

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS
SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



KELLY SOFÍA GALLARDO FLORES

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2022

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS
SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

KELLY SOFÍA GALLARDO FLORES

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2022

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR
M.A. WALTER RAMIRO MAZARIEGOS BIOLIS**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Lic. Zoot. Merlin Wilfrido Osorio López
Representante de Profesores:	M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Representante de Profesores:	M.Sc. Gildardo Guadalupe Arriola Mairén
Representante de Graduados:	Ing. Agr. Henry Estuardo Velásquez Guzmán
Representante de Estudiantes:	A.T. Zoila Lucrecia Argueta Ramos
Representante de Estudiantes:	Br. Juan Carlos Lemus López
Secretaria:	Licda. Yessica Azucena Oliva Monroy

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	M.Sc. Carlos Leonel Cerna Ramírez
Coordinador de Carrera:	M.Sc. Ronaldo Armando Retana Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente:	Ph.D. Rory René Vides Alonzo
Secretario:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé
Vocal y revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

Chiquimula, Agosto de 2022

Señores

Miembros Consejo Directivo

Centro Universitario de Oriente -CUNROI-

Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetables señores:

En cumplimiento de lo establecido a los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado: **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO"**.

Como requisito previo a optar el título profesional de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

(f) 

KELLY SOFÍA GALLARDO FLORES

201445513

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO**



Chiquimula, 25 de julio del 2022.

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN DE MEDICINA

Respetables miembros del comité:

Reciban un cordial saludo y éxitos en sus labores diarias, el motivo de la presente es que en atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la estudiante Kelly Sofia Gallardo Flores quien se identifica con el número de carné 201445513 en el trabajo de graduación titulado: "CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO", me dirijo a ustedes para informarles que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre la realización del informe final de investigación; por lo cual recomiendo la aprobación del mismo para continuar con el proceso.

Agradeciendo de antemano la atención brindada a la misma.

Atentamente:

Dra. Bianca Nataly Orellana Duarte
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Colegiado: 18,017

Dra. Bianca Nataly Orellana Duarte
MSc. Ginecología - Obstetricia
Cel. 28,017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 04 de agosto del 2022
Ref. MYC-12-2022

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente CUNORI

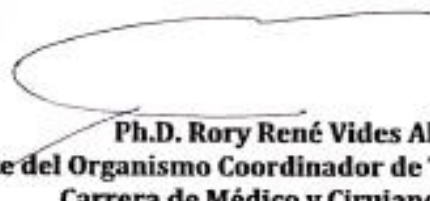
Reciba un cordial saludo de la Coordinación Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente deseándole éxitos y bendiciones en su diaria labor.

Por medio de la presente es para notificarle que la estudiante: **KELLY SOFÍA GALLARDO FLORES**, identificada con el número de carné 201445513, quien ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación denominado **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO"**, fue asesorada por la Dra. **BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE**, Colegiado 18,017 quien avala el estudio de manera favorable.

Considerando que el estudio cumple con los requisitos establecidos en el Normativo de Trabajo de Graduación de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, se autoriza su aprobación para ser discutido en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciada.

Sin otro particular, atentamente.

"Id y Enseñad a Todos"



Ph.D. Rory René Vides Alonzo
-Presidente del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación-
Carrera de Médico y Cirujano-CUNORI



Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/ Archivo-mdo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula 23 de agosto del 2022
Ref. MYC-66-2022

Merlin Wilfrido Osorio López
Director
Centro Universitario de Oriente CUNORI

Reciba un cordial saludo de la Coordinación Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente deseándole éxitos y bendiciones en su diaria labor.

Por medio de la presente es para notificarle que la estudiante **KELLY SOFÍA GALLARDO FLORES** identificada con el número de carné 201445513 quien ha finalizado el informe final del Trabajo de Graduación denominado **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO"**, estudio asesorado por Dra. Bianka Nataly Orellana Duarte, colegiado 18,017 quien avala el estudio de manera favorable.

Considerando que el estudio cumple con los requisitos establecidos en el Normativo de Trabajo de Graduación de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, se autoriza su aprobación para ser discutido en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana en el grado de Licenciada.

Sin otro particular, atentamente.

