

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONOCIMIENTOS DE LAS COMADRONAS
SOBRE SEÑALES DE PELIGRO
DE MORTALIDAD PERINATAL”**

Estudio descriptivo en comadronas que reciben
capacitación por personal del Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social –MSPAS- en los distritos de salud
en San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas,
Cunen, Uspantán, Santa Cruz y Chiché
del departamento del Quiché

abril-septiembre 2011

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

**Astrid Mariam Barrientos Girón
Alejandra María Delgado Solares
Cindy Yesenia Reinoso Reynoso
Rosa María Kopp Barrios
Melissa Estrada Martínez
Celso Andrelly Godoy Hurtado
Rosa Victoria Luna Del Cid**

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2011

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

**“CONOCIMIENTOS DE LAS COMADRONAS
SOBRE SEÑALES DE PELIGRO
DE MORTALIDAD PERINATAL”**

Estudio descriptivo en comadronas que reciben
capacitación por personal del Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social –MSPAS- en los distritos de salud
en San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas,
Cunen, Uspantán, Santa Cruz y Chiché
del departamento del Quiché

abril-septiembre 2011

**Astrid Mariam Barrientos Girón
Alejandra María Delgado Solares
Cindy Yesenia Reinoso Reynoso
Rosa María Kopp Barrios
Melissa Estrada Martínez
Celso Andrelly Godoy Hurtado
Rosa Victoria Luna Del Cid**

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2011

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Astrid Mariam Barrientos Girón	199810401
Alejandra María Delgado Solares	200012062
Cindy Yesenia Reinoso Reynoso	200012413
Rosa María Kopp Barrios	200210072
Melissa Estrada Martínez	200310260
Celso Andrelly Godoy Hurtado	200310919
Rosa Victoria Luna Del Cid	200311007

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS DE LAS COMADRONAS
SOBRE SEÑALES DE PELIGRO
DE MORTALIDAD PERINATAL”**

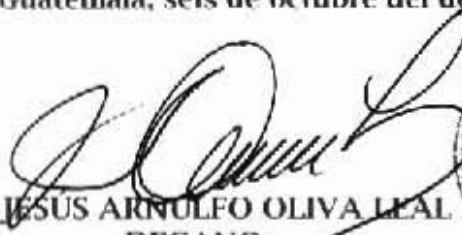
**Estudio descriptivo en comadronas que reciben
capacitación por personal del Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social -MSPAS- en los distritos de salud
en San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas,
Cunen, Uspantán, Santa Cruz y Chiché
del departamento del Quiché**

abril-septiembre 2011

Trabajo asesorado por la Dra. Aida Guadalupe Barrera Pérez y revisado por la Dra. Blandina Elizabeth Pérez Mancilla quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, seis de octubre del dos mil once


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Astrid Mariam Barrientos Girón	199810401
Alejandra María Delgado Solares	200012062
Cindy Yesenia Reinoso Reynoso	200012413
Rosa María Kopp Barrios	200210072
Melissa Estrada Martínez	200310260
Celso Andrelly Godoy Hurtado	200310919
Rosa Victoria Luna Del Cid	200311007

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS DE LAS COMADRONAS
SOBRE SEÑALES DE PELIGRO
DE MORTALIDAD PERINATAL”**

**Estudio descriptivo en comadronas que reciben
capacitación por personal del Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social -MSPAS- en los distritos de salud
en San Pedro, Jocopilas, Pachalum, Sacapulas,
Cunen, Uspantán, Santa Cruz y Chiché
del departamento del Quiché**

abril-septiembre 2011

El cual ha sido revisado y corregido por el Profesor de la Unidad de Trabajos de Graduación -UTG-, Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el seis de octubre del dos mil once.

“ID Y ENSEÑAR A TODOS”

**Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador**

Guatemala, 06 de octubre del 2011

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León Barillas:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Astrid Mariam Barrientos Girón
Alejandra Maria Delgado Solares
Cindy Yesenia Reinoso Reynoso
Rosa Maria Kopp Barrios
Melissa Estrada Martinez
Celso Andrelly Godoy Hurtado
Rosa Victoria Luna Del Cid

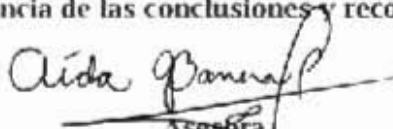
Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"CONOCIMIENTOS DE LAS COMADRONAS
SOBRE SEÑALES DE PELIGRO
DE MORTALIDAD PERINATAL"**

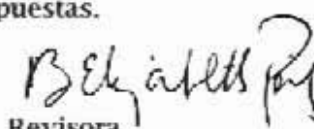
**Estudio descriptivo en comadronas que reciben
capacitación por personal del Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social -MSPAS- en los distritos de salud
en San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas,
Cunen, Uspantán, Santa Cruz y Chiché
del departamento del Quiché**

abril-septiembre 2011

Del cual como asesora y revisora nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.


Asesora
Firma y sello

Aida G. Herrera Flores
MEDICA Y CIRUJANA
Cdt. 11595


Revisora
Firma y sello
Reg. de personal

Dr. Blandino B. Pérez Mancilla
PEDIATRA

RESUMEN

OBJETIVO: Describir los conocimientos que poseen las comadronas en la detección de Señales de Peligro de mortalidad perinatal, adquiridos durante la Capacitación a Comadronas, del Programa Nacional de Salud Reproductiva impartido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, realizado en distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz del Quiché y Chiché del departamento de Quiché, tomando como muestra 369 comadronas capacitadas de los distritos anteriormente mencionados, se realizaron encuestas estructuradas tipo entrevista la cual consta de dos partes; la primera corresponde a preguntas de datos generales propias de características epidemiológicas de las comadronas por lo cual no le será asignado un puntaje; la segunda corresponde a preguntas específicas sobre conocimientos generales basados en los conocimientos adquiridos en las capacitaciones y que tienen un valor de 1 punto por cada respuesta correcta que obtengan; los datos fueron analizados procesados por medio de cuadros electrónicos en Excel en las que se incluyeron cada una de las variables a estudio.

RESULTADOS: Se encuestó un total de 369 comadronas capacitadas, con una media de edad de 53 años, de las cuales se encontraron 185 comadronas con analfabetismo, y de 1 a 4 años de capacitación; obteniendo un promedio de 66 puntos en las preguntas específicas de conocimientos generales, aprobando la encuesta 82 y reprobaron 287 comadronas.

CONCLUSIONES: Las comadronas capacitadas por el MSPAS del departamento de Quiché, presentaron un bajo nivel de conocimiento sobre señales de peligro de mortalidad perinatal, determinando que dentro de las características epidemiológicas se encuentra una edad media de 53 años, prevaleciendo el analfabetismo, y el tiempo de asistencia a capacitación de 1 a 4 años.

PALABRAS CLAVE: Comadrona, conocimientos, señales de peligro en el recién nacido

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo general	3
2.2 Objetivos específico	3
3. Marco teórico	4
3.1 Contextualización del área de estudio	4
3.1.1 Localización geográfica y extensión territorial	4
3.1.2 División geopolítica	4
3.1.3 Demografía	5
3.1.4 Salud	5
3.1.4.1 Situación actual de salud en Guatemala	5
3.1.4.2 Situación de salud en Quiché	6
3.1.5 Comadronas distribuidas en el departamento de Quiché	7
3.2 Historia de las comadronas	8
3.3 Comadrona tradicional	11
3.3.1 Características de las comadronas	13
3.3.2 Requisitos para ejercer como comadrona tradicional	13
3.3.3 Naturaleza y funciones del cargo	14
3.4 Decreto Ley de la comadrona tradicional	16
3.5 Programa Nacional de Capacitación de Comadronas Tradicionales	17
3.6 Los diez principios del cuidado perinatal de Organización Mundial de la Salud	18
3.6.1 El cuidado del embarazo y parto normal	18
3.6.2 Atención prenatal	19
3.6.3 Atención del parto	22
3.6.4 Atención de puerperio	23
3.7 Mortalidad perinatal	25
3.7.1 Principales señales de peligro de mortalidad perinatal	25
3.8 Participación de la comadrona tradicional en la reducción de la mortalidad perinatal en el país	29
3.8.1 Demoras en la atención materna y neonatal	29
3.9 Tasa de mortalidad perinatal en el departamento de Quiché año 2009	33
3.10 Conocimiento	33

3.10.1 Características del conocimiento	34
3.10.2 Clasificación del conocimiento	34
3.10.2.1 Conocimiento empírico	34
3.10.2.1.1 Características del conocimiento empírico	34
3.10.2.2 Conocimiento científico	35
3.10.2.2.1 Características del conocimiento científico	36
3.10.2.3 Conocimiento artístico	37
3.10.2.4 Conocimiento revelado	37
3.11 Minuto de oro	37
3.12 Uso del maletín equipado para la comadrona tradicional	38
3.12.1 Definición	38
3.12.2 Materiales y equipo	38
3.13 Procedimiento para el uso del maletín en la atención del parto	40
3.14 Limpieza del equipo antes y después del parto	
(medidas de bioseguridad)	41
4. Metodología	43
4.1 Tipo y diseño de investigación	43
4.2 Unidad de análisis	43
4.2.1 Unidad primaria de muestreo	43
4.2.2 Unidad de análisis	43
4.2.3 Unidad de información	43
4.3 Población y muestra	44
4.3.1 Población o universo	44
4.3.2 Marco muestral	44
4.3.3 Muestra	44
4.4 Selección de los sujetos a estudio	45
4.4.1 Criterios de inclusión	45
4.4.2 Criterios de exclusión	45
4.5 Operacionalización de variables	46
4.6 Técnica, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección	
de datos	51
4.6.1 Técnica	51
4.6.2 Procedimiento	51
4.6.3 Instrumento	52

4.7 Procesamiento y análisis de datos	52
4.7.1 Procesamiento	52
4.7.2 Análisis	52
4.8 Alcances y límites de la investigación	53
4.8.1 Alcances	53
4.8.2 Límites	53
4.9 Aspectos éticos de la investigación	53
5. Resultados	54
6. Discusión	57
7. Conclusiones	61
8. Recomendaciones	63
9. Aportes	64
10. Referencias Bibliográficas	65
11. Anexos	70

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a varios de los estudios que existen en Guatemala y de otros países, la atención del parto es uno de los principales determinantes de la muerte perinatal. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) en Guatemala para el año 2002 consigna que el 47.5% de todos los partos son atendidos por comadronas, 37% por médicos, 4.4%, 10.2% por un familiar y amigo, 4.4% por una enfermera y 0.8% no recibió ninguna asistencia. Estos porcentajes muestran que la comadrona es un recurso fundamental en la atención materna neonatal de áreas rurales del país. Así mismo señalan que en el área rural, las comadronas tanto capacitadas como tradicionales llegan atender el 55.5% de los partos, mientras que en el área urbana atienden el 31.7% esto según las memorias de labores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del año 2008. (1,2)

Según el informe anual del estado mundial de la infancia, cuyo tema principal es la salud materna y neonatal del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia publicado en el año 2009, reporta que cerca del 86% de las muertes neonatales que se que se producen en todo el mundo es resultado directo de tres causas principales: infecciones graves, asfixia y nacimientos prematuros. Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) para el año 2008-2009, la mortalidad infantil en Guatemala fue de 40 X 1000 nacidos vivos, sin embargo sigue siendo una de las más elevadas de Latinoamérica. (3)

Investigaciones recientes sobre salud indican que aunque Guatemala ha logrado grandes adelantos en reducir la mortalidad perinatal, continúa teniendo una de las peores estadísticas del continente. Actualmente el instituto nacional de estadística (INE), reveló que el 31% de todas las muertes perinatales ocurren dentro de los primeros 28 días de vida y la tasa de mortalidad perinatal en el departamento de Quiché fue de 5.34% en el año 2008, según lo muestra la información proporcionada por el área de salud de Santa Cruz del Quiché. El área de salud refiere que en el censo realizado de enero a junio del año en curso reportó 31 muertes de neonatos menores de 28 días. (4, 5, 6)

El aporte del estudio fue describir el nivel de conocimiento de las comadronas sobre las señales de peligro de mortalidad perinatal por medio de una encuesta estructurada tipo entrevista, basándose en los años de asistencia al programa de capacitación impartida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), detectando así los distritos vulnerables en las cuales se encontró conocimiento deficiente y necesitan mayor reforzamiento sobre la correcta atención del recién nacido y de esta manera reducir la mortalidad perinatal. Los resultados obtenidos en el estudio reportan que las comadronas entrevistadas presentaron un promedio del 66% sobre el conocimiento evaluado, con una media de edad de 53 años y con un intervalo de 1 a 4 de años de asistencia a las capacitaciones.

Se concluyó que las comadronas que se encuentran en el Programa de Capacitación impartido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento del Quiché, tienen bajo nivel de conocimientos sobre las señales de peligro de mortalidad perinatal. Se determinó que dentro de las características epidemiológicas de las comadronas se encuentran, una edad media de 53 años, y prevalece el analfabetismo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Describir los conocimientos que poseen las comadronas en la detección de Señales de Peligro de mortalidad perinatal, adquiridos durante la Capacitación a Comadronas, del Programa Nacional de Salud Reproductiva impartido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché.

