

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



**COMPETENCIA DE LA COMADRONA
TRADICIONAL EN ATENCION PRENATAL**

MAGDA INES MOESCHLER BOL

Tesis

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

SEPTIEMBRE 2014

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



**COMPETENCIA DE LA COMADRONA
TRADICIONAL EN ATENCION PRENATAL**

MAGDA INES MOESCHLER BOL

Tesis

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

SEPTIEMBRE 2014



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Magda Ines Moeschler Bol.

Carné Universitario No.: 201390322

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis **"Competencias de la Comadrona Tradicional en la Atención Prenatal"**.

Que fue asesorado: Licda. Sulma Yaneth Bernal Mg.

Y revisado por: Licda Rutilia Herrera Acajabón MSc.

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

Guatemala, 25 de agosto de 2014



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



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

/mdvs



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

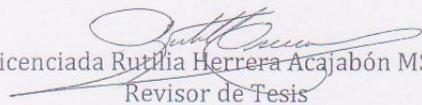
Guatemala, 08 de Agosto de 2014

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

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Competencia de la comadrona tradicional en la atención prenatal" de Magda Ines Moeschler Bol, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente,


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





Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

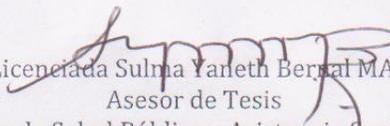
Guatemala, 08 de Agosto de 2014

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

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Competencia de la comadrona tradicional en la atención prenatal" de Magda Ines Moeschler Bol, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;


Licenciada Sulma Yaneth Bernal MA.
Asesor de Tesis

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

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

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

Presentamos nuestros respetos y gratitud a las prestigiosas agencia y fundación, quedando con el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Por ser la fuente inagotable de sabiduría, vida y fortaleza, para alcanzar mis metas.

A LA ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por haberme formado como profesional

A LA FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA –FUDEN- ESPAÑA

Por su participación en el proceso de mi preparación profesional

.

A LAS SELECTAS PROFESIONALES

Que contribuyeron en mi formación académica para alcanzar el éxito.

A MI ASESORA Y REVISORA DE TESIS

Licda. Sulma Yaneth Bernal Ruano Mg y Licda. Rutilia Herrera Acajabón MSc por su guía
y orientación en la elaboración de la tesis.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Francisco Moeschler y Matilde Bol por sus sabios consejos, motivación, paciencia y ejemplo de perseverancia

A MIS HIJOS:

Daniel Francisco y Carlos Iván por ser el principal motivo de mi vida, que este triunfo les motive siempre a seguir adelante, hasta hacer realidad sus sueños.

A MI FAMILIA

Hermano, hermanas, sobrinos y sobrinas por el apoyo brindado para alcanzar mis metas.

A LOS Y LAS COMPAÑERAS DE ESTUDIO, AMIGOS Y AMIGAS.

Por su apoyo, cariño y amistad.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	
I INTRODUCCION	1
II ANTECEDENTES	3
2.1 Competencia de la comadrona	4
2.2 Atención con pertinencia cultural	8
2.3 Embarazo	9
2.4 Señales de peligro	16
2.5 Demoras en la atención materna	19
2.6 Plan de Emergencia Familiar	21
2.7 Cultura	22
2.8 Teoría de Madeleine Leininger	23
III OBJETIVOS	25
IV MATERIAL Y METODO	26
V RESULTADOS	30
VI DISCUSIÓN Y ANALISIS	34
6.1 Resultados de Intervención	38
6.2 Conclusiones	40
6.3 Recomendaciones	41
VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
VIII ANEXOS	46
Anexo 1	
Anexo 2	

INDICE DE CUADROS

CUADRO. 1	32
CUADRO. 2	33
CUADRO 3	33
CUADRO. 4	34
CUADRO. 5	34
CUADRO 6	35
CUADRO 7	35

RESUMEN

El estudio se realizó con el objetivo de determinar las competencias de las comadronas en la atención prenatal, en la jurisdicción Carchá I en el municipio de Carcha, del departamento de Alta Verapaz, Guatemala, es de diseño cuantitativo, descriptivo y transversal, con el propósito que los resultados sirvan para fortalecer las prácticas que realizan las comadronas con las gestantes durante la etapa del desarrollo embrionario y fetal, tomando en cuenta que en el área rural las mujeres están en desventaja en relación a las del área urbana, por el alto índice de analfabetismo, pobreza y pobreza extrema.

Las comadronas realizan importante trabajo en las comunidades con el control prenatal convirtiéndose en una guía para la atención de la salud materna y con sus sabios consejos orienta a la familia para que participen en el cuidado prenatal. El estudio abarcó al 100% de las comadronas registradas en el listado oficial de la Jurisdicción de Carchá I, cuyo resultado de investigación determinó los conocimientos que tienen con respecto al control prenatal, encontrando que el 35% realizan el primer control prenatal antes de las 12 semanas, en cumplimiento a las prácticas culturales el 100% manifiesta que el seguimiento del control prenatal en la comunidad es continuo con un intervalo menor de 30 días, razones fundamentales para incrementar la vigilancia de la salud de la madre ante cualquier riesgo que se detecte. Concluyendo que el 90% de las comadronas desconocen la edad gestacional para la referencia del control prenatal institucional establecida en las normas de atención.

Palabras clave; Comadrona, control prenatal, primer control prenatal, seguimiento del control prenatal

ABSTRACT

The study was conducted to determine the competence of midwives in antenatal care in the jurisdiction Carchá I Carchá municipality, of the department of Alta Verapaz, Guatemala, is a quantitative, descriptive and cross-sectional design, in order the results serve to strengthen the practices that are carried out by midwives to pregnant women during the stage of embryonic and fetal development, taking into account that in rural areas women are disadvantaged in relation to the urban area, the high rate illiteracy, poverty and extreme poverty.

Midwives perform important work in communities with prenatal monitoring becoming a guide for maternal health care and wise counsel guided the family to participate in prenatal care. The study covered 100% of midwives registered in the official list of the Jurisdiction of Carchá I, whose investigation determined result of the knowledge they have regarding prenatal care, finding that 35% performed the first prenatal visit before 12 weeks, in compliance with cultural practices 100% said that monitoring of prenatal care in the community is continuous with a lower interval of 30 days, main reasons for increasing the vigilance of the health of the mother to any risk is detected. Concluding that 90% of midwives unknown gestational age for prenatal institutional reference established standards of care.

Keywords; Midwife, prenatal care, first prenatal visit, prenatal monitoring.

XKOOSLAL

Lix tzilbal rix li xk'anjeleb' li qana xoconel k'uulaal re xkubesinkil li aajel ru li na'leb'te'xbaanu, re rilb'al' ut xchoolanilkileb'li ixq wankeb'sá yuan, sa li najej Carchá I, xteepal li tenamit Carchá, Alta Verapaz.

Li tzilb'aix a'in re xkebal reetal li rusil, li xchaq'alru xkanjel li neke'xokok k'uula'al jo ajwi re xkeeba'al xkawilal, ut naleb chirix kanjel nake'xbanu rikineb' li ixq wankeb' sa'yuan.

Ch'olch'o ajwi' naj li ixq wakeb' sa'k'aleb'aal wankeb' xmajelal, neeb'aeb'ut ink'a' naké xnaw ilok ru hu.

Eb'li xoconel kuula a'l yookeb xb'aanunkil li chab'il k'anjel sá li jun junq chi kaleb'aal, yookeb'ajwi chi k'eok na'leb' chirix li kawilal ut li sail wank sa junkab'al..Li tz'ilb'aix xbaanuman rikineb' chijunileb' li xokol k'uulaal xk'e reetal naq chijunileb' li xokol k'uulaal naké xnaw li xkanjel, xb'aa naq rajlal po nake'ril ut naké xcholob' xna'leb' li ya ajixq.

Xchab' ilal Aatin: xokol k'uulaal, xqueb'al retal li yuamil, xb'een, ut toj rusajik li iq

INTRODUCCIÓN

La comadrona tradicional tiene un rol predominante referente al control prenatal, parto puerperio y atención del recién nacido, actividades que viene ejerciéndola desde tiempos muy remotos y que a través de la práctica, el dialogo en los procesos de intercambio de saberes con sus compañeras comadronas y con el personal de salud, ha permitido ganar la competencia para brindar un cuidado integral, humanizado, respetando la cultura, tradición y modificando las prácticas que ponen en riesgo la vida del binomio madre-hijo.

Las intervenciones prenatales preventivas por personal calificado, favorecen la salud física y mental de la gestante, promoviendo comportamientos saludables y detectando el riesgo oportunamente, la importancia de la captación temprana de la embarazada y el seguimiento del control prenatal institucional y comunitario tienen efecto positivo.

Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto en el 2013 murieron 289 000 durante el embarazo y el parto o después de ellos. Todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.¹

La mortalidad materna en Alta Verapaz es motivo de preocupación por parte de las autoridades de salud. Se ha promovido alianzas con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para la búsqueda de alternativas factibles que garanticen la salud de las madres durante la etapa prenatal, parto y post parto. A partir del año 2010 se inicia la implementación del protocolo de vigilancia de la mortalidad materna en el departamento de Alta Verapaz a través del análisis de la mortalidad materna con la metodología de eslabones críticos encontrándose como resultado debilidad en la calidad de atención del parto y el manejo adecuado de la emergencia obstétrica, principalmente en unidades médicas hospitalarias, el siguiente

¹ OMS. Mortalidad Materna. Nota descriptiva No. 348. 2014

eslabón crítico lo representan los programas preventivos, y el tercer eslabón crítico, las muertes se asociaron a deficiencias en la calidad de la atención prenatal.²

Las comadronas desempeñan un rol importante en la vigilancia del cuidado de la salud de las madres durante la etapa prenatal, parto, post parto y recién nacidos, el acompañamiento y acercamiento con la familia es vital por la confianza que generan en su rol de madres y lideresas, conocen y practican la cultura heredada en la comunidad.

El estudio se realizó en la Jurisdicción de Carcha I del municipio de San Pedro Carcha, Alta Verapaz cuyos objetivos planteados fueron: determinar las competencias de las comadronas en la atención prenatal, Identificar las prácticas en la atención prenatal, cuantificar los conocimientos en la atención prenatal. Se realizó el presente estudio en el municipio de Carcha por ser uno de los municipios priorizado por los índices de mortalidad materna.