"Id y Enseñad a Todos"

MSc. Ronaldo Armando Retana Albanés
-Coordinador-
Carrera de Médico y Cirujano-CUNORI-

D-TG-MyC-087/2022

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO **HACE CONSTAR QUE:** Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **KELLY SOFÍA GALLARDO FLORES** titulado **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO”**, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICA Y CIRUJANA**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, a dieciséis de septiembre de dos mil veintidós.

“ID Y ENSEÑAR A TODOS”

Lic. Zoot. Merlin Wilfredo Osorio López
DIRECTOR
CUNORI – USAC



c.c. Archivo

MWOL/ars

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MI MADRE

A MI FAMILIA

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

A MIS CATEDRÁTICOS

AL DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

AL COORDINADOR DE CARRERA Y CATEDRÁTICO

A MI ASESORA

M.Sc. Bianka Nataly Orellana Duarte

A MIS REVISORES

Ph.D. Rory René Vides Alonzo

M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

A MIS PADRINOS DE GRADUACIÓN

Licda. Nury Eunice Orellana Flores

M.Sc. Karina Lissett Linares Portillo

M.Sc. Bianka Nataly Orellana Duarte

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI

Por haber sido mi casa de estudio durante todo este tiempo.

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

A LA MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN ERMITA

ACTO DE DEDICO

A DIOS: Por darme la fuerza necesaria para luchar ante cualquier adversidad y prueba, por darme una respuesta en cada oración, por siempre bendecirme y brindarme la sabiduría necesaria para culminar con éxito y felicidad cada meta que me he propuesto en mi vida.

A MI MAMÁ: Sayma Gallardo, mi pilar más fuerte, gracias por ser mi guía, mi consuelo, mi mejor amiga, por estar ahí en cada situación en la que no sabía cómo resolverla, por festejar mis alegrías de cada triunfo y por enseñarme a levantarme en cada caída, por enseñarme que no importa que tan grande sea el sueño, lo importante es tener a Dios y hacer las cosas lo mejor posible.

A MI TÍO VINICIO: No importa la distancia que nos separa y el tiempo que ha transcurrido desde que le tocó dejarme en preparatoria; gracias por ser mi apoyo incondicional, ser un padre para mí, por hacerme ver la vida diferente, por estar siempre para mí sin importar las circunstancias, este triunfo es nuestro.

A MIS ABUELITOS: Arnoldo Gallardo, Rosita Flores y Elisa Quiroa, personas que me han brindado su amor incondicional y sus sabios consejos durante toda mi vida.

A MIS TÍOS: Gerardo, Fernando, Ferdy y Kike; a mi tías: Cinthia y Liseth, muchas gracias por brindarme su apoyo y cariño a lo largo de mi vida.

A MIS PADRINOS DE BAUTIZO: Leonel Orellana y Yoli Flores, gracias por ser mi segunda familia, gracias por su amor, sus consejos, por motivarme a ser mejor cada día, Dios los bendiga siempre.

A FAMILIA ACEVEDO ORELLANA: Gracias por ser mi tercera familia, gracias por darme más que una casa durante mi EPS Rural en tiempo de pandemia, me dieron una familia a la que llevo en mi corazón.

A MI ASESORA: Dra. Nataly Orellana, gracias por su dedicación, motivación y tiempo invertido para ayudarme en cada paso durante el proceso de mi formación académica y así mismo durante mi trabajo de graduación.

A MIS MADRINAS DE GRADUACIÓN: Dra. Nataly Orellana, Dra. Karina Linares y mi madrina Nury Orellana, personas a las cuales admiro por su dedicación y entrega, son un ejemplo para mí de calidad de persona y profesionalismo.

A MIS MEJORES AMIGAS: Maleny Acosta, Fátima Cruz. y Jenny Carpio. Le doy tantas gracias a Dios por darme de una manera diferente las hermanas que no tuve, gracias por su amor incondicional, porque siempre están para mí.

A MIS AMIGAS: Grecia Salazar, Michelle Roque, Arlette Pérez, Madeline Recinos, Karla Castañeda, Lorena Ramírez, Ana Lucía Carranza, Ceci Díaz, Jazmín Girón, Natalia Mahobey Méndez; gracias por todos los momentos vividos en nuestra carrera, algunos con mucho sueño, ansiedad, miedo pero otros muy buenos llenos de risas y buenos recuerdos.