2.2 Objetivos específicos

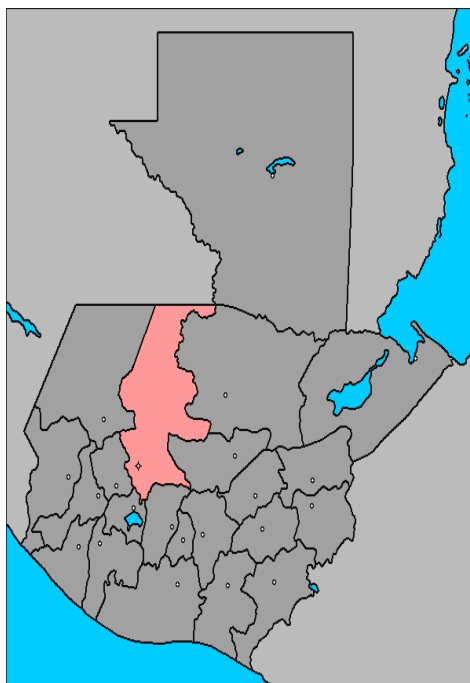
- 2.2.1 Identificar las características epidemiológicas de las comadronas en cuanto a edad, alfabetismo y el tiempo de capacitación.
- 2.2.2 Determinar el conocimiento que poseen las comadronas sobre las cuatro “Demoras de Atención”.
- 2.2.3 Identificar el conocimiento que tienen las comadronas sobre “el Minuto de Oro” (primer minuto de vida) y su relación sobre la mortalidad perinatal.
- 2.2.4 Determinar el conocimiento de las comadronas sobre las señales de peligro del recién nacido (dificultad respiratoria, flacidez y disminución de movimientos, hipotermia, hipertermia, bajo peso al nacer) como señales de peligro de mortalidad perinatal, incluidos en el Programa de Capacitación a Comadronas.
- 2.2.5 Determinar la capacidad de las comadronas para identificar las señales de peligro durante el trabajo de parto (hemorragia, visión borrosa, dificultad respiratoria y fiebre).
- 2.2.6 Determinar si las comadronas utilizan los materiales incluidos en el “Maletín Equipado” para la atención del parto y el recién nacido, proporcionado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

3.1.1 Localización geográfica y extensión territorial

Quiché es un departamento que se encuentra situado en la región noroccidental de Guatemala. Limita el norte con México, al sur con los departamentos de Chimaltenango y Sololá, al este con los departamentos de Alta y Baja Verapaz, y al oeste con los departamentos de Totonicapán y Huehuetenango. La cabecera departamental es Santa Cruz del Quiché. Localizada a una altura que oscila entre los 2,310 y 1,196 metros sobre el nivel del mar, se ubica en la latitud 15° 02'12" y longitud 91° 07'00". Cuenta con una extensión territorial de 8,378 kilómetros cuadrados. (3)



3.1.2 División geopolítica

El departamento comprende de 21 municipios los cuales son:

1. Santa Cruz del Quiché

2. Canillá
3. Chajul
4. Chicaman
5. Chiché
6. Chichicastenango
7. Chinique
8. Cunén
9. Ixcán
10. Nebaj
11. Joyabaj
12. Pachalum
13. Patzité
14. Sacapulas
15. San Andrés Sajcabajá
16. San Antonio Ilotenango
17. San Bartolomé Jocotenango
18. San Juan Cotza
19. San Pedro Jocopilas
20. Uspantán
21. Zacualpa ⁽³⁾

3.1.3 Demografía

Según la memoria de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica para el año 2010, la población total de Quiché fue de 921,390 habitantes. La población indígena es el 88.3% del total, de acuerdo al Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007 SEGEPLAN/MSPAS. ⁽¹⁾

3.1.4 Salud

3.1.4.1 Situación actual de salud en Guatemala

La Razón de Mortalidad Materna, se registra en 153 por 100,000 nacidos vivos, de acuerdo al Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007 -SEGEPLAN/MSPAS- La tasa de fecundidad es de

4.4 hijos por mujer, el uso de métodos modernos de planificación familiar (PF) es de 44% y la necesidad insatisfecha es de 20.8%. La mortalidad neonatal es de 22 por cada 1000 nacidos vivos. (26)

3.1.4.2 Situación de salud en Quiché

La Razón de Mortalidad Materna, se registra en 192.8 por 100,000 nacidos vivos, de acuerdo al Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007 -SEGEPLAN/MSPAS. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009, la tasa de fecundidad en el departamento es de 5.2 hijos por mujer, aunque para ellas el número ideal de hijos es de 4.3 (ambos datos por encima del promedio nacional). Este departamento registra las más baja coberturas de atención del parto institucional (20.3%), la mayoría son atendidos en casa o casa de comadrona (79.8%). El uso de métodos modernos de planificación familiar -PF- es de 20.9% y la necesidad insatisfecha es de 35%. Se observa que el acceso a métodos de PF, no satisface las necesidades de las mujeres. (26)

La mortalidad neonatal en el departamento de Quiché, es de 63 por 1,000 nacidos vivos, y la desnutrición crónica en niños entre 3 y 59 meses de edad, supera al promedio nacional (49.8%), registrándose 72%. Este departamento es considerado uno de los departamentos que presentan “Muy Alta vulnerabilidad nutricional”, de acuerdo al Tercer Censo Nacional de Talla, realizado por la SESAN y el MINEDUC en 2008. (26)

En el departamento de Quiché se encuentran 2,307 comadronas activas, en capacitación mensual por el MSPAS, según el registro del área de salud de Quiché del año 2011. El total de comadronas registradas en los 7 distritos son: (1)

- San Pedro Jocopilas

82

• Pachalum	19
• Sacapulas	179
• Cunén	97
• Uspantan	268
• Santa Cruz del Quiché	178
• Chiché	133

En el departamento del Quiché de acuerdo a la sala situacional se registran en el mes de junio del 2011: (28)

• Muertes maternas	11
• Neonatos menores 7 días	14
• Neonatos de 8 a 28 días	20
• Total recién nacidos fallecidos	34

Entre las primeras causas de muerte del recién nacido que se registran en la sala situacional del mes de junio del año 2011 del departamento del Quiché, se encuentran: (28)

- Asfixia del nacimiento no especificado
- Sepsis bacteriana del recién nacido
- Muerte súbita

3.1.5 Comadronas distribuidas en el departamento de Quiché

	DISTRITO	Centro de salud	Puesto de salud	Extensión de cobertura	TOTAL	%
1	Pachalum	19	n/d	n/d	19	2
2	Sacapulas	52	40	87	179	18.7
3	Uspantán	85	76	107	268	28.03
4	San Pedro	25	n/d	57	82	8.6
5	Cunén	40	n/d	57	97	10.1
6	Santa Cruz	57	57	64	178	18
7	Chiché	48	n/d	85	133	14
	TOTAL	326	173	457	956	100

Fuente: Proporcionado por área de salud de Quiché 2011. (1) • n/d: no hay datos

3.2 Historia de las comadronas

Poco se sabe en la historia de la medicina de Guatemala, que hubo una Escuela de Comadronas adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. La Escuela, que funcionó entre 1895 y 1960, no está mencionada en “La Historia General de Guatemala” a pesar de las descripciones de la Sala de Maternidad del Hospital San Juan de Dios, la Maternidad “Joaquina” y el Hospital 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. (2,24)

El papel histórico de la comadrona Maya en Guatemala tiene aspectos tanto prácticos como sobre-naturales. Tradicionalmente la comadrona tenía un nivel bastante alto en su comunidad, debido en parte a que se creía que había sido elegida por Dios a través de sueños y señales para ser comadrona. (24)

La comadrona hacía masajes abdominales, colocando la posición del feto como fuera necesario para lograr que se presentara en posición cefálica, hacía recomendaciones de dietas, prescribía remedios de hierbas según fuera necesario y promovía el uso del baño de vapor. (19)

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

Reflexionar sobre esta historia perdida es ahora más importante que nunca. A pesar de varios esfuerzos privados y gubernativos, los índices de mortalidad materna del país siguen siendo altos (además de los altísimos índices de mortalidad infantil). (20)

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 153 muertes maternas se informan por cada cien mil nacimientos; pero las estadísticas del Banco Mundial informan que el número real es aún más alto: 190 muertes maternas por cada cien mil nacimientos. En los departamentos más afectados, el índice puede alcanzar 266 muertes maternas por cada cien mil nacimientos. Además, comadronas no tituladas (sino tradicionales) atienden la mayoría de los partos en el país. El Ministerio de Salud Pública atiende solamente el 20 % de los partos y el país tiene capacidad limitada para ampliar su cobertura. De hecho, la gran mayoría de las guatemaltecas, especialmente las que viven en áreas rurales, paren en casa y son atendidas por las comadronas tradicionales, mujeres valientes, pero sin preparación formal. (2, 6, 25, 18).

El Ministerio de Salud reconoce que la salud de las parturientas guatemaltecas está en manos de las comadronas tradicionales. Por eso empezó a capacitar y licenciar a las comadronas tradicionales en la década de 1950 y sus esfuerzos crecían durante el decenio de los años 80, cuando Guatemala adoptó las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(Dichas recomendaciones exigieron que el Ministerio reconociera, capacitara, y autorizara a las comadronas). A finales del siglo XIX “las mujeres embarazadas temían ser recluidas en el hospital, pues la fiebre puerperal era común en las salas de maternidad. Esta complicación y sus consecuencias funestas obedecían a la falta de higiene, al extremo que con frecuencia la enfermedad la transmitían las propias manos del médico”. (17, 28)

Tales condiciones siguieron aún hasta 1891 cuando 68 niños nacieron en el Hospital y fallecieron 16. La misma sabiduría que inspiró al Dr. Ortega a introducir la antisepsia, también lo iluminó para impulsar la apertura de la Escuela de Comadronas, por la que empezó a abogar en 1893, durante los primeros días de su decanato. La Escuela de Comadronas empezó a funcionar el 1 de agosto de 1895. Según los médicos de la época, la Escuela era importante para la “sociedad en general, y de las clases pobres en particular”. (20)

La Escuela de Comadronas adscrita a la Facultad de Medicina y Farmacia funcionó de manera muy regular durante las primeras décadas del Siglo XX. Sus estudios, que empezaron con una duración de dos años, fueron ampliados y en 1923 el

Presidente José María Orellana aprobó un plan de estudios que dividió las graduadas en dos clases, exigiendo tres años de estudios a las de segunda clase y cuatro años a las de primera clase. Las parteras de primera clase podían hacer ciertas intervenciones quirúrgicas, incluyendo la episiotomía, la aplicación de fórceps y la sutura del perineo. Las mujeres que egresaron de la Escuela durante los inicios de ésta, fueron las primeras mujeres universitarias en el país. En agosto de 1924 ellas formaron la Asociación de Parteras Profesionales de Guatemala “Dr. Juan J. Ortega”, una organización que mantiene su vigencia hasta el presente. (6,20,34)

Sin embargo, pocos años después, la Escuela de Comadronas, como muchos de los productos de la Revolución, encontró problemas. Después del derrocamiento del Presidente Jacobo Arbenz Guzmán en 1954, las nuevas autoridades del Ministerio de Salud y del Hospital General se pusieron en contra de la Partería y en 1955 “con motivo del nuevo plan de organización a que se ha sometido el Hospital General”, las prácticas de las alumnas sufrieron “alteraciones considerables”: a ellas sólo les fue permitido observar (no atender) los partos. Poco tiempo después, la situación empeoró cuando la Maternidad del Hospital General cerró y la del Hospital Roosevelt abrió, sin abrir sus puertas a las alumnas de partería. La Maternidad del Roosevelt funcionó con un modelo norteamericano (de hecho, los técnicos que la diseñaron y supervisaron eran norteamericanos) rompiendo así con los estándares franceses que por tradición se habían seguido en el Hospital General; en adelante se puso énfasis en los médicos especialistas y en las enfermeras profesionales: se suprimió así el rol de las parteras en el sistema nacional de salud. (20,28)

El nuevo sistema, dentro del contexto de las especialidades médicas, en apogeo durante esa época, donde la obstetricia era la más popular y en el que los médicos obstetras eran educados para identificar e intervenir partos distócicos (partos difíciles), no valoró el trabajo de las parteras y hasta llegó a considerarlas como competidoras del médico obstetra. Con ese criterio, cuando el Presidente Carlos Castillo Armas (siguiendo los pasos de Ubico) acordó en Julio de 1955 que la Escuela Nacional de Enfermeras fuera la única institución de su tipo en el país, la Facultad de Ciencias Médicas no hizo ninguna objeción. Pocos meses después, cuando el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Carlos Sosa Barillas,

comunicó a la Facultad acerca del establecimiento de un “Postgraduado en la Escuela Nacional de Enfermeras especialmente para la preparación de Enfermeras Obstétricas, que podría suprimirse la Escuela de Comadronas (sic)”, la Junta Directiva de la Facultad, a pesar de la autonomía de la Universidad, no defendió la pertinencia de mantener la Escuela sino decidió, el 29 de Diciembre de 1955, cerrar la inscripción para el año 1956. (14,15,20)

El Ministerio de Salud nunca llevó a cabo su propuesta de capacitar Enfermeras obstétricas. Muchos médicos notaron que las parteras pueden contribuir a la salud del país por enfocar su atención en las mujeres pobres y por llenar el vacío de servicios de salud en las áreas rurales. De hecho, las parteras hicieron contribuciones importantes a la salud reproductiva de Guatemala. Por ejemplo, una partera profesional, María Castro de Morales, abrió la primera clínica prenatal en el país en 1911. (28)

