

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
DE LAS COMADRONAS SOBRE EL EMBARAZO,
PARTO Y PUERPERIO**

Estudio Observacional descriptivo, realizado en el
municipio de San José Pinula, departamento de Guatemala,
durante los meses de junio a julio de 1956.

JOSE RODOLFO AGUIRRE SAGASTUME

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVO	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI.	METODOLOGIA	28
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	32
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	54
IX.	CONCLUSIONES	59
X.	RECOMENDACIONES	61
XI.	RESUMEN	63
XII.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	64
XIII.	ANEXOS	68

I. INTRODUCCION

En Guatemala el papel de la comadrona es muy importante, ya que la actividad que realiza es para el bien de la población en el campo de la salud, específicamente en la obstetricia.-

Esta tiene mayor importancia en el área rural donde los problemas de salud son mayores y de una menor cobertura. En el área urbana metropolitana se ve disminuido, sin olvidar las áreas marginales donde la consulta a los servicios de salud son escasos por ausencia de los mismos o no contar con el suficiente recurso económico. Así se ve la importancia de brindar apoyo por parte del equipo Institucional de Salud para incorporar o mejorar conductas de procedimientos, actitudes y prácticas en las comadronas, disminuyendo así la mortalidad en las pacientes atendidas por ellas.

Los cursos de capacitación realizados por las Instituciones de Salud dirigidos hacia las comadronas, son necesarios para el mejoramiento de la atención en salud, por lo que previo a realizarlo debe efectuarse una evaluación, y analizar la información obtenida para luego orientar o ampliar conocimientos en lo que se encuentren deficientes.-

Así fue como este trabajo se realizó en el municipio de San José Pinula departamento de Guatemala, observando que en la mayoría de las comadronas los conocimientos, actitudes y practicas durante el embarazo y parto, se ven afectados por conceptos y metodología utilizada tradicionalmente también reconocen los momentos de referencia hacia Instituciones de Salud. No así durante el puerperio o período después del parto, donde el seguimiento es únicamente durante el puerperio inmediato. Los conocimientos sobre patologías del puerperio son pocos, por lo que la atención en salud hacia la madre durante este período es ineficiente.-

Aún persisten creencias tradicionales en las comadronas como el uso de "menjurjes o masajes", pero también se observó el interés por parte de la comadrona para su constante capacitación.-

La mayoría de estas (53%) eran analfabetas, lo que sugiere realizar las reuniones de capacitación de una forma participativa como dramatizando casos que se les pudiesen presentar durante la práctica, y esquematizándola a través de la la utilización de rotafolios, recursos ,ayudas , audiovisuales, etc. mejorando la comprensión y fijación por parte de estas.-

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En Guatemala, en años anteriores el 80% de los nacimientos fueron atendidos por comadronas (alcanzando el 90% en las áreas rurales). La capacitación a comadronas es una de las preocupaciones constantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para lograr dar una atención adecuada a las mujeres del área rural. Esta preocupación se basa en reconocer que la comadrona desempeña un papel importante dentro de la comunidad, por lo que se debe mantener y capacitar para una mejor atención.(27,31).-

Uno de los problemas más críticos en América Latina y del Caribe, es la salud de las madres. Al considerar las causas de morbilidad y mortalidad de la mujer a lo largo de su vida, es preciso tener en cuenta, que durante la etapa reproductiva, ella es susceptible de sufrir no solo las dolencias que afectan al hombre y mujeres de cualquier edad, sino también las enfermedades y trastornos relacionados con el embarazo, parto y puerperio (3).-

Podemos mencionar que cada año por lo menos medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio. Más del 99 % de las defunciones maternas se producen en países en desarrollo, las cuales representan un 86 % de los nacimientos del mundo (6).-

En las estadísticas oficiales de América Latina sobre la distribución porcentual de las defunciones maternas, de acuerdo con los distintos grupos de causas; El aborto se encuentra entre el primero y segundo lugar, en la mayoría de países de la región; siguiéndole en orden de importancia la toxemia, la hemorragia y las complicaciones del puerperio (22).-

Según encuesta del Ministerio de Salud Pública, la tasa de mortalidad materna "estimada" a nivel nacional para 1,989 fué de 0.2 mientras que la registrada fué de 12.9 por cada 10,000 nacidos vivos. Siempre a nivel nacional, alrededor del 83 % de los partos ocurrió en domicilio, el 15 % en hospitales, el 2% en casa de salud y 0.5 % en la vía pública (21).-

Es importante señalar que las complicaciones del embarazo parto y puerperio, producen graves consecuencias para la salud de la mujer, no solo en términos de mortalidad, sino que también en proporciones aún mayores, de morbilidad incapacitante. Por cada mujer que muere en el parto en países en desarrollo, 10 a 15 mujeres quedan incapacitadas de distintas maneras. Las formas más frecuentes de esta morbilidad son: la incontinencia urinaria, prolapso uterino, las fistulas y la esterilidad (22).-

De todo lo anteriormente descrito podemos analizar la importancia que tiene, el conocimiento de la comadrona sobre atención hacia las personas de la comunidad, y en este caso hacia las mujeres en edad fértil, específicamente en mujeres post-parto.-

Actualmente se reconoce que las comadronas cumplen una función importante dentro del sistema de salud, especialmente en el área rural. Si estas no estuviesen presentes en la comunidad, la morbilidad y mortalidad materno-infantil aumentaría.-

Así pues el objetivo primordial de esta investigación es evaluar que tan preparada se encuentra una comadrona para el seguimiento de una mujer durante los periodos del embarazo, parto y puerperio.-

III. JUSTIFICACION

Actualmente el 22.4% de los partos son atendidos por profesionales médicos, 38.6% por comadronas, 32.5% por personal empírico, 6.4% ningún tipo de atención.-

De 1990 a 1992 la tasa de mortalidad materna a disminuido de 106 por 100,000 nacidos vivos a 102 respectivamente. Esta información como indicador presenta grandes problemas porque las cifras exactas son desconocidas y frecuentemente subestimadas, así como lo señala un estudio realizado por Medina, en donde se encontró un subregistro del 44% a nivel nacional (24).-

La baja cobertura o la ausencia de servicios médicos en las regiones rurales, las barreras culturales y económicas, impiden una adecuada atención a las mujeres durante el parto; por eso son atendidos en su mayoría, por las comadronas o parteras, quienes generalmente son analfabetas y de edad madura (14).-

Se ha principiado a reconocer que la Comadrona Tradicional cumple una función indispensable en las comunidades rurales, no solo al considerarla como recurso humano para la salud, ya que forma parte fundamental de la Atención Primaria de Salud, sino como parte integral dónde vive. Siendo así, la comadrona es una parte esencial del sistema de Salud, por lo que es indispensable que se le oriente y capacite constantemente.- (13,16,17,33)

Así, reevaluando el trabajo de la comadrona y con una orientación más adecuada de los programas de capacitación, permitirán asegurar que la calidad en atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio pueda aumentar y a la vez disminuir la morbi-mortalidad, o incapacidad de estas mismas.-

En nuestro país existe muy poca información disponible acerca de la morbilidad materna; específicamente en relación a morbilidad materna post-parto atendida por comadrona tradicional capacitada en el municipio de San José Pinula.-

Por esto podemos justificar la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas de la Comadrona Tradicional Capacitada sobre el embarazo, parto, puerperio y los riesgos a que se encuentra expuesta la madre.-

IV. OBJETIVO

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen las comadronas sobre el embarazo, parto y puerperio; activas del municipio de San José Pinula.-

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

Antropología médica y medicina tradicional

" Para lograr proveer servicios de salud, estos deben ser presentados en forma aceptable al paciente, de allí que las creencias de una persona, con respecto a salud, enfermedad y curación deber ser consideradas".-

Cuando los servicios de salud " modernos" se hicieron más accesibles a la gente que, anteriormente dependía de la medicina tradicional, la antropología se interesó en los procesos sociales, culturales y psicológicos involucrados en el fenómeno, naciendo así: La Antropología Médica.-

Se diferencia de esta forma la medicina occidental o " científica", que busca respuestas a los problemas de salud dentro del contexto del desarrollo científico; de la medicina tradicional, también conocida como indígena, popular, folklórica o sistema médico no occidental, que es un término muy amplio. La OMS y OPS dan la siguiente definición:

" La suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos , explicables o no, utilizados para diagnosticar, prevenir y suprimir trastornos físicos, mentales o sociales, basados en la experiencia y la observación, transmitidos verbalmente o por escrito, de generación en generación. Puede considerarse también como una firme amalgama de práctica médica y experiencia ancestral".- (9,34)

Parte del trabajo de la antropología médica es teórico y descriptivo, investigando creencias sobre las causas de la enfermedad y sus curaciones, los tipos de curanderos y sus roles médicos y sociales. Parte ha sido práctico y aplicado, para facilitar la introducción de la medicina moderna a gentes cuyas previas experiencias médicas fueron tradicionales. Sin embargo, se ha encontrado oposición, porque planificadores y practicantes de medicina

moderna no reconocen que el problema de salud-enfermedad es tanto cultural como clínico. Estas personas no ven que la aceptación de la medicina moderna no es inmediata; y nunca completa, para estas personas. Posiblemente se deba a que no existe un sistema de salud que por si solo sea capaz de satisfacer todo lo que la gente espera (26).-

La medicina tradicional posee un profundo arraigo en las comunidades en la medida en que manifiesta rasgos inherentes a las concepciones del mundo de los grupos sociales que los ejercen, además cumple con una función social que sobrepasa los límites estrictamente terapéuticos, reforzando vínculos y cohesión social que han permitido resguardar importantes aspectos de la vida social de las comunidades donde existen (12).-

Como toda manifestación cultural, está sujeta a los cambios y a la dinámica que el desarrollo de la propia comunidad le imprime, de aquí la trascendencia de su posible interacción en los programas de atención primaria en salud. Otra de sus características es la gran confianza que los pacientes depositan en los terapeutas tradicionales. Es por esto que debe ser estudiada como un fenómeno integral, que en el mundo moderno convive con otro y otros sistemas médicos.-

Medicina tradicional en Guatemala :

Con el propósito de comprender las raíces de la medicina tradicional en la población; y sus diferentes metodologías es importante estudiar la cultura de los antepasados de la población nativa mayoritaria: Los Mayas.-

En esta como en otras culturas precolombinas existía una mezcla de medicina con la magia y la religión; pero no por esto se debe pensar que los métodos terapéuticos eran ineficaces y conducidos por charlatanes. Al contrario, la asociación de estos elementos tienen un efecto psicoterapéutico favorable que la ciencia moderna reconoce cada vez más como generador de afecciones corporales o restaurador del equilibrio psicosomático (1).-

Los Mayas desarrollaron amplios conocimientos sobre flora y fauna de las tierras que habitaron; su nomenclatura botánica superaba a la empleada en ese entonces en los países de Europa. Muchas de las plantas usadas por ellos conservan sus nombres indígenas y son estudiadas en la actualidad (4).-

Sus avances en varios campos de la medicina son narrados en varias obras de algunos españoles como Fray Francisco Ximenes en su crónica, en la que remarca su sorpresa al encontrar la similitud de la clasificación terapéutica por la relación a su estado frío-caliente, húmedo-seco, con la que ya era conocida por los españoles (4).-

Nuestra medicina tradicional actual fue influenciada fuertemente por la hispana que estaba cimentada en la medicina clásica greco-romana, que a su vez se basaba en la doctrina Hipocrática de los humores: sangre, flema, bilis negra o melancólica y bilis amarilla. Reconociendo a tres órganos del cuerpo como los más importantes: corazón, cerebro y el hígado. El desequilibrio de estos elementos se traducía en enfermedad. Esta clasificación quedó arraigada en los conceptos de enfermedad, medicamentos, alimentos, etc., persistiendo en la actualidad (34).-

Atención Primaria y Medicina Tradicional :

La atención primaria de salud, comprende actividades de los sistemas institucional y tradicional comunitario de sector salud, y se basa en la aceptación, donde haya lugar de la existencia de prácticas que la comunidad ha venido realizando tradicionalmente, para satisfacer sus necesidades, su evaluación para apoyar y mejorar las que evidentemente sean útiles; y reducir o eliminar las que demuestren ser perjudiciales, También comprende acciones de vida de las comunidades. Considera la participación activa, consciente y continua de la comunidad, así como la utilización de sus propios recursos para solución de los problemas de salud que la afectan. (6).-

Martínez y Moedano clasifican a los pueblos mesoamericanos así :

- Comunidades indígenas con elementos de cultura tradicional con cambios poco perceptibles con el paso de los años.
- Comunidades indígenas con elementos de cultura no tradicionales, que han sufrido algún grado de aculturación.
- Comunidades no indígenas con algunos elementos de la cultura tradicional.
- Comunidades no indígenas con o sin elementos de la cultura tradicional.