A MIS ÁNGELES: Abuelita Sofía, Doña Rosa de Osorio y Tita Mata; personas que mientras Dios nos las prestó siempre me motivaron a seguir a delante y soñaban con este día mucho más que yo, físicamente no están, pero en mi corazón aún viven y sé que desde donde se encuentren están felices igual que yo. Un abrazo al cielo, lo logré.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	iii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
a. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	1
1. Embarazo, parto y puerperio	1
2. Signos de riesgo	1
3. Conocimientos de las comadronas	2
b. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS	3
c. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	6
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	8
a. Delimitación teórica	8
b. Delimitación geográfica	8
c. Delimitación institucional	8
d. Delimitación temporal	9
III. OBJETIVO	10
IV. JUSTIFICACIÓN	11
V. MARCO TEÓRICO	13
CAPÍTULO I. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS	13
1.1 Conocimientos	14
1.2 Actitudes	15
1.3 Prácticas	16
CAPÍTULO II. COMADRONAS	16
2.1 Definición	16
2.1.1 Comadrona tradicional	16
2.1.2 Comadrona tradicional adiestrada	17
2.2 Actividades	17
2.3 Historia	19
2.4 Respaldo legal de las comadronas	21

2.5	Capacitación	22
2.6	Comadronas en San Juan Ermita	22
CAPÍTULO III. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		23
3.1	Embarazo	23
3.2	Atención prenatal	23
3.3	Signos de riesgo	25
3.3.1	Ruptura prematura de membranas ovulares (RPMOP)	26
3.3.2	Trastornos hipertensivos	27
3.3.3	Hemorragia obstétrica	28
3.4	Parto	28
3.4.1	Atención calificada del parto	28
3.4.2	Signos de riesgo	32
3.5	Puerperio	33
3.5.1	Complicaciones	36
CAPÍTULO IV. EPIDEMIOLOGÍA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN CHIQUIMULA		43
4.1	Morbilidad materna	43
4.1.1	Muerte en edad fértil	43
4.1.2	Muerte relacionada con el embarazo	43
4.1.3	Muerte materna directa	43
4.1.4	Muerte materna tardía	43
4.1.5	Muerte materna accidental	44
4.1.6	Muerte materna incidental	44
4.2	Clasificación de causas de muerte según certificado de defunción	44
4.2.1	Causa Directa de defunción	44
4.2.2	Causa básica	44
4.3	Morbilidad materna en San Juan Ermita, Chiquimula	44
VI.	DISEÑO METODOLÓGICO	48
a.	Tipo de estudio	48
b.	Área de estudio	48
c.	Universo	48

d.	Sujetos de estudio	48
e.	Criterios de inclusión	48
f.	Criterios de exclusión	48
g.	Variables estudiadas	49
h.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
i.	Procedimientos para la recolección de información	50
j.	Plan de análisis	52
k.	Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	52
VII.	RESULTADOS	53
VIII.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	66
IX.	CONCLUSIONES	71
X.	RECOMENDACIONES	74
XI.	PROPUESTA	75
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
XIII.	APÉNDICES	85
	Apéndice 1. Boleta de recolección de datos	85
	Apéndice 2. Consentimiento informado	92
	Apéndice 4. Cronograma y recursos	102
IX.	ANEXOS	104
	Anexo 1. Autorización	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura		Página
1.	Compresión bimanual y aórtica	38
2.	Distribución según edad de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	53
3.	Distribución según aldea donde residen las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	54
4.	Distribución según la escolaridad de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	55
5.	Distribución según capacidad de lectura y escritura de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	56
6.	Distribución según ocupación de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	57
7.	Distribución según religión de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	58
8.	Distribución según tiempo de ejercer de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	59