Muchos médicos han apoyado la partería porque saben que las parteras coadyuvan con los médicos y las enfermeras en el mejoramiento de la salud reproductiva de la población guatemalteca. Cada una de estas profesiones tiene un rol distinto, importante y complementario. Las parteras son especialistas en los partos normales y naturales, mientras los médicos pueden intervenir en los distócicos. Las enfermeras tienen un amplio campo de acción y la versatilidad para ayudar en una variedad de situaciones médicas, mientras que las parteras focalizan su ejercicio en una sola rama de la Medicina. En Guatemala, con sus altos índices de mortalidad materna e infantil, en parte debida a la carencia de personal médico para atender a más del 20 % de los partos, se necesita cada una de las tres profesiones arriba mencionadas. (19)

3.3 Comadrona tradicional

La comadrona tradicional adiestrada, es aquella persona de la comunidad que después de haber sido capacitada recibe la autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para dar atención a la gestante en el embarazo, parto y puerperio. (2,18)

Por comadrona tradicional de familia se entiende la comadrona tradicional que ha sido elegida por una familia extensa para asistir los partos de los integrantes de la misma familia. La comadrona tradicional es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de comadrona por si misma o por aprendizaje con otras comadronas tradicionales. (18)

Adicionalmente, la comadrona debe ser la intermediaria, entre la gestante y los establecimientos de salud, para la referencia de los embarazos de alto riesgo. La comadrona constituye un valioso recurso comunitario y debe ser elemento fundamental para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Debe estar capacitada integralmente y relacionarla con la red de servicios de salud. (2)

Para la capacitación de las comadronas el personal de salud deberá tomar en cuenta; ser mayor de edad, alfabeta, haber atendido un mínimo de 20 partos, buena salud física y mental, no poseer venta de bebidas alcohólicas, medicamentos y ser aceptada por su comunidad. (16, 19)

El tiempo de duración de la capacitación para comadrona tradicional es de 15 días hábiles de cada principio de mes y serán desarrollados en forma continua o alterna a las características y disponibilidad del personal local. Los contenidos y lineamientos generales deben basarse en el Programa Nacional de Capacitación de Comadronas. (2)

La inclusión de la Comadrona Tradicional en los servicios de la atención del parto, conlleva una importancia mayor, debido a que actúan como enlace entre las pacientes y personal de salud institucional durante la atención del parto, con su experiencia tradicional, conocen los usos y costumbres de las mujeres parturientas, su idioma, apoyan en la traducción del idioma y las tranquilizan ante la expectativa de un parto que, aunque sea atendido en forma más técnica y profesional, no deja de ser un poco angustiante para algunas mujeres. Por otro lado las comadronas tradicionales encontraran en los Centros de Atención Permanente un establecimiento de salud donde se compartan conocimientos y habilidades y prácticas, entre el proveedor y la comadrona y a la vez ambas partes, continuar fortaleciendo sus competencias. (19)

Importante es contar con funciones que permitan que las comadronas puedan desarrollar su trabajo con direccionalidad y apoyo principalmente a sus saberes ancestrales, sin poner en riesgo la salud de la madre y niño. (19)

3.3.1 Características de las comadronas

- En general, la comadrona es una mujer madura que tiene hijos vivos y forma parte de la comunidad en que presta sus servicios.
- A menudo es analfabeta, habla el idioma local y no sólo comprende el sistema cultural y religioso sino que forma parte integrante del mismo.
- La Comadrona Tradicional suele ser una mujer ponderada e inteligente, elegida por las mujeres de su familia o aldea a causa de sentido práctico y experiencia.
- Tienen una personalidad dinámica y disfrutan de una autoridad reconocida en la comunidad.
- Su ejercicio profesional constituye una forma de práctica privada en la que ellas mismas discuten su retribución con la clientela. A veces se les paga o se dan donativos, en general, su retribución entraña un alto grado de estima en el seno de la comunidad.
- En las sociedades en la que se ha elegido a una Comadrona tradicional de familia, no se acepta a ninguna comadrona que no pertenezca a esta por grande que sea su destreza o su prestigio. En cambio, cuando no sucede así, la comadrona extrae su clientela de toda la aldea, y si su reputación es excepcional, pueden llegarle mujeres de todo el distrito. (18)

3.3.2 Requisitos para ejercer como comadrona tradicional

- Registrada oficialmente en el Distrito Municipal de Salud.
- Originaria del municipio.
- Edad de 18 a 65 años.
- Reconocida por la comunidad de origen.

- Capacitada por la Enfermera Profesional del Distrito Municipal.
- Que identifique claramente las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.
- Hablar el idioma maya del Municipio.
- Experiencia mínima de dos años en atención de partos.
- Asistir a las 5 sesiones del programa de capacitación durante un año para que le sea otorgado el carnet que la acredita como tal. (5, 41)

3.3.3 Naturaleza y funciones del cargo

Como cada país presenta sus propias circunstancias, no es posible formular un núcleo de funciones de la comadrona tradicional que sea universalmente aplicable, en cada región, habrá que tener en cuenta las condiciones locales para tomar la decisión pertinente. Toda decisión relativa a las funciones de las comadronas tradicionales habrá de basarse en los siguiente factores: la función tradicional de la comadrona tradicional en la comunidad, el deseo de que las comadronas tradicionales asuman nuevas funciones, la disponibilidad de medios modernos de asistencia médica y la capacidad de la infraestructura para servir de apoyo a ciertas actividades de la comadrona tradicional. (7, 13)

- Personal comunitario reconocida/o por su comunidad como líder y consejera.
- Atiende a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto y al recién nacido.
- A menudo se espera que completen sus funciones tradicionales de asistencia obstétrica haciendo lo que podría denominarse una “evaluación del riesgo” prenatal y enviar a las madres al centro de salud en caso de urgencia o de posibles complicaciones.
- Preparada por experiencia propia y por personal institucional para el mejoramiento de su desempeño.
- Atiende los partos en un ambiente con adecuaciones propias a su labor en la comunidad.

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

- Consultar con el proveedor calificado (Médico, enfermera y/o auxiliar de enfermería) las situaciones que se le presente fuera de lo normal durante el trabajo de parto, parto y posparto.
- Asegurar la utilización de medidas de higiene para la atención del parto limpio y seguro.
- Vigilar e informar verbalmente de la variación de los signos vitales, foco fetal, excreta urinaria, intensidad y frecuencia de contracciones uterinas de las embarazadas durante el trabajo de parto.
- Informar al jefe de turno cualquier alteración de los signos vitales y/o signos de peligro.
- Asistir a las capacitaciones que se les convoque para el mejoramiento de la competencia técnica institucional.
- Dar consejería sobre cuidados en el post parto inmediato, con énfasis en los signos de peligro y cuidados inmediatos en el Recién Nacido.
- aconsejar a la usuaria de la importancia de recibir consejería sobre métodos de Planificación familiar, para el espaciamiento de los embarazos.
- Anotar o reportar verbalmente, los cuidados que se dieron a la paciente, según indicación médica o de enfermería. (1, 5, 21, 29)

3.4 Decreto Ley de la comadrona Tradicional

- “Decreto No.74: Del 9 de mayo de 1955, artículo 15 inciso F: “Extender certificación de autorización a las comadronas tradicionales, previo examen de aptitud.” (41)
- Acuerdo Gubernativo del 16 de abril de 1935, artículo 98 que literalmente dice: “Artículo 98: Siendo una necesidad urgente prestar los inmediatos y activos servicios a las mujeres en el momento del parto, y no existiendo en la república suficiente número de comadronas tituladas para cubrir las extensas zonas y población donde se requieren sus servicios, la Dirección General de Servicios de Salud, por medio de sus delegados sanitarios departamentales concederán permiso para ejercer como Comadronas

Tradicionales Adiestradas a las personas que cumplen con los requisitos establecidos. (41)

- Artículo 98: La circunstancia del examen y la extensión del permiso se haga constar en una acta levantada en la delegación sanitaria correspondiente en el papel sellado de la ley, con la firma del médico director del Centro de Salud, Alcalde Municipal y del Gobernador Departamental. (41)
- Artículo 99: Toda Comadrona Tradicional que al ser citada para que reciba su adiestramiento no acudiera al mismo, queda desautorizada para el ejercicio del oficio". (41)

3.5 Programa Nacional de Capacitación de Comadronas Tradicionales

Es el área programática encargada de fortalecer técnicamente la práctica de la atención materna e infantil brindada por las comadronas tradicionales mayas en el ámbito comunitario. En el proceso de capacitación se parte del conocimiento y experiencia de las comadronas mayas respetando y valorando sus prácticas tradicionales, para estimular y promover las prácticas positivas y disminuir la incidencia de las prácticas negativas que pueden provocar riesgo a la madre y al infante. (41)

El programa contempla la coordinación efectiva con el sistema nacional de salud para mejorar la relación entre personal de los servicios locales de salud y las comadronas y la implementación de un sistema funcional de referencia y respuesta entre el ámbito comunitario y el institucional. (41)

En el programa se investiga y sistematiza los diferentes roles que tiene la comadrona en su comunidad, su proceso de selección, formación y reproducción en el marco de la cultura maya. También se sistematiza el desarrollo del programa en la formación y capacitación de las comadronas para posteriormente difundir la experiencia a nivel institucional y comunitario, buscando reproducir el planteamiento metodológico sistematizado por la Asociación y de esta manera contribuir a que se reconozca y valore el papel de las comadronas como agentes tradicionales en el cuidado de la salud de las madres y recién nacidos y fortalecer

el proceso de reproducción del sistema tradicional de atención materno-infantil.
(41)

Para ello se abordan temas como: señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio, y del Recién nacido, Retención Placentaria, Pre eclampsia y eclampsia, espaciamiento de embarazos con métodos Naturales y Artificiales, las cuatro demoras, el parto prolongado, el Aborto, Derechos sexuales y reproductivos. (1)

El 85% de distritos capacitan a las comadronas mensualmente. Los temas que se desarrollan en las capacitaciones están relacionados a las complicaciones obstétricas neonatales, considerando que el programa de Salud Reproductiva a nivel nacional tiene como meta la reducción de la mortalidad materna y neonatal.
(41)

En el presente año se capacitó al personal médico y enfermeras de los Servicios de Salud sobre el minuto de oro (primer minuto de vida), con la finalidad de que esta práctica sea transmitida a las comadronas, para reducir la mortalidad neonatal. (1)

A las comadronas que asisten a la capacitación mensual se les proporciona un carnet, el cual lleva la firma del director de distrito, único documento que las avala como comadronas tradicionales capacitadas para ejercer su cargo. (1)

La cooperación sueca por medio de ASDI III, proporciona anualmente financiamiento para brindarles alguna refacción e incluso un almuerzo después de la capacitación cuatro meses al año. (1, 26)

3.6 Los diez principios del cuidado perinatal de la Organización Mundial de la salud (OMS)

3.6.1 El cuidado del embarazo y parto normal

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando el número mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.

2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorios, cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y ciencias sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo. (21)

3.6.2 Atención prenatal

La acción educativa prioritaria de la comadrona tradicional adiestrada está dirigida, fundamentalmente a las mujeres de edad fértil e incluye; la

importancia del control prenatal, inmunización, lactancia materna, alimentación materna, planificación familiar, educación sexual e higiene personal. (2)

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido. (2,16)

Con el control prenatal se pretende, la detección de enfermedades maternas, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas, vigilar el crecimiento y vitalidad fetal, disminuir las molestias y síntomas asociados al embarazo, preparación psicofísica para el nacimiento, administrar contenidos educativos para la salud de la familia y crianza del recién nacido, higiene personal y lactancia materna. (16)

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

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

4. Extenso, solo en la medida en la que el porcentaje de población controlada sea disminuir la tasas de mortalidad materna y neonatal.