Los resultados evidencian que las competencias de las comadronas tradicionales les permiten actuar con certeza durante el control prenatal en la comunidad y que a través de dicho control el 95% identifica el crecimiento, presentación fetal y edad gestacional.

En relación a las prácticas de atención prenatal de las comadronas tradicionales el 35% manifiesta que inician el control prenatal en la comunidad antes de las 12 semanas de gestación y la frecuencia del seguimiento del control prenatal con un intervalo menor de 30 días, tomando en cuenta el acceso a la vivienda y la práctica de los cuidados prenatales con pertinencia cultural con el fin de identificar oportunamente cualquier síntoma que pone en riesgo la vida de la madre e hijo.

Las comadronas saben en qué momento deben referir al servicio de salud a las embarazadas que presentan algún signo general de peligro y coordinan con el comité de salud, sin embargo se determinó que el 90 % desconocen la frecuencia y la edad gestacional del control prenatal institucional establecidas en las normas del primer y segundo nivel de atención.

² Dirección de Área de salud de Alta Verapaz. Evaluación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna en Alta Verapaz. 2014

II ANTECEDENTES

Cada año se producen en el mundo 132 675 000 nacimientos y 10 528 000 nacimientos en América Latina y el Caribe. En América Central la tasa de natalidad es la más elevada (19,7/1000). A pesar de que la tasa de mortalidad sigue siendo elevada, la tasa de crecimiento es superior a la de crecimiento mundial. El 80% de la población total está concentrada en sólo 6 países de los 50 que hay en la región. Brasil, México, Colombia, Argentina, Perú y Venezuela.

En Guatemala la tasa de natalidad es de 26,48 nacimientos/ habitantes.³ El parto a domicilio representa el 90% de los nacimientos en el mundo. el parto a domicilio sigue siendo la forma más popular en los países en vías de desarrollo. Aunque la mayoría de los partos ocurran en el hogar en los países en vías de desarrollo, no representan más que un mínimo porcentaje en los países desarrollados. En los Países Bajos la práctica es muy común: cerca del 30% de los bebés nacen en hogares. En los Estados Unidos, la tasa de partos a domicilio ha aumentado un 20% entre 2004 y 2008, esta práctica se les ofrece a las mujeres en las cuales el embarazo no demuestra ningún riesgo. Un parto a domicilio es asistido por una mujer partera o rara vez por un médico. En caso de complicaciones debe ser previsto un transporte hacia el hospital lo más rápido posible.⁴

El Programa de Naciones Unidas en el año 2010 reporta que solo el 41% de los nacimientos en Guatemala son atendidos por el sistema de salud y el otro 59% es atendido por Comadronas Tradicionales quienes adquieren sus conocimientos materno neonatal por medio de las enseñanzas recibidas por sus ancestros que realizaban el proceso de enseñanza aprendizaje a través de la tradición oral, estos mismos conocimientos son reforzados y fundamentados científicamente por el personal de salud que realiza el mismo proceso con ellas y es así como estas coordinan la atención que dan a las familias con base en la visión maya; aun así ocurren 138 muertes maternas por cada cien mil niños y niñas nacidas vivas y en las poblaciones indígenas este número asciende a 219, de acuerdo con cifras de la Red por la Salud Reproductiva de las Mujeres Indígenas.

³ Guatemala Tasa de natalidad- población-mundi. www.indexmundi.com › Países › Guatemala › Población

⁴ La natalidad en el mundo-Globometer. En línea es.globometer.com/natalidad.php

Por lo anteriormente expuesto la tasa de mortalidad materna de Guatemala es una de las más altas en América Latina. “Aun así la Comadrona Tradicional representa un valioso recurso en el sistema de salud del país, son ellas las encargadas de atender una gran parte de los partos en las áreas rurales, además de proporcionar seguimiento a las pacientes durante el embarazo a través del control prenatal y en el post parto con visitas domiciliarias. Esto hace hincapié en la necesidad de capacitación especializada, oportuna y con pertinencia cultural a las personas que tienen el oficio de Comadronas Tradicionales”.⁵

En Alta Verapaz el 53% de los partos ocurren a nivel del domicilio con asistencia de una comadrona tradicional.⁶ El mayor porcentaje de estos acontecen a nivel de las comunidades rurales con poco acceso a servicios de salud y personal médico, las familias recurren a la asistencia de la comadrona tradicional para el control prenatal tomando en cuenta la experiencia y confianza que le confieren, para el departamento de Alta Verapaz la atención prenatal por comadrona es del 90%.⁷

2.1. Competencia de la comadrona en relación al cuidado obstétrico

La Comadrona está a cargo del cuidado de la mujer durante el periodo prenatal, parto, posparto y el cuidado del neonato. La Organización Mundial de la Salud ha definido a la comadrona tradicional como una persona (por lo general una mujer) que ayuda a la madre en el parto y originalmente adquirió sus habilidades atendiendo partos por si misma o trabajando con otras comadronas⁸ es importante la labor que las comadronas realizan en las comunidades y sobre todo las que nacieron para ejercer el mandato divino, su trabajo lo realizan con mucha mística y espiritualidad.

2.1.1. Historia de las comadronas

En Guatemala hubo una Escuela de Comadronas adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Escuela funcionó entre 1895 y 1960, no está mencionada en “La Historia General de Guatemala” a pesar de las

⁵ Chavez Colon K.S. Conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de Antigua Guatemala acerca del control prenatal. Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala. 2012

⁶ Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, departamento de estadística 2012

⁷ Ibid

⁸ Organización Mundial de la Salud, Informe para la Revisión y análisis de la información y datos sobre Parteras Tradicionales.

descripciones de la Sala de Maternidad del Hospital San Juan de Dios, la Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, lugares en los cuales trabajaron las parteras tituladas por aquella Escuela. En la bibliografía de la Universidad y de la medicina guatemalteca, la Escuela de Comadronas no es aludida o es apenas mencionada. Casi nadie sabe que había una Escuela de Comadronas, que sus graduadas son universitarias, que su historia empezó en el siglo XIX y que las parteras profesionales siguieron atendiendo partos hasta los principios del siglo XXI.⁹ Durante el control prenatal la comadrona tiene funciones específicas que ejerce con la madre y la familia, es el enlace entre la comunidad y los servicios de salud.

Los servicios de las comadronas son fundamentales para garantizar un embarazo y un parto saludable y sin riesgo. En todo el mundo, aproximadamente 350 000 mujeres mueren cada año como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. La mayoría de esas muertes en gran medida prevenibles se producen en países de ingresos bajos y en zonas pobres y rurales. Muchas defunciones maternas y neonatales se pueden prevenir si se dispone de parteras cualificadas que atiendan a las mujeres antes, durante y después del parto, y que sean capaces de derivarlas hacia la atención obstétrica de emergencia si surgen complicaciones graves.¹⁰

2.1.2. Base legal

Decreto No. 74: del 9 de mayo 1955, artículo 15 inciso F: “Extender certificación de autorización a las comadronas tradicionales, previo examen de aptitud” (será extendido por las personas asignadas para cada área de salud) ¹¹

Acuerdo Gubernativo del 16 de abril de 1935, artículo 98 que literalmente dice: “Siendo una necesidad urgente prestar los inmediato y activos servicios a las mujeres en el momento del parto ,y no existiendo en la república suficiente número de comadronas tituladas para cubrirlas extensas zonas y población donde se requiere servicios, la Dirección General de Servicios de Salud, promedio de sus delegados sanitarios departamentales concederán permiso para ejercer como Comadronas

⁹Quinn, Elizabeth et al. Historia Médica: La Escuela de Comadronas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. Guatemala. s.n. 1997. p. 53

¹⁰ OMS. Diez datos sobre partería en el mundo. www.bebesymas.com/parto/diez-datos-sobre-las-matronas-en-el-mundo

¹¹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual para intervenciones cortas en capacitación de comadronas Tradicionales. Guatemala.2006.

Tradicionales Adiestrada ,a las personas que cumplen con los requisitos establecidos”¹²

Artículo 99: la circunstancia del examen y la extensión del permiso se haya constar en un acta levantada en la delegación sanitaria correspondiente en el papel sellado de ley, con la firma del médico director del Centro de Salud, Alcalde Municipal y del gobernador Departamental¹³

Artículo 99: Toda Comadrona Tradicional que al ser citada para que reciba su adiestramiento no acudiera al mismo, queda desautorizada para el ejercicio de su oficio. Decreto, ley para el accionar de Comadronas Tradicionales en la atención a mujeres en etapa de embarazo, parto y puerperio.¹⁴

2.1.3 .Rol de la comadrona en la atención prenatal

Las comadronas son las prestadoras primarias de atención de la salud para las mujeres en edad fértil a nivel familiar, tomando en cuenta que tienen a su cargo el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, el modelo de atención por comadronas, se centra , en el embarazo y el parto, acontecimientos normales de la vida, la comadrona considera que la atención de la embarazada es una responsabilidad grande y debe ser cuidadosa en todos los aspectos que encierra la maternidad, desde la identificación de signos y síntomas presuntivos del embarazo, y alerta ante cualquier cambio que considere una amenaza tanto para la madre o del hijo.

En tiempos remotos era visto con naturalidad, las complicaciones obstétricas, se lo atribuían a castigos y causas sobrenaturales y si ocurría la muerte tanto de la madre o de su hijo era considerado designio divino, estaba predestinada a morir, la comadrona no capacitada en el sistema de salud su rol se concreta en la atención del parto y muchas veces no tiene ningún acercamiento con la embarazada porque su función únicamente es de asistencia del parto.

¹²Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual para intervenciones cortas en capacitación de comadronas Tradicionales. Guatemala.2006

¹³Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual para intervenciones cortas en capacitación de comadronas Tradicionales. Guatemala.2006

¹⁴Ibid.

Las comadronas son parte del equipo básico comunitario en lo denominado Jurisdicción en el modelo de Extensión de Cobertura y existe un límite de comadronas por jurisdicción. Dentro de las practicas más relevantes que hacen las comadronas durante el control prenatal son: captación de las embarazadas antes de las 12 semanas, acompañarlas al control médico antes de las 12 semanas, llevan registro de las embarazadas en control, seguimiento del control prenatal en la comunidad, referencia oportuna a niveles de mayor complejidad a mujeres durante el embarazo parto, puerperio y recién nacidos en riesgo, Brindan consejería en alimentación, cuidado prenatal, higiene de la madre embarazada, los beneficios de los micronutrientes, vacunación con toxoide tetánico, importancia del control prenatal en el segundo nivel para los exámenes complementario seguimiento del plan de emergencia familiar.