9.	Distribución según el número de capacitaciones recibidas previo pandemia por SARS-CoV-2 de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	60
10.	Distribución según el número de capacitaciones recibidas en el año 2021 las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	61
11.	Distribución según evaluación y referencia de pacientes en los últimos 6 meses en las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	62
12.	Distribución según conocimientos sobre embarazo de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	93
13.	Distribución según conocimientos sobre parto de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	94
14.	Distribución según conocimientos sobre puerperio de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	95
15.	Distribución según actitudes sobre embarazo de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	96
16.	Distribución según actitudes sobre parto de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	97

17.	Distribución según actitudes sobre puerperio de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	98
18.	Distribución según prácticas en el embarazo de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	99
19.	Distribución según prácticas en el parto de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	100
20.	Distribución según prácticas en el puerperio de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el MSPAS	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Signos y síntomas de riesgo en el embarazo por trimestre	25
2. Causas de sangrado durante el embarazo	28
3. Manejo activo de la tercera etapa del parto -MATEP-	30
4. Causas de sangrado durante el posparto	36
5. Factores de riesgo de hemorragia obstétrica	37
6. Causas de morbilidad materna en San Juan Ermita	45
7. Causas de mortalidad materna, departamento de Chiquimula	45
8. Causas de mortalidad materna, municipio de San Juan Ermita, 2011-2021	47
9. Operacionalización de variables	49

LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS

%	Porcentaje
°C	Grados Celsius
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
Km	Kilómetro
MATEP	Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto
mg	Miligramo
MIS	Modelo Incluyente de Salud
ml	Mililitro
mm/Hg	Milímetro de mercurio
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
No.	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
s. f.	Sin fecha
TM	Transfusión masiva
Vacuna Td	Vacuna antitetánica

RESUMEN

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Kelly S. Gallardo Flores¹, M.Sc. Bianka N. Orellana², M.Sc. Ronaldo A. Retana³, Ph.D. Rory R. Vides⁴,
M.Sc. Carlos I. Arriola⁴, M.Sc. Christian E. Sosa⁴, M.Sc. Edwin D. Mazariegos⁴.

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI. Finca El Zapotillo,
zona 5 Chiquimula, tel. 78730300 ext. 1027.

Introducción: La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, determinan el riesgo de muerte, en especial, cuando se trata de las áreas rurales del país, como lo es el territorio Chortí, lugar donde quien evalúa este tipo de procesos suele ser una comadrona. **Objetivo:** Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), sobre embarazo, parto y puerperio, durante los meses de marzo a agosto 2022. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo cualitativo en un grupo de 30 comadronas avaladas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, empleando como instrumento una boleta de recolección de datos diseñada, por la investigadora, con base en la literatura. **Conclusión:** Se determinó que, en promedio, el 93% de las comadronas tiene conocimientos adecuados sobre el embarazo, parto y puerperio, que las actitudes del 90% son apropiadas para el abordaje oportuno de estas tres etapas y que al momento de evaluar o atender, el 90% tiene buenas prácticas ante las circunstancias. **Recomendación:** Desarrollar estudios similares en el resto del área Chortí, ya que se reconoce que la mayoría de las pacientes del área rural acuden con las comadronas para el control del embarazo y resolución del parto.

Palabras clave: conocimientos, actitudes, prácticas, comadronas, embarazo, parto y puerperio.

1. Investigadora
2. Asesora
3. Coordinador de la Carrera, Médico y Cirujano CUNORI.
4. Revisores

ABSTRACT

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF MIDWIVES ON PREGNANCY, CHILDBIRTH AND PUERPERIUM

Kelly S. Gallardo Flores¹, M.Sc. Bianka N. Orellana², M.Sc. Ronaldo A. Retana³, Ph.D. Rory R. Vides⁴,
M.Sc. Carlos I. Arriola⁴, M.Sc. Christian E. Sosa⁴, M.Sc. Edwin D. Mazariegos⁴.

University of San Carlos of Guatemala, Eastern University Center, CUNORI. Zapotillo farm, zone 5
Chiquimula, tel. 78730300 ext. 1027.