(2)

El embarazo es un proceso normal que culmina con el nacimiento de un nuevo ser. Sin embargo en ocasiones se presentan alteraciones en su desarrollo, que pueden poner en riesgo la vida de la madre y el recién nacido. La comadrona debe conocer estas alteraciones para que sepa el momento en que se presenten, los reconozca y refiera inmediatamente a un nivel de salud superior. (2)

La atención de la comadrona tradicional adiestrada debe estar enfocada a captar, orientar y referir a la embarazada que presente una o más factores de riesgo obstétrico o neonatal; edades extremas (menos de 18 años y mayor 35 años), multiparidad, embarazo gemelar, trastornos de la visión, fiebre, cefalea, edema, hemorragia vaginal, vómitos persistentes, dolor abdominal, varices y hemorroides, enfermedades eruptivas. (10)

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

La comadrona tradicional adiestrada brindará atención a embarazadas sin antecedentes o factores de riesgo, referirá a establecimientos de salud a todos los casos que identifique como de alto riesgo. El personal de salud de los servicios brindará apoyo para que la comadrona pueda cumplir con las tareas asignadas. (21)

3.6.3 Atención del parto

Se denomina atención del parto al conjunto de fenómenos fisiológicos y maniobras que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. (2)

La comadrona tradicional atenderá únicamente los partos normales. La comadrona tradicional adiestrada realizara interrogatorio y examen físico de la gestante con énfasis en identificación de riesgo obstétrico, determinar la presentación y situación fetal, presentación, intensidad y frecuencia de las contracciones, presencia de movimientos fetales, ruptura espontanea de membranas, hemorragia vaginal. (2)

La comadrona tradicional adiestrada deberá tomar en cuenta los cuidados higiénicos para la atención del parto, lavado de manos con agua y jabón, lavar con agua tibia y jabón el estomago, cadera, genitales y piernas de la parturienta, en la cama donde atenderá el parto debe tener un nylon y sobre el colocar una sabana o lienzos limpios, los que deben cambiarse cada vez que se mojen o ensucien, hervir la tijera por 15 minutos, hervir la cinta de castilla. (2)

La comadrona hará la atención del recién nacido visualizando: aspiración de secreción de orofaringe y nasal, secado de cuerpo, aplicación de nitrato de plata en ojos, ligadura del cordón umbilical, determinación cuando sea posible de talla y peso del recién nacido. (2,21)

La comadrona tradicional adiestrada, referirá de inmediato al recién nacido que presente: dificultad respiratoria o cianosis, llanto débil o dificultad para llorar, coloración amarilla, flacidez o poca actividad, hemorragia umbilical, dificultad para orinar, vómitos, bajo peso al nacer, prematurez, falta de eliminación de meconio, convulsiones, hemorragia gastrointestinal. (21)

3.6.4 Atención de puerperio

El puerperio es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución hasta casi restituirlas a su estado primitivo. Solo la glándula mamaria hace excepción a lo anterior, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad. (18)

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

- Puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas
- Puerperio propiamente dicho comprende los primeros 10 días
- Puerperio alejado se extiende hasta los 45 días y finaliza con el retorno la menstruación
- Puerperio tardío desde los 45 hasta los 60 días (2,18,21)

Deberá ejercerse una estrecha vigilancia sobre todo durante las primeras dos horas del puerperio inmediato; se pondrá énfasis en el control de la pérdida sanguínea, la frecuencia cardiaca, presión arterial y la formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard. (29)

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

- Retención de placenta total o parcial
- Hemorragia y/ o infección vaginal
- Fiebre en los siete días siguientes del parto (29)

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

- En la madre: control de pérdidas sanguíneas e higiene personal
- En el recién nacido; curación del ombligo, limpieza o baño del niño (2)

La comadrona referirá a la madre y al niño para su control en el servicio de salud antes de los 40 días post-parto. (2,18)

Algunos programas tiene como meta la integración de la comadrona tradicional en el personal de salud. Probablemente, una integración total es imposible, toda vez que las comadronas tradicionales se convertirán entonces en agentes sanitarios adiestrados y retribuidos con funciones de carácter más técnico y se alejarían de su contexto cultural, pasando a ser trabajadores de atención primaria absorbidos por el moderno sistema asistencial, es decir dejarían de ser comadronas tradicionales. Los programas de comadronas tradicionales no deben aspirar a modelar la práctica de la comadrona tradicional inspirándose en el modelo médico. (12)

Lo que importa es que el adiestramiento de las comadronas tradicionales ayude a estas personas a desempeñar con menos riesgos las funciones que ya tenían a su cargo previamente. La función y la identidad de las comadronas tradicionales deben mantenerse mientras estas sigan siendo necesarias y gozando del reconocimiento de la comunidad en el terreno sanitario y cultural. De este modo, la comadrona tradicional se vincula, en vez de integrarse, al moderno sistema de asistencia sanitaria. (29)

El adiestramiento de las comadronas tradicionales no debe considerarse como una solución permanente para resolver las necesidades de asistencia sanitaria de las madres y los recién nacidos, ni tampoco como una solución de reemplazo para el fenómeno de desaparición de las comadronas que empieza a manifestarse en algunos países. (29)

Cuando se dispone de recursos y existe el propósito, un adiestramiento sencillo bien orientado, basado en un conjunto limitado y realista de

funciones de la comadrona tradicional facilitará la transición hacia la asistencia profesional generalizada. (11)

3.7 Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es la muerte del producto de la concepción mayor de 28 semanas de edad gestacional, antes de su expulsión o extracción del seno materno, más las muertes de los niños y niñas nacidos vivos y que mueren antes de cumplir 7 días de vida extrauterina. (21,38)

La mortalidad perinatal es un grave problema de salud en Guatemala, en particular en zonas rurales, donde la mayoría de los partos son asistidos en los domicilios por parteras tradicionales que actúan como comadronas. (37)

Las complicaciones del embarazo y el parto asociados con mortalidad de mayor significación estadística fueron el parto prematuro, la presentación anómala, y el trabajo de parto prolongado. Los riesgos atribuibles poblacionales revelaron que estas complicaciones explicaban proporciones considerables de la mortalidad perinatal observada. Según lo revelado en el análisis de los factores de riesgo de mortalidad perinatal en zonas rurales de Guatemala. (37)

La mortalidad de menores de 1 año es un grave problema de salud en Guatemala. La tasa de mortalidad infantil estimada es de aproximadamente 73 por mil nacidos vivos para el año 1994. Y se observan tasas mayores en las zonas montañosas. Por lo menos 31% del total de defunciones se producen en los primeros 28 días de vida y el porcentaje llega hasta el 50% cuando se incluye a los mortinatos. (37)

3.7.1 Principales señales de peligro de mortalidad perinatal

La información disponible respecto a las causas de mortalidad perinatal en zonas rurales en Guatemala es limitada. Es importante realizar una evaluación del estado general de la mujer en el trabajo de parto y el parto. Muchas mujeres no saben sobre señales de peligro durante estos

períodos y pueden morir a causa del retraso de la toma de decisiones para buscar atención adecuada en el momento indicado. (37,38,41)

La comadrona debe explicar a la madre y a su familia, cuáles son las señales de peligro para que busquen atención inmediata en los servicios de salud.(40)

Las señales de peligro que se presentan en este período son:

- **Hemorragias**

Las causas de hemorragia que ocurren con mayor frecuencia durante el parto se deben a desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa.

Durante la atención del parto la cantidad de sangre que se espera normalmente es de aproximadamente 500cc, si sobrepasa esta cantidad, se debe considerar como una hemorragia, que indica una señal de peligro por lo que la madre está en riesgo. (41)

- **Dificultad para respirar**

Se presenta cuando las vías aéreas están obstruidas. Puede que una parturienta presente respiración entrecortada, significa falta de oxigenación que le puede provocar agotamiento, cianosis u otra complicación, que incide directamente en el niño ocasionándole también, falta de oxigenación. (41)

- **Visión borrosa**

Síntoma que se manifiesta cuando la parturienta, no mira bien, ve nublado, puede ser provocado por hipertensión (presión arterial alta), precedido de dolor de cabeza intenso que no se quita. (41)

- **Fiebre**

Se refiere al aumento de temperatura del cuerpo, provocado por una infección. (41)

La comadrona debe conocer y estar segura que los primeros 7 días de nacido del niño, puede presentar signos o señales que indican alto riesgo, por lo que debe asegurarse de identificar dichos signos o señales para referirlo inmediatamente, pues puede estar presentando una enfermedad muy grave. Dichas señales son: (41)

- **Le cuesta respirar**

Esto debe identificarse inmediatamente al nacimiento del niño, y durante los primeros 7 días de nacido, teniendo cuidado de observar detenidamente, tanto la comadrona como la madre, cómo está respirando el Recién Nacido, para su referencia inmediata. (41)

Lo que debe observarse es lo siguiente:

- o Si la respiración es muy rápida o muy lenta: Si tiene menos de 30 o más de 60 respiraciones por minuto.
- o Si hace algún ruido cuando respira.
- o Si se queja o tiene aleteo nasal.
- o Si hay retracción sub costal y jadeo.
- o Si la respiración es irregular después de 12 horas de nacido.
- o Si presenta cambio de coloración en la piel: Palidez, color azulado o morado (cianosis).
- o Referirlo inmediatamente. (41)

- **Flacidez y disminución de movimientos**

Observar en el recién nacido si partes del cuerpo presenta flacidez o si tiene disminuido los reflejos o sea que no tiene fuerza, se mueve poco y hay debilidad, para referirlo inmediatamente. (41)

- **Hipotermia**

Si el recién nacido está muy frío o sea con menos de 36.5° centígrados de temperatura, y presenta cianosis, por lo que la comadrona y la madre deben:

- o Propiciar el apego materno.
- o Que la madre al darle de lactar identifique si la boca del niño está fría para detectar hipotermia.
- o Abrigarlo con ropa caliente desde la cabeza.
- o Referirlo inmediatamente. (41)

- **Hipertermia**

Cuando el recién nacido está muy calientito, o sea que presenta una temperatura de 38.8° centígrados o más de temperatura, la madre puede identificarlo por la boca del niño se muestra muy irritable. La comadrona y la madre deben:

- o Dejar al niño con ropa muy liviana o solo con pañal.
- o Preguntar a la madre cuánto tiempo tiene el recién nacido de no mamar (si ha estado mamando, la fiebre puede ser por otra causa.)
- o Darle de mamar las veces necesarias.
- o Proporcionarle una onza de agua con azúcar. (Puede ser que la hipertermia sea por hipoglucemia), sino mejora, referirlo inmediatamente.
- o No quiere mamar. (41)

Cuando el recién nacido, ha estado mamando y deja de hacerlo por más de 2 horas, o bien no quiere mamar desde el momento del nacer, además presenta irritabilidad refleja (llanto hasta a veces inconsolable), no succiona, está decaído, (muy triste, apagado). Si presenta lo anterior, la conducta a seguir es referencia inmediata. (41)

- **Bajo peso al nacer**

Es un recién nacido que pesa de 2,500 gramos (menos de 5.2 libras) o prematuro que nace antes de los 9 meses de embarazo pero con bajo peso. La conducta a seguir es:

- o Abrigarlo.
- o Posicionarlo o mantenerlo de lado para evitar que las flemas le obstruyan sus vías respiratorias.
- o Propiciar el apego a la madre.
- O Referirlo inmediatamente. (37,38,41)

3.8 Participación de la comadrona Tradicional en la reducción de la mortalidad perinatal en el país

La mujer durante el embarazo atraviesa una ruta crítica para la resolución del mismo, compuesta por una serie de barreras y limitantes que demoran la atención oportuna para que se tenga una atención segura. (41)

Las demoras son todas aquellos factores que inciden negativamente en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, posparto y en la atención al recién nacido. (41)

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. (41)

Se requiere de la implementación de acciones integradas para preparar o reducir significativamente la magnitud de dichas demoras. (41)

3.8.1 Demoras en la atención materna y neonatal

- a. 1ª Demora: “Promover el reconocimiento de los signos de peligro”. Esta primera demora constituye la falta del reconocimiento de los

signos de peligro, puesto que la mujer embarazada y su núcleo familiar, generalmente no identifican los signos de peligro que amenazan la vida de la mujer del niño. (41)

Intervenciones

- Conocer y aplicar las guías de educación sobre signos de peligro a nivel comunitario y de servicios primarios de salud.
 - Establecimiento de un plan de comunicación que permita la coordinación con actores sociales locales.
 - Establecer sistemas de información de persona a persona y por medios masivos de comunicación.
 - Mantener procesos sistemáticos de capacitación para personal voluntario, entre ellos a la comadrona tradicional, y al institucional sobre “Señales de Peligro”.
 - Las intervenciones anteriores son importantes implementar con el inicio de un proceso de promoción de las Maternidades Saludables y el uso de la Información, Comunicación y Educación y establecer planes de comunicación que permita orientar la organización comunitaria e ir fortaleciendo la maternidad saludable. (41)
- b. 2ª Demora: “Apoya la toma de decisión para búsqueda de ayuda”. Luego de reconocida la complicación, es necesario tomar la decisión de actuar lo más pronto posible. Esta segunda demora si se cumple, evitará el retraso de actuar con rapidez en la toma de decisiones, lo que permitirá salvar una vida. (41)

Intervenciones

- Divulgar, promover y promocionar con las mujeres, sus familias, líderes, la comunidad, las autoridades locales, los consejos de desarrollo, y las organizaciones sociales creando los planes de emergencia, que les permita estar preparados por si se presentan complicaciones para que la toma de decisión sea oportuna.

- Apoyar y fortalecer las decisiones de las mujeres de acuerdo al ejercicio de sus derechos, basándose en información completa, confiable y con enfoque de género.
- Promover la paternidad y maternidad responsable, voluntaria y consciente.
- Involucrar a la 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). (41)

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. (41)

c. 3ª Demora: “Acceso a una atención oportuna”.

Luego de identificar los signos de peligro durante el embarazo, parto o post parto y de tomar la decisión de búsqueda de ayuda, puede existir retraso en el acceso a los servicios de salud. Los obstáculos pueden ser: vías de comunicación difícil o inexistente, alto costo del transporte, y servicios de salud muy lejanos.

Esta demora incide en el deterioro de la madre, repercutiendo en aumentar el peligro en pérdida de la vida, al llegar tardíamente al servicio de salud apropiado.

Intervenciones

- Asegurar la disponibilidad de transporte de emergencia coordinando los recursos locales.
- Mantener la competencia técnica del proveedor institucional y principalmente el de la comadrona.
- Impulsar la participación activa de la comadrona en el comité de emergencia para operativizar el plan de emergencia comunitario.