Otra más sencilla es:

- Indígena tradicional.
- Indígena parcialmente ladinizado o modificado
- Ladino o mestizo (18).-

LA COMADRONA

La comadrona generalmente es una mujer de edad avanzada, siendo originaria del lugar donde practica sus conocimientos, es madre de familia y su profesión la desempeña por herencia cultural, por esto es que se identifica como un recurso propio de la comunidad para la atención en la salud de la madre y el niño. En su mayoría son de origen indígena, teniendo algunas mucha experiencia por lo que son más solicitadas que otras para las dolencias de su población. Estas siempre tratan de resolver los problemas que se les presentan solas, por lo que generalmente no le dan importancia al control prenatal institucional y muchas desconocen los criterios de riesgo, por lo que las referencias a instituciones de salud son escasas.-

Cuando la atención de un parto concluye con la muerte del producto o de la madre, lo justifican con explicaciones místicas. En su mayoría son analfabetas, sus conocimientos, actitudes, costumbres, prácticas y creencias hacen parte del ambiente socio-cultural de su propia comunidad.-

En algunas partes de las regiones, es frecuente encontrar hombres parteros, quienes trabajan generalmente en la agricultura, ganan poco o nada por los servicios prestados y tiene hijos. Existe gran variabilidad en los conocimientos de las parteras, tanto entre regiones diferentes como dentro de una misma. Según un estudio que se realizó en México por Huerta y Keller, únicamente la mitad podía diagnosticar el embarazo correctamente, y de este el 70% utilizó la palpación bimanual en abdomen para el diagnóstico (14,23,27).-

Adiestramiento de la Comadrona :

Actualmente se estima que en Guatemala existen aproximadamente 20,000 comadronas, de las cuales alrededor del 70 % están capacitadas. El ministerio de Salud Pública había capacitado 13,908 comadronas. Se ha concluido en estudios anteriores que al contrario de la población indígena, la población ladina prefiere que el parto se resuelva en instituciones de salud tipo hospital (31).-

La capacitación hacia las comadronas no es algo reciente ya que se tiene información que los programas de capacitación para estas existen desde el año de 1938.(32) Cada año funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realizan capacitaciones a Comadronas a niveles distritales. Estos cursos se han orientado fundamentalmente a despojar a la Comadrona de su visión mística de los conocimientos técnicos elementales ofrecidos por la medicina occidental.

La preocupación del ministerio de Salud por la atención de la Madre y el niño continúa, por lo que lo ha llevado por varias décadas a proponer lineamientos para la capacitación de Comadronas. Estas acciones han contado con el apoyo de otras instituciones del sector, de diversas agencias del Sistema de Naciones Unidas y Organizaciones No Gubernamentales. La parte ejecutora de la actividad ha estado a cargo de los niveles locales quienes establecen contacto con la Comadrona y determinan la forma de relacionarse con ella básicamente a través de cursos de capacitación, reuniones periódicas y otras modalidades de enlace, de acuerdo a sus propias características.-

Hoy en día se ha revisado el trabajo de la Comadrona y la forma de acercamiento que los servicios tienen con ella a través de diversos eventos que concluyen en la urgencia de darle el lugar que les corresponde, ampliando los enfoques y sobre todo, adoptando una actitud que demuestre respeto y reconocimiento a su labor.-

La decisión de capacitar a la Comadrona Tradicional y de articular sus servicios con los del sistema institucional de Salud, constituye un importante paso para la implementación de la actual política de Salud, y se ha considerado que la condición esencial para que esta

decisión sea consistente, es la existencia de una actitud favorable de todos los miembros del equipo de salud, que permita el reconocimiento de la Comadrona Tradicional como una legítima trabajadora de salud y valore su cooperación con los servicios en instituciones como indispensables para el logro de sus objetivos y metas.-

En consecuencia el equipo de salud a nivel local, como paso previo al adiestramiento, deberá planear y realizar una campaña de promoción para informar y promover actitudes positivas y solicitar la cooperación de todas las personas y comunidades involucradas en el desarrollo del programa. Este paso objetivará también a las propias Comadronas para que tomen conciencia de la necesidad de su cooperación y de su capacitación adicional.-

Esta decisión toma en cuenta el liderazgo como recurso de salud comunitaria que la Comadrona tradicional ha tenido desde muchos años atrás, brindando atención a madres y niños en las poblaciones más alejadas de los servicios institucionales de salud, y en la idiosincrasia de nuestras comunidades, cuyos valores culturales tradicionales son respetados y compartidos con los servicios que la Comadrona les presta (8,14,32).-

Las capacitaciones deben ser orientadas con un enfoque participativo, situando a las Comadronas como sujetos activos y no receptores pasivos de las capacitaciones. De este modo las comadronas tienden a complementar los conocimientos y unificar criterios sobre los temas planteados. Durante el curso de capacitación al propiciar las discusiones de grupo saldrá un conocimiento nuevo, que no será individual sino del grupo (32).-

Así el ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debería implementar el modelo de estos programas de capacitación a todas las regiones del país como una estrategia en la atención materno-neonatal, pero no quedarse solo allí, si no darle continuidad y seguimiento.-

Importancia de la Comadrona y su relación inter-hospitalaria :

Una baja cobertura con ausencia de servicios Médicos en las zonas rurales, sirve para un limitado programa efectivo de control pre y post natal y para la atención del parto. Para esto también existen barreras culturales y económicas que impiden la utilización de los servicios existentes.-

El nacimiento de un niño sigue siendo un acontecimiento muy importante para cualquier familia en el género humano. El abandono de la asistencia obstétrica tradicional se produjo en el siglo pasado como consecuencia de la expansión de la atención hospitalaria. Esto relegó la atención tradicional, pero el proceso científico tecnológico condujo al olvido de los aspectos socioculturales.-

En las comadronas existen varios motivos para que no refieran pacientes a los hospitales, sin importar la gravedad. Uno de estos es el mal trato que a menudo reciben en dicho establecimiento de salud, generalmente la comadrona es vista como una persona ignorante, sucia y peligrosa. Estas a menudo esperan hasta el último momento posible la decisión de referir al paciente. Las pacientes que por lo regular se presentan a las emergencias de los hospitales se encuentran en condiciones serias, reforzando así la opinión de los médicos de que las comadronas son peligrosas (2,19,31).-

Por esta razón generalmente las comadronas son recibidas en el hospital con severas reprimendas por parte de los médicos y del personal paramédico. Aún cuando las comadronas refieren a los pacientes al hospital, existe algunas veces resistencia de parte de los familiares por la distancia y los gastos en que tienen que ser llevada por caminos montañosos, y luego tiene que rentar un vehículo para ser trasladada al hospital. Este viaje representa abandonar la familia de la madre, así como el ingreso a una institución donde pocas personas pueden hablar su dialecto. Además de esto, hacer referencia al hospital puede también bajar el prestigio de la comadrona en la comunidad, demostrando su incapacidad para manejar las diferentes situaciones (8,15).-

Así pues es necesario que el personal hospitalario reconozca a la comadrona como parte del sistema de salud, también debe conocer el trabajo que las comadronas realizan en la comunidad y servir de enlace entre ellas y los servicios de salud.-

Comadrona en atención al parto y puerperio :

Las comadronas adiestradas tienen conocimientos adquiridos los cuales deben aplicar en cada atención del parto, esto para que se lleve a cabo en una forma higiénica, evitar complicaciones materno infantiles de tipo infeccioso, manifestándose durante el período del post-parto o puerperio.-

Uno de estos conocimientos es la preparación adecuada del ambiente en donde ha de resolverse el parto al momento de iniciar con los dolores característicos, siempre asiendo partícipe a uno de los familiares (34), efectuando los siguientes pasos:

- a. Barrer y limpiar el lugar para sacar la suciedad del ambiente.
- b. Buscar una mesa, banco o silla para colocar el equipo.
- c. Limpiar el lugar donde se colocará a la madre y el niño (11,35).-

Para prestar sus servicios es necesario que la comadrona este equipada con los siguientes instrumentos:

1. Un forro.
2. Una jabonera con su jabón.
3. Cuatro toallas.
4. Una bandeja.
5. Una tijera con punta redonda.
6. Cinta de Castilla.
7. Cuatro trapitos pequeños sin orilla.
8. Dos plásticos.

9. Catorce cuadros de tela.
10. Una sabana.
11. Gasas.
12. Un cuadro grande para el paquete de parto.
13. Un pañuelo (18,20,35).-

El período del post-parto o puerperio normal inicia desde el alumbramiento, hasta que se presenta nuevamente la menstruación, durando aproximadamente cuarenta y cinco días, retardándose en la mujer lactante.-

Las comadronas adiestradas tienen un papel importante en acelerar la recuperación de la madre, utilizando tratamientos adicionales como masajes, baños, el uso de fajas y medicamentos elaborados de hierbas (34).-

Para evitar complicaciones post-parto, la comadrona adiestrada deberá inmediatamente después del alumbramiento efectuar los siguientes pasos:

- a. Limpieza nuevamente de los genitales de la madre con bastante agua, jabón y lienzos de tela; esta limpieza se realizará de adelante hacia atrás (de la vagina hacia el ano) cambiando en cada limpieza el lado de la tela.
- b. Se deberá colocar un pañal o lienzo de la tela en los genitales para cambiarlos cada vez que se pueda (18).-

Control prenatal :

Cuando una mujer en edad fértil consulta por sospecha de embarazo debemos basarnos en ciertos signos y síntomas para realizar un diagnóstico acertado. Estos se clasifican en tres grupos: A) **signos positivos**, entre los que se encuentran: 1. identificación del latido cardiaco fetal, independientemente del de la madre, 2. movimientos fetales activos percibidos por el médico, 3. reconocimiento del feto por técnicas ecográficas o radiográficas (efectuado en la segunda mitad del embarazo); B) **evidencia probable**, entre lo que se incluyen: 1. agrandamiento del abdomen, 2. cambios en la forma, consistencia y tamaño del útero, 3. cambios en el cuello uterino, 4. contracciones de Braxton-Hicks, 5. peloteo, 6. delimitación del feto, 7. pruebas endócrinas (H.C.G.); C) **pruebas presuntivas**, son aquellos signos y síntomas percibidos por la gestante. Entre los signos se encuentran: 1. suspensión de la regla, 2. cambios de las mamas, 3. decoloración de las mucosas, 4. aumento de la pigmentación de la piel y estrías abdominales. Entre los síntomas figuran: 1. náusea con vómitos o sin ellos, 2. trastornos miccionales 3. fatiga, 4. sensación de movimiento fetal.-

El objetivo de los cuidados prenatales es asegurarse de que todo embarazo deseado culmine en un niño sano sin deterioro de la salud de la madre.

La asistencia sanitaria sistémica aporta sin duda grandes beneficios para la salud física y emocional de la futura madre y ,a su vez, del niño que va a nacer. Por consiguiente lo ideal sería que la asistencia prenatal fuera la continuación de un régimen ya establecido de asistencia sanitaria para la mujer, supervisado por el médico. El sentido común indica evitar cualquier ocupación que someta a la mujer embarazada a esfuerzos físicos grandes. En realidad ningún trabajo o juego debería prolongarse hasta el extremo de causar fatiga. Durante la jornada laboral habría que proporcionar periodos de reposo adecuados. Al menos cada dos horas es conveniente que la embarazada camine un poco. El mayor riesgo de viajar es posiblemente en que alguna complicación del embarazo sobre venga lejos de los servicios adecuados para tratar dicha complicación. Los baños durante el último trimestre del embarazo el útero por lo general altera el equilibrio de la mujer gestante y aumenta las probabilidades de sufrir un resbalón o una caída.

Los vestidos deben ser prácticos y sueltos, sin prendas que constriñan.-

En condiciones de prevenir el estreñimiento durante el embarazo con tal de prestar la necesaria atención a la evacuación intestinal, tomando cantidades suficientes de líquidos.

El coito debe evitarse cuando existe amenaza de aborto, o de parto prematuro. De otra manera la opinión generalizada es que el coito no suele causar ningún daño a las mujeres embarazadas sanas antes de las últimas cuatro semanas del embarazo.