Introduction: The care of women during pregnancy, childbirth and puerperium, determine the risk of death, especially when it comes to rural areas of the country, such as the Chortí territory, a place where those who evaluate this type of process usually be a midwife **Aim:** To describe the knowledge, attitudes and practices of the midwives of San Juan Ermita registered by the Ministry of Public Health and Social Assistance (MSPAS), on pregnancy, childbirth and the puerperium, during the months of March to July 2022. **Methods:** It was carried out a quantitative-qualitative descriptive study in a group of 30 midwives endorsed by the Ministry of Public Health and Social Assistance, using as an instrument a data collection form designed by the researcher, based on the literature. **Conclusion:** It was determined that, on average, 93% of midwives have adequate knowledge about pregnancy, childbirth and the puerperium, that the attitudes of 90% are appropriate for the timely approach of these three stages and that when evaluating or attending to 90% % have good practices under the circumstances. **Recommendation:** Develop similar studies in the rest of the Chortí area, since it is recognized that the majority of patients in rural areas go to midwives for pregnancy control and delivery resolution.

Keywords: knowledge, attitudes, practices, midwives, pregnancy, childbirth and puerperium.

1. Investigator
2. Advisor
3. Coordinator of Medical and Surgeon career CUNORI
4. Reviewers of theses.

INTRODUCCIÓN

En países como Guatemala, la atención a la madre y el infante determinan el riesgo de muerte, lugar donde quien atiende el proceso suele ser una comadrona en casi la mitad de los casos (Castro 2015); identificar los signos de riesgo de manera oportuna evita complicaciones que constituyen el 99% de las muertes maternas en las regiones en desarrollo, como Guatemala (Fernández et al. 2020). Sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo (Organización Mundial de la Salud 2016). Entre los desafíos a los que se enfrentan las comadronas se encuentra la identificación oportuna de las señales de riesgo en el embarazo, labor de parto y puerperio.

En muchos lugares, la práctica del parto domiciliario surge no solo por costumbres sino también debido a condiciones que obliga a dar a luz con comadronas, como la difícil accesibilidad a los establecimientos de salud, costumbres y creencias, falta de educación, bajos recursos económicos y temor a los procedimientos médicos (Sosa 2016). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- (2017) evidenció que la mortalidad materna en el departamento de Chiquimula radica principalmente en cuatro municipios, de los cuales 3 pertenecen al área Chortí y donde el más afectado es San Juan Ermita con recurrencia de una muerte materna por cada 424 nacidos vivos.

Ante lo expuesto, el presente estudio tiene como objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), sobre embarazo, parto y puerperio, durante los meses de marzo a agosto del 2022.

Para ello, se procedió a realizar una investigación descriptiva cualitativa cuantitativa con la aplicación de una boleta de campo a 30 comadronas registradas ante el MSPAS en el municipio de San Juan Ermita. Los resultados del estudio se analizaron, presentaron y discutieron, con estos, se redactaron conclusiones y recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La lucha por el mantenimiento de la vida humana es el pilar de las ciencias médicas. Entre los desafíos a los que se enfrentan las comadronas se encuentra la identificación oportuna de las señales de riesgo en el embarazo, labor de parto y puerperio. Las estadísticas señalan que, en países como Guatemala, la atención a la madre y el infante determinan el riesgo de muerte, lugar donde quien atiende el proceso suele ser una comadrona en casi la mitad de los casos (Castro 2015).

1. Embarazo, parto y puerperio

Por otra parte, el embarazo, el parto y el puerperio son procesos universales y dependientes de la fisiología del cuerpo. Sin embargo, cada cultura y cada momento histórico ha impreso formas de organización vinculadas a estos (Organización Mundial de la Salud 2016).

Se puede señalar que, la atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto previene muchas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo. La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que se brinde atención, apoyo e información a las embarazadas (Organización Mundial de la Salud 2016).

2. Signos de riesgo

De la misma forma, la importancia sobre la identificación de los signos de riesgo de manera oportuna radica en evitar complicaciones como la muerte materna (Fernández *et al.* 2020). Las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio constituyen la primera causa de muerte de mujeres en edad fértil. Aproximadamente el 99% de las muertes maternas registradas en el mundo en 2015 se produjeron en las regiones en desarrollo. Se estima que los decesos en ese mismo año fueron de aproximadamente 302,000 mujeres (Fernández *et al.* 2020).

Habitualmente, el embarazo suele estar acompañado de dolencias leves. Sin embargo, en algunos casos estas dolencias pueden generar complicaciones más graves con consecuencias perjudiciales tanto para la salud de la madre como para la del recién nacido y, eventualmente, hasta la muerte de ambos (Ordinola et al. 2019).