- Organizar a las comunidades (comités de emergencia), planes de emergencia.
- Desarrollo de servicios con capacidad resolutive priorizados y en las comunidades.

Mujeres, familias y comunidad deben planificar desde el embarazo a dónde acudir, como trasladarse, quién cuida los miembros de su familia cuando sea el parto y cómo cubrirá los gastos mínimos, lo cual se establece en el plan de emergencia comunitario. (41)

d. 4ª Demora: “Recibir atención oportuna y de calidad”.

Esta demora enfatiza que es necesario otorgar una atención integral, oportuna y de calidad por parte de personal con conocimientos, habilidades y buenas actitudes (Competencia técnica), en un ambiente agradable. (41)

Las causas clínicas que provocan la mayor parte de muertes maternas son: Hemorragia, Sepsis e Hipertensión inducida por el embarazo y abortos, por lo que las acciones del personal deber dirigirse a la resolución de las mismas con competencia técnica. (41)

Intervenciones

- Capacitación sistemática al proveedor institucional que proporciona la atención para fortalecer y garantizar las competencias técnicas que les permita proporcionar a las madres una atención prenatal reenfocada, un parto limpio y seguro, atención oportuna en el posparto y una detección temprana de signos de peligro.
- Propiciar el cumplimiento de la referencia oportuna.
- Mantener actualizada a la comadrona en la aplicación de las intervenciones en las cuatro demoras y monitorear la atención que provee, con énfasis en el período de posparto por lo que es el período de mayor riesgo. (41)

“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.”

(41)

3.9 Tasa de mortalidad perinatal en el departamento de Quiché año 2008

Según datos estadísticos proporcionados del año 2008, del departamento de Quiché, se describe que durante ese año se presentaron muertes en menores de 28 días 131, muertes en mayores de 28 días a menores de 1 año 329, y muertes en mayores de 1 año 460, ante 20,650 nacidos vivos registrados en el año 2008.

(14).

Tasa de mortalidad neonatal del año 2008 es 6.34 por mil nacidos vivos, y tasa de mortalidad infantil 22.28 por mil nacidos vivos. En relación a la mortalidad post neonatal, nueve departamentos presentan tasas por arriba de la media nacional (12.03 x 1000 nacidos vivos); pero sobresalen cinco departamentos que en su orden son los siguientes: Totonicapán con una tasa de mortalidad post neonatal de 18.75 x 1000 nacidos vivos, le sigue Quiché con una tasa de 15.93 x 1000 nacidos vivos, San Marcos con una tasa de 15.93%, Alta Verapaz con 14.79% y Sololá con 14.56%. (14)

3.10 Conocimiento

Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con que se relaciona el ser humano con el mundo exterior. (7)

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc....). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos. (7)

3.10.1 Características del conocimiento

- Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación.
- Asimila el mundo circulante. (7)

3.10.2 Clasificación del conocimiento

3.10.2.1 Conocimiento empírico

Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean. Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

(7)

Características

Sensitivo: Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.

Superficial: Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no tratar de buscar relación con los hechos.

Subjetivo: La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quien los observes.

Dogmático: este sostiene en la aceptación táctica de actitudes corrientes o en nuestra propia suposición

irreflexiva se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados.

Estático: Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos.

Particular: Agota su esfera de validez en sí mismo, sin ubicar los hechos singulares en esquemas más amplios.

Asistemático: Porque las apariencias y conocimientos se organizan de manera no sistemática, sin obedecer a un orden lógico.

Inexacto: Sus descripciones y definiciones son pocas precisas.

No acumulativo: La aplicación de los hechos es siempre arbitraria, cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formuladas. (7)

3.10.2.2 Conocimiento científico

Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación. (18)

Características

Racional: No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.

Fáctico: Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos.

Objetivo: Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa.

Metódico: Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.

Auto-Correctivo o Progresivo: Es de esta forma porque mediante la confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones.

General: Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes".

Sistemático: Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas.

Acumulativo: Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro. (7,18)

3.10.2.3 Conocimiento Artístico

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

(18)

3.10.2.4 Conocimiento Revelado

Este conocimiento tiene dos formas: el conocimiento revelado por Dios, y el conocimiento revelado por nuestra conciencia. Este viene dado por una representación de fe, en el que cualquier individuo que desea conocer algo, lo conoce de forma oculta o misteriosa. Es más aplicado a la teología o identidades religiosas. (18).

3.11 Minuto de oro

Se define como el primer minuto después del nacimiento. La inmediata asistencia de médicos, enfermeras o comadronas, en los primeros segundos de vida de un recién nacido, marca la diferencia entre un bebé sano y otro con severos daños neurológicos. Durante este minuto se debe evaluar el estado del bebé, garantizando la temperatura corporal adecuada, estimulando la respiración y la ventilación en caso sea necesario. (39,40)

De acuerdo con los datos del programa de Mejoramiento en Atención de Salud, que impulsa en Guatemala la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 10 de cada cien bebés requieren de asistencia médica para respirar en los primeros 60 segundos, después del parto. (39)

La falta de un procedimiento médico adecuado, que permita la llegada de oxígeno a los pulmones en los recién nacidos, puede provocar daño cerebral irreversible, hemorragia intracraneana, parálisis cerebral o la muerte. (39)

3.12 Uso del maletín equipado para la comadrona tradicional

3.12.1 Definición

Maleta pequeña que contiene el equipo y materiales de trabajo que son necesarios utilizar por parte de la comadrona tradicional en la atención de la mujer embarazada, del parto limpio y seguro, así como la atención del recién nacido. (41)

3.12.2 Materiales y Equipo

Es importante necesario que el maletín se mantenga con el equipo en condiciones de higiene aceptable y en orden, pues le ayuda a trabajar con seguridad y limpieza y con ello reducir infecciones que puedan repercutir en la madre y niño. (41)

El equipo que contiene el maletín es el siguiente:

- a. Cuaderno de registro: El cual debe ser llenado por la comadrona con los datos que contiene el mismo, después de atender a una mujer embarazada o después de la atención de un parto, se debe registrar la información inmediatamente de realizada la actividad. El cuaderno debe ser revisado periódicamente por la enfermera o el encargado de la actividad educativa con la comadrona.
- b. Guantes: Los cuales deben ser limpios, y deben usarse una sola vez y descartarlos en bolsa plástica después de su uso, al colocárselos debe tenerse el cuidado de no tocar la parte externa de los mismos ni que se junten con otros materiales o equipo, el maletín cuenta con una caja de 100 pares.
- c. Gabacha y pañuelo o gorra: Antes de atender un parto debe colocarse la gabacha, con el propósito de protegerse y proteger a la usuaria durante la atención del parto, y lavarla después del parto, secarla y guardarla nuevamente, además es necesario cubrirse la cabeza con un pañuelo o gorra para que el pelo no

obstaculice la visión y evitar que pueda caer pelo en el campo de trabajo.

- d. Sábanas y toallas: Deben estar limpias para su uso en el momento de preparar el lugar de atención del parto, se cuenta con dos, una es para cubrir el ahulado y la otra para cubrir a la señora. Las toallas de mano para limpiarse y secarse después de la atención de un parto. Después del parto es necesario lavarlas y desinfectarlas con agua clorada y luego hervirlas.
- e. Ahulado: Para colocarlo en la parte donde se va a atender el parto, cubriéndolo con una sábana o trapo, para evitar contacto directo con los glúteos de la señora.
- f. Jabonera y jabón: Su uso y protección son importantes para mantenerlo limpio y seco para ser usado en el lavado de las manos antes y después del parto. Lavarlo, secarlo y guardarlo nuevamente en la jabonera.
- g. Bandeja de acero inoxidable: Es el recipiente que se utiliza para hervir la tijera, al estar esterilizada y seca se debe guardar nuevamente en la bandeja y colocarla en el maletín.
- h. Tijera: Hervida y seca es para el uso exclusivo del corte del cordón umbilical.
- i. Cinta de castilla: Debe usarse esterilizado para la ligadura del cordón, este material debe solicitarse al facilitador institucional debidamente esterilizado y con el tiempo prudencial.
- j. Gasa estéril: Su uso es exclusivamente para la limpieza de secreciones y curaciones del ombligo y si fuera necesario para otro procedimiento de esta naturaleza (No para limpiar el periné antes del parto), después de su uso deben descartarse en bolsas plásticas, y el resto que no se utilice guardarlas nuevamente en el maletín.
- k. Fetoscopio: Es importante mantenerlo en el maletín para auscultar la frecuencia cardíaca fetal.

- l. Alcohol: Su uso es exclusivamente para desinfectar el cordón umbilical, después de su uso asegurarse que quede bien tapado y colocarlo nuevamente en el maletín.
- m. Linterna: Para usarla si es necesario en la atención del parto y para el traslado de la comadrona.
- n. Balanza: Instrumento de peso, útil para verificar el peso real del recién nacido/a.

Además del equipo del maletín, es necesario que se cuente con una balanza, bolsas plásticas y una palangana para lavarse las manos y para el lavado del equipo.⁽⁴¹⁾

3.13 Procedimiento para el uso del maletín en la atención del parto

- a. Colocar el maletín en un lugar accesible y limpio.
- b. Lavarse las manos con agua y jabón con agua corrida, (en chorro o con palangana).
- c. Preparar el lugar para la colocación del equipo, debe ser limpio y libre de obstáculos.
- d. Colocar el equipo de acuerdo a su uso:
 - Gabacha y gorro o pañuelo
 - Sábanas y ahulado
 - Guantes
 - Cinta de castilla
 - Tijeras
 - Gasas
 - Alcohol
 - Balanza
 - Linterna preparada por si es necesario su uso
- e. Colocarse la gabacha y el gorro o pañuelo en la cabeza.
- f. Lavarse nuevamente las manos con agua y jabón.

- g. Colocarse correctamente los guantes, si no hubiera en ese momento, colocarse bolsa de nylon en cada mano para evitar el contacto directo con los fluidos.
- h. Ir utilizando el equipo de acuerdo a la evolución del parto.
- i. Mantener la comunicación verbal con la madre, indicándole cómo colocarse, cómo pujar y la orientación que sea necesaria, hablándole con cariño y claridad. (41)

El uso de los guantes es de suma importancia siempre que se esté en contacto con sangre o secreciones y si es posible usar lentes para protegerse de salpicaduras. (41)

3.14 Limpieza del equipo antes y después del parto (Medidas de bioseguridad)

Esta actividad se constituye en el momento importante que permitirá mantener el equipo libre de gérmenes que provoquen infecciones y a la vez se logra el mantenimiento del equipo en buenas condiciones para su uso. (41)

Se debe orientar claramente sobre ¿Qué tiene que hacer la comadrona para limpiar su equipo?, lo siguiente es una guía para la orientación de dicha actividad:

- a. Utilizar guantes, y gabacha para protegerse, puesto que es equipo que ha estado en contacto con secreciones.
- b. En la palangana del equipo preparar una solución clorada 0.5% (9 partes de agua por 1 de cloro, agua con cloro).
- c. Colocar el equipo inmediatamente después de su uso y dejarlo remojar de 15 a 30 minutos.
- d. Enjuagar para quitarle la solución clorada.
- e. Lavar el equipo con detergente o jabón, restregar con un pashte o cepillo que sea exclusivamente para dicho uso. (Usar la palangana del equipo).

- f. Hervir en un recipiente con tapadera (que sea solo para dicho uso), durante 20 minutos.
- g. Quitarle el agua en que hirvió el equipo y dejarlo secar con el recipiente entre abierto.
- h. Empacarlo de preferencia en bolsas dobles de tela o manta, las cuales deben estar debidamente limpias.
- i. Guardar nuevamente el equipo en el maletín en forma ordenada.
- j. Asegurarse que el maletín quede en un lugar limpio y seguro para usarlo nuevamente.

El equipo debe ser lavado siguiendo los pasos anteriores después de ser usado.

(41)

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo.

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad Primaria de muestreo

Comadronas capacitadas por el personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz del Quiché, y Chiché del departamento de Quiché.

4.2.2 Unidad de Análisis

Conocimientos que poseen las comadronas capacitadas sobre señales de peligro sobre mortalidad perinatal.

4.2.3 Unidad de información

Encuestas estructuradas tipo entrevista que se realizaron dentro de la muestra de comadronas, la cual consta de dos partes; la primera corresponde a preguntas de datos generales propias de características epidemiológicas de las comadronas por lo cual no le será asignado un puntaje; la segunda corresponde a preguntas específicas sobre conocimientos generales basadas en los conocimientos adquiridos en las capacitaciones y que tendrán un valor de 1 punto por cada respuesta correcta que obtengan.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo

Todas las comadronas que estén siendo capacitadas por el personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

4.3.2 Marco Muestral

Distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz del Quiché y Chiché del departamento de Quiché.

4.3.3 Muestra

Se tomó una muestra de cada uno de los siete distritos en estudio a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

N = Total de la población

$Z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.50)

q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.50)

d= precisión (en este caso deseamos un 5%)

Asignación porcentual por distrito
Departamento de Quiché

	DISTRITO	N	%	N
1	San Pedro	82	8.6	33
2	Pachalum	19	2	8
3	Sacapulas	179	18.7	69
4	Cunén	97	10.1	38
5	Uspantán	268	28.03	103
6	Santa Cruz	178	18	66
7	Chichè	133	14	52
	TOTAL	956	100	369

Fuente: Proporcionado por área de salud del Quiché. ⁽⁹⁾

4.4 Selección de los sujetos a estudio.

4.4.1 Criterios de Inclusión.

Comadronas adiestradas por el personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché que deseen participar voluntariamente en el estudio.