Además coordinan con la organización comunitaria, asisten a las asambleas comunitarias, reportan los nacimientos al facilitador comunitario para el registro del censo comunitario luego al servicio de salud donde el personal de enfermería o de estadística registra el nacimiento en el formulario respectivo y luego se entrega a la oficina de registro de personas para asentar la partida de nacimiento del recién nacido., brindan consejería en lactancia materna exclusiva, en planificación familia a la pareja están disponible las 24 horas.

Las comadronas tradicionales capacitadas, cuentan con su respectivo carné vigente, asisten a capacitación mensual y entrega de reporte de sus actividades que desarrollan mensualmente. El rol que desempeña la comadrona en la comunidad, es de orientadora y cuidadora de la mujer en el embarazo, parto pos parto y cuidado del recién nacido con pertinencia cultural. El cuidado y vigilancia de la embarazada es una responsabilidad que implica: conocimiento, práctica y experiencia, sobre todo la confianza que le confiere la familia por ser de la comunidad, conoce la cultura, habla el idioma local, comparte sus conocimientos basado en la experiencia que ha adquirido de sus ancestros y lo que ha adquiridos en los procesos de capacitación por personal institucional.

Los parteros o parteras, desempeñan un papel importante al actuar como nexos entre la población y el sistema sanitario, y participan en forma activa en la atención de las gestantes. Reciben capacitación del Ministerio, y ellos a su vez ayudan al personal de

salud a acercarse a la gente, para adecuar culturalmente la atención sanitaria y crear relaciones de confianza entre los servicios de salud y la población.¹⁵

Álvarez López (2004) realizó el estudio titulado "Prácticas de las comadronas en la atención de embarazadas en el municipio de San Martín Zapotitlán, concluye que el 92% de las comadronas preguntan, sobre molestias actual y general, el 26% de las comadronas tradicionales capacitadas observadas necesitan, asesoría monitoreo y supervisión sobre el plan educacional. El 96% de las comadronas tradicionales capacitadas necesitan una realimentación sobre los aspectos relacionados con la identificación de los riesgos en las mujeres embarazadas.¹⁶

ARMAS B.L.F (1998) cuyo estudio realizado determinó que las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de San Cristóbal Acasaguatlan y sus áreas de influencia la mayoría no conocen cuáles son los cuidados prenatales que se les debe de brindar a las embarazadas. 56% de las comadronas conocen los signos de peligro que se pueden presentar durante el embarazo.¹⁷

CHAVEZ Colon K.S. (2012) las comadronas tradicionales no manejan el protocolo de Normas de Atención Integral del Ministerio de Salud pública y Asistencia social que hace referencia acerca del embarazo. El 89.7% de comadronas tradicionales no conocen las cuatro demoras, en la atención de las mujeres embarazada.¹⁸

2.2. Atención con pertinencia cultural

El Ministerio de Salud fortalece las condiciones políticas y estratégicas para el desarrollo de la salud de los pueblos por medio del rescate y promoción de las prácticas de la salud indígena en toda la red de los servicios de salud.

Toda cultura desarrolla de acuerdo a sus experiencias y saberes, diversas concepciones de los hechos factores y condiciones que actúan sobre las personas. La salud no queda fuera de este contexto de ahí nacen conceptos diferentes sobre el proceso salud

¹⁵ Rev. Panam Salud Pública vol.26n.4 Washington Oct.2009

¹⁶Álvarez López. Práctica de las comadronas en la atención de las embarazadas.2004. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala

¹⁷Armas B.L.F , Estudio realizado con comadronas tradicionales adiestradas del municipio de San Cristóbal Acasaguatlan. 1998

¹⁸Chávez Colon K.S.Conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de Antigua Guatemala acerca del control prenatal. Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala. 2012

enfermedad. La salud como un equilibrio de la persona consigo misma y la enfermedad aparece al romperse este equilibrio y la terapéutica está orientada a restablecerlo.¹⁹

La interculturalidad va más allá del respeto a lo diferente, la interculturalidad en salud se da a través de la coordinación e intercambio de experiencias entre la medicina occidental y la medicina tradicional. La interculturalidad, como propuesta ético-política, es un diálogo donde ambas partes son iguales y respetuosas de las creencias y saberes y prácticas del otro, y busca comprenderlo desde su propia visión del mundo y su jerarquía de valores, propiciar la apropiación selectiva y crítica de lo que propone y ofrece, y asumir una actitud activa que permita reestructurar lo propio mediante la auto transformación reflexiva, principios básicos.

2.3 Embarazo

“Se llama así al período de 40 semanas o nueve meses calendario, que normalmente tarda dentro del útero, el producto de la concepción. Este pasa por las etapas de cigoto, embrión y feto”²⁰ “Se denomina embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos”.²¹

“La duración promedio del embarazo, calculado desde el primer día de la fecha de última regla, es de alrededor de 280 días ó 40 semanas. Se calcula la fecha probable del parto agregando siete días al primer día de la fecha de última regla y restando tres meses (regla de Naegele). Se acostumbra dividir el embarazo en tres trimestres iguales que comprenden tres meses de calendario aproximadamente.”²²

¹⁹Salud integral includente.com/proyecto/enfoques/html.

²⁰Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Normas de Atención Integral.2010

²¹Cunningham, Gary et al. Gineco Obstetricia de Williams. 22 ed.:2006

²² Ibid.

2.3.1 Control Prenatal

Definición: Se define como control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo básico de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y tener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.²³ El control prenatal es una estrategia para ofrecer una atención adecuada a la embarazada y disminuir la morbimortalidad de mujeres y niños.

En la ley de Maternidad Saludable se define Control Prenatal como “el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se brindan a las mujeres embarazadas, con el objetivo de detectar tempranamente las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y preparar el plan de parto, que incluye la elaboración de un plan de emergencia ante una complicación.”²⁴ La atención prenatal es una respuesta organizada de los servicios de salud para el acompañamiento de la mujer embarazada, se extiende desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto, además de la mejoría en los indicadores de salud que pueden asociarse con la inclusión del control prenatal extensivo, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir, pero no menos importantes: alejar la dudas de las embarazadas, despejar los miedos y tabúes respetando las pautas culturales, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar a conocer el plan de vacunación, y lograr mayor acercamiento y confianza al equipo de salud.²⁵

2.3.2. Atención Prenatal Institucional

El control prenatal (CPN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza.²⁶ El CPN debe cumplir con cuatro requisitos básicos precoz, periódico, completo, y de amplia cobertura

²³Schwarcz R. Fesina.R. Duverges.C.Obtetricia . 6ª ed. 2012

²⁴Congreso de la República de Guatemala. Ley para la Maternidad Saludable. Decreto 32, 2010- Guatemala: sn. 2010

²⁵ Fescina R, De Mucio B, Díaz Rosello J, Martínez G, Serruya S. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2a ed. Montevideo: CLAP/SMR Publicación Científica N° 1573; 2010.

²⁶ escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/.../control_prenatal. Consultado mayo 2014

Las madres que asisten al cuidado prenatal o llegan muy tardíamente al control prenatal son más propensas a tener niños con problemas de salud, las que no reciben control prenatal son tres veces más riesgosas a tener hijos de bajo peso y sus neonatos tienen cinco veces más posibilidades de morir.

La falta a la consulta prenatal está relacionada con múltiples factores, esto conlleva a la instauración de actividades educativas, incluye desarrollar acciones efectivas para elevar la calidad de vida, rescate de programas preventivos de salud, además de reparación y dotación de las instalaciones de salud; sin olvidar mejoras del acto médico

Son los cuidados y las acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y el niño/a. el enfoque actual en la atención prenatal debe ser: todo embarazo tiene riesgo.²⁷

Las acciones básicas que incluye el control prenatal son: identificación de riesgo, prevención, manejo de las enfermedades asociadas y propias de la gestación, Se define como el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la embarazada con el objetivo de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto, proveer a la madre las condiciones óptimas para el nacimiento del recién nacido.

El objetivo principal de la atención a la embarazada es seguir el desarrollo de la gestación desde el inicio y detectar rápidamente cualquier anomalía que pueda presentarse, para realizar su adecuado tratamiento²⁸

La primera consulta debe realizarse en el primer trimestre con el fin de ejecutar oportunamente acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control.

Periódico: La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada (las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo), pero deben realizarse con una frecuencia regular a lo largo del embarazo.

²⁷Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para implementación integral materna y neonatal 2010.

²⁸ Batalla Martínez C, García Soldevila M, Sánchez Beiza L. Embarazo y parto no complicados. En: Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1994. pp. 410-424.

Completo: Los contenidos mínimos del control deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

El control prenatal institucional debe resalirse a todas las embarazadas, las Normas de Atención Integral de salud (2010) especifica cuatro controles, es importante informar a las madres la importancia de acudir a las citas médicas programadas. La primera consulta: 12 semanas, segunda Consulta; 26 semanas, tercera Consulta: 32 semanas, cuarta Consulta: 36 a 38 semanas

En la primera consulta prenatal deberá realizarse un examen clínico obstétrico completo, además del sistemático examen Papanicolaou, odontológico, complementar con la determinación de grupo sanguíneo y factor Rh, detección de diabetes gestacional, hemoglobina, serología de sífilis, examen de orina y otras pruebas que deben ser selectivas para personas en riesgo. Los elementos básicos del control prenatal que deberán reiterarse en todas las consultas son el estudio de ganancia de peso materno, determinación de presión arterial, y evolución del crecimiento fetal, altura uterina se mide en centímetros con una cinta de material flexible e inextensible desde el pubis hasta el fondo uterino, la altura uterina en función de la edad gestacional muestra un crecimiento lineal hasta la semana 37²⁹

La inmunización adecuada de mujeres con toxoide tetánico previene el tétanos neonatal y puerperal, el recién nacido queda protegido gracias a los anticuerpos antitoxina maternos, que pasan por la placenta al sistema circulatorio del feto, las buenas prácticas de higiene durante el parto y el cuidado de la herida umbilical hasta que cicatriza son importantes para prevenir el tétanos neonatal.