Así mismo, en el embarazo los signos de riesgo consisten en: sangrado vaginal, dolor intenso en el vientre, salida de líquido por la vagina antes de la fecha de parto, cefalea, tinnitus, mareos, fosfenos, convulsiones, falta de movimientos del recién nacido, ardor al orinar o mal olor en la orina, parto demorado, fiebre (MSP, Ecuador 2015), hipertensión y edema de extremidades; durante el parto: ruptura de membranas, sangrado transvaginal, hiperactividad uterina, dolor abdominal, hipomotilidad fetal, hipertensión, embarazo postérmino, fosfenos, dolor lumbar, tinnitus y fiebre; y en el puerperio: sangrado o secreción transvaginal, tinnitus, fiebre, cefalea, dolor abdominal, loquios fétidos, dehiscencia de herida, infección en la herida, hipertensión, edema de extremidades y dolor vaginal (García-Regalado y Montañez-Vargas 2012).

3. Conocimientos de las comadronas

Cabe destacar que, en el mundo indígena, los cuidados de las mujeres se viven como un entramado de prácticas culturales y de relaciones sociales e interétnicas destinadas a sostener la vida. Los pueblos indígenas, acorde con sus tradiciones ancestrales, poseen varias normas y procedimientos internalizados mediante procesos de socialización ajenos al control de los equipos de salud (Rodríguez y Duarte 2020).

Algo semejante ocurre con la medicina tradicional o etnomedicina, es una práctica antigua de salud, que se basa en la cultura y es diferente a la medicina científica. Normalmente, se la considera como una práctica poco ortodoxa, alternativa o popular y se transmite, mayormente, por vía oral o empírica a través de las diferentes comunidades y de generación en generación (Ordinola et al. 2019).

En muchos lugares, la práctica del parto domiciliario surge no solo por costumbres sino también debido a condiciones que obliga a dar a luz con comadronas. Entre los principales factores por los que las madres se ven obligadas a ser asistidas por una comadrona se encuentra la difícil accesibilidad a los establecimientos de salud, costumbres y creencias, falta de educación, bajos recursos económicos y temor a los procedimientos médicos (Sosa 2016).

b. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS

Por lo consiguiente, Ordinola y colaboradores, realizaron un estudio sobre creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas, Chachapoyas, Perú. Emplearon el método cualitativo, con muestreo en cadena. Como instrumento usaron la entrevista en profundidad aplicada a 24 madres y 6 parteras, de manera individual y en grupos focales, entre junio y octubre del 2014. La información brindada por las entrevistadas fue transcrita según su expresión oral para agruparla en cuatro categorías: (i) señales y peligros durante el embarazo, (ii) cuidados durante el embarazo y parto, (iii) dificultades del parto, y (iv) cuidados durante el puerperio.

A causa de las entrevistas y grupos focales, se evidencia que las madres y parteras reconocen señales de peligro durante el embarazo, como dolor de cadera y vientre, sangrado vaginal e hinchamiento. Entre los cuidados durante el embarazo, indican una alimentación adecuada, el uso de vestimenta holgada. Si tienen problemas que no puede solucionar la partera, recurren al puesto de salud, y ven el embarazo como algo natural que no impide sus actividades diarias a las que están acostumbradas. El parto, generalmente, es atendido por la partera aplicando las costumbres y creencias de la zona, que incluye la posición de la gestante para el parto, el empleo de plantas medicinales y el apoyo de familiares cercanos. Los cuidados para la recuperación de la madre y el cuidado del recién nacido están a cargo de los propios familiares (Ordinola et al. 2019).