La duración media del embarazo calculada a partir del primer día del último período menstrual, es de unos 280 días o 40 semanas. Lo habitual para calcular la fecha de nacimiento es utilizar la regla de Naegele, en la cual se añade 7 días a la fecha del primer día del último período menstrual normal y descontar 3 meses.-

Se acostumbra dividir el embarazo en tres partes iguales o trimestres de algo más de 13 semanas o de tres meses calendario cada uno.-

Las exploraciones prenatales se efectúan habitualmente a intervalos de 1 mes durante los primeros 7 meses, luego cada dos semanas hasta el último mes y semanalmente a partir desde entonces.-

Mientras la ciencia de la nutrición continúa efectuando esfuerzos continuos para identificar la cantidad ideal de proteínas y otros nutrientes para la embarazada y el feto, los responsables directos de su asistencia pueden solventar sus dudas del modo siguiente: 1. en general, aconsejar a la madre que coma lo que desee y en la cantidad que quiera añadiendo sal al gusto. 2. asegurarse de que exista comida abundante, en especial en casos de mujeres de nivel socioeconómico bajo. 3. asegurarse mediante determinaciones periódicas, de que cada madre está ganando peso hasta superar 9 kg. o algo más. 4. en cada visita prenatal examinar la ingesta de alimentos repasando la dieta para descubrir en ella aspectos superfluos o irracionales.-

PARTO:-

Se denomina así una serie de síntomas y signos que presentan la grávida los días anteriores y aun el día en que se inicia el trabajo de parto. No existen siempre, pues hay embarazadas que sin ninguna sintomatología previa inician su trabajo de parto.-

En este es frecuente que la grávida sienta que a descendido el vientre, desapareciendo las molestias gástricas. Este descenso también provoca compresión de los órganos vecinos, especialmente la vejiga, provocando que orine en mayor número de veces en poca cantidad y que se orine por las noches, (polaquiúria y nictúria, respectivamente).-

Otros síntomas son la Leucorrea en mayor o menor intensidad; Expulsión del tapón mucoso o limos; contracciones uterinas, siendo más fuertes que las comunes y cada vez mayor, más dolorosas, y seguidas.-

Se mencionan también los fenómenos pasivos del parto, los cuales están constituidos por el reflejo de las contracciones en el útero. Se mencionan: Borramiento del cuello; Dilatación del cuello; formación de la bolsa de aguas; Desarrollo máximo del segmento inferior.-

El parto se divide en tres períodos : El **primero** se formula desde cuando inicia con los dolores característicos hasta la dilatación completa del cuello; El **segundo** desde la dilatación completa hasta la expulsión del producto. En este período la mujer empieza a pujar y con el descenso de la presentación siente una gran necesidad de defecar, hasta que se manifiesta el abombamiento del perinéo por la cabeza del feto y es cuando se debe de proteger el perinéo, ya que con una expulsión muy brusca o repentina puede provocar rasgaduras, especialmente en primigestas. La duración promedio de este es de 50 minutos en primigesta y 20 minutos en multipara; El **tercero** desde el nacimiento del niño hasta el alumbramiento o expulsión de la placenta. La expulsión de la placenta debe de ser fisiológica, lo cual significa que no debe de efectuarse algún tipo de tracción. El tiempo promedio del alumbramiento es de 5 a 35 minutos, pudiendo ser la espera hasta de una hora. Signos de desprendimiento de placenta son: reaparición de dolor de contracciones, salida de sangre por los genitales , disminución del volumen del útero, siempre guardando la precaución que mantenga una consistencia adecuada.-

La duración del parto depende de diferentes factores que puedan presentarse y características de la parturienta. Se debe de tomar como base que las primigestas tienen un promedio de dilatación del cuello de 1.2 cms. por hora con una duración total del parto de 12 a 20 horas y las multiparas de 1.5 cms. por hora con una duración de 6 a 12 horas. Otros factores a tomar en consideración siempre desde el punto de vista materno se encuentran : a) el canal del parto; b) la paridad; c) edad, como lo es en la primipara joven en que el parto es de menor duración en comparación a la primipara añosa; d) motor uterino; e) obesidad: en que el parto suele ser a menudo lento; f) eclámpticas y cardíacas en que suelen ser mas rápidos. Entre los factores fetales se encuentran : a) el tamaño del feto, prolongando el período de expulsión; b) maleabilidad de la cabeza fetal, como en el caso de que se encuentre muy osificada la cabeza, transformando el tiempo de expulsión en un aumento del mismo; c) presentación, posición y variedad de posición.-

La presentación de vértice u occipucio ocurre aproximadamente en el 95 % de todos los casos. La Presentación del feto se determina por lo general, mediante palpación del abdomen durante el embarazo y se confirma algún tiempo antes o al inicio del parto por exploración vaginal. Para la exploración abdominal se emplea básicamente las cuatro maniobras de Leopold.-

Para que el parto tenga lugar es necesario un proceso de adaptación o acomodación de las zonas adecuadas de la cabeza a diversos segmentos de la pelvis. Conforme desciende el niño, así efectúa diferentes movimientos para acomodación en el trayecto del canal del parto, estos se conocen como movimientos cardinales, los cuales son siete :

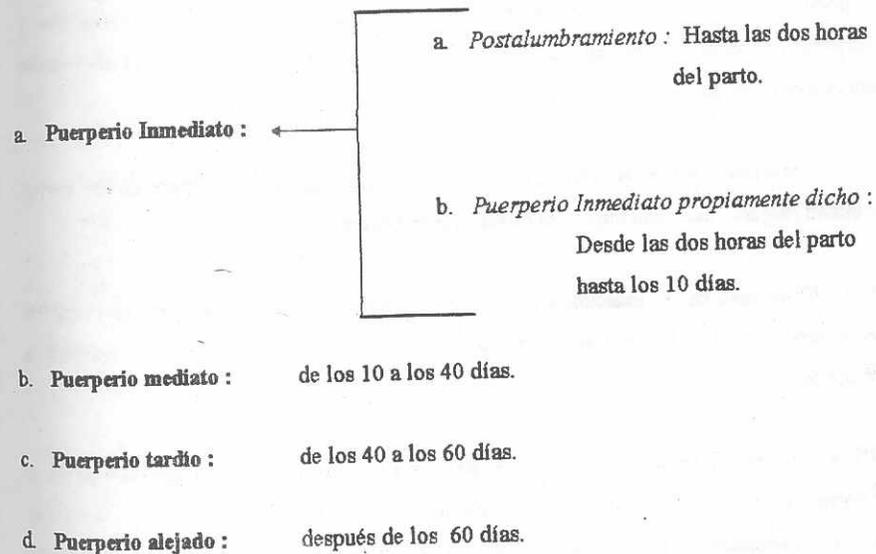
1. Encajamiento
2. Descenso
3. Flexión
4. Rotación interna
5. Extensión
6. Rotación externa
7. Expulsión. (20,29,36)

EL PUERPERIO

Puerperio normal :

Se entiende por puerperio el lapso de tiempo transcurrido desde la expulsión placentaria hasta el momento en que se verifica la regresión de las modificaciones producidas por la preñez; se le asigna una duración aproximada de seis a ocho semanas, época generalmente coincidente con reaparición de las reglas.-

El puerperio se puede dividir de la siguiente manera:



A excepción de la glándula mamaria, todos los órganos maternos que durante el embarazo se encontraron en permanente anabolismo, después del parto inician esa serie de procesos catabólicos denominados **crisis genital del puerperio**, verdaderos fenómenos involutivos, regresivos, que tienden a retrotraer el organismo a la época pregravidica, aunque sin alcanzarlo totalmente.-

Libre del feto y de sus anexos, el útero se retrae enérgicamente, llegando el fondo hasta la altura del ombligo. Durante el embarazo alcanza a pesar 1,200 gr.; en el puerperio vuelve a su peso inicial de 60gr. y se hace órgano intrapélvico.-

Durante el puerperio inmediato (diez primeros días), existen aun contracciones uterinas, progresivamente menos frecuentes y de menor intensidad, pasados los diez días las contracciones totalmente desaparecen.-

La salida del feto sobredistiende al máximo la vagina y, aunque sus paredes se retraen rápidamente en el postparto, el conducto vaginal ha de quedar más amplio que en la época previa al embarazo. Este proceso dura aproximadamente los diez primeros días (puerperio inmediato), en las madres que no dan pecho, en cambio las que sí amamantan esta regresión es de veinte a treinta días.-

Los tejidos de la vulva rápidamente pierde su tinte cianótico y se observan los restos de himen rasgado, que constituyen las carúnculas miriiformes.-

El perinéo en su musculatura cede en los partos; si bien la tonicidad se recupera rápidamente, nunca recupera el estado que tenía previo al embarazo y predispondrá a prolapsos.-

Entre los quince y veinte días aparece el pequeño retorno metrorragia que dura de 24 a 48 horas. La mujer que no da el pecho generalmente menstrúa por primera vez entre las seis y ocho semanas del parto; la que cría a su hijo puede presentar la primera menstruación a los cuarenta a cincuenta días, pero esta casi siempre aparece a los varios meses. Por consiguiente la amenorrea de la lactancia es más prolongada; como puede o no existir ovulación, pese a la falta de menstruaciones, la mujer puede embarazarse en dicho lapso. A veces los primeros ciclos postparto pueden ser anovulatorios. La primera menstruación postparto suele ser más abundante y dura más días que la común.-

Los senos es la parte femenina que experimenta procesos evolutivos puerperales más evidentes. Ya en el embarazo, por estimulación endócrina (estrógenos y progesterona),

alcanzan los senos un gran desarrollo debido a la hiperemia, hipertrofia, e hiperplasia de los elementos conjuntivos y especialmente de los glandulares. Al mayor desarrollo se une en ese período la secreción calostrál. Entre el tercero y el quinto día del puerperio, se exageran los signos antedichos; la piel de las mamas esta distendida, el pezón saliente y la gran hinchazón puede originar dolor agudo: subida de la leche. La madre que amamanta reinicia sus menstruaciones tardíamente. Es posible que se embarace mientras cría, y la gente suele creer que las modificaciones de la leche pueden afectar al niño, debiéndose suprimir la lactancia. En realidad hay un marcado debilitamiento de la madre y tendencia a la poca producción de leche, pero bien alimentada y vitaminizada no hay por que cortarla.- (29,35)

Examen de la Puerpera :

En el postparto, la cara de la enferma refleja las huellas del esfuerzo y la intensa conmoción psíquica vivida. Agotada, solo desea descansar, aunque a veces, por la excitación nerviosa, no lo puede hacer. Pasados esos primeros instantes desaparecido el agotamiento, la puerpera se siente progresivamente mejor.-

Hay sed intensa debida a varios factores: inicialmente cansancio, esfuerzo del parto hemorragia durante el parto y ulteriormente por la lactancia y aumento de secreción de las glándulas sudoríparas.-

La temperatura asciende durante el trabajo de parto, a expensas sobre todo del trabajo muscular, y se suele mantener durante el primero o segundo día del puerperio. En este lapso son observables escalofríos (escalofríos fisiológicos de De Lee), que no tienen relación con la infección y se deberían a trastornos vasomotores. No olvidar que al tercer día puede existir hipertermia por la subida de la leche o por el ascenso de los gérmenes vaginales al útero. Dura de 24 a 36 horas. Aún así, siempre hay que investigar sino existe algún proceso infeccioso.-

Al terminar el puerperio la pérdida de peso es de 8 a 12 kg. salvo en los casos que se hace una hiperalimentación.-

La pared abdominal distendida durante la preñez, de acuerdo al tamaño del feto, se encuentra flácida en el puerperio, con arrugas; no alcanza, nunca su tonicidad primitiva y dicha flacidez es mayor si los embarazos y partos son seguidos y numerosos. El tonismo de los músculos parietales se recobra durante el segundo mes. Suele observarse un separamiento de los músculos rectos del abdomen.-

El útero disminuye de altura a razón de 2 cm. aproximadamente por día; en el postparto inmediato coincide con el ombligo; entre el 9no. y el 12vo. pasa a ser intrapelviano, no se le percibe en el abdomen; en los primeros días suele lateralizarse hacia la derecha; la vejiga llena puede desplazarlo y elevarlo, apareciendo entonces dos tumoraciones abdominales; una central, inferior, blanda, casi fluctuante, la vejiga, y otra alta, dura, desviada, el útero.-

Los entuertos son sensaciones subjetivas de dolor provocadas por la contracción del útero. Se perciben en los tres o cuatro primeros días del puerperio y se deben generalmente a la presencia de coágulos o restos de membranas. La lactancia los exacerba. Son de patrimonio casi exclusivo de las multiparas.-

Se llaman loquios a los detritos, eliminados por vía vaginal, provenientes de la desintegración de la caduca, restos de la esponjosa, coágulos y elementos descamados del cuello y vagina. Durante las primeras 48 horas, los loquios están exclusivamente compuestos por glóbulos rojos y escasos leucocitos loquios sanguíneos, características que mantienen hasta el tercer día; a partir de entonces, el número de glóbulos rojos disminuyen progresivamente, predominando los leucocitos y la flora eterogénea estafilococos, estreptococos, etc. -loquios serosanguíneos-. Hacia el séptimo día los loquios se tornan serosos, filantes, el endocérnix regenerado segrega moco, características que guardan hasta el decimoquinto día. El olor es semejante al del esperma. La pérdida loquial desaparece entre la sexta y octava semana.-

La frecuencia de orina se encuentra aumentada en los primeros días del puerperio, así favoreciendo la eliminación del exceso de agua retenida durante la preñez contribuyendo a disminuir el peso de la puerpera. La vejiga desciende a su posición normal, pero su funcionamiento puede estar alterado originándose retención de orina. - (29,36)

Actitudes y recomendaciones durante el puerperio :

Aún siendo partidarios del levantamiento precoz el reposo se puede esquematizar de la siguiente forma (según Rosenvasser) :

- 1er. día : se levanta solo para ir al baño y cuando sea necesario arreglar la cama.
- 2do. día : permanece sentada en una silla no más de diez minutos por vez, pero varias veces al día.
- 3er. día : no solo se levanta para el baño y arreglo de su cama, sino también lo hace para comer.
- 4to. día : generalmente dada de alta. Para compensar la actividad del viaje, reposará algo más que en los días anteriores.
- 5to al 7mo. día : va levantándose progresivamente mayor número de veces en el día y por mas tiempo cada una de ellas. Se levanta para dar de mamar al niño y ocuparse del aseo de este.
- 8vo. día : se considera que ya puede reactivar sus pequeños quehaceres domésticos.