La nutrición de la embarazada es muy importante para lograr un adecuado crecimiento fetal y reducir la morbimortalidad perinatal, la embarazada debe de recibir una buena nutrición en cantidad y calidad, fijándose los valores de incremento de peso, en la nutrición materna no solo revisten importancia los aportes durante el embarazo, sino además el estado nutricional previo a la gestación. Existe una relación directa entre la talla y el peso pre concepcional y el crecimiento fetal, por eso en la primera evaluación de una embarazada se determina su peso y se mide la talla y de acuerdo con los valores

²⁹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral

encontrados, se actúa tratando de compensar deficiencias crónicas, los efectos de una desnutrición crónica se ven potenciados por una mala nutrición durante el embarazo.

2.3.4 Control prenatal por comadrona

La prevención en la medicina maya por parte de la comadrona empieza con el control prenatal que realiza a través de las visitas a su paciente en el hogar, una vez que se solicita su servicio por la familia, el esposo o la misma paciente.

Las madres acuden a la comadrona en el momento que ellas desean que les controlen su embarazo, buscan a la de su confianza y por recomendaciones de la familia. Al llegar a un acuerdo la comadrona acude al hogar para brindarle el control prenatal, las comadronas hablan el idioma local, tienen apertura en el horario ya que la visita se realiza en el momento que la madre lo desee, no hay tiempo de espera, ni rechazo. La confianza es mutua. Algo particular que hacen las comadronas es brindar consejería en cuidado prenatal, prácticas de alimentación saludable, vacunación, laboratorios. La comadrona orienta a la familia y embarazada de la importancia del control prenatal institucional.

Las visitas a las mujeres embarazadas en las comunidades de la jurisdicción de Carcha I, varía de una comadrona a otra, ya que algunas lo realizan cada semana, otras cada dos semanas durante el primer trimestre, seguidamente la visita es mensual hasta cumplir el séptimo mes; durante el octavo y noveno mes las visitas se realizan, cada quince días, en algunos casos es semanal, la visita comprende una serie de atenciones, consejos y cuidados que las comadronas saben dar a cada gestante que tienen bajo su responsabilidad

La comadrona enfatiza con la familia temas de higiene personal y del hogar, brinda consejería sobre alimentación con pertinencia cultural, recomendaciones en relación al cuidado del embarazo, evitando no levantar cosas pesadas ya que se tiene la creencia que al levantar cosas pesadas el niño nace con la mollera caída, cuidarse del frío y el sol, asistir al control prenatal, no tomar medicamentos químicos ni plantas medicinales que afecten el embarazo. La embarazada debe evitar salir afuera de la casa cuando hay eclipse solar o lunar ya que causa malformaciones en el feto, la madre debe protegerse colocándose ganchos de ropa en la faja o delantal

Las comadronas deben reconocer las semanas que son de prioridad para que las embarazadas tengan su control en el servicio de salud, se le proporcione sus micronutrientes, vacuna de Toxoide Tetánico y oferta de los laboratorios respectivos.

2.3.5 Maniobras de Leopold.

Se denomina así a la maniobra, realizada en cuatro pasos a partir del segundo trimestre del embarazo, que consiste en la palpación abdominal para determinar la presentación, situación y posición del feto.

La primera maniobra: con esta maniobra además de apreciar la altura del útero, se palpa el polo que ocupa el fondo uterino. El polo pelviano es grande, blanduzco, desigual y reductible y en el alteran partes blandas y duras, sin peloteo. El polo cefálico por lo contrario es redondeado, liso, irreductible, duro y pelotea.³⁰ Segunda maniobra: con esta maniobra determina la posición, determina el lado del dorso y el de las pequeñas partes fetales.³¹

De frente a la paciente, el examinador coloca la superficie de las palmas a ambos lados del abdomen y aplica presión suave, pero profunda. Deja una mano al lado del abdomen, para detener el útero, y mediante un movimiento circular y leve se palpa en forma gradual el lado opuesto, desde la parte superior hasta el segmento inferior del útero; se realiza lo mismo con el lado opuesto del abdomen. Por un lado se siente un plano resistente, duro, liso que corresponde al dorso (espalda); por el otro se perciben numerosas nodulaciones angulares que son las rodillas y codos del feto. Tercera maniobra: es útil para palpar el polo inferior especialmente la cabeza cuando está bien elevada (movible) es una maniobra unimanual. Abarca el polo el polo inferior alto en especial si es cefálico lo hace pelotear.³² Cuarta maniobra: permite apreciar el polo que se presenta y su grado de penetración en la pelvis.³³

Durante la palpación es necesario poder describir como se encuentra el feto, en cuanto a la ubicación, por lo que se describe con los siguientes términos:

Situación: relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre; puede ser longitudinal, transversa y oblicua.

³⁰Schwarcz R. Fesina.R. Duverges.C.Obtetricia. 6ª ed. 2012

³¹ Cunningham, Gary et al. Gineco Obstetricia de Williams. 22 ed.:2006

³² Ibid.

³³ Ibid.

Posición: relación que existe entre las partes fetales de la cara y la mitad izquierda o derecha de la madre. Su localización facilita la auscultación del foco fetal.

Presentación: parte del producto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna. : Cefálica y pélvica o podálica.³⁴

2.3.6 Identificación de los factores de riesgo.

La organización mundial de la salud: lo define “es cualquier riesgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.”

.El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico, ya que el alto o bajo riesgo se asocia con alta o baja posibilidad de que suceda un daño, y la cadena que asocia un factor de riesgo con daño no siempre está definida. En algunos casos deriva claramente de un factor, pero en otros la relación es mucho más difícil de establecer por desconocimiento del factor o factores intervinientes o por dificultad en establecer el peso de cada uno de ellos³⁵.

Se pueden enumerar un gran conjunto de factores de riesgo en el embarazo, dependiendo de los factores estos pueden alterar el desarrollo de las semanas del embarazo en cualquier momento: los hábitos no saludables como el hábito al tabaco, alcohol que afectan al feto y las consecuencias fatales. Otro de los factores de riesgo en el embarazo es la edad de la madre, menores de 14 años y mujeres mayores de 35, embarazo después de los 35 años, incrementa las posibilidades de malformaciones en los fetos y pre eclampsia, aumenta el número de abortos y los partos por cesárea.

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

³⁴Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Obstetricia. 6ª ed. 2012

³⁵ Schwarcz R, Uranga A, Lomuto C, Martínez I, Galimberti D, García O, et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepciones y del control prenatal. Buenos Aires 2001

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensión del embarazo y las enfermedades maternas. Manejo Básico de Emergencias Obstétricas según el Manual de Normas de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

2.4 Señales de peligro

Una señal de peligro es toda indicación de peligro que antecede a una complicación, desencadenando una patología. El Ministerio de Salud, establece las siguientes señales de peligro. Identificación de signos y señales de peligro se procede a estabilizar y referir al servicio de mayor complejidad.³⁶

Señales de peligro durante el embarazo

- Hemorragia vaginal
- Presión arterial alta (mayor o igual a 140/90mm/hg) cefalea, visión borrosa, edema
- Fiebre (temperatura arriba de 37.5°C)
- Presentación fetal anormal podálica ó transversa (a partir de la 36 semanas)
- Salida de líquido por vagina
- Palidez generalizada
- Dificultad respiratoria
- Contracciones uterinas antes de las 36 semanas de embarazo
- Aumento de peso por arriba de lo esperado
- Epigastralgia (dolor en la boca del estómago)

Hemorragia en el Primer Periodo Prenatal Durante un embarazo normal, la placenta está firmemente unida a la pared del útero y no debe ocurrir ninguna hemorragia vaginal. Cualquier cantidad de hemorragia vaginal antes del trabajo de parto es una señal de peligro. La hemorragia antenatal ocurre cuando, por alguna razón, la placenta no permanece bien adherida a la pared uterina. La madre puede perder mucha sangre, por lo que corre peligro de desangrarse hasta la muerte. Cuando la placenta se desprende se rompe un vínculo que une a la madre y al bebé, y su vida también corre peligro. Por lo tanto, la hemorragia antenatal es una condición que amenaza la vida tanto de la madre

³⁶Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías Atención del Embarazo Parto, Puerperio, y Emergencias Obstétricas. Guatemala. Guatemala: s.n. 2006

como del bebé y es necesario referir a la señora inmediatamente al hospital, donde podrán tomarse medidas para detener la hemorragia.

Durante el primer trimestre del embarazo, la hemorragia puede ser causada por un aborto, ya sea espontáneo o provocado o por un embarazo ectópico. Los abortos espontáneos en su mayoría ocurren cuando el feto tiene alguna malformación congénita no compatible con la vida.³⁷La implantación normal de la placenta es en la parte superior del útero. En el caso de placenta previa, la implantación está en la parte baja del útero. En las fases posteriores del embarazo el crecimiento del útero causa adelgazamiento y estiramiento de la parte inferior, lo que provoca desprendimiento de la placenta y hemorragia. La cantidad de hemorragia corresponde al grado de desprendimiento, lo cual depende del sitio de implantación y del grado de estiramiento del útero que aumentara cuando el feto crezca. La hemorragia vaginal causada por una placenta previa usualmente no provoca dolor. Dependiendo de su localización, una placenta previa también puede obstaculizar el descenso fetal o bloquear el cérvix por completo a la hora del parto. La placenta previa es una condición que puede ser mortal

Hipertensión inducida por el embarazo:

Hipertensión arterial y proteinuria en orina después de las 20 semanas de embarazo, se manifiesta con dolor de cabeza (cefalea), visión borrosa, dolor en boca del estómago (epigastria), edema de cara y manos. Si hay presión arterial sistólica mayor de 140 mm/Hg y diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg es pre eclampsia moderada.

La preeclampsia es una enfermedad hipertensiva provocada por el embarazo. Los síntomas pueden ser dolor de cabeza, visión borrosa, edema en miembros superiores e inferiores y mareos. Estos se presentan hasta después de la segunda mitad del embarazo., usualmente en el tercer trimestre. Aunque el edema en los pies es normal y la experimentan por lo menos un 80% de las mujeres embarazadas, el edema de las manos y la cara es diferente y debe alertar a la persona que presta el Control Prenatal.

Otros síntomas incluyen dolores epigástricos, palpitaciones y problemas visuales, aumento rápido de peso, presión arterial arriba de 140/90 más cualquier de estos síntomas dolor de cabeza severo, dolor abdominal severo y proteinuria tres cruces. Si la pre eclampsia no es tratada puede pasar a eclampsia y puede causar daños cerebrales a

³⁷Estrategia de AIEPI AIMN-C. Componente comunitario. Manejo Integrado de la mujer y del recién nacido/a. 2014

la madre o al niño/a. Además es una causa principal de mortalidad materna y neonatal. Esta se presenta a través de convulsiones o como y son una emergencia obstétrica. Las Comadronas deben estar conscientes que la eclampsia todavía se puede presentar hasta 48 horas después del parto.