Así mismo, en Ecuador, en el año 2021, se realizó un estudio que tuvo como objetivo establecer el rol de la comadrona (matrona) en la atención de embarazadas de la parroquia la Esperanza de la ciudad de Ibarra. Para ello, se realizó una investigación con diseño cuantitativo y no experimental; de tipo descriptivo, transversal y de campo. Como instrumento para la recolección de datos se utilizó una encuesta que se aplicó a 31 comadronas. Los resultados indicaron que el grupo de estudio tiene una población de género femenino y una edad aproximada de 47 años, que se autoidentifican como indígenas y se encuentran casadas en su mayoría, el 90,3% presenta que no tienen ninguna escolaridad; con relación al tiempo de experiencia en la atención se determinó que albergan alrededor de 10 años. A través de los resultados se identifica que los conocimientos que poseen conllevan a una adecuada y correcta atención en mujeres durante el periodo de embarazo y parto, sin embargo, identificaron que existe deficiencia a nivel de conocimientos en signos de riesgo en el binomio madre/hijo (Guatemal 2021).

Similarmente, Sosa (2016) realizó un estudio en Ecuador cuyo objetivo fue identificar los condicionantes de riesgos que ocurren en los partos domiciliarios atendidos por comadronas en la comunidad de Ricaurte del cantón San Lorenzo de la provincia de Esmeraldas. Esta investigación tuvo un enfoque descriptivo, lo que permitió conocer todos los procedimientos y actividades que realizan las parteras o comadronas en las etapas del parto. La muestra fueron 7 comadronas de la comunidad y 15 mujeres con experiencias de partos domiciliarios. Al realizar la encuesta se evidenció complicaciones como: placenta previa, ruptura prematura de membranas, desprendimiento placentario, preeclampsia o infecciones luego del parto en la madre y el neonato; lo que puede llevar a la muerte fetal o de la madre si no se sabe actuar de forma correcta ante cada una de estas situaciones.

Se puede agregar que, en Guatemala, Catun (2014) llevó a cabo un estudio con el objetivo de describir los conocimientos que poseen las comadronas en activación del plan de emergencia familiar y comunitario en la embarazada, adquiridos durante la capacitación según lista anual de capacitaciones de plan técnico impartido por el personal de la fundación menonita bajo convenio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia

Social, en la Jurisdicción Campur-Cojaj, San Pedro Carchá, Alta Verapaz. Se basó en un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, realizado en 28 comunidades, tomando como muestra 30 comadronas tradicionales capacitadas, se realizaron encuestas estructuradas tipo entrevista. Encontró que 76% de las comadronas tradicionales no identifican todos los pasos del plan de emergencia familiar y comunitario lo que evidencia desconocimiento para la toma de decisiones en el momento de la emergencia obstétrica. Concluyó que, las referencias a nivel de servicios de salud aún no se llevan a cabo al 100% por las comadronas tradicionales lo que pone en riesgo la vida de las embarazadas y por ende el riesgo de muertes maternas.

Así mismo, Castro (2015) investigó acerca de los conocimientos y actitudes de las comadronas sobre signos de peligro de muerte fetal en el período intraparto. Su objetivo fue identificarlos en el territorio El Embalse sector A y B de Cubulco, Baja Verapaz. Para ello, aplicó un diseño de estudio descriptivo transversal, realizó un cuestionario a todas las comadronas que cumplieron los criterios de inclusión. Como resultados halló que el grupo etario con mayor edad entre 41-50 años son 5 comadronas, 7 comadronas hablan achí y español; 13 son analfabetas, 6 llevan más de 30 años de ejercer como comadrona de la comunidad, 13 sí ponen en práctica el plan de emergencia, 5 refieren a sus pacientes debido al reconocimiento de signos de peligro y 9 las refieren a control médico de rutina. Concluyó que una de las comadronas ha recibido conocimiento empírico dado por otras comadronas sobre la atención del parto, 12 han recibido conocimiento científico por personal del ministerio de educación. Las señales de peligro en el recién nacido son identificadas rápidamente por las comadronas y 7 no conocen claramente el termino minuto de oro en la atención del recién nacido.