Si todo ha evolucionado normalmente, a los diez o doce días la puerpera ha vuelto a su actividad anterior y pasada esa fecha esta autorizada a salir de casa. La vuelta al trabajo, solo pasados los cuarenta y cinco días. Actuando de esta forma se disminuye la incidencia de prolapsos, retroversiones e infecciones.-

Las relaciones sexuales deben proscribirse hasta haber pasado la primera regla. En caso de no verificarse esta (hecho posible en la madre que amamanta) se esperara hasta los cuarenta y cinco días.-

Hasta los diez días del parto no debe hacerse **masajes** : según la opinión de Rosenvasser y cols. es que al tercer día se permite la fricción superficial en nalgas y muslos y, a partir del séptimo y octavo, puede hacerse también en el abdomen iniciándose ya en este el masaje por amasamiento.-

La **higiene** durante el puerperio, en la primera semana según Rosenvasser y cols., debe ser fricción de miembros y tronco. Desde el octavo día, **baño diario** de ducha. El baño de inmersión no se efectuará hasta después de los 40 o 45 días.

En el puerperio inmediato, cada vez que la puerpera orine o vaya de cuerpo se lavará exteriormente los **genitales** con agua y antiséptico.

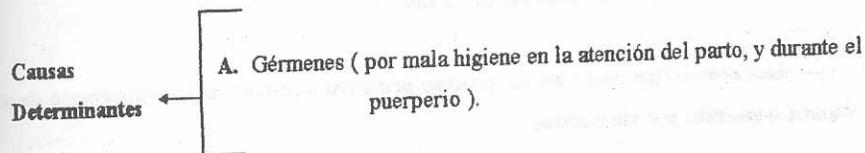
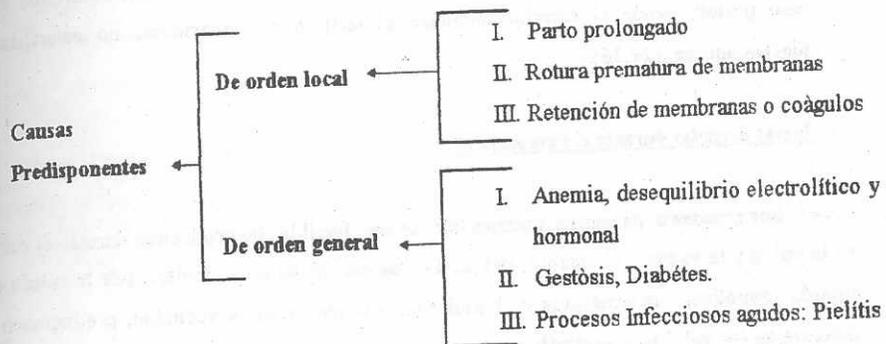
Si hay loquios fétidos se aumentará el número de lavados. Por fuera, una vez hecha la higiene vulvar se colocará un apósito esterilizado y se cambiará cada vez que la puerpera orine o defaque. Para los **pezones** es útil previo a las mamadas, humedecerlos con un algodón empapado en solución fisiológica estéril, y luego de las mamadas secarlos.-

En la dieta de la puerpera hay que evitar los alimentos que cambien el gusto de la leche como: coliflor, repollo, ajo, ya que puede rechazarla el niño. Hay que seguir con un suplemento vitamínico parecido al indicado en el período prenatal (20,29,36).-

Complicaciones durante el puerperio :

La **infección puerperal** se define como toda afección infecciosa del puerperio con punto de partida genital.

La etiología de la infección puerperal se puede esquematizar de la siguiente manera :



Según Aschoff existen cinco formas de infección durante el parto :

- Autoinfección espontánea: o verdadera la cual se debe al ascenso espontáneo de los gérmenes vaginales.
- Autoinfección artificial: los dedos que tactan o el instrumento utilizado son los portadores de los gérmenes y se le denomina endógena, cuando proviene de la vagina y exógena de la zona vecina de los genitales.
- Autoinfección hematógena: toda infección aguda que sea susceptible durante el parto de desencadenar, por vía hematógena, una sépsis puerperal. ej.: angina, escarlatina; o crónicas focales como: odontítis, amigdalítis.
- Autoinfección linfática de vecindad: procesos infecciosos vecinos a los genitales pueden propagarse por vía linfática.

- Heteroinfección: siendo la mas grave y corriente, la que lleva gérmenes extraños a la zona genital, desde el exterior mediante el tacto o el instrumental no esterilizado adecuadamente (29,36).-

Patologías descritas durante el puerperio :

Los grandes o pequeños traumas que se son factibles de producirse durante el parto en la vulva y la vagina, el cambio del medio vaginal de ácido a alcalino, por la salida de líquido amniótico; la existencia de bartolinítis o abscesos en la vecindad, predisponen y determinan las vulvitis y vaginitis puerperales. Se manifiesta por sensación de turgencia dolor local, a veces dolor al orinar y fiebre generalmente no mayor de 39 grados, los loquios adquieren características de abundancia y fetidez.-

La endometritis puede ser un proceso primitivo o resultar de la propagación de una vulvitis o vaginitis por vía mucosa.

Esta puede ser superficial, propiamente llamada endometritis, o bien superficial e intersticial llamada endomiometritis. En ambas el cuerpo uterino pierde sus características puerperales normales, flácido y ocupado no se retrae y exagera su anterversoflexión, lo que lleva a la retención de exudados llamado loquiometra. Para diferenciar entre estas dos mencionadas anteriormente se señala que en la endomiometritis, a la palpación del útero se torna sumamente doloroso a excepción de la endometritis, en la cual no hay dolor. En ambas patologías la paciente puede presentar fiebre, cefaléa, náusea, malestar general, decaimiento, taquicardia, insomnio, anorexia. Los loquios son fétidos y abundantes, no se observa que el fondo del útero descienda a lo normal en dos días subsiguientes al parto.-

La pelviperitonitis puerperal es un cuadro violento, secundario casi siempre a salpingitis o salpingoovaritis. Se presenta entre la primera y segunda semana del parto. Dolor agudo, elevación térmica y signos de irritación peritoneal son característicos. Hay intenso dolor a la palpación del abdomen principalmente en hipogástrico y fosas ilíacas, acompañado el dolor con resistencia de los músculos rectos del abdomen.

Hay una abobamiento en el fondo de saco de Douglas, el cual se debe drenar, siempre y cuando sea de su conocimiento y práctica.

Septicemia puerperal debe distinguirse de bacteriemia, la cual es el pasaje de los gérmenes a la sangre, la septicemia, en la cual la bacteriemia esta mantenida por un foco séptico en actividad en libre comunicación con el árbol vascular del organismo. Suele comenzar hacia el quinto día después del parto y el ascenso brusco de la temperatura con escalofríos dá la alarma. Si es bacteriemia esto ocurre a las 24 horas, desapareciendo al extirpar el foco séptico.- (29,36)

Otro tipo de infecciones pero menos frecuentes es la escarlatina puerperal, la cual se manifiesta en la segunda semana del puerperio con presencia de vómitos, angina roja, exantema y tiene mal pronóstico. Y el tétanos puerperal, esta debido a la falta de vacunación y asépsia del lugar e instrumentos utilizados durante el parto, y también es de mal pronóstico.

Complicaciones puerperales :

Entre las hemorragias se encuentra la inmediata, la cual es característica de la hemorragia postalumbramiento. Y la hemorragia mediata, la cual es provocada por la retención de un cotiledón o de restos de membranas por desprendimiento o expulsión incompleta.-

Entre las complicaciones urinarias se encuentra la retención urinaria; cistitis puerperal, con sintomatología de aumento de número de micciones con poca cantidad, sensación de seguir orinando, dolor y ardor; Pielitis; fistulas vesicovaginales, las cuales se manifiestan en la primera semana del puerperio.-

La mastitis, es frecuente durante el embarazo y el período de la lactancia, siendo así la inflamación parenquimatosa de las glándulas mamarias. Manifiestándose dos terceras partes de su totalidad de casos, en primíparas. El pecho se pone duro, su superficie roja y la paciente experimenta dolor intenso. En algunos casos, el absceso mamario se acompaña de síntomas generales intensos y muy excepcionalmente ocasiona la muerte, si se descuida.

Se manifiesta con más frecuencia en los primeros días del puerperio. La conducta preventiva debe ser una buena higiene, y al presentarse la mastitis se debe continuar con ésta conducta.-

VI. METODOLOGIA

a. Tipo de estudio :

Observacional Descriptivo

b. Selección del sujeto de estudio :

Se tomaron en cuenta el total de Comadronas Tradicionales Capacitadas que asisten regularmente a las reuniones planificadas por el Centro de Salud de San José Pinula.-

c. Tamaño de la muestra :

La muestra está representada por la totalidad de comadronas activas, siendo estas 15.-

d. Criterios de Inclusión y Exclusión :

d.1. Inclusión :

- Ser Comadrona Capacitada en el Centro de Salud de San José Pinula.
- Que preste sus servicios en este municipio.

d.2. Exclusión :

- Que no asista a las reuniones realizadas en el Centro de Salud.

c. Variables :

VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONALI- ZACION	MEDICION
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido, contando desde que nació.	Edad en años	Númerica.
ESCOLARIDAD	Número de años asistidos a la escuela.	Primaria, básicos.	Númerica.
ESTADO CIVIL	Cualidades inherentes a la persona tomadas en consideración por la ley civil.	Casada, unida, soltera, viudedad, divorciada.	Cualitativa, Politémica.
ADIESTRAMIENTO	Haber asistido a uno o varios cursillos de capacitación para comadronas.	Número de cursos en los que ha participado.	Cuantitativa, Discreta.
CONOCIMIENTOS	Conjunto de acciones y efectos de conocer.	Ver boleta de recolección de datos. De pregunta 1 a la 22.	Cualitativa, Politémica.
ACTITUD	Disposición de ánimo de algún modo manifestada.	Ver boleta de recolección de datos de la pregunta 23 a la 36.	Cualitativa, Politémica.
PRACTICA	Ejercicio o aplicación de conocimientos.	Ver boleta de recolección de datos. De preg. 37 a la 49.	Cualitativa, Politémica.
COMPLICACION	Concurrencia en cuenta de cosas diversas.	Ver boleta de recolección de datos. Pregunta 50	Cualitativa, Politémica.

f. Recursos :

1. Materiales:

a. Físicos:

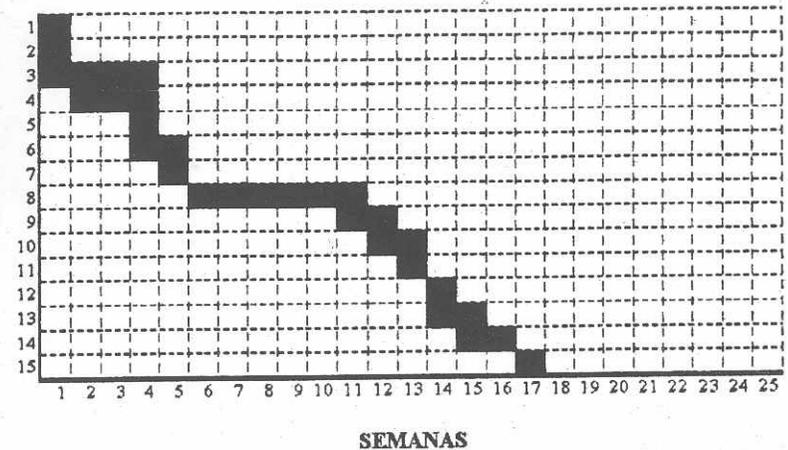
- Boleta de recolección de datos.
- Bolígrafos, lápices, borrador, uso de fotocopidora y hojas de papel bond.
- Instalaciones del Centro de Salud de San José Pimula.
- Escritorios y sillas de metal.

g. Plan de recolección de datos :

Se elaboró por medio de una boleta de recolección de datos la cual se le presentó a cada una de las comadronas activas del Centro de Salud de San José Pimula, y a la vez que se les interrogó con las preguntas elaboradas en esta boleta se anotó sus respuestas, estas realizadas de una forma individual y totalmente anónima. Se les realizó con un lenguaje comprensible para ellas, y las que presentaron alguna duda se les resolvió en ese momento.-

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



SEMANAS

ACTIVIDADES :

1. Selección del tema del proyecto de investigación.-
2. Elección de asesor y revisor.-
3. Recopilación de material bibliográfico.-
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.-
5. Aprobación del proyecto por las autoridades del Centro de Salud.-
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.-
7. Diseño del instrumento de recolección de datos.-
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas.-
10. Análisis y discusión de resultados.-
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones.-
12. Presentación del informe final para correcciones.-
13. Aprobación del informe final.-
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.-
15. Examen público de defensa de la tesis.-

CUADRO No. 1

EDAD EN AÑOS DE LAS COMADRONAS

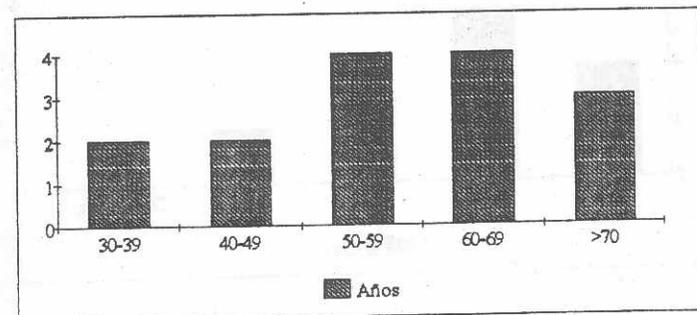
San José Pinula, Junio-Julio 1996

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
30-39	2	13%
40-49	2	13%
50-59	4	27%
60-69	4	27%
>70	3	20%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 1

