

Segunda serie

Instrucciones: A continuación se le leerá una pregunta, tiene opción a varias respuestas, el investigador la ira marcando de acuerdo al ítem establecido.

25. ¿Qué señales de peligro durante el embarazo conoce usted que pueden poner en riesgo la vida del feto o recién nacido?

Hemorragia vaginal	
Presencia de flujo	
Molestias urinarias	
Fiebre/calentura	
Cefalea/dolor de cabeza	

Visión borrosa/mira nublado	
Sensación de múltiples partes fetales	
Disminución de movimientos fetales	
Ausencia de movimientos fetales	
Edema en cara	
Edema en extremidades	
Convulsiones	
Presión arterial alta	
Epigastria /dolor de estómago	
Primigesta que no resuelve en 12 hrs	
Múltipara que no resuelve en 8 hrs	
Placenta que no sale en 30 minutos después del parto.	
No desciende la cabeza del feto	
Presentación no cefalica	
Útero no involucionado	

26. Menciones todas las señales de peligro del recién nacido que conozca:

Le cuesta respirar	
Flacidez y disminución de movimientos	
Hipotermia/muy frío	
Hipertermia/muy caliente	
No llora	
Esta cianótico/morado	

27. ¿Con que equipo cuenta para la atención del parto?

Tijeras	
Cinta de castilla	
Guantes	
Perilla	
Toalla estéril	
Toallas limpias	