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Comadronas capacitadas que no deseen participar en el estudio.
- Comadronas que no hayan cumplido con un año de capacitación completa.

4.5 Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL		DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Conocimientos que poseen las comadronas en la detección de señales de peligro de mortalidad perinatal	Conjunto de información almacenada durante la experiencia o el aprendizaje de la persona que atiende a la mujer en el acto del parto, basado en la posibilidad de pérdida, fracaso o daño alrededor del nacimiento (1)		Saber adquirido mediante la Capacitación como parte del Programa Nacional de Salud Reproductiva impartido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a las comadronas, siendo los temas a evaluar: • Señales de Peligro del RN y durante el Trabajo de Parto. • Demoras de Atención • El “Minuto de Oro”	Cuantitativa	Nominal	Entrevista y encuesta con preguntas cerradas
Características Epidemiológicas de las Comadronas	Cualidades que determina los rasgos e identifican a una población (17, 20)	Edad: tiempo de existencia desde el nacimiento a la fecha.	Edad: Respuesta de edad en años proporcionada por comadrona	Cuantitativa	Ordinal	Entrevista y encuesta con preguntas cerradas
		Alfabetismo: es la capacidad del	Alfabetismo: Respuesta proporcionada por comadrona a la pregunta:	Cualitativa	Nominal	Entrevista y encuesta con preguntas

		ser humano para realizar las operaciones de leer y escribir	- Sabe leer? Respuestas esperadas: - Si - No			cerradas
		Tiempo de capacitación: Periodo en que la comadrona ha asistido al Programa de Capacitación a partir del tiempo estipulado por el MSPAS para ejercer su cargo.	Tiempo de Capacitación: Respuesta proporcionada por comadrona sobre la cantidad en años que lleva de asistir a las capacitaciones.	Cuantitativa	Nominal	Entrevista y encuesta con preguntas cerradas
"Demoras de Atención Materna y Neonatal"	Factores que inciden negativamente en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, post parto y en la atención al recién nacido.	Barreras y limitantes que demoran la atención oportuna y de calidad a la madre y recién nacido durante el parto. Estas son: A. 1ra. Demora: Promoción del reconocimiento		Cualitativa	Nominal	Entrevista y encuesta con preguntas cerradas

		de signos de peligro. B. 2da. Demora: Apoya la toma de decisión para búsqueda de ayuda. C. 3ra. Demora: Acceso a una atención oportuna. D. 4ta Demora: Garantiza el recibir atención oportuna y de calidad.			
"el Minuto de Oro"	Primer minuto después del nacimiento. (41)	Minuto de vital importancia en la atención del recién nacido. Evaluándose temperatura respiración, coloración, tono muscular.	Cuantitativa	Nominal	Entrevista y encuesta con preguntas cerradas
Señales de peligro del Recién Nacido	Signos que indican alto riesgo de daño en el recién nacido (41)	Indicadores que alertan sobre posible daño a la salud del recién nacido: 1. Apnea: Ausencia de respiraciones mayor a 20 segundos. 2. Dificultad Respiratoria: Alteración en el patrón respiratorio. 3. Flacidez y disminución de movimientos: Disminución de la fuerza muscular y reflejos primitivos.	Cuantitativa	Nominal	Entrevista y encuesta con preguntas cerradas

		4. Hipotermia: Disminución de la temperatura corporal menor a 36.5°. 5. Hipertermia: Aumento de la temperatura corporal mayor a 38.8°. 6. Bajo peso al nacer: Peso corporal inferior a 2500 gr. en el recién nacido.			
Señales de peligro durante el trabajo de parto	Signos que indican alto riesgo de daño en el trabajo de parto. (41)	Indicadores en el momento del trabajo de parto que alertan sobre posible daño al recién nacido: 1. Hemorragia: Hemorragia mayor de 500cc. Durante el trabajo de parto. 2. Preeclampsia: Presión arterial >140/90 mmHg después de las 20 semanas de gestación asociados a dolor de cabeza intenso, dificultad respiratoria, visión borrosa, epigastralgia. 3. Fiebre: Aumento de la temperatura corporal mayor a 38.8°. 4. Eclampsia: Tensión Arterial elevada, > ó = 140/90	Cualitativa	Nominal	Entrevista y encuesta con preguntas cerradas

		mmHg junto con proteinuria, edema o ambas tras la 20 semana de gestación, acompañada de crisis convulsiva.			
Programa de Capacitación a Comadronas	Capacitación a Comadronas Tradicionales del Programa Nacional de Salud Reproductiva, impartido por el MSPAS (41).	Capacitación mensual que se brinda a comadronas tradicionales por parte del MSPAS.	Cualitativa	Nominal	Entrevista y encuesta con preguntas cerradas.
Tiempo de Capacitación	Cinco sesiones de actividad impartidas por el MSPAS con un intervalo de tiempo regular, que al concluir las acredita como Comadrona Adiestrada. (1, 41)	Número de años en que la comadrona ha asistido al Programa de Capacitación a partir del tiempo estipulado por el MSPAS para ejercer su cargo.	Cualitativa	Nominal	Entrevista y encuesta con preguntas cerradas
Maletín Equipado para la atención del parto y recién nacido	Maleta pequeña que contiene el equipo y materiales de trabajo necesarios para la atención de la gestante, del parto limpio y del Recién Nacido. (41)	Equipo necesario para la atención del parto y el RN, proporcionados a las comadronas adiestradas por el MSPAS durante el Programa de Capacitación, como: guantes, cinta de castilla, tijeras, gasas, sábanas, alcohol y balanza.	Cualitativa	Nominal	Entrevista y encuesta con preguntas cerradas

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnicas

Se utilizó una encuesta estructurada individual a través de una entrevista dirigida a las comadronas que pertenezcan a los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché. Los datos se anotaron en el instrumento de recolección diseñado de acuerdo a las variables y objetivos de estudio y posteriormente se procesó la información obtenida en los programas de Microsoft Excel y Microsoft Word, luego se interpretaron los resultados por medio de tablas.

4.6.2 Procedimiento

- 4.6.2.1** Se presentó el estudio a las autoridades respectivas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de cada distrito solicitando autorización para realizar el trabajo de campo.
- 4.6.2.2** Se elaboraron cartas dirigidas al área de Salud del departamento de Quiché como requisito para la autorización del trabajo de campo en las diferentes instituciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché.
- 4.6.2.3** Al contar con la autorización por parte de las autoridades del área de salud del departamento del Quiché se inició el trabajo de campo.
- 4.6.2.4** Se procedió de la siguiente manera:
 - Se visitaron con previa calendarización y coordinación con el personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social las diferentes instituciones en donde se brindan la capacitación a las comadronas de cada distrito, en donde se

solicitó la colaboración de un (a) interprete para transmitirles de manera más precisa las preguntas que se realizaron en la encuesta.

- Los datos de las encuestas se ingresaron diariamente para evitar errores, además los datos obtenidos se tabularon con el instrumento de recolección para garantizar que cada parámetro fuese adecuado.

4.6.3 Instrumento

Para el estudio se elaboro un instrumento de recolección de datos tipo encuesta la cual fue estructurada con 14 preguntas cerradas, de las cuales únicamente 10 se les asignó puntaje, formuladas en base a los objetivos y variables de la investigación. Los datos obtenidos fueron proporcionados por las comadronas que participaron en el estudio.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento

- Al recolectar los datos de la entrevista se tabularon las respuestas codificadas a priori asignándosele 10 puntos que equivale al 100% de conocimiento adquirido. Se tomó como punto de corte el 70% o más para considerar aprobada, según la información proporcionada verbalmente por el Dr. Gregorio Velásquez, encargado del Programa de Capacitación de Comadronas del Área de Salud de Quiché.
- Se analizó la información obtenida mediante los datos por medio de cuadros realizados en Excel en forma colectiva, además se describieron los resultados en el programa de Word en la parte inferior de cada cuadro de resultados.

4.7.2 Análisis

- Los resultados se procesaron por medio de cuadros electrónicos en Excel en las que se incluyó cada una de las variables a estudio.

- Se realizaron cuadros con los datos obtenidos utilizando los programas de Microsoft Excel y Microsoft Word considerando las variables estudiadas para su posterior análisis colectiva.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Alcances

Se proporcionó información objetiva acerca del conocimiento que poseen las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal dentro del departamento de Quiché basados en el programa de capacitación que reciben por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para identificar el nivel de conocimiento y su influencia en la disminución de la mortalidad perinatal.

4.8.2 Límites

Dentro de las limitantes del estudio se tomó en cuenta la barrera lingüística, debido al área geográfica donde se realizó el estudio. La mayoría de la población habla su idioma materno K'iche', por lo que fue necesaria la ayuda de intérpretes que facilitaron la transmisión del mensaje. También se incluye como limitante la ausencia de la comadrona durante las capacitaciones o reuniones calendarizadas, por lo que se tuvo que localizar a cada una en sus viviendas ubicadas en áreas de difícil acceso.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

Según el riesgo la presente investigación cae dentro de la categoría I (sin riesgo) ya que solamente se utilizó la técnica de la entrevista dirigida, por lo que no se realizó ningún tipo de intervención o procedimiento que invada la intimidad o que vaya en contra de las creencias y costumbres de las comadronas respetando su identidad.

5. RESULTADOS

Tabla 5.1

Características epidemiológicas de las comadronas entrevistadas en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché, abril–octubre 2011.

Guatemala, Octubre 2011

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS COMADRONAS					
Grupo Etario		Alfabetismo		Tiempo de Capacitación	
Edad	%	Alfabeta	%	Años de Capacitación	%
30-40	6.0		22.2	0-1	0
41-50	17.9			1-4	24.9
51-60	27.6			5-9	14.4
61-70	34.4	Analfabeta	77.8	10-14	11.9
71-80	13.3			15-19	15.2
81-90	0.8			20-24	13.3
Total	100			25-30	20.3
Media	37.4	153		Total	100

Fuente: Boleta de recolección de datos 2011

Tabla 5.2

Conocimiento sobre las cuatro “Demoras de Atención” que poseen las comadronas entrevistadas en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché, abril–octubre 2011.

Guatemala, Octubre 2011

CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS COMADRONAS SOBRE LAS CUATRO “DEMORAS DE ATENCIÓN”		
Conoce el significado de la “Demoras de Atención”		Conoce las cuatro “Demoras de Atención”
SI	63.4	21.1
NO	36.6	78.9

Fuente: Boleta de recolección de datos 2011

Tabla 5.3

Conocimiento que tiene sobre “El Minuto de Oro” y atención primaria, las comadronas entrevistadas en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché, abril–octubre 2011.

Guatemala, Octubre 2011

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS COMADRONAS SOBRE “EL MINUTO DE ORO” Y ATENCIÓN PRIMARIA						
Asistencia a capacitaciones sobre “El Minuto de Oro”		Conoce el significado de “El Minuto de Oro”	Primera Atención		Material con que limpia boca y nariz	
SI	30.9	19.0	Aspira boca y nariz	64.0	Perilla	29.3
NO	69.1	81.0	Corta Cordón	33.1	Toalla	70.5
Total	100	100	Secarlo	3.0	No limpia	0.3

Fuente: Boleta de recolección de datos 2011

Tabla 5.4

Conocimiento que poseen sobre las señales de peligro del Recién Nacido y del parto, las comadronas entrevistadas en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché, abril–octubre 2011.

Guatemala, Octubre 2011

SEÑALES DE PELIGRO			
Conoce las señales de peligro del Recién Nacido		Conoce las señales de peligro del parto	
Señales de Peligro		Señales de Peligro	
Le cuesta respirar	14.1	Hemorragia	39.5
Flacidez y disminución de movimientos	15.0	Dificultad Respiratoria	22.0
Hipotermia	9.8	Visión Borrosa	12.2
Hipertermia	4.0		
Ninguna	0.4	Fiebre	25.8
Todas las anteriores	23.9	Ninguna	0.5
Bajo Peso	32.8		
Total	100	Total	100

Fuente: Boleta de recolección de datos 2011

Tabla 5.5

Uso del material adecuado durante la atención del parto por las comadronas entrevistadas en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché, abril–octubre 2011.

Guatemala, Octubre 2011

USO DEL “MALETÍN EQUIPADO” ADECUADO BRINDADO POR EL MSPAS POR COMADRONAS			
COMADRONAS QUE RECIBIERON “EL MALETÍN EQUIPADO”		MATERIALES DEL MALETIN EQUIPADO QUE UTILIZAN LAS COMADRONAS DURANTE EL PARTO	
SI	50.4	Tijeras	23.8
		Cinta de Castilla	22.4
		Guantes	16.4
NO	49.6	Perilla	3.7
		Toallas	23.1
		Todas las anteriores	10.6

Fuente: Boleta de recolección de datos 2011

6. DISCUSIÓN

En Guatemala la mayoría de la población no tiene la posibilidad de recibir los servicios médicos necesarios por limitantes como falta de recursos económicos, distancias inmensurables, entre otros; por lo que los recursos con que cuenta la comunidad son utilizados al máximo.