EDAD EN AÑOS DE LAS COMADRONAS



CUADRO No. 2

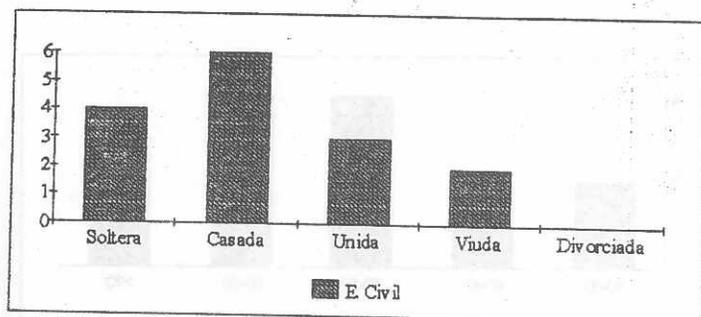
ESTADO CIVIL DE LAS COMADRONAS
San José Pinula, Junio-Julio 1996

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTERA	4	27%
CASADA	6	40%
UNIDA	3	20%
VIUDA	2	13%
DIVORCIADA	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 2

ESTADO CIVIL DE LAS COMADRONAS



CUADRO No. 3

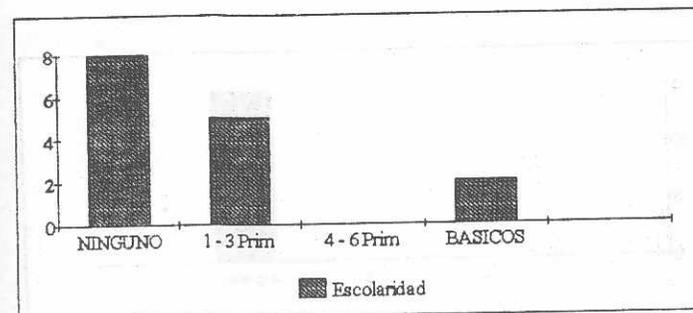
ESCOLARIDAD DE LAS COMADRONAS
San José Pinula, Junio-Julio 1996

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
NINGUNO	8	53%
1 - 3 PRIMARIA	5	33%
4 - 6 PRIMARIA	0	0%
BASICOS	2	13%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 3

ESCOLARIDAD DE LAS COMADRONAS



CUADRO No. 4

CURSOS DE CAPACITACION RECIBIDOS

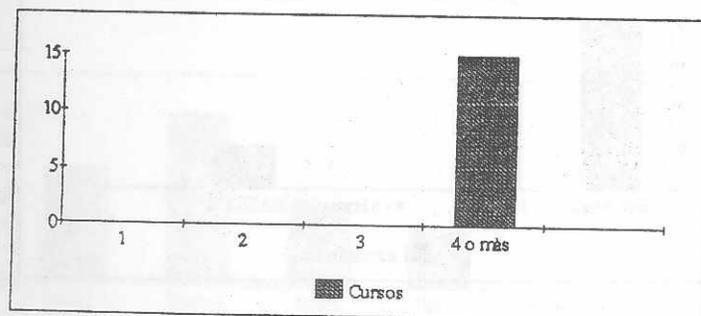
San José Pinula, Junio-Julio 1996

CURSOS	NUMERO	PORCENTAJE
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
>4	15	100%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 4

CURSOS DE CAPACITACION RECIBIDOS



CUADRO No. 5

TIEMPO EN QUE DIAGNOSTICA EL EMBARAZO

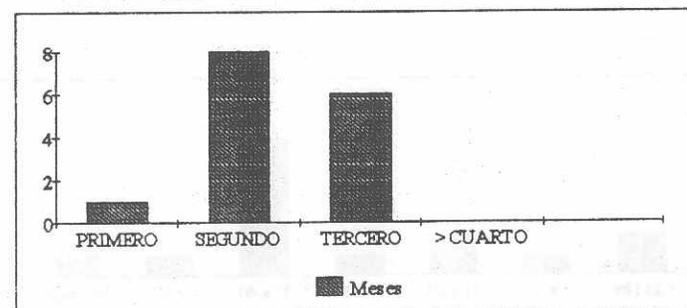
San José Pinula, Junio-Julio 1996

MESES	NUMERO	PORCENTAJE
PRIMERO	1	7%
SEGUNDO	8	53%
TERCERO	6	40%
CUARTO EN ADELANTE	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 5

TIEMPO EN EL QUE DIAGNOSTICA EL EMBARAZO



CUADRO No. 6

CONOCIMIENTO DE DURACION DEL PUERPERIO NORMAL

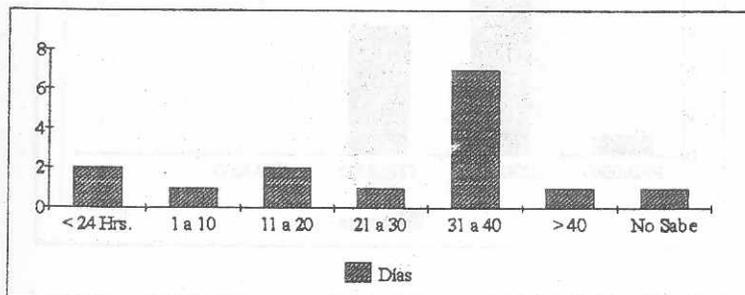
San José Pinula, Junio-Julio 1996

DIAS	NUMERO	PORCENTAJE
< 24 HORAS	2	13%
1 A 10	1	7%
11 A 20	2	13%
21 A 30	1	7%
31 A 40	7	46%
> 40	1	7%
NO SABE	1	7%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 6

CONOCIMIENTO DE DURACION DEL PUERPERIO NORMAL



CUADRO No. 7

PESO PROMEDIO QUE DEBE SUBIR LA GESTANTE, SEGUN LA COMADRONA

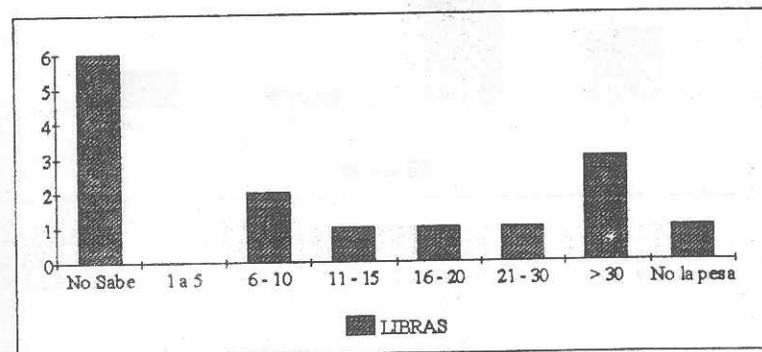
San José Pinula, Junio-Julio 1996

PESO	NUMERO	PORCENTAJE
NO SABE	6	40%
1 - 5 LBS.	0	0%
6 - 10 LBS.	2	13%
11 - 15 LBS.	1	7%
16 - 20 LBS.	1	7%
21 - 30 LBS.	1	7%
> 30 LBS.	3	20%
NO LA PESA	1	7%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 7

**PESO PROMEDIO QUE DEBE SUBIR LA GESTANTE
SEGUN LA COMADRONA**



CUADRO No. 8

EDAD GESTIONAL QUE ESCUCHA EL CORAZON, SEGUN LA COMADRONA

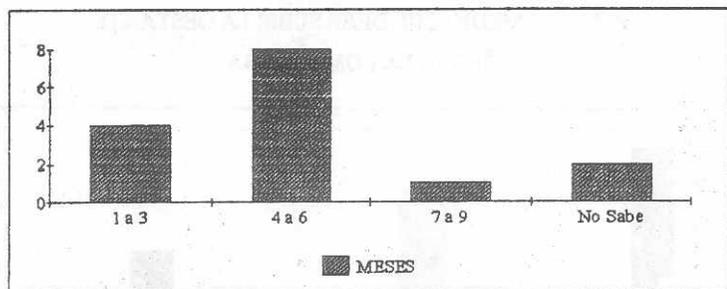
San José Pinula, Junio-Julio 1996

MESES	NUMERO	PORCENTAJE
1 - 3	4	27%
4 - 6	8	53%
7 - 9	1	7%
NO SABE	2	13%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 8

EDAD GESTACIONAL QUE ESCUCHA EL CORAZON
SEGUN LA COMADRONA



CUADRO No. 9

EDAD GESTIONAL QUE PALPA MOVIMIENTOS, SEGUN LA COMADRONA

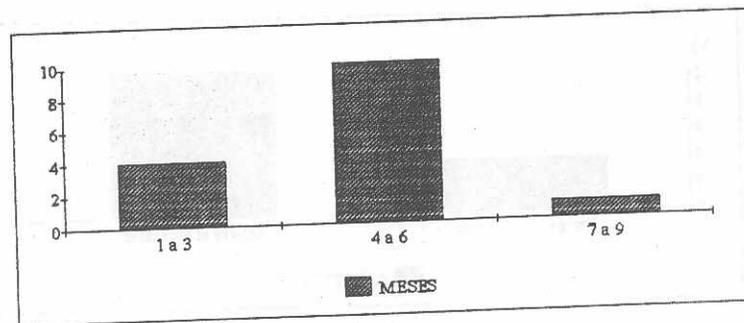
San José Pinula, Junio-Julio 1996

MESES	NUMERO	PORCENTAJE
1 - 3	4	27%
4 - 6	10	66%
7 - 9	1	7%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 9

EDAD GESTACIONAL QUE PALPA MOVIMIENTOS
SEGUN LA COMADRONA



CUADRO No. 10

ACTITUD DE LA COMADRONA, EN ALUMBRAMIENTO MAYOR DE 30 MINUTOS

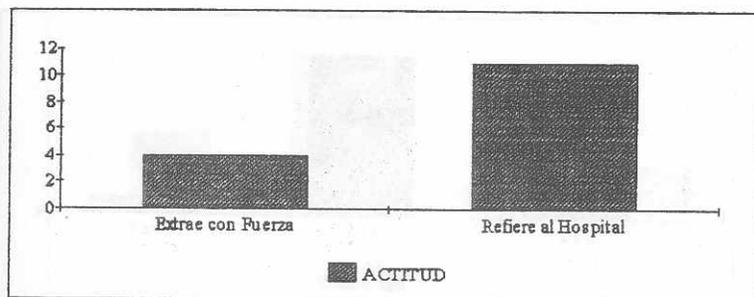
San José Pinula, Junio-Julio 1996

ACTITUD	NUMERO	PORCENTAJE
EXTRAE CON FUERZA	4	27%
REFIERE AL HOSPITAL	11	73%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 10

ACTITUD DE LA COMADRONA EN ALUMBRAMIENTO
MAYOR DE 30 MINUTOS



CUADRO No. 11

REFERENCIA DE LA GESTANTE POR LA COMADRONA AL MEDICO,

POR UN CONTROL PRENATAL

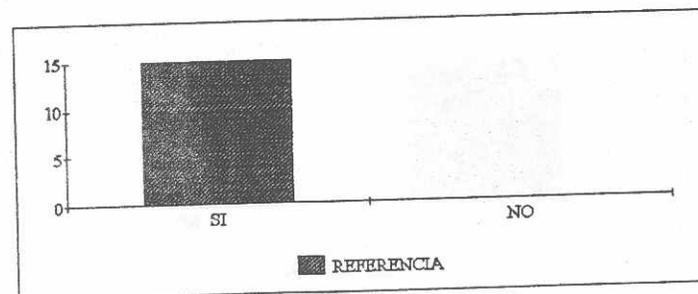
San José Pinula, Junio-Julio 1996

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	100%
NO	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 11

REFERENCIA DE LA GESTANTE POR LA COMADRONA
AL MEDICO, POR UN CONTROL PRENATAL



CUADRO No. 12

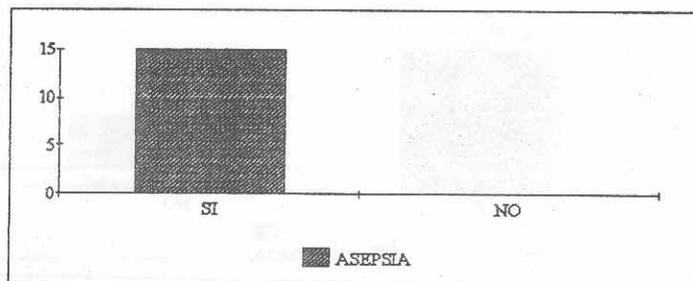
ASEPSIA DE EQUIPO UTILIZADO POR LA COMADRONA,
PREVIO A UTILIZARLO
San José Pinula, Junio-Julio 1996

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	100%
NO	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 12