Con la detección temprana y la referencia al hospital para su tratamiento, puede prevenirse la mortalidad. La pre eclampsia es más común entre las primigestas, mujeres con embarazos múltiples o mayores de 35 años y mujeres con poli hidramnios (cantidad excesiva de líquido amniótico). Es ideal que el personal que presta los servicios en los servicios de maternidad y las Comadronas pueda detectar la hipertensión arterial a través de un esfigmomanómetro y un estetoscopio a demás identificar edema anormal, dolor de cabeza, palpitaciones, visión borrosa.³⁸

Infección del Tracto Urinario Infección del sistema urinario que puede ser asintomática, producir cistitis y/o pielonefritis, que presenta algunos de los siguientes síntomas: - Dolor de cabeza. - Dolor y/o ardor al orinar. - Náusea. - Orina frecuente y escasamente (poliuria y polaquiuria). - Fiebre. - Escalofríos. - Dolor supra púbico (encima del pubis). - Dolor lumbar.

Taquicardia materna y/o fetal. La Comadrona debe de indicar a la embarazada que se realice una prueba de orina simple al tener cualquiera de los síntomas anteriores.

Ruptura de Membranas Ovulares Pre término Salida de líquido amniótico por la vagina, de las 20 a las 36 semanas de gestación. La ruptura prematura de membranas es cuando las membranas que cubren al feto se rompen más de 24 horas antes del parto. Cuando las membranas están intactas constituyen la mayor protección contra las infecciones, tanto para la madre como para el feto. Esta protección debe permanecer intacta hasta que la mujer entra en trabajo de parto activo. Idealmente hasta que ya está pujando para sacar al bebé. Si hay ruptura de membranas antes de iniciar el trabajo de parto, generalmente la señora y el bebé estarán bien si el parto ocurre dentro de un período de 24 horas. Sin embargo, si no sucede así, el riesgo de Sepsis tanto para la madre como para el bebé aumentan dramáticamente.

³⁸Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea basal de la Mortalidad Materna para el año 2000. Informe Guatemala. 2013

Es importante que la Comadrona enseñe a las mujeres embarazadas a detectar este peligro, si le estas saliendo líquido por la vagina que se siente como un torrente de agua tibia o como un pequeño goteo continuo, probablemente en mayor cantidad cuando tose o estornuda. El líquido amniótico continúa produciéndose, así que este goteo continuará. Para prevenir la Sepsis en la madre y el bebé, la Comadrona o personal institucional del primero y segundo nivel deben referir al hospital a cualquier señora que haya sufrido una ruptura de membranas

2.5 Demoras en la atención materna

Las demoras son todos aquellos factores, o la inacción de identificar una necesidad de salud, que inciden negativamente en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, posparto y en la atención al recién nacido/a.

La comadrona juega un papel importante en el cuidado de la mujer durante la etapa de prenatal, es cuidadora, consejera y previsor, a través de las visitas de control identifica, cualquier molestia que la gestante presente o le manifieste, la comadrona es el enlace entre la comunidad y los servicios de salud. Durante el cuidado prenatal se deben considerar las demoras en la atención como desencadenantes de la muerte materna. Uno de los métodos utilizados, es el conocido como el camino para la supervivencia a la muerte materna, metodología que permite identificar en cada uno de los casos, las demoras asociadas a la ocurrencia de la morbilidad materna Ortiz y Col. (2010) identificando no solo los determinantes biológicos y médicos sino otros determinantes asociados en el evento final.

Estas demoras pueden enfrentarse con la participación, compromiso y responsabilidad de las personas que son parte de la cotidianidad de la mujer embarazada, tales como la comadrona, la pareja, la comunidad, los centros de atención y demás agentes del entorno.

.La provisión de los cuidados en salud deben estar enfocada a acciones de prevención, promoción y atención de daños, los cuales son brindados tanto por el personal de salud, como por la misma usuaria y su entorno próximo (familia y territorio) El modelo de las cuatro demoras describe las barreras que retrasan la obtención o recepción de atención de emergencia, cada una de las demoras se refieren a un contexto específico y

permite evaluar el nivel de atención materna.³⁹

Demora I: Falta de reconocimiento de los signos de Peligro, .La falta de información de las señales de peligro, complicaciones del embarazo y la tardanza en reconocer que existe un problema y que necesita ser atendido por un servicio de salud con un nivel de atención mayor.

Es importante garantizar la competencia de las comadronas en el reconocimiento de los signos y señales de peligro en el embarazo tomando en cuenta los factores sociales, biológicos y obstétricos, y asegurar la importancia y por qué se deben referir a las embarazadas al control prenatal institucional estandarizado.

Demora II: Retraso en la toma de decisiones para la búsqueda de atención por la gestante y su familia relacionada con barreras sociales, culturales y económicas.

Aunque la gestante reconozca los signos y señales de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho, tiene que tener el aval del esposo, suegros o familiar cercano.

Es importante involucrarla comunidad mediante la organización de comités de emergencia para el apoyo en la toma de decisiones, principalmente en la referencia oportuna a un servicio de salud. (Implica desde la organización del plan de emergencia hasta el cumplimiento del mismo.⁴⁰ Es importante mantener el proceso de sensibilización dentro de la comunidad para que la toma de decisiones sea oportuna al momento que se reconozcan las señales de peligro y que se actúe de inmediato y así evitar una muerte materna.

Demora III: Se refiere a las limitaciones que existe por el retraso en la logística de referencia relacionada con vías de transporte, sistema de remisión de paciente entre la comunidad y servicio de salud. 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.

³⁹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015.

⁴⁰Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Manual para la intervención corta en la capacitación a Comadronas Tradicionales. Guatemala.2006.

Demora IV. Se refiere a la atención institucional deficiente e inoportuna entre las que se puede destacar la falta de competencia técnica del personal. La falta de insumos, equipo mínimo necesario y medicamentos.⁴¹

Las causas clínicas que provocan la mayor parte de muertes maternas son: Hemorragia, Sepsis Hipertensión inducida por el embarazo y abortos, por lo que las acciones del personal deben dirigirse a la resolución de las mismas con competencia técnica.

Mantener actualizada a la comadrona en la aplicación de las intervenciones en las cuatro demoras y monitorear la atención que provee. En la medida que dichas intervenciones se realicen se mejorará la calidad de los servicios y la aceptación de los mismos.

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

2.6 Plan de emergencia familiar

La presencia de un signo de peligro o de alarma durante el embarazo requiere de una respuesta inmediata y eficaz por parte de la gestante, su pareja, su entorno familiar y la comunidad. Si se llega tarde al servicio de salud apropiado, la madre y el bebé pueden empeorar, aumentando así el riesgo de muerte para ambos.

Antes que exista realmente la emergencia, es mejor elaborar un plan con toda la familia y personas que vivan con la gestante, para que sepan qué hacer y cómo actuar antes, durante y después de la emergencia de la embarazada.

Aspectos a considerar

- Toda gestante está bajo riesgo de tener complicaciones graves en cualquier momento, aunque su embarazo esté desarrollándose bien.
- La gestante y su entorno deben saber cuáles son los signos de peligro o de alarma y que éstos necesitan atención médica inmediata.
- Identificar el establecimiento de salud apropiado a dónde acudir.
- Identificar a las personas que la acompañarán al establecimiento de salud

⁴¹Salud-de-mujer.blogspot.com/.../plan-de-emergencia-en-el-embarazo-sal

- Asegurarse que el medio de transporte a utilizar en la emergencia esté disponible en cualquier momento.
- Planificar quiénes quedarán al cuidado de los otros miembros de la familia y de la casa cuando se da la emergencia.
- Tener dinero disponible al alcance de la gestante para cubrir los gastos mínimos que se generen en la atención de la emergencia (transporte, consulta, medicinas, entre otros).
- Tener un maletín listo con los artículos de uso personal necesarios para la gestante y su bebé. Esta información se puede obtener en el establecimiento de salud durante el control pre natal (bata, ropa interior, cepillo de dientes, pasta dental, jabón, peine, pañales, ropa del bebé, entre otros).
- Decidir cómo se van a comunicar la pareja y/o familiares clave durante la emergencia.

A nivel de los servicios de salud del primer y segundo nivel de atención, se hace entrega el plan de emergencia familiar a la embarazada y se le orienta los pasos a seguir.

2.7 Cultura

La cultura es un "lente" heredado para que el individuo perciba y entienda su mundo y para que aprenda a vivir en él,⁴² y al entenderse como la suma de creencias, prácticas, hábitos, aversiones, costumbres, rituales, que se aprenden en la familia a través de la socialización⁴³

Cultura se refiere a los valores, creencias, normas y modos de vida que son aprendidos, asumidos por determinado grupo⁴⁴ Del latín traditio, la tradición es el conjunto de bienes culturales que se transmite de generación en generación dentro de una comunidad. Se trata de aquellos valores, costumbres y manifestaciones que son conservados socialmente al ser considerados como valiosos y que se pretenden inculcar a las nuevas generaciones. (35)

Las Comadronas Tradicionales son un grupo con influencia directa de tradiciones y culturas aprendidas de sus ancestros y otras adquiridas a lo largo de su vida. La prevención en la medicina maya por parte de la comadrona empieza con el control prenatal que realiza a través de las visitas a su paciente en la casa, una vez que se solicita su servicio por la familia, el esposo o la misma paciente.

⁴²Helman CG. Cultura, Saúde & Doença. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

⁴³Spector RE. Las Culturas de la Salud. Madrid: Pearson Educación; 2003.

⁴⁴<http://definicion.de/tradicion/> 11 de mayo de 2012

Las visitas de las embarazadas en las comunidades de la jurisdicción de Carcha I, varía de una comadrona a otra, algunas lo realizan una vez cada mes hasta el séptimo mes; durante el octavo y noveno mes las visitas se realizan cada quince días y más frecuente en las últimas semanas durante la visita prenatal antes de realizar el examen prenatal la comadrona sigue los pasos heredadas de los abuelos en un momento ceremonioso pide al Creador de la vida, que la guíe en el momento de la práctica, para hacer bien el trabajo que ha heredado y pone en práctica lo que ha aprendido a través de las maniobras de Leopold.