Debido a estas limitantes las políticas y estrategias del sector salud han recurrido a las Comadronas Tradicionales constituyendo un valioso recurso comunitario para la atención a la población que no es capaz de cubrir de manera directa los servicios de salud, por lo que se inicia la capacitación a las mismas con el objetivo directo de satisfacer dichas necesidades y disminuir la alta morbi-mortalidad de las mujeres y niños abatidos en sus comunidades por causas principalmente asociadas al embarazo, parto, puerperio y desnutrición.

Actualmente diferentes instituciones, tanto estatales y privadas realizan programas de capacitaciones a las comadronas. Los criterios utilizados para la estructuración de los programas son diversos y comúnmente parten del pensamiento occidental de atención en salud y de las estadísticas de morbi-mortalidad materno-infantil. Sin embargo, no basta impartir las capacitaciones sin ser evaluadas su eficacia y eficiencia sobre la fijación de los conocimientos aportados a las comadronas. Por lo que es importante realizar evaluaciones periódicas de los conocimientos adquiridos sobre la atención materno-neonatal durante el embarazo, parto y puerperio.

Este estudio se realizó con el objetivo de evaluar los conocimientos de las comadronas sobre las señales de peligro de mortalidad perinatal en el departamento de Quiché, basándose en la capacitación como parte del Programa Nacional de Salud Reproductiva impartido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) por medio de encuestas dirigidas tipo entrevista a 369 comadronas distribuidas en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunen, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché.

El ser comadrona es una práctica que mujeres de diferentes edades pueden llegar a realizar, aunque no todas han recibido la capacitación adecuada desde su comienzo. Las comadronas encuestadas se encuentran entre las edades de 30 a 90 años. De acuerdo a los datos reportados en la tabla 5.1, el 62% de las comadronas encuestadas

indica una edad promedio entre los 51 a 70 años de edad con una media de 53 años, y el 38% restante se encuentra entre las edades 30 a 50 años y de 71 a 90 años.

Existen diferentes requisitos con los que hay que cumplir para poder ser reconocida como comadrona certificada, como lo es ser alfabeta. Sin embargo, pudimos comprobar, como se muestra en la tabla 5.1 que el 77% de las comadronas no saben leer y escribir, solamente el 23% cuentan con esta facultad; aunque limitada. Esto crea una barrera limitante para el aprendizaje ya que al no poder leer y escribir muchas de las comadronas pierden el interés del contenido de las capacitaciones impartidas por el MSPAS. Esto representa un reto al capacitador para incitarlas a que participen en las sesiones de capacitación y así enriquecer sus conocimientos sobre la atención materno-neonatal durante el embarazo, parto y puerperio.

A pesar de la barrera lingüística y el factor alto de analfabetismo, las comadronas que se reconocen como capacitadas asisten a diversas sesiones que se programan durante el año. En la tabla 5.1 se observa que la mayor parte de las comadronas tienen entre 1 a 4 años y entre 20 a 30 años de asistir a estas, representadas por el 25% y 20% respectivamente; indicando que existe cierta discrepancia entre el tiempo que lleva el Programa de Capacitación de Comadronas de haberse implementado y los años que llevan las comadronas de asistir a las capacitaciones, siendo motivo de esto el factor económico, difícil acceso, falta de promoción y organización de parte del personal a cargo.

Para reducir el índice de mortalidad perinatal, es importante que las comadronas participen continuamente en las capacitaciones dirigidas por el MSPAS ya que en ellos adquieren conocimientos esenciales para la detección de las señales de peligro que ponen en riesgo al recién nacido, y así poder identificar actuando oportunamente ante cualquier inconveniente durante el parto.

Debido a que las comadronas son parte de la extensión de cobertura del sector salud, deben ser capacitadas periódicamente con los conocimientos básicos sobre una atención adecuada del parto. Existen barreras y limitantes que pueden intervenir en la atención materno-neonatal durante el parto, llamadas “Demoras”. De acuerdo a la tabla 5.2, el 63.5% de las comadronas entrevistadas tiene conocimiento de las Demoras de Atención y el 36.6% las desconoce. También puede observarse que del

las 63.5% comadronas que conocen acerca de la demoras, solamente el 21.1% tiene el conocimiento que son cuatro demoras.

El año 2011 se implementó en el Programa de Capacitación a Comadronas el concepto “Minuto de oro”. Sin embargo, se demuestra en la tabla 5.3 que el 69.1% de las comadronas encuestadas no asisten a las capacitaciones; el 81% no tienen conocimiento acerca de este concepto, tomando en cuenta que de estas el 29.9% si asistió a las capacitaciones, esto denota que por la reciente implementación del concepto, la mayoría de las comadronas lo desconocen, incluyéndose entre estas, las comadronas que ya han recibido esta capacitación.

Entre las capacitaciones que se imparten a las comadronas se les indican los pasos a seguir para una buena atención del parto y del recién nacido, por lo que pudimos encontrar que el 64% aspiran boca y nariz, 36% corta el cordón y el resto solamente secan y limpian al recién nacido. De las comadronas que refieren que aspiran al recién nacido, se puede observar que el 29.3% poseen perilla para aspirar, mientras el resto no cuentan con ella, según en la tabla 5.3.

Como se muestra en la tabla 5.4 de los resultados obtenidos, durante este estudio se observó que el 21% de las comadronas solamente reconocen la dificultad para respirar como señal de peligro. La flacidez y disminución de movimientos, hipotermia e hipertermia fueron identificadas como única señal de peligro por el 22%, 15% y 6% de las comadronas respectivamente. Solamente un grupo de 202 comadronas que representa un 35% de las encuestadas pueden reconocer todos estos signos como señales de peligro y 0.8% no reconocen ninguna. Dicho resultado es alarmante ya que pudimos medir que menos del 50% conocen e identifican adecuadamente las señales de peligro del recién nacido lo cual es una limitante para la atención oportuna del parto.

Además se determinó en la tabla 5.4 que de las 369 comadronas encuestadas el 75% consideran un peso menor a 5.2 libras como una señal de peligro, y el 25% de las comadronas toman este dato como normal, evidenciando que aún existe gran parte de comadronas que desconocen el concepto de bajo peso al nacer y por tanto no toman esto como factor de riesgo de neonatos e infantes con desnutrición, retraso de crecimiento, sistema inmunológico inmaduro y consecuentes enfermedades respiratorias e infecciosas entre otras, contribuyendo así a la mortalidad perinatal.

En el manual utilizado durante las capacitaciones a comadronas se encuentran las señales de peligro que pueden presentarse durante el parto. Es importante que las comadronas pongan énfasis en la detección de estas para proporcionar una buena atención. De las señales de peligro, el 39.5% reconoce solo la hemorragia como señal de peligro, 25.8% fiebre, 22% dificultad respiratoria y el resto visión borrosa o no reconoce ninguna como señal peligro, lo cual se ve representada en la tabla 5.4

En el año 2006 el Ministerio de Salud y Asistencia Social proporcionó a las comadronas un maletín con equipo para la atención del parto a aquellas comadronas que asisten a las capacitaciones, sin embargo al realizar este estudio, representamos con la tabla 5.5 que el 49.6% refiere que no ha recibido el maletín y el resto si lo recibió; de este porcentaje de comadronas el 10.6% refiere que les ha tenido que comprar y equipar el maletín y por ende no utilizan adecuadamente el material.

La formación de una comadrona tradicional es fundamental para la atención de la mujer en una comunidad. Toda comadrona debe asistir a las capacitaciones que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ofrece periódicamente. No basta acudir a pocas sesiones, ya que cada año estas cuentan con nuevo material, por lo que las comadronas deben actualizarse.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Se identificó que las comadronas poseen bajo nivel de conocimiento en la detección de Señales de peligro de mortalidad perinatal, impartidas en el Programa de Capacitación brindado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en los distritos de San Pedro Jocopilas, Pachalum, Sacapulas, Cunén, Uspantán, Santa Cruz y Chiché del departamento de Quiché, ya que solo 3 de 8 comadronas aprobaron el cuestionario realizado.
- 7.2 Respecto a las características epidemiológicas de las comadronas se identificó una edad media de 53 años de edad, prevaleciendo el analfabetismo en un 77.8%, y el 24.9% de asistencia a las capacitaciones es de 1 a 4 años, tiempo insuficiente para alcanzar el conocimiento requerido en la atención del parto y el recién nacido.
- 7.3 Se determinó que solamente el 21% de las 369 comadronas entrevistadas poseen conocimiento sobre las cuatro “Demoras de Atención materna y neonatal” y el 79% no lo identifican correctamente.
- 7.4 Se identificó que únicamente el 30.9% de las comadronas han asistido a las capacitaciones sobre el “Minuto de oro” impartidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sin embargo, solo el 19% conocen el concepto y la importancia del mismo en la reducción de la mortalidad perinatal.
- 7.5 Se determinó que de las principales señales de peligro del Recién Nacido (dificultad respiratoria, flacidez y disminución de movimientos, hipotermia, hipertermia y bajo peso al nacer) incluidas en el programa de capacitación, únicamente el 35.6% de las comadronas las identifican en su totalidad como factores de riesgo de mortalidad perinatal.
- 7.6 Se determinó que el 95% de las comadronas tiene la capacidad de reconocer las principales señales de peligro durante el trabajo de parto (hemorragia, visión borrosa, disnea, fiebre) siendo las más referidas hemorragia y dificultad respiratoria.

7.7 Se determinó que de las comadronas que asisten al programa de capacitación impartido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el 50% recibieron el maletín equipado y únicamente el 10.6% utiliza el material adecuado para la atención del parto y el recién nacido.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), se recomienda:

- Fortalecer el conocimiento del personal de salud encargado de impartir las capacitaciones, para que la información que se brinda sea de una mejor forma y entendimiento, ya que se evidenció que el conocimiento es limitado en relación a las señales de peligro y su influencia en la mortalidad perinatal.
- Es necesario que el Programa de Salud Reproductiva enfatice sobre las señales de peligro como factores de riesgo de mortalidad perinatal, ya que la información es insuficiente.
- Es indispensable que se mejore la supervisión al Programa de Capacitación a las comadronas ya que se debe conocer que tanto influye la capacitación y la disminución de mortalidad perinatal y materna en Quiché.
- Se debe realizar una distribución equitativa y periódica de materiales que contiene el “Maletín equipado”, a todas las comadronas capacitadas, ya que se evidenció que muchas de ellas no cuentan con materiales necesario para la correcta atención al recién nacido, representando un obstáculo en su práctica y una repercusión directamente sobre la tasa de mortalidad perinatal.
- Fomentar la interacción entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para mejorar las capacitaciones de las comadronas tradicionales por medio de los estudiantes de Ejercicio Profesional Supervisado del área rural.

8.4 A la Universidad de San Carlos de Guatemala, se recomienda:

A la Facultad de Ciencias Médicas realizar estudios similares en otras regiones del país ya que se puede identificar que en Guatemala el 70% de los nacimientos ocurren en el hogar, las comadronas juegan un rol importante en la atención del parto y del recién nacido, ya que esto puede verse reflejado en la disminución de la mortalidad perinatal.

9. APORTES

- 9.1** Se creó una base de datos detallada de los resultados obtenidos de las entrevistas con las comadronas de los 7 distritos de Quiché, la cual servirá para enriquecer las capacitaciones impartidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- 9.2** Fomentó la interacción entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala para la mejoría en la evaluación y capacitación de las comadronas tradicionales.
- 9.3** Posicionamiento del tema como prioridad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, resaltando la importancia del conocimiento que debe adquirir la comadrona para brindar una adecuada atención al recién nacido para la reducción de la mortalidad perinatal.
- 9.4** Publicación y divulgación de resultados descriptivos a las instituciones de salud que apoyaron esta investigación resaltando las fortalezas y debilidades del programa de capacitación impartidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Erradicación de la pobreza a través de las micro finanzas, salud y educación. [en línea]. Toronto: Impact First International. Toronto; 2010. [accesado 3 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.impactfirst.net/es/work/active/guatemala.php>.
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Infraestructura de Salud, Quiché. [en línea]. Guatemala: SEGEPLAN, MSPAS; 2002 [accesado 28 Jul 2011]. Disponible en: http://sinit.segeplan.gob.gt/images/pdfs/Tablas_Quiche/tabla_16_14.pdf
3. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal en Totonicapán. [en línea]. Guatemala: USAC, SENACYT, DOGO, PUIS, CUNOC, DIES; 2001 [accesado 22 Ago 2011]. Disponible en: http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/investigacio_files/INFORMES/PUIIS/INF-2000-004.pdf
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública Asistencia Social. Programa de comadronas del departamento del Quiché, Santa Cruz del Quiché. Guatemala: MSPAS; 2011.
5. Armas F. Conocimiento que poseen las comadronas tradicionales adiestradas, sobre el control prenatal, atención del parto y puerperio inmediata. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1998.
6. Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Medicina. Cursos para Graduados. [en línea]. Guatemala: USAC; 1996 [accesado 10 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.usac.edu.gt/archivos/acercadeculturaorganizacines.pdf>
7. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. [en línea]. España: RAEA; 2010 [accesado 15 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.rae.es>

8. García E. Impacto de la tecnificación de comadronas en la morbi-mortalidad materno-neonatal. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1997.
9. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad infantil en las Américas, Boletín Epidemiológico. [en línea]. 2001. [accesado 2 Jul 2011]. 5(4): [5 pantallas]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/BE_v5n4.pdf
10. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. [en línea]. Guatemala: NUTRINET.ORG; 2011 [accesado 13 Jul 2011]. Disponible en: <http://guatemala.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/publicaciones/364-encuesta-nacional-de-salud-materno-infantil>
11. Batrez R. Desempeño de las comadronas tradicionales capacitadas por ASECSA Chimaltenango durante 1998 y su interacción con servicios estatales de salud. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1998.
12. Carranza M. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social capacita a comadronas en Quiché. Guatemala; MSPAS, CERIGUA; 2009.
13. Casasola J. Conocimientos, actitudes y prácticas, sobre morbilidad neonatal en comadronas adiestradas. [tesis Médico y Cirujano]. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1994.
14. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Funciones de la comadrona tradicional con pertinencia cultural, en servicios de atención de partos: hospitales, CAIMIS y CAP. Programa nacional de Salud Reproductiva. Guatemala: MSPAS; 2009.
15. Gaitán L. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, Boletín Sanitario de Guatemala. 1940; 48(11):13.