ASEPSIA DE EQUIPO UTILIZADO POR LA COMADRONA,
PREVIO A UTILIZARLO



CUADRO No. 13

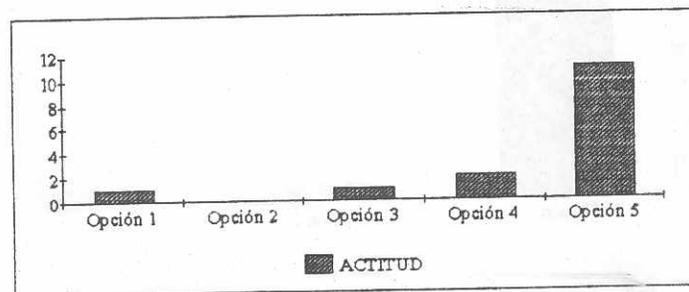
ACTITUD DE LA COMADRONA, FRENTE A LA EXPULSION DE ALGUN
MIEMBRO DEL NIÑO DURANTE EL PARTO
San José Pinula, Junio-Julio 1996

ACTITUD	NUMERO	PORCENTAJE
Opción 1 : Lo extrae con fuerza	1	7%
Opción 2 : Le regresa el miembro y la lleva al hospital o con algún médico	0	0%
Opción 3 : Le regresa el miembro y le da vuelta al niño	1	7%
Opción 4 : Deja que siga saliendo para ver si nace	2	13%
Opción 5 : Refiere al hospital o al médico	11	73%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 13

ACTITUD DE LA COMADRONA FRENTE A LA EXPULSION DE ALGUN
MIEMBRO DEL NIÑO DURANTE EL PARTO



CUADRO No. 14

ACTITUD DE LA COMADRONA FRENTE A UN EMBARAZO,
QUE EN LOS DOS ULTIMOS MESES NO SE ENCUENTRA EN PRESENTACION
DE CABEZA O CEFALICA

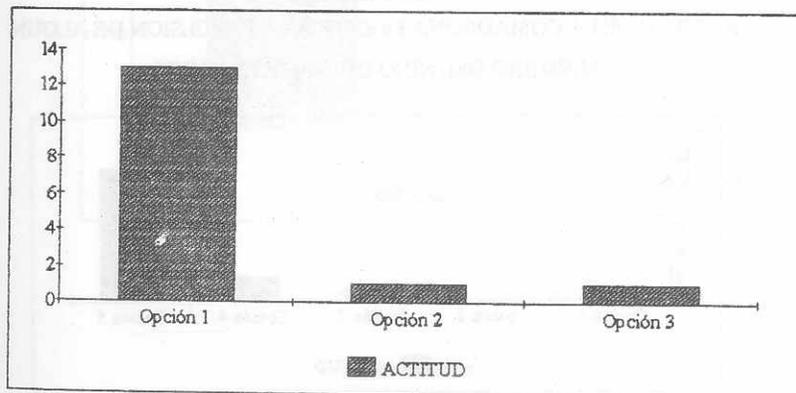
San José Pinula, Junio-Julio 1996

ACTITUD	NUMERO	PORCENTAJE
Opción 1: Refiere al médico o centro de salud	13	86%
Opción 2: Realiza masajes abdominales	1	7%
Opción 3: La examina cada dos días	1	7%
TOTAL	15	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 14

ACTITUD DE LA COMADRONA FRENTE A UN EMBARAZO, QUE EN LOS DOS
ULTIMOS MESES NO SE ENCUENTRA EN PRESENTACION DE CABEZA



CUADRO No. 15

METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO POR LA COMADRONA

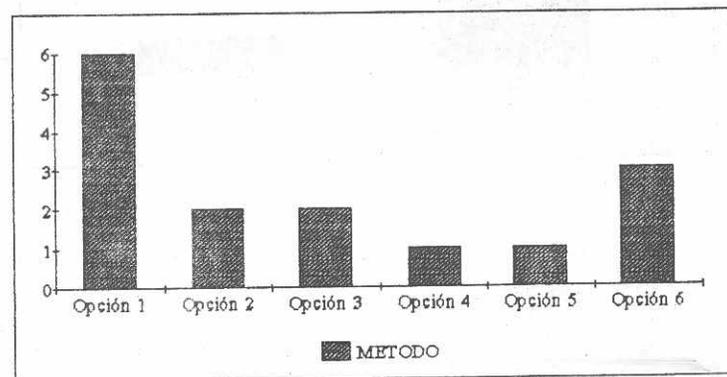
San José Pinula, Junio-Julio 1996

METODO	NUMERO	PORCENTAJE
Síntomas, signos y ausencia de menstruación	6	40%
Ausencia de menstruación y examen de laboratorio	2	13%
Síntomas y signos	2	13%
Examen físico y ausencia de menstruación	1	7%
Ausencia de menstruación	1	7%
Se siente palpitación del niño	3	20%
TOTAL	15	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 15

METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO POR LA COMADRONA



CUADRO No. 16

UTILIZACION DEL TACTO VAGINAL POR LA COMADRONA

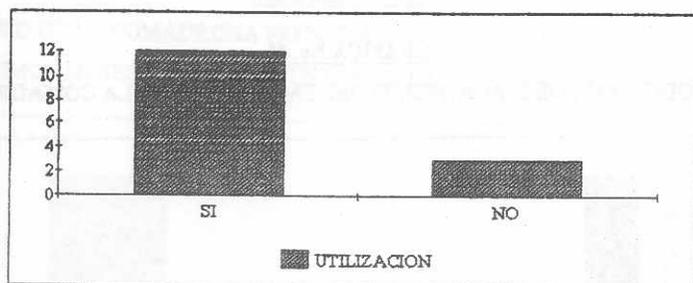
San José Pinula, Junio-Julio 1996

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	80%
NO	3	20%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 16

**UTILIZACION DE TACTO VAGINAL
POR LA COMADRONA**



CUADRO No. 17

HIGIENE DE GENITALES EN LA PARTURIENTA, PREVIO AL PARTO

ATENDIDO POR LA COMADRONA

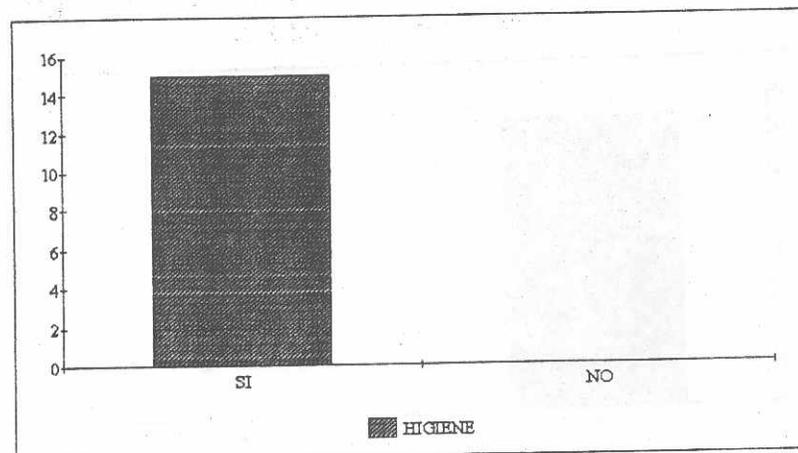
San José Pinula, Junio-Julio 1996

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	100%
NO	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 17

**HIGIENE DE GENITALES EN LA PARTURIENTA, PREVIO AL PARTO
ATENDIDO POR LA COMADRONA**



CUADRO No. 18

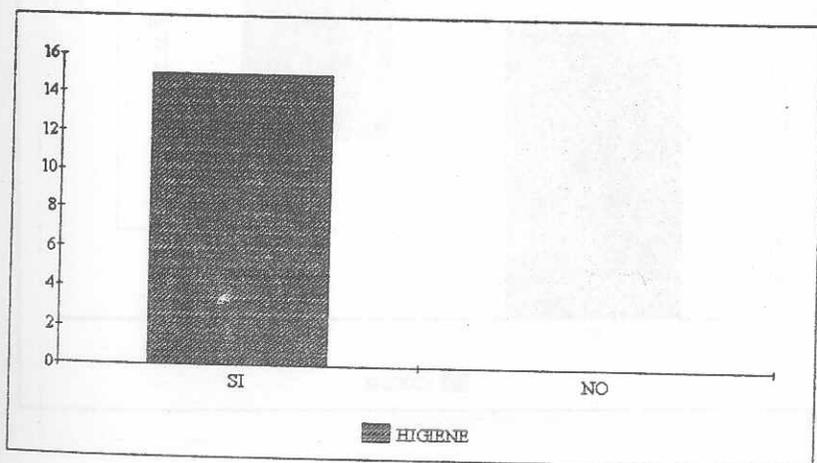
HIGIENE DE GENITALES EN LA PARTURIENTA, DEPUES DEL PARTO
ATENDIDO POR LA COMADRONA
San José Pinula, Junio-Julio 1996

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	100%
NO	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 18

HIGIENE DE GENITALES EN LA PARTURIENTA, DEPUES DEL PARTO
ATENDIDO POR LA COMADRONA



CUADRO No. 19

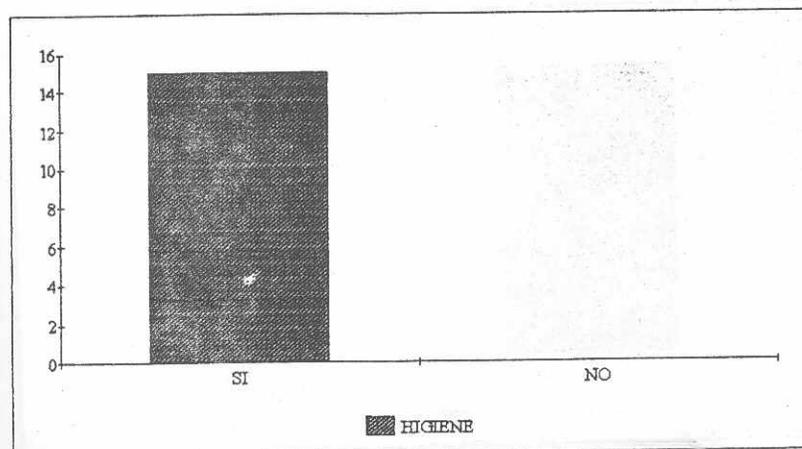
LAVADO DE MANOS EN LA COMADRONA PREVIO A LA
ATENCION DEL PARTO
San José Pinula, Junio-Julio 1996

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	100%
NO	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 19

LAVADO DE MANOS EN LA COMADRONA, PREVIO A LA
ATENCION DEL PARTO



CUADRO No. 20

HIGIENE DEL LUGAR DE TRABAJO, PREVIO A LA ATENCION DEL PARTO

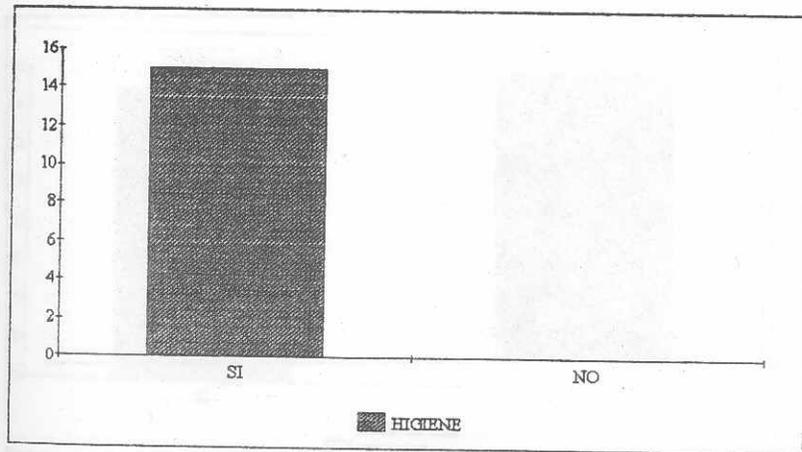
San José Pinula, Junio-Julio 1996

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	100%
NO	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 20

HIGIENE DEL LUGAR DE TRABAJO, PREVIO A LA ATENCION DEL PARTO



CUADRO No. 21

DA ALGUN MEDICAMENTO LA COMADRONA PARA APRESURAR EL PARTO

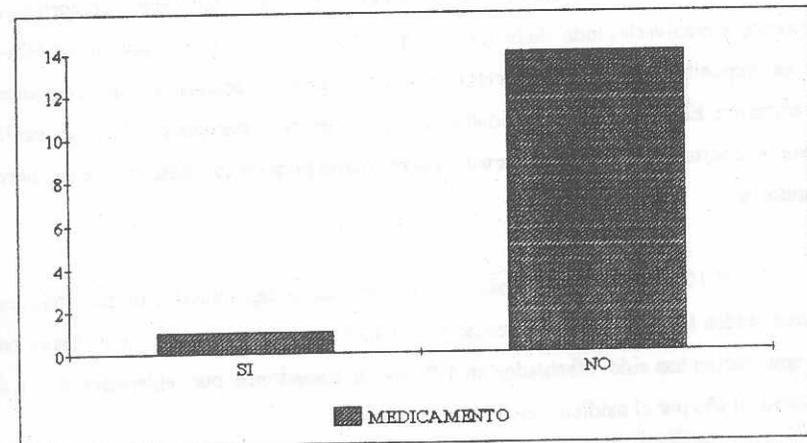
San José Pinula, Junio-Julio 1996

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	1	7%
NO	14	93%
TOTAL	15	100%

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 21

DA ALGUN MEDICAMENTO LA COMADRONA PARA APRESURAR EL PARTO



VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Control prenatal :