Que en la práctica se conoce como sobada lo realiza con delicadeza, aplicándose aceite en las manos. Al finalizar el examen le brinda consejería a la madre con respecto a higiene personal, alimentación, identificación del riesgo, y la aconseja sobre el descanso. Y la aconseja para cuidarse de los efectos que ponen en riesgo la vida de la madre y del niño. La embarazada debe evitar salir afuera de la casa cuando hay eclipse ya que causa malformaciones, para contrarrestar el efecto se coloca ganchos de ropa en la faja o delantal para protección. Se recomienda a la embarazada estar alerta si presenta algún signo de peligro en el embarazo como: salida de líquido, hemorragia, hinchazón y falta de movimiento fetal.

2.8 Teoría de Madeleine Leininger.

La finalidad de la teoría de la enfermería transcultural consiste en descubrir los puntos de vista personales o culturales. En su opinión Madeleine Leininger una teoría de Enfermería deben tener en cuenta el descubrimiento creativo de los individuos ,las familias y los grupos ,con sus prácticas asistenciales ,valores ,expresiones ,creencias y acciones basadas en sus estilos de vida y su cultura, para procurar una asistencia de enfermería eficaz, satisfactoria y coherente desde el punto de vista cultural.

Leininger desarrollo su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, que se basa en la convicción de que las personas de culturas diferentes puede no ofrecer información y orientar los profesionales para recibir la clase de cuidados prácticas asistenciales meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten demora las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de los pacientes.

La profesión de Enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una

perspectiva cultural amplia y holística, para descubrirlas expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería.⁴⁵

⁴⁵ Tomey Ann M. Marta Raile A. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona: Harcourt. Brace. 4ª.ed. 1999.

III OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar las competencias de las comadronas en la atención prenatal en la jurisdicción de Carchá I.

3.2 Objetivos Específico:

3.2.1. Identificar las prácticas en la atención prenatal que realiza la comadrona en la comunidad.

3.2.1. Cuantificar los conocimientos que tienen las comadronas en el plan de emergencia familiar

IV, MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

El presente estudio es cuantitativo, descriptivo y transversal porque su principal objetivo es determinar las competencias de las comadronas tradicionales que atendieron Control Prenatal durante los meses octubre a diciembre del año 2013, a través de una entrevista de preguntas cerradas brindando datos numéricos con relación al tema estudiado. Es de corte transversal obteniendo los datos en un momento determinado. Así como el análisis de la información cuantitativa de los datos obtenidos de las respuestas brindadas por 30 Comadronas Tradicionales en la jurisdicción Carcha I.

4.2 Población

Está constituido por las comadronas tradicionales, programadas en el plan técnico de la jurisdicción Carcha I del año 2013 en el distrito municipal de San Pedro Carcha, Alta Verapaz, durante los meses de octubre a diciembre del año 2013.

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Comadronas tradicionales registradas en la base de datos de la Jurisdicción Carcha I, del distrito municipal de San Pedro Carcha, Alta Verapaz, durante los meses de octubre a diciembre del año 2013.

4.4 Unidad de Análisis

Se entrevistaron las 30 comadronas tradicionales registradas en la base de datos de la Jurisdicción Carcha I, del distrito municipal de San Pedro Carcha, Alta Verapaz, durante los meses de octubre a diciembre del año 2013.

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Comadronas que cuentan con registro
- Comadronas que cuentan con carne actualizado
- Aceptaron participar voluntariamente.

Criterios de Exclusión

- Comadronas que no pertenecen a la jurisdicción de Carcha I
- Comadronas que no cuentan con el carné actualizado
- Comadronas que no asisten a las capacitaciones mensuales
- Comadronas que no aceptaron participar en el estudio

4.6. Variable estudiada

Competencia de la comadrona en la atención prenatal

4.7 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
Competencia de la comadrona en la atención prenatal.	Conocimientos, destrezas y conducta de la comadrona que se requiere en la practica	1.Control prenatal	1 2. 3.
		2. Control prenatal institucional	4. 10. 11.
		3 Influencias de las prácticas culturales	14.
		4. Signos de peligro en la embarazada	5. 8. 9. 15.
		5. Plan de emergencia familiar	6. 7.
		6,capacitación	12. 13.

4.8 Instrumento

Se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario tipo entrevista personal diseñado con 15 preguntas cerradas y semiestructurado, previamente validado en el estudio de piloto, y reformadas algunas preguntas de difícil comprensión por las comadronas. Se procedió a pasar el instrumento de manera individual y por petición de las comadronas se hizo en el idioma Q'eqchí.

4.9 Procedimiento para la recolección de la información

4.9.1 Técnicas:

Se utilizó la técnica de observación y un cuestionario tipo entrevista personal a las 30 comadronas participantes, respetando la privacidad e individualidad, se dio paso a la entrevista en el idioma local, previo se firmó el consentimiento informado para la aprobación de su participación en el estudio.

4.9.2 Procedimientos

Se gestionó autorización con el coordinador de extensión de cobertura, coordinadora técnica, enfermera ambulatoria y autoridades locales para realizar el estudio en la jurisdicción de Carcha I. Se seleccionó a la jurisdicción de Carcha I por antecedentes de muerte materna en los últimos cinco años.

El estudio piloto se realizó con las comadronas de la Jurisdicción de San Juan Bosco Campur en el municipio de Carcha Alta Verapaz que tiene características similares de la jurisdicción, reflejando algunos aspectos en las preguntas del cuestionario de difícil comprensión que permitieron modificarlo al pasar la prueba de campo.

Al sujeto de estudio se le informó previamente sobre la investigación, objetivos, procedimientos, se solicitó y firmó el consentimiento informado para participar voluntariamente en la investigación, se procedió a la recolección de datos tomando en cuenta la privacidad.

Se procedió a la tabulación de datos utilizando el programa Excel, elaboración de tablas para la presentación y discusión de resultados.

4.10 Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación

Este estudio se clasifica como categoría I (sin riesgo) ya que en ésta investigación se encuestó a 30 comadronas tradicionales capacitadas por la prestadora de servicios de salud, a quienes se les informó en su idioma materno los objetivos y fines del estudio, se

le dio lectura a la hoja de consentimiento informado, traducido en el idioma Q'eqchí, de manera individual fue firmada colocando la huella digital y algunas comadronas firma, las preguntas de selección múltiple fueron traducidas al idioma materno. Se aseguró la privacidad de los datos obtenidos ya que no se incluyeron ni se divulgaron datos personales de los encuestados. Los datos que se obtuvieron en la investigación fueron manejados por la investigadora respetando la confiabilidad de los mismos, no utilizados para otros fines que no sean los planteados en los objetivos de la presente investigación

4.11 Procedimiento de análisis de la información

4.12 Alcances y límites

Con esta investigación se logró determinar que es importante continuar con los procesos de capacitación y actualización de los conocimientos de las comadronas en las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con respecto a las actividades que conllevan a mejorar la calidad de atención prenatal, tomando en cuenta la frecuencia del control prenatal institucional y los servicios que se brindan en la edad gestacional estandarizada, la importancia del reconocimiento de los signos y señales de peligro, la toma de decisiones en el tiempo oportuno, la activación del plan de emergencia familiar.

4.13 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

Cada participante firmó la hoja de consentimiento informado donde textualmente dice que las respuestas obtenidas servirán únicamente para fines de investigación, y pueden dejar de contestar el cuestionario en el momento que lo consideren.

4.14 Procedimientos de análisis de la información.

Tabulada la información en hojas de Excel se procedió analizar las respuestas brindadas en base a la estadística descriptiva aplicando los porcentajes respectivos. Seguidamente se crearon cuadros y tablas para la presentación y discusión de resultados.

V RESULTADOS

CUADRO 1

Competencia de la comadrona en la atención prenatal

Edad gestacional para realizar el primer control prenatal en la comunidad	Frecuencia	Porcentaje
12 Semanas	11	35
20 semanas	0	0
Mayor de 20 semanas	19	65
Otro	0	0
Frecuencia en el seguimiento del control prenatal		
7 días	13	45
15 días	6	20
30 días	11	35
30 días a más	0	0
Las maniobras de Leopold determinan		
Crecimiento fetal	9	30
Presentación fetal	15	50
Semana gestacional	4	15
Otro	2	5

CUADRO 2

Control Prenatal Institucional

Motivos para la referencia del control prenatal institucional	FX	Porcentaje	Edad gestacional indicado para los controles prenatales a nivel institucional	FX	Porcentaje
Vacunación	4	15	Antes de las 12 semanas	3	10
Suplementación	21	70	26 semanas	0	0
Laboratorios	2	5	32 semanas	0	0
Examen físico	3	10	36-38 semanas	0	
Otro	0	10	otro	3	10

CUADRO 3

Que motivos manifiestan las madres para no asistir al control prenatal institucional

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Económico	13	45
Cultural	7	25
Distancia	6	20
Actitud del personal	3	0
Otro	27	27

CUADRO 4

Reconocimiento de los signos y señales de peligro durante el embarazo por la comadrona

Signos	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia, fiebre, cefalea	19	60
Hemorragia, fiebre, cefalea, visión borrosa	7	25
Hemorragia, fiebre, cefalea, ruptura prematura de membranas, dolor epigástrico	4	15

CUADRO 5

Intervenciones de la Comadrona en las emergencias obstétricas

Acciones	Frecuencia	Porcentaje
Le inicia tratamiento con medicina natural	0	0
La refiere al servicio de salud	24	80
La refiere con el comité de salud	3	10
La refiere con el terapeuta maya	3	10

CUADRO 6

Conocimiento de las demoras en la atención materna

Primera demora	Frecuencia	Porcentaje	Segunda demora	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta correcta	7	25	Respuesta correcta	3	10
Respuesta incorrecta	23	75	Respuesta incorrecta	27	90

CUADRO 7

Conocimiento de la organización que conlleva el plan de emergencia familiar

Descripción de los pasos del plan de emergencia familiar	Frecuencia	Porcentaje
A dónde ir, cuánto dinero tenemos listo, quien acompañara a la embarazada	11	35
A dónde ir, cuánto dinero tenemos listo, quien acompañara a la embarazada.	4	15
A dónde ir, cuánto dinero tenemos listo, quien acompañara a la embarazada, como ir, quien cuidara la casa y los hijos	4	15
Desconoce	15	50

VI DISCUSIÓN Y ANALISIS

El rol de las comadronas en la comunidad hace énfasis en el cuidado de la gestante desde el momento de la captación y la periodicidad de los controles es más corto que lo estipulado en las normas de atención del primer y segundo nivel. El control prenatal debe iniciarse en el primer trimestre de la gestación, esto permite la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control prenatal.⁴⁶ Esto difiere con lo investigado en relación a la opinión de las entrevistadas ya que el 35% manifiesta que las embarazadas acuden a ellas al final del primer trimestre de gestación y el resto opina que las madres inician el control prenatal al tener la certeza de que están embarazadas guiadas por los movimientos fetales.