16. Galindo J. Conocimientos y prácticas de comadronas en la atención al producto de la concepción. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1996.
17. Goldman N, Gleit D A. Evaluation of midwifery care: Results from a survey in rural Guatemala. Social Science & Medicine. 2003; 56: 685-700.
18. Hurtado E, Sáenz de Tejada E. Relations between government health workers and traditional midwives in Guatemala En: Brad R. Huber and Alan R. Sandstrom. Editores. Mesoamerican healers. Austin: University of Texas Press; 2001: p. 212 – 216.
19. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria anual de vigilancia epidemiología, Centro Nacional de Epidemiología. Guatemala: MSPAS; 2007.
20. Universidad de San Carlos de Guatemala. Memoria de labores de la Facultad de Ciencias Médicas durante el año de 1949. La Escuela de Medicina. 1950; 5(2):17.
21. Mendoza M, Quemé A. Prácticas utilizadas por comadronas durante la atención del trabajo de parto, estudio realizado en el municipio de Sacatepéquez, Quetzaltenango y San Martín Jilotepeque Chimaltenango. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
22. Morales I. Conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas tradicionales adiestradas acerca del bajo peso al nacer. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1998.
23. Moreno Cámara M R. Escuela de Comadronas: Reseña histórica Guatemala: La Escuela de Medicina; 2005.

24. Navarro M. Nivel de conocimientos teórico y práctico en las comadronas tradicionales en atención y reanimación del recién nacido. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
25. Universidad de San Carlos de Guatemala. Nuestras Parteras empíricas. Guatemala: La Escuela de Medicina; 1894 7(2):225 – 227.
26. Papel de las comadronas en las comunidades cachiqueles de Guatemala. Revista Panamericana de Salud Pública. [en línea]. 2006; 19 (3). [accesado 2 Jul 2011] Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892006000300010&script=sci_arttext
27. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud Guatemala. 3 ed. Washington, DC.: OPS; 2007.
28. Pisquiy A M, Perez G, Champet I. El rol de la comadrona en su contexto sociocultural. Guatemala: Asociación PIES de Occidente; 2000.
29. Rivera Álvarez R. Medicina, beneficencia y asistencia social Historia general de Guatemala: desde la República Federal hasta 1898. Guatemala: FUNDACION PARA LA CULTURA Y EL DESARROLLO; 1995.
30. Quiché: Área de Salud. Sala Situacional, enero-junio 2011. (Documento mimeografiado).
31. Sandoval A. Factores que condicionan el cumplimiento de las normas de atención materna por la comadrona tradicional como parte del equipo básico del sistema integral de atención en salud. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de san Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2000.
32. Saint R. Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales proyecto Mother Care. Guatemala: Mother Care; 1998 (informe final).

33. Suazo M. Fondo de Población de la las Naciones Unidas. [en línea]. Guatemala: UNFPA, CERIGUA; 2011. [accesado 10 Jul 2011]. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Fondo_de_Poblaci%C3%B3n_de_las_Naciones_Unidas

34. Vásquez C. Pocos recursos para mujeres. Prensa Libre. 24 de agosto del 2005: 10.

35. Whiting E J. Comentarios sobre el aplanamiento del Centro Médico Roosevelt Salubridad y Asistencia. Guatemala: MSPAS; 1949 2 (1):7-29.

36. Schieber B, O'Rourke K, Rodríguez C, Bartlett A. Análisis de los factores de riesgo de mortalidad perinatal en zonas rurales de Guatemala / Risk factor analysis of peri-neonatal mortality in rural Guatemala. [en Línea]. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud; 1994 [accesado 7 May 2011]. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/v117p238.pdf>

37. Quiché. Proyecto ASDIII. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2006 [accesado 30 Jul 2011].
Disponible en:
www.new.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc

38. Schieher B, O'Rourke K, Rodríguez C, Bartlett A. Análisis de los factores de riesgo de mortalidad perinatal en zonas rurales de Guatemala. [en línea]. Guatemala: Mother Care; 1994 [accesado 20 Ago 2011]. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/v117p238.pdf>

39. Méndez C. Asistencia inmediata para salvar bebés. Prensa Libre. Actualidad nacional. Martes 15 de febrero 2011. p.4.

40. México. Instituto Nacional de Salud Pública. Factores de Riesgo en hospital general de Chiapas, México. [en línea]. México: CISP, INSP; 2003; 37 (6). p. 687-689 [accesado 23 Ago 2011]. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18009.pdf>

41. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de capacitación a comadronas tradicionales. Guatemala: MSPAS; 2006: p.4-104.

11. ANEXOS

11.1 Consentimiento informado

Por este medio se solicita su colaboración voluntaria para participar en el estudio titulado “Conocimiento de las comadronas sobre las señales de peligro de mortalidad perinatal en el departamento de Quiché”, cuyo objetivo es:

- Evaluar los conocimientos que poseen las comadronas en la detección de las señales de peligro de mortalidad perinatal, adquiridos durante la capacitación del Programa Nacional de Salud Reproductiva, impartida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El estudio se realiza con fines de investigación en el cual su información será confidencial, respetando en todo momento su privacidad e integridad, tomando en cuenta que el mismo no representa ningún beneficio material ni económico.

Su colaboración consistirá en responder una encuesta basada en la información que se le ha brindado en las capacitaciones por parte del personal del Ministerio de Salud Pública.

Si usted tuviese alguna duda o pregunta adicional sobre la confiabilidad de este estudio, puede comunicarse con el entrevistador a cargo.

Huella digital o firma
entrevistado

Nombre del investigador

11.2 Conocimientos de las comadronas sobre factores de riesgo de mortalidad perinatal en el departamento de Quiché

11.2.1 Boleta de recolección de datos

Instrucciones: A continuación se le presentan varias preguntas de selección múltiple las cuales deberá contestar en base a los conocimientos adquiridos en las capacitaciones que se le han proporcionado por parte del personal de Ministerio de Salud Pública, subraye o indique la respuesta que considere correcta.

Datos Generales

1. ¿Cuántos años de edad tiene?

2. ¿Sabe leer y escribir?

- a. Si
- b. No

3. ¿Cuántos años lleva de asistir a capacitaciones impartidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social?

Preguntas Específicas

4. ¿Cuál son las señales de peligro en el Recién Nacido?

- a. Le cuesta respirar
- b. Flacidez y disminución de los movimientos
- c. Hipotermia (que este muy frio)
- d. Hipertermia (que este muy caliente)
- e. Ninguna de las anteriores
- f. Todas las anteriores

5. ¿Es una señal de peligro que el recién nacido pese 5.2 libras?

- a. Si
- b. No

6. ¿Las Demoras en la atención materna y neonatal son barreras y limitantes que demoran la atención oportuna y de calidad a la madre y recién nacido durante el parto?

- a. Si
- b. No

7. ¿Cuántas Demoras en la atención materna y neonatal conoce usted?

- a. Una
- b. Dos
- c. Tres
- d. cuatro

8. Ha asistido a las capacitaciones sobre “El minuto de oro” (primer minuto de vida), impartidas por el personal médico y enfermeras de los Servicios de Salud, dirigidas a reducir la mortalidad neonatal?

- a. Si
- b. No

9. ¿Qué es “El minuto de Oro” (primer minuto de vida)?

- a. Es el minuto de vital importancia en la atención del recién nacido donde se evalúa temperatura, respiración, coloración y tono muscular
- b. Es el minuto de vital importancia en donde se corta el cordón umbilical
- c. Es el minuto vital donde se debe de amamantar al recién nacido
- d. No lo sabe

10.Cuál es la primera atención que usted brinda al recién nacido al momento del parto?

- a. Aspira boca y nariz
- b. Corta el cordón umbilical
- c. secarlo

11.¿Cuáles son las señales de peligro que conoce usted que se pueden presentar durante el parto?

- a. Hemorragia
- b. Dificultad respiratoria
- c. Visión Borrosa
- d. Fiebre
- e. Ninguna de las anteriores

12.¿Recibió usted el “Maletín Equipado” para la atención del parto y el recién nacido proporcionado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social?

- a. si
- b. no

13.¿Con qué material limpia la boca y nariz al recién nacido?

- a. Perilla
- b. Toalla
- c. No limpia

14.¿Qué materiales utiliza usted para la atención del parto y el recién nacido?

- a. tijeras
- b. cinta de castilla
- c. Guantes
- d. Perilla
- e. Toallas
- f. Todas la anteriores

Clave de Boleta de Recolección de Datos**Código**

1. Respuesta personal
2. Respuesta personal
3. Respuesta personal
4. Respuesta:
 - a. Le cuesta respirar (0.25)
 - b. Flacidez y disminución de los movimientos (0.25)
 - c. Hipotermia (que este muy frio) (0.25)
 - d. Hipertermia (que este muy caliente) (0.25)
 - e. Ninguna de las anteriores (0)
 - f. Todas las anteriores (1)
5. Respuesta:
 - a. Si (1)
6. Respuesta:
 - a. Si (1)
7. Respuesta:
 - d. Cuatro demoras (1)
8. Respuesta:
 - a. Si (1)
9. Respuesta:
 - a. Minuto de importancia en la atención del recién nacido, evaluándose temperatura, respiración, coloración y tono muscular (1)
10. Respuesta:
 - a. Aspira boca y nariz (1)
11. Respuesta:
 - a. Hemorragia (0.25)

- b. Dificultad respiratoria (0.25)
 - c. Visión borrosa (0.25)
 - d. Fiebre (0.25)
 - e. Ninguna de las anteriores (0)

- 12. Respuesta:
 - a. Si (0)

- 13. Respuesta:
 - a. Con perilla (1)
 - b. Con una toalla
 - c. No aspira

- 14. Respuesta:
 - a. Perilla (0.20)
 - b. Toallas (0.20)
 - c. Tijeras (0.20)
 - d. Cinta de Castilla (0.20)
 - e. Guantes (0.20)

11.2 GLOSARIO

- **ATENCION DEL PARTO:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo, con mas 20 semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.
- **COMADRONA TRADICIONAL:** es aquella persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos unciales de comadrona por ella misma o por aprendizaje con otras comadronas tradicionales. es una proveedora primaria de servicios de salud dirigidos a las necesidades individuales de cada madre y niño. Sus destrezas y conocimientos son en la salud, la fisiología y el cuidado efectivo del embarazo, nacimiento y el posparto.
- **COMADRONA TRADICIONAL ADIESTRADA:** es aquella persona de la comunidad que después de haber sido capacitada recibe la autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para dar atención a la gestante en el embarazo, parto y puerperio.
- **COMADRONA TRADICIONAL DE FAMILIA:** se entiende por la comadrona tradicional que ha sido elegida por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros.
- **CONOCIMIENTO:** acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia, razón.
- **CONTROL PRENATAL:** Se entiende a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar, la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.
- **COSTUMBRE:** Hábito, modo habitual de obrar o proceder a lo establecido por tradición o por la repetición de los mismos actos y puede llegar a adquirir fuerza de procepto.

- **FACTOR DE RIESGO:** Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o la muerte.
- **FACTORES DE RIEGO PERINATAL:** Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o la muerte, comprendido entre la 28 semana de gestación y los 7 primeros días de vida, o muerte del feto que alcanza 1,000 gramos de peso.
- **MINUTO DE ORO:** Se define como el primer minuto después del nacimiento.
- **MORTALIDAD PERINATAL:** Es aquella que ocurre en el periodo comprendido entre la 28 semana de gestación y los 7 primeros días de vida, o muerte del feto que alcanza 1,000 gramos de peso.
- **NEONATO:** Es la etapa del ser humano que comprende desde el momento de nacimiento hasta los primeros 28 días.
- **PERINATAL:** Se emplea para referirse a todo aquello que es en materia de tiempo inmediatamente anterior o posterior al momento del nacimiento del bebé, es decir desde la semana 28 de gestación hasta los primeros 7 días después del parto.
- **PRACTICA:** Ejercitar, poner en práctica algo que se ha aprendido y especulado usar o ejercer algo, ejecutar, hacer, llevar a cabo
- **PUERPERIO:** Período transcurrido desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer recuperan la situación que tenían hasta antes del embarazo.