En las comadronas que se encuentran activas para laborar en el municipio de San José Pinula, se observa que el 26% de estas se encuentran en la edad de 30 a 49 años, el 34% se encuentra entre 50 a 69 años y el 20% mayor de 70 años, observando que todas son adultas.-

El 40% se encuentran casadas y el 20% unidas lo que implica que cuando necesiten de sus servicios, estas solicitan que la paciente sea llevada a casa para su atención, mientras que el 27% que se encuentran solteras y el 13% que son viudas no tienen que cumplir con tanta obligación en el hogar, por lo que les es más fácil visitar al paciente, tomando en cuenta que las que tienen más de 70 años consideran el caso para visitarlas.-

El 53% de las comadronas son analfabetas lo que implica que los conocimientos obtenidos durante las reuniones realizadas en el Centro de Salud deben ser aprovechadas por estas, y resolverles toda duda que se les pudiese presentar ya que por su analfabetismo les es imposible repasar documentos o apuntes proporcionados en las reuniones de capacitación. El 33% tiene escolaridad hasta 3ro. primaria y básicos el 13%, las cuales si tienen la oportunidad de apuntar durante las reuniones para luego repasar en casa, pero son la minoría.-

En el 100%, han recibido más de cuatro cursos de capacitación, lo que implica que sí comprenden la necesidad de refrescar y aprender técnicas o conocimientos. Estos cursos de capacitación han sido efectuados en 47% de las comadronas por enfermera del Centro de Salud, el 6% por el médico y un 47% entre ambos.-

Para diagnosticar el embarazo por la comadrona, el 53% refieren que desde el segundo mes pueden hacerlo, luego un 40% en el tercer mes y el 7% en el primero; de las cuales el 40% se basa en la ausencia de menstruación mayor de 40 días y síntomas o signos que encuentre al examen, no hacen tacto pero si le palpan el abdomen. El 20% dice que siente la palpación del niño. Un 13% por ausencia de menstruación y prueba de embarazo por laboratorio, y el resto por ausencia de menstruación únicamente o sólo para evitar anfiblogía por examen físico.-

El 53% refiere que el al feto se le puede auscultar el corazón a partir de los 4 a 6 meses, el 27% del primero al tercer mes, el 7% del 7mo al 9no. y el 13% no tenía idea. De lo cual el 26% si contaba con un estetoscopio, un 7% dijo auscultarlo con el oído pegado al abdomen, el resto aunque no lo dijeron, parecen coincidir con el último dato.

En relación a los movimientos fetales refieren poder palparlos de los 4 a 6 meses en un 66%, del 1ero. al 3ro. el 27%, y del 7mo. al 9no. el 7%.-

El aumento de peso durante el embarazo no lo toma en cuenta, ya que el 40% de estas no tienen conocimiento de este dato y el 7% no las pesa. En esto influye el no contar con una balanza y si la tuviesen, la mayoría son analfabetas, y según ellas la única importancia del aumento de peso es el estado nutricional y no problemas durante la gestación. Así se les indagó sobre que actitud tomarían frente a una gestante con hinchazón de pies y manos, de las cuales el 80% dijeron que le referían al hospital y en un 20% aplicaban menjurjes como: baños de ciprés y hoja de níspero, o colocar los pies en alto.-

El 79% realiza los controles durante el embarazo cada mes, el 14% cada 3 o 4 meses y el 7% cada 15 días; de la totalidad el 19% refiere que a partir del 7mo. mes, lo efectúan cada 15 días, esto por que se aproxima el nacimiento del niño y que se encuentre en buena posición. Lo que hay que tomar en cuenta es que el 100% de las comadronas, refieren por lo menos una vez a la gestante para control con el médico del Centro de Salud, para que le efectúe un chequeo y que le administren la vacuna antitetánica.-

Durante el control prenatal el 47% refiere efectuar masajes en el abdomen de la gestante para colocar la cabeza del niño hacia abajo o cefálica, mientras que el 53% no lo hace; haciendo la observación que si durante los dos últimos meses no se encuentra de cabeza el 86% lo refiere al Centro de Salud, Hospital o médico, mientras que el 14% sigue realizando masajes y evaluando cada dos días.-

No receta medicamento durante el embarazo ni restringe la dieta alimenticia el 67% de las comadronas, porque dicen que deben de comer de todo para alimentar al niño y que el único que da medicamento es el médico. El 33% refiere omitir de la dieta diaria el coliflor porque es frío y le puede hacer daño al niño; frijoles, porque no seca el ombligo del niño; el coco, repollo, aguacate, cebolla, ya que le quita el sabor a la leche materna y lo puede rechazar el niño.-

Parto :

Previo atender el parto el 100% refiere lavarse las manos, 100% limpia los genitales previo al parto y después de atender el mismo, y también el 100% limpia previo al parto el área que utiliza para atenderla.

El hervir los instrumentos lo realiza el 100%, de estas el 13% refiere utilizar alcohol después de hervirlos. De esto refiere que lo hacen para evitar infecciones en las paridas o puerperas. El 47% refiere reconocer el momento del parto cuando las contracciones o dolores aumentan en frecuencia y tiempo de duración; 20% porque aumentan los dolores y hay salida de agua, 33% porque palpan la cabeza. Estas indican a la paciente en un 47% que inicien a pujar cuando corona el niño (la cabeza distiende el perineo), el 13% cuando lograr palpar la cabeza, 7% cuando hay dilatación completa (la comadrona refiere: cuando la matriz esta abierta.), el 33% cuando los dolores se encuentran fuertes.-

Partos gemelares han sido atendidos por el 67% de las comadronas, de las cuales el 20% son mayores de 50 años.-

El 60% de las comadronas no conocían el significado de alumbramiento, mientras que el 40% si, donde las de mayor porcentaje lo refieren o conocen como nacimiento de la placenta. De ellas el 73% refiere que si el alumbramiento es mayor de 30 minutos la refieren al hospital, Centro de Salud o médico y el 27% refieren que la extraen al tirar con fuerza junto con masajes abdominales.-

En la mayoría de las comadronas (13%), refieren que si la paciente en algún momento presenta ataques la dirigen hacia el Hospital, Centro de Salud o médico más cercano y el 2% no pudo especificar que haría excusándose con que no se le han presentado este tipo de casos.-

En el caso de que una paciente después del parto se ponga pálida, con escalofríos, tendencia al sueño, mareos y fiebre, lo que nos puede orientar a un proceso séptico, el 60% las refiere al Hospital, Centro de Salud o médico más cercano, mientras que el 13% aplica menjurjes y mejora la alimentación y el 7% dijo que utilizaba medicamento como el ganol, si en un tiempo determinado no mejoraba la refería al médico.-

El 73% de las comadronas toman la decisión de referir al Hospital aquellas pacientes que durante el parto expulsa primero algún miembro del niño, el 13% deja que siga el trabajo de parto para ver si nace, el 7% le extrae con fuerza, y 7% lo regresa y le da vuelta al niño para colocarle en buena posición para la expulsión.-

El uso del tacto vaginal por las comadronas es común, siendo así del 80%, el 12% de estas lo realizan para verificar que el niño se encuentre en buena presentación, el 33% para reconocer el momento del nacimiento, 17% para extraer restos que pudiesen haber quedado después del parto y alumbramiento y un 8% para evaluar la dilatación del cuello.-

Para cortar el cordón umbilical el 93% utiliza la tijera abotonada, la cual les enseñaron a utilizar en los cursos de capacitación y la cual forma parte del maletín equipado para efectuar su labor.-

El 93% no utiliza medicamento alguno para apresurar el trabajo de parto, mientras el 7% dice utilizar únicamente un compuesto de agua hervida con clavo, manzanilla y canela, y esto fue enseñado por la madre en tiempos que ejercía como comadrona.-

Puerperio :

El 60% de las comadronas tienen conocimiento de lo que significa puerperio, mientras que el 40% indicaba que no sabía que era pero lo conocía con otro nombre, "dieta de los cuarenta días".-

Las comadronas refieren, en el 46% que el período de duración de este consta de 31 a 40 días, el 13% de 11 a 20 días 13 horas, 7% 1 a 10 días, 7% mayor de 40 días, 7% no sabe, 7% 11 a 20 días. El 100% afirmaron que sí las visitaban durante esta fase, y el número de visitas en general es de 1era. al día por 3 días, y no realizar visitas después de 72 horas.-

El 87% no conocía las características de un loquío anormal, y el 13% si, y cuando se les mencionó características de estos y que actitud tomarían el 93% la referirían al Hospital.-

La lactancia es aceptada y aconsejada por la comadrona en su totalidad (100%), de las cuales el 53% lo aconsejan ya que es el mejor alimento para el niño, el 27% para evitar las infecciones durante la niñez y el 20% únicamente sabía que era bueno.-

La mastitis es reconocida por el 60% de las comadronas, y el 40% no; al mencionarle características de la mastitis se le preguntó que hacer en caso determinado, el 73% lo refería a Hospital, Centro de Salud o médico y el 27% la curaba utilizando lienzos de manzanilla o sal inglesa.-

De las complicaciones más mencionadas por estas se encuentra la placenta previa, prematuridad, malas presentaciones, parto prolongado y agotamiento materno.-

IX. CONCLUSIONES

- 1.- La mayoría de las Comadronas Tradicionales Capacitadas del municipio de San José Pinula reconoce los riesgos que corre la paciente al tratar de atender aquellos casos difíciles y la responsabilidad de su papel en la comunidad. Los cuales al presentarse las refieren a Hospital, Centro de Salud o médico.-
- 2.- El apoyo que siente la comadrona por parte de los Servicios de Salud Institucional es grande, tanto por el Centro de Salud de San José Pinula, Hospital General San Juan de Dios (lugar de referencia), o médicos que laboran en el municipio.-
- 3.- El 53% de las comadronas son analfabetas, lo que provoca que la transmisión de conocimientos hacia estas sea limitada, ya que no se pueden contar con que lleven documentos, apuntes o notas para estudio o repaso en casa y por lo tanto las reuniones con el Centro de Salud deben ser aprovechadas al máximo.-
- 4.- El Centro de Salud de San José Pinula se preocupa por la supervisión de las comadronas, ya que las reuniones se realizan cada mes, y también se hacen reuniones de emergencia cuando haya que corregir algo en la práctica de estas.-
- 5.- La comadrona conoce la importancia de las reuniones de capacitación, ya que el 100% ha recibido más de cuatro cursos.

6.- En lo que refiere a control prenatal la mayoría lo efectúa mensualmente; refiriéndolas por lo menos una vez al Centro de Salud (100%), ya sea para control de la madre e hijo como para inmunizarlas con Toxoide Tetánico y completar un adecuado control prenatal. La atención del parto se lleva a cabo en medidas higiénicas. El puerperio o control postnatal no es bien manejado por la comadrona, al no reconocer su duración y complicaciones; haciendo notar que por lo menos durante el puerperio inmediato existe seguimiento.-

7.- Persiste aún un pequeño grupo que aplica medicamentos caseros para tratar de resolver diferentes problemas, lo que demuestra un poco de déficit en la cobertura de enseñanza de las mismas.-

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social incentive el trabajo que realizan las Comadronas Tradicionales Capacitadas del Municipio de San José Pinula por medio de cursos de capacitación, los cuales deberán realizarse de una forma constante y tratar de proveer o completar el equipo o instrumental de trabajo y material de docencia.-
- 2.- Enfatizar en las reuniones mensuales planificadas por el Centro de Salud de problemas maternos durante el embarazo, parto y especialmente el puerperio.-
- 3.- Enfocar y utilizar una enseñanza de tipo participativa, haciendo simulacros de diferentes casos que se pueden presentar, ya que la mayor parte de las comadronas son analfabetas, fijando así aún más las prácticas que han de realizar.-
- 4.- Preparar al estudiante de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para que en su práctica de EPS rural se interese en mantener una relación de tipo docente para las comadronas, mejorando así la cobertura y por lo tanto disminuyendo la morbi-mortalidad materna.-

5.- Realizar sesiones con el sector Educativo, para organizar actividades de alfabetización para las Comadronas Tradicionales Capacitadas del Municipio de San José Pinula.-

6.- Insistir al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para que provea de material educativo al Centro de Salud como rotafolios o audiovisuales ya que si cuenta con dicho material, y esto para una mejor comprensión por parte de la comadronas.-

XI. RESUMEN

El presente estudio se realizó en el Municipio de San José Pinula del Departamento de Guatemala, durante los meses de junio y julio del presente año. El objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas activas, sobre embarazo, parto y puerperio. Para ello se tomó el total de comadronas que se encontraban inscritas en el Centro de Salud.-

Se utilizó una boleta de recolección de datos la cual se le aplicó a cada una de las comadronas incluidas en la investigación; para lo cual se necesitó de varios días, ya que en su mayoría eran analfabetas.-

En la mayoría de comadronas se observó que en su práctica no pone en peligro o riesgo a la madre, cuando se presenta alguna complicación que no pudiese resolver, la refiere a instituciones de salud como Hospital o Centro de Salud. También se observó que la minoría de estas aún utilizan menjurjes o actividades físicas como los masajes, los cuales han sido heredados por madres o abuelas.-

La enfatización a las comadronas sobre el puerperio es esencial, ya que se observó que los conocimientos sobre este período son escasos y se ejecutan prácticas erróneas, sin olvidar que deben reforzarse conocimientos del control prenatal y atención del parto.-