Perez J.P. (2012) Existen 66 veces más posibilidades de tener un control prenatal de calidad cuando este es precoz (OR: 66.1 IC95% 9.2-133.7), es decir el control prenatal es iniciado en el primer trimestre⁴⁷

En relación a la frecuencia del control prenatal el 45% de las comadronas manifiestan que programan cada 7 días las visitas de seguimiento del control prenatal, con el fin de brindarles consejería en alimentación, descanso, y orientarlas en cuanto a dudas que manifiesta la madre con respecto a los cambios presuntivos en el embarazo, atendiendo necesidades de salud integral con pertinencia cultural.

Grandi C, Sarasqueta P (1996) en su opinión la evaluación de los requisitos básicos del CPN recomendados para disminuir el daño perinatal señala que hay graves deficiencias a partir de fallas estructurales en la cobertura, precocidad y periodicidad. Una fracción importante de las embarazadas nunca controla su gesta, asimismo el número de controles es bajo y existe una tendencia a un inicio tardío del control del embarazo que se ubica hacia el final del segundo trimestre.⁴⁸

⁴⁶ Schwacz, Ricardo y colaboradores. Obstetricia, 6ª. ed. 2012

⁴⁷ Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina

⁴⁸ Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Archivos Argentinos de Pediatría. 1996;94(4):232-237

En la ley de Maternidad Saludable se define Control Prenatal como “el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se brindan a las mujeres embarazadas, con el objetivo de detectar tempranamente las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y preparar el plan de parto, que incluye la elaboración de un plan de emergencia ante una complicación”.⁴⁹

45% de las comadronas manifiestan que la inasistencia de las madres al control prenatal institucional es por factor económico, tomando en cuenta la distancia y el transporte, el 25%, es por factores culturales, sin embargo llama la atención que el 10% se refiere a la actitud del personal institucional:(Idioma, practicas institucionales, irrespeto a sus costumbres y tradiciones traducidas en la creencia que el parto es caliente por lo tanto su dieta es especial comidas calientes excluyendo el frijol, aguacate, entre otros) Lo anterior nos lleva a obtener nuevos conocimientos para el cuidado que de acuerdo con Leininger la enfermería transcultural es una disciplina especializada enfocada en los significados de cuidado, valores y prácticas dentro de un contexto cultural.⁵⁰

Las barreras geográficas, se referían a accidentes geográficos del suelo o a una barrera material construida por el mismo hombre. Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como para comprar medicamentos, entre otros. Las barreras administrativas expresaban los obstáculos que impone la organización misma de los servicios, como los horarios de atención o los turnos. La barrera cultural se centraba en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una dificultad en el acceso

51

El 80% de las comadronas entrevistadas tiene la competencia de tomar la decisión, de hacer la referencia oportuna al servicio de salud más cercano cuando se le presenta alguna complicación, sin embargo existe 20 % que primero busca al terapeuta maya, o comité de salud antes de hacer la referencia. En relación al conocimiento que tienen las comadronas respecto al contenido del plan de emergencia familiar, se determinó que solo

⁴⁹ Schwacz, Ricardo y colaboradores. Obstetricia, 6ª. ed. 2012

⁵⁰ Leininger, M. 2002: Adela Rincón. Investigación enfermería transcultural para transformar la educación y la práctica de enfermería.

⁵¹ Cáceres Manrique F. El control prenatal: una reflexión urgente.

el 55% describe entre tres y cuatro acciones del plan de acción familiar. Sin embargo el 45 % no dio ninguna respuesta, La presencia de un signo de peligro o de alarma durante el embarazo requiere de una respuesta inmediata y eficaz por parte de la gestante, su pareja, su entorno familiar y la comunidad. La tardanza al servicio de salud apropiado, aumenta el riesgo de muerte para el binomio madre-hijo.

El 90% de las comadronas desconocen la edad gestacional para la referencia del control prenatal institucional establecida en las normas de atención integral de salud. El control prenatal institucional de acuerdo a las Normas de atención⁵² se recomienda de la siguiente manera: Primera Consulta: antes de las 12 semanas. Segunda Consulta; 26 semanas. Tercera Consulta: 32 semanas, Cuarta Consulta: 36 a 38 semanas

La embarazada recibirá micronutrientes, vacuna DT, exámenes de laboratorio, tratamiento en caso de morbilidad, consejería con respecto alimentación balanceada, higiene general, Lactancia materna exclusiva, plan del parto, plan de emergencia familiar.

El 70% de las comadronas entrevistadas manifiestan que las embarazadas cuentan con plan de emergencia familiar. El objetivo de éste plan es prevenir junto con la familia las posibles situaciones que se pueden presentar durante el periodo de la gestación, parto y pos parto. Este plan lo deben conocer las comadronas y los miembros de la familia para saber cómo actuar oportunamente si se presentan señales de peligro en cualquier momento de los mencionados anteriormente. Se debe ir planificando en forma sencilla y oportuna, realizando preguntas a la madre y a la familia.⁵³

En relación al manejo de la primera demora únicamente el 25% de las comadronas entrevistadas respondió adecuadamente. Esta primera demora constituye la falta de reconocimiento de los signos de peligro que amenazan la vida de la mujer y del niño. La falta de conocimiento de las señales de peligro y la tardanza en reconocer que existe un problema, que necesita ser atendido por un servicio de salud de mayor resolución, garantizando de ésta manera la atención oportuna y libre de riesgos,

El 45% de las comadronas incluyen las prácticas beneficiosas y las no beneficiosas, relacionadas con la alimentación, higiene, actividad física, consumo de medicamentos,

⁵² Ministerio de Salud pública y Asistencia Social Normas de Atención en Salud Integral (.2010)

⁵³ Manual del facilitador para personal de servicios de salud responsable de fortalecer las competencias técnicas de la comadronas (2014) 2ª ed.,p 43

respetando la parte holística que conlleva la tradición familiar donde la partera tradicional es una fuente de información y atención para proteger el embarazo y prevenir complicaciones.⁵⁴

En el presente estudio se determinó que únicamente el 60% de las comadronas entrevistadas reconoce tres signos generales de peligro durante el embarazo, destacando la hemorragia vaginal, visión borrosa, ruptura prematura de membranas ovulares, ese resultado tiene similitud con los resultados del estudio realizado por Chaves Colon K.S (2012) la cual indica que solamente un 56% de las comadronas conocen los signos de peligro que se pueden presentar durante el embarazo. Esto evidencia que en los procesos de compartimiento de saberes debe abordarse con más énfasis en la temática de signos generales de peligro. En el departamento de Alta Verapaz las hemorragias están consideradas como la causa principal de muerte materna.

⁵⁴ Yenita Agus, Shigeko Horiuchi and Sarah E Porter. Agus et al. BMC Research Notes, 5:589. Creencias

6,1 RESULTADOS DE INTERVENCIÓN

Desde tiempos ancestrales la comadrona tradicional es una de las figuras que siempre ha existido desde los inicios de la humanidad, siendo las primeras comadronas, del pueblo hebrero SIFRA Y FUA, quienes desobedeciendo las órdenes del Faraón de Egipto de matar a todo varón que naciera y dejar vivir solo a las niñas, desde entonces se vienen transfiriendo de generación en generación los conocimientos básicos de atención obstétrica empírica. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS, desde el año 1990 ha venido desarrollando talleres de capacitación a través de diferentes metodologías, principalmente la andrológica o educación de adultos.

Las comadronas que geográficamente pertenecen a las prestadoras de servicios de salud, mensualmente la enfermera ambulatoria les comparten un tema de salud con énfasis en la atención prenatal, parto, posparto y atención del neonato.

Se identificó a través del cuestionario de preguntas en el trabajo de campo que el 50% de las comadronas no conocen los elementos del plan de emergencia familiar, por lo que su intervención con las madres y las familias es poco.

La referencia de las embarazadas para el control prenatal institucional en las semanas normadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social desconoce su importancia del mismo. Tomando en cuenta los antecedentes anteriores se elaboró un programa de capacitación tomando en cuenta los contenidos temáticos que han sido elaborados por el Programa Nacional de Salud Reproductiva año 2014 y que fue validado por comadronas de 5 municipios del departamento de Alta Verapaz. Tomando en cuenta 7 módulos estandarizados que deben desarrollarse en el 100% de las comadronas del departamento, sin embargo tomando en cuenta el tema de investigación que hace énfasis en el control prenatal, con el grupo de comadronas de la Jurisdicción de Carcha I, se ha desarrollado el módulo 2.

Avances de las intervenciones;

- Los contenidos del módulo 2 se han desarrollado en un 70%.
- Las comadronas cuentan con el plan de emergencia familiar y socializan con las embarazadas y familia los contenidos de dicho plan.
- Las comadronas refieren al servicio de salud las embarazadas que presentan riesgo obstétrico.

- Las comadronas acompañan a las embarazadas durante el control prenatal en el centro de convergencia.
- La enfermera ambulatoria retoma la función docente en la formación y actualización de Comadronas mensualmente.
- En relación al cumplimiento del control prenatal institucional se ha avanzado en un 10%, ya que aún persiste en las embarazadas el temor, por el parto institucional, manifiestan que sienten vergüenza que las examinen otro personal que no las conocen.
- El factor económico impide que asistan al seguimiento del control prenatal institucional especialmente las que viven en poblados de poco acceso vehicular y no cuentan con recurso económico para el transporte.

Es importante, que el personal institucional brinde una atención con enfoque intercultural y que se organice una clínica específica para el seguimiento del control prenatal institucional reduciendo la brecha del tiempo de espera, ya que se ha evidenciado que si no acuden en el horario programado por los servicios de salud ya no son atendidas.

6.2 CONCLUSIONES

6.2.1.-El presente estudio determinó que las competencias de las comadronas tradicionales durante atención prenatal lo hacen con certeza, e identifican a través de la evaluación el crecimiento, presentación fetal, edad gestacional e identifica señales de peligro y las refiere oportunamente al servicio de salud más cercano.

6,2.2.- En relación a las prácticas de atención prenatal las comadronas inician el control prenatal antes de las 12 semanas de gestación y la frecuencia del seguimiento del control prenatal, es continuo con intervalo menor de 30 días, tomando en cuenta el acceso ya que residen en la misma comunidad y la atención es con pertinencia cultural.

6.2.3 El 50% de comadronas identifican los pasos del plan de emergencia familiar y lo socializa con las embarazadas y familia.

6.2.4.- Las comadronas desconocen el número de control prenatal institucional y la edad gestacional estandarizadas según normas del primer y segundo nivel de atención, el desconocimiento de la normativa repercute en bajas cobertura de atención prenatal institucional.

6.3 RECOMENDACIONES

6.3.1.- Fortalecer las competencias de las comadronas a través del dialogo e intercambio de saberes, desarrollando los contenidos del módulo II de la guía de capacitación vigente del Ministerio de Salud Pública que incluye la temática de atención prenatal.

6.3.2.- Fortalecer el intercambio de saberes de las comadronas a través de la práctica de control prenatal promoviendo la captación de las embarazadas antes de las 12 semanas para dar inicio a la vigilancia de maternidad saludable con pertinencia cultural

6.3.3.- Estandarizar un plan de capacitación a comadronas y desarrollar los contenidos de los módulos maternos neonatales y socializar el plan de emergencia familiar entregándole un ejemplar elaborado en manta vinílica.

6.3.4.- Socializar con las comadronas las normas integrales del primer y segundo nivel de atención referente al control prenatal institucional, la referencia oportuna a los servicios de salud y la importancia de la oferta de los servicios que se entregan a las gestantes en las fechas programadas

VII REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Álvarez López. (2004). Práctica de las comadronas en la atención de las embarazadas (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Mariano Galvez de Guatemala.
2. Armas B.L.F, Estudio realizado con comadronas tradicionales adiestradas del municipio de San Cristóbal Acasagatlan
3. Batalla Martínez C, García Soldevila M, Sánchez Beiza L. Embarazo y parto no complicados. En: Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1994. pp. 410-424.
4. Chávez Colon K.S.(2012)Conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de Antigua Guatemala acerca del control prenatal (Tesis inédita de licenciatura). Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala.
5. Chávez Colon K.S.Conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de Antigua Guatemala acerca del control prenatal. Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala. 2012
6. Congreso de la República de Guatemala. Ley para la Maternidad Saludable. Decreto 32, 2010- Guatemala: sn. 2010
7. Cunningham, Gary et al. Gineco Obstetricia de Williams . 22 ed.:2006
8. Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, departamento de estadística 2012
9. Dirección de Área de salud de Alta Verapaz. Evaluación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna en Alta Verapaz. 2014
10. Escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/.../control_prenatal. Consultado mayo 2014

11. Estrategia de AIEPI AIMN-C. Componente comunitario. Manejo Integrado de la mujer y del recién nacido/a. 2014
12. Fescina R, De Mucio B, Díaz Rosello J, Martínez G, Serruya S. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2a ed. Montevideo: CLAP/SMR Publicación Científica N° 1573; 2010.
13. Guatemala tasa de natalidad-población-mundi. www.indexmundi.com .
14. Helman CG. Cultura, Saúde & Doença. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
15. <http://definicion.de/tradicion/> 11 de mayo de 2012
16. La natalidad en el mundo-Globometer. En línea es.globometer.com/natalidad.php
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Manual para la intervención corta en la capacitación a Comadronas Tradicionales. Guatemala.2006.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea basal de la Mortalidad Materna para el año 2000. Informe Guatemala. 2013
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Normas de Atención Integral.2010
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para implementación integral materna y neonatal 2010.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías Atención del Embarazo Parto, Puerperio, y Emergencias Obstétricas. Guatemala. Guatemala: s.n. 2006
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual para intervenciones cortas en capacitación de comadronas Tradicionales. Guatemala.2006.

24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual para intervenciones cortas en capacitación de comadronas Tradicionales. Guatemala.2006.
25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral
26. OMS. Diez datos sobre partería en el mundo. www.bebesymas.com/parto/diez-datos-sobre-las-matronas-en-el-mundo
27. OMS. Mortalidad Materna. Nota descriptiva No. 348. 2014
28. Organización Mundial de la Salud, Informe para la Revisión y análisis de la información y datos sobre Parteras Tradicionales.
29. Quinn, Elizabeth et al. Historia Médica: La Escuela de Comadronas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. Guatemala. s.n. 1997. p.
30. Rev. Panam Salud Pública vol.26n.4 Washington Oct.2009
31. Salud integral incluyente.com/proyecto/enfoques/html.
32. Salud-de-mujer.blogspot.com/.../plan-de-emergencia-en-el-embarazo-sal
33. Schwarcz R, Uranga A, Lomuto C, Martinez I, Galimberti D, García O, et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepciones y del control prenatal. Buenos Aires 2001
34. Schwarcz R. Fesina.R. Duverges.C.Obtetricia. 6ª ed. 2012
35. Schwarcz R. Fesina.R. Duverges.C.Obtetricia. 6ª ed. 2012
36. Spector RE. Las Culturas de la Salud. Madrid: Pearson Educación; 2003.

37. Tomey Ann M. Marta Raile A. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona: Harcourt
38. Schwacz, Ricardo y colaboradores. Obstetricia, 6ª. ed. 2012
39. Pérez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.
40. Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Archivos Argentinos de Pediatría. 1996; 94(4):232-237
41. Leininger, M. 2002: Adela Rincón. Investigación enfermería transcultural para transformar la educación y la práctica de enfermería.
42. Cáceres Manrique F. El control prenatal: una reflexión urgente.
43. Ministerio de Salud pública y Asistencia Social Normas de Atención en Salud Integral (.2010)
44. Manual del facilitador para personal de servicios de salud responsable de fortalecer las competencias técnicas de la comadronas (2014) 2ª ed. 43
45. Yenita Agus, Shigeko Horiuchi and Sarah E Porter. Agus et al. BMC Research Notes,5:589.Creen.

VIII ANEXO



Anexo 1

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ENTREVISTA

INSTRUCCIONES: A continuación se realizará una serie de preguntas que podrá responder de acuerdo a su experiencia, criterio y conocimiento. Este instrumento será manejado estrictamente por la responsable del estudio, los resultados no tendrán ninguna implicación en su desempeño. Agradezco atentamente su colaboración como participante

- 1) ¿Edad gestacional para realizar el primer control prenatal en la comunidad?
 - a) 12 semanas
 - b) 20 semanas
 - c) Mayor de 20 semanas
 - d) Otro, especifique

- 2) ¿Frecuencia en el seguimiento del control prenatal en la comunidad?
 - a) 7 días
 - b) 15 días
 - c) 30 días
 - d) 30 días a más

- 3) ¿Las maniobras de Leopold determinan?
 - a) Crecimiento fetal
 - b) Presentación fetal
 - c) Semana gestacional
 - d) Otro, especifique

- 4) ¿Qué motivos manifiestan las madres para no asistir al control prenatal institucional?
 - a) Económico
 - b) Cultural
 - c) Distancia

- d) Actitud del personal
- e) Otro

5) ¿Qué hace usted cuando detecta un signo de peligro en la embarazada?

- a) Le inicia tratamiento con medicina natural
- b) La refiere al servicio de salud
- c) La refiere con el comité de salud
- d) La refiere con el terapeuta maya

6) ¿Cómo se organiza el plan de emergencia familiar?

- a) A dónde ir
- b) Cuánto dinero tenemos listo
- c) Quien acompañará a la embarazada
- d) Cómo ir
- e) En que puede ayudar el comité de salud
- f) Quien cuidara la casa y los hijos

7) ¿Las embarazadas cuentan con plan de emergencia familiar?

- a) Si
- b) No
- c) Porque

8) ¿Que intervenciones se realizan en la primera demora

- a) Reconocer los signos y señales de peligro
- b) Referencia oportuna
- c) Activar el plan de emergencia familiar
- d) Otro, explique

9) ¿En qué consiste la segunda demora?

- a) Tardanza en la toma de decisiones
- b) No se activa el plan de emergencia
- c) Indiferencia
- d) Desconfianza en los servicios de salud

10) ¿Edad gestacional indicado para los controles prenatales a nivel institucional?

- a) Antes de las 12 semanas
- b) 26 semanas
- c) 32 semanas
- d) 36- 38 semanas

11) ¿Motivos para la referencia prenatal institucional?

- a) Vacunación
- b) Suplementación
- c) Laboratorios
- d) Otro especifique

12) ¿Con que frecuencia recibe capacitación en la comunidad?

- a) 15 días
- b) 30 días
- c) 60 días
- d) Nunca

13) ¿los temas impartidos durante la capacitación le ayudan en su desempeño?

- a) Si
- b) No
- c) Algunas veces.
- d) especifique

14) ¿Influyen las creencias y prácticas culturales en la salud de la madre y el hijo?

- a) Si
- b) No
- c) Algunas veces
- d) Especifique

15) ¿Mencione los signos y señales de peligro durante el embarazo?

- a) 1-3
- b) 1-4
- c) 1-5
- d) 1-7

Signos de peligro: Hemorragia, Fiebre, Cefalea, visión borrosa, Ruptura prematura de membrana, epigastralgia, presentación fetal anormal, dificultad respiratoria, anemia, contracciones uterinas antes de las 36 semanas, aumento de peso.

Anexo 2

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS



Guatemala, Octubre 2013

TITULO DEL ESTUDIO: Competencia de las comadronas en la atención prenatal, Carcha, Alta Verapaz, desarrollado por la licenciada Magda Ines Moeschler Bol, como parte del programa de Maestría Materno Neonatal que desarrolla la Universidad San Carlos de Guatemala cuyo objetivo es determinar las competencias de las comadronas en la atención prenatal en la jurisdicción de Carchá I, durante los meses de octubre a Diciembre del año 2013.

Su participación consistirá en responder las preguntas que se le irán realizando en forma anónima, luego de recolectar los datos, la investigadora procesará y analizará los resultados para luego concluir con los hallazgos , dando para ello las recomendaciones pertinentes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: declaro que he recibido la información necesaria sobre la investigación denominada: Competencia de las comadronas en la atención prenatal, Carcha, Alta Verapaz. . Por lo cual firmo la presente como constancia de mi participación informada y voluntaria pudiendo retirarme en cualquier momento si así lo considero.

Firma_____ Fecha_____

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la presente tesis, así como hacer referencia correspondiente cuando se citen los contenidos. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.