Así pues concluido este estudio, se aportó al Centro de Salud de San José Pinula, un enfoque de cómo se encuentra los conocimientos de las comadronas y en que puntos hay que reorientar o enseñar nuevos conceptos, por lo que el investigador se encuentra en plena disponibilidad para participar en reuniones de capacitación que realiza este Centro, en pro del mejoramiento de la atención materna, para disminuir la mortalidad.-

XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. ACEVEDO, J.L. "Una aproximación a la antropología mediante todos los Santos Cuchumatanes" Tesis (médico y cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de Ciencias médicas. Guatemala 1986.
2. CAMPOSECO CRUZ, ROLANDO "Pacientes con complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y su relación con la atención y referencia por comadrona. Tesis (médico y cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de Ciencias médicas. Guatemala 1991.
3. CHELALA CESAR "La salud materna un perenne desafío. Organización Panamericana de la Salud, publicaciones para la salud 1991.
4. CEWMAT Vestigios de una creencia médica precolombina en la Guatemala de hoy, Centro Mesoamericano de estudios sobre Tecnología Adecuada, 1985.
5. CIFUENTES ESPINAL, EDUARDO Práctica y creencias de las comadronas tradicionales del grupo Pokomchí sobre embarazo parto y puerperio. Tesis (médico y cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala. 1988
6. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD Alma Ata, 1978, Atención Primaria de Salud 6-12 sept. 1978 Ginebra
7. ERICA ROYSTON & SUE AMSTRONG Prevención de la mortalidad materna", Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1991
8. ET AL " La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala". La tradición popular Guatemala 1982.
9. FONAPAZ UNICEF Proyecto, Capacitación, Equipamiento y seguimiento de comadronas Tradicionales. Guatemala 1993.
10. FOSTER, G The role of medical antropology in primary heath care. Washington POS 1978 (scientific public 359)
11. GISPERT & COLS. Enciclopedia de medicina y enfermería, edición 1990, España tres tomos.
12. GUIA DEL DOCENTE PARA LA CAPACITACION DE COMADRONAS, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de servicios de Salud, Departamento Materno Infantil. Agosto 1989.
13. HERBERTH MAYLIN, S. Las parteras tradicionales y la planificación familiar. Population report. Número XXII Enero 1981.
14. IMEPLAN Foro sobre la medicina tradicional y atención primaria en salud. México 1981.
15. INCAP Capacitación a capacitadores de comadronas. Mother care proyect, Jhon Snow Inc. Guatemala 1992.
16. KROEGER, AXEL Atención primaria en salud, principios y métodos, Editorial Pax. México.
17. LAINEZ NORIEGA, LUIS La atención del parto intradomiciliario en el área rural. Tesis de médico y cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1987
18. MENESES PINTO, CLAUDIA Evaluación de los conocimientos que sobre embarazo, parto y puerperio poseen las comadronas tradicionales adiestradas. Tesis (médico y cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala. 1991

19. **MONTERROSO MORALES, JORGE** Complicaciones mas frecuentes en pacientes manipuladas por comadrona. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. 1978
20. **MORAGUES VERNAT, JAIME.** Clínica obstétrica, tercera edición, Editorial El Ateneo.
21. **OPS** Análisis de la situación de salud por regiones, Publicaciones científicas y técnicas No.3. Guatemala 1992.
22. **OPS** Las condiciones de salud de las Américas. Vol. 1, Edición 1990
23. **OPS** Mortalidad materna en América Latina 1988
24. **OPS, OMS** Condiciones de Salud en Guatemala, Guatemala Mayo 1994.
25. **PALGAR, S.** Health ang Human behavior Areas of comon Interesto social and Medical Sciences., Current Antropology. 1962
26. **PALTEX** Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno infantil OPS, serie paltex para ejecutores de pro grama de salud. 1986.
27. **PROYECTO, VALORACION Y SUPERACION DE LAS COMADRONAS TRADI CIONALES EN LA REPUBLICA DE GUATEMALA.** 1989
28. **REAL ACADEMIA ESPAÑOLA** Diccionario de la lengua Española, 18 ava edición, 1956. Madrid. Editorial Espasa Calpe.

29. **ROSENVASSER** Tratado de Obstetricia 2da. edición, editorial Argentina 1964. Panamericana, tomo II
30. **TARACENA, DARDON AXEL** Atención del parto por comadrona en el hospital de Chimaltenango. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala 1993.
31. **UNICEF** Curso de capacitación de comadronas tradicionales de Guatemala con enfoque participativo , Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 1990
32. **UNICEF** Metodología participativa de capacitación a Comadronas tradicionales documento técnico. Comisión coordinadora de comadronas. Región Noroccidental. 1993.
33. **VILLATORO, ELVA** Etnomedicina en Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro de estudios Folkloricos.
34. **WAYNE W. DANIEL** Bioestadística, 3ra. edición, Editorial Calypso, S.A. 1988.
35. **WERNER, DAVID.** Donde no hay Doctor, una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos. Editorial Pax, México 1975.
36. **WILLIAMS** Obstetricia. 3ra. edición, México. Unión tipográfica, editorial hispanoamericana.

MONOGRAFIA DEL MUNICIPIO DE SAN JOSE PINULA

Municipio del departamento de Guatemala, de 3ra. categoría. Área aproximada 195 Km.2, según estimación del IGN. Nombre geográfico oficial: San José Pinula.-

Colinda al norte con Palencia (GUA); al este con Mataquesuintla (S.R.); al sur con Santa Rosa de Lima (S.R.), al oeste con Fraijanes, Santa Catrarina Pinula y Guatemala (GUA).

La cabecera se encuentra en un pequeño valle en las faldas noroeste de la sierra que tradicionalmente se ha llamado de Canales. Esta limitada al norte por el riachuelo de la Iglesia, al este y sur por tributarios del río Teocinte y al oeste por una serranía.

La escuela se encuentra a 1,752 mts. SNM, lat. 14o 24'26". San José Pinula 2159 IV; Ciudad de Guatemala 2059 I. De la capital por la carretera Interamericana CA-1 al sureste hay aproximadamente 17 km. a la aldea Don Justo, donde por la ruta nacional 18 rumbo sureste son 5 km. a la Cab. San José Pinula, a que al este tiene unos 52 km. a la Cab. Mun. Mataquesuintla (Jal) Cuenta también con caminos, laderas y veredas que unen a sus poblados y propiedades rurales entre sí con los municipios vecinos.-

La principal riqueza del municipio esta en sus haciendas y buen ganado que tradicionalmente han surtido a la capital, de leche y productos derivados, sobresaliendo en la parte este del municipio, la raza Jersey que por lo quebrado del terreno se ha adaptado bien, mientras que en las partes planas, el ganado vacuno es de buena raza, especialmente Kolstein y aun cruzado con el que se conoce como criollo, también de buen rendimiento lechero.

En los últimos años, los terrenos aledaños a la cabecera, han sido divididos en pequeñas parcelas o granjas, en que predomina la avicultura.-

Algunos han confundido indebidamente la mención hecha durante el período hispánico del poblado Pinula, que se refería a la actual cabecera Santa Catarina Pinula, mientras que San José Pinula se conocía como Hacienda Vieja, cuya reducción a pueblo se llevo a cabo por disposición del Ejecutivo del 18 de junio 1851, según aparece en documentos del Archivo

General de Centroamérica: El municipio fue creado por Acuerdo Gubernativo del 10 de Octubre de 1886; "Con vista a la solicitud elevada al gobierno por los vecinos de Hacienda Vieja, jurisdicción de Pinula, para que se erija en municipio aquella localidad por contacto con todos los servicios necesarios para sostenerlo, de acuerdo con lo informado por el jefe Político Departamental; - El presidente de la República, En el deseo de expedir por todos los medios posibles la pronta y cumplida administración de justicia y la buena marcha de los asuntos administrativos, tiene a bien acceder a la solicitud de los presentados".

Por Acuerdo Gub. del 20 de Septiembre 1909, el caserío El Sombrerito, que pertenecía a Santa Rosa (de Lima), se anexo al municipio. El de 29 de noviembre 1928 dispuso que El zapote (hoy caserío de la aldea El Colorado) también se segregase de Santa Rosa (de lima) y se incorporase en el municipio.-

La fiesta titular del patrono del pueblo, por lo general se ha celebrado durante una semana en el mes de marzo; el día principal ha sido el 19, en que la iglesia conmemora la festividad del Patriarca San José.-

La escuela nocturna se estableció por Acdo. Gub. el 11 de septiembre de 1888.-

La oficina telegráfica se organizó por Acdo. Gub. del 16 de diciembre de 1889.-

El edificio de la Policía Nacional se inauguró el 30 marzo de 1974, cuyo costo incluye el terreno ascendió a unos Q.13,000 y que su mayor parte se hizo con los aportes del vecindario, municipalidad y la Dirección General de ese ramo.

En lo religioso se considera parroquia extraurbana de la arquidiócesis de Guatemala, erigida el 30 de noviembre 1914.

En la cabecera funciona un puesto de salud. "también tiene el instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) un puesto de Primeros auxilios para sus afiliados.-

El municipio esta comprendido dentro del primer distrito electoral.-

Los datos proporcionados por Estadística correspondientes al VIII Censo General de Población del 7 de abril 1973 dieron 13,364, de los cuales 6,795 eran hombre y 6,619 mujeres.

El municipio cuenta con 1 pueblo, 7 aldeas y 26 caseríos. La cabecera con categoría de Pueblo, San José Pinula tiene los caseríos: El Durazno y El Manzano. Y sus aldeas: Cienega Grande, Concepción Pinula, Contreras, El Colorado, El Platanar, Las Anonas y Santa Inés Pinula.-

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Edad : _____

2. Estado Civil :

Casada	Unida	Soltera	Divorciada
--------	-------	---------	------------

3. Escolaridad :

1°.-3° primaria	4°.-6° primaria	1°.-3° básico	4° o más
-----------------	-----------------	---------------	----------

4. Cuántos cursos de capacitación a recibido?

1	2	3	4	más de 4
---	---	---	---	----------

5. Quien se lo dió?

médico	enfermera	promotor
otros	especifique : _____	

6. Que significa para usted, puerperio?

7. Lo conoce con otro nombre?

Si	No
----	----

especifique _____

8. A que edad gestacional diagnóstica el embarazo?

9. Mencione alguna causa para referir al paciente al hospital:

10. Cómo reconoce el momento del parto?

11. En que momento le dice a la paciente que pujan?

12. Ha atendido partos gemelares?

Si	No	Cuántos _____
----	----	---------------

13. Aconseja a la madre que de lactancia materna?

Si	No
----	----

por que ? _____

14. Cuánto tiempo dura el puerperio?

15. En la mujer lactante es el mismo tiempo?

Si	No	a veces
----	----	---------

16. Que es alumbramiento?

17. Mencione características de un lóquio anormal ?

18. Sabe que es mastitis?

19. Cuánto debe de subir en peso promedio la mujer gestante ?

20. Al cuánto tiempo se escucha el corazón al feto ?

21. Al cuánto tiempo deben de sentirse los movimientos ?

22. Cuando está a tiempo un embarazo, hasta donde llega el fondo del útero ?

23. Que hace si se presentan loquios con mal olor y de color achocolatado?

Refiere al hospital

da medicamento o menjurje

otros : _____

24. Que hace si la placenta no sale en 30 minutos?

la extrae con fuerza

refiere al hospital

25. Si presenta ataques, que hace?

refiere al hospital

otros : _____

26. Si la parturienta sangra por más de un día en forma abundante, que hace?

lo refiere al hospital

otros : _____

27. Cuando hay enrojecimiento, endurecimiento de pecho, y leche mezclada con pus, que hace?

refiere al hospital

otros : _____

28. Cuando hay grietas en los pezones que hace?

29. Que hace si la madre presenta hinchazón de pies y manos?

30. Refiere a la madre a un control al Centro de Salud?

Si

No

por que ? _____

31. Que hace si una paciente se pone pálida, con escalofríos, tendencia al sueño, mareos, fiebre?

da medicamentos

otros : _____

32. Va a ver al centro de salud u hospital a las pacientes que refiere ?

Si

No

por que ? _____

33. Hierva los instrumentos que utiliza?

Si

No

otros : _____

34. Que hace si durante el parto sale cualquier estructura del feto, que no sea la cabeza?

35. Que hace si en el control, no se encuentra la cabeza del niño hacia abajo en el los últimos dos meses ?

36. Da algún medicamento o dieta alimenticia durante el embarazo?

Si

No

por que ? : _____

37. Cómo diagnostica el embarazo ?

38. Cada cuánto examina al paciente ?

39. Da masajes para poner de cabeza al niño?

Si

No

quien le enseñó? _____

40. Se lava las manos antes de atender el parto?

Si

No

41. Limpia los genitales antes de atender el parto?

Si

No

42. Limpia el lugar de atención del parto?

Si

No

43. Hace tactos vaginales?

Si

No

para que ? _____

44. Da algún medicamento a la madre para apresurar el parto ?

Si

No

quién le enseñó ? _____

45. Con que corta el cordón umbilical ?

46. Limpia los genitales después del parto?

Si

No

47. Examina al paciente durante el puerperio?

Si

No

cuántas veces lo hace ? _____