Por otra parte, Monroy (2017) desarrolló una investigación con el objeto de determinar las complicaciones maternas y fetales en mujeres embarazadas manipuladas por comadronas, previo a consultar emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Pedro Bethancourt (HPB) del uno de enero del año 2014 al 31 de mayo del 2015. Para esto, aplicó como método un estudio descriptivo transversal que se realizó en pacientes con complicaciones maternas o fetales antes, durante o posparto. Como resultados encontró

que se documentaron 36 casos de pacientes manipuladas por comadronas que presentaron complicaciones, observando en el porcentaje más altos las relacionadas con hipertensión arterial complicada en el embarazo no identificadas por las comadronas tratantes durante el manejo de estas pacientes, asociado a esto complicaciones por sufrimiento fetal y la posterior resolución del embarazo por medio de cesárea. Concluyó que las complicaciones maternas más frecuentes fueron la preeclampsia, síndrome de HELLP, así como sufrimiento fetal.

c. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Es importante considerar que, en septiembre del año 2010 se aprobó la Ley para la Maternidad Saludable, cuyos principios se enmarcan en la declaración de la maternidad saludable como asunto de urgencia nacional, para apoyar y promover acciones que reduzcan las tasas de mortalidad materna y neonatal (Decreto número 32-2010, Ley de maternidad saludable). Se estima que en Guatemala dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto, siendo las de orígenes indígenas y rurales las más afectadas (Asociación de Servicios Comunitarios de Salud 2014).

Debe señalarse que en la atención prenatal se reconoce que persisten las dificultades de acceso a los servicios de salud, así como la atención del parto por personal calificado, lo que pone en riesgo la vida de la madre y la del recién nacido. La ENSMI 2014-2015 reporta que el 91% de las mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos en los últimos cinco años, tuvieron al menos un control prenatal con un profesional de la salud en su embarazo más reciente. Donde el 64% tuvo atención por médico, el 27% por enfermera y el 4% por comadrona capacitada (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social et al. 2017).

La atención de los partos en el departamento de Chiquimula muestra una marcada brecha entre las áreas rurales de las urbanas. Más de la mitad de los partos que ocurren en el área rural son atendidos en las casas de las mujeres y de estos el 78% corresponde a mujeres de la región Chortí. Además, en el 45% de los casos quien proporcionó asistencia fue una comadrona capacitada (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social et al. 2017).

Por tal razón se estima que la morbilidad materna a nivel departamental ha sido el resultado de preeclampsia, aborto incompleto, atonía uterina, eclampsia, embarazo ectópico roto, trombocitopenia, hemorragia posparto, retención de restos placentarios y síndrome de HELLP, circunstancias en las que las probabilidades de morbilidad aumentan en cuanto más alejada se encuentra la paciente de recibir atención calificada (Acosta et al. 2014).

En definitiva el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017) evidenció que la mortalidad materna en el departamento de Chiquimula radica principalmente en cuatro municipios, de los cuales 3 pertenecen al área Chortí y donde el más afectado es el de San Juan Ermita con recurrencia de una muerte materna por cada 424 nacidos vivos.

Derivado de lo expuesto, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál son los conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas de San Juan Ermita, Chiquimula registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), sobre embarazo, parto y puerperio, durante los meses de marzo a agosto del 2022?

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a. Delimitación teórica

El presente estudio es de tipo descriptivo cuantitativo cualitativo sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), sobre embarazo, parto y puerperio, durante los meses de marzo a agosto del 2022.

b. Delimitación geográfica

El municipio de San Juan Ermita se ubica en la parte central del departamento de Chiquimula a una distancia de 27 km de la cabecera departamental y a 192 km de la ciudad capital por la ruta al atlántico; limita al norte con Chiquimula y Jocotán, al sur con Quezaltepeque, al este con Olopa y Jocotán y al oeste con San Jacinto y Chiquimula (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2018).

De acuerdo con los registros históricos señalan que el municipio se fundó a mediados del siglo XVII. Su división administrativa se conforma por 44 centros poblados: 20 aldeas, 23 caseríos y cabecera municipal. En el lugar existen 44 establecimientos de preprimaria, 47 de primaria, 14 de educación básica y 1 de diversificada. Además, con base al Modelo Incluyente de Salud -MIS- del MSPAS, San Juan Ermita cuenta con un centro de atención permanente en la cabecera municipal y con tres puestos de salud y seis centros comunitarios en salud que se ubican en comunidades rurales (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2018).

Así mismo en el año 2018 se estimó una población de 16,418 habitantes para el municipio; de estos el 96% pertenece al área rural y el 51% corresponde al sexo femenino (Instituto Nacional de Estadística 2018).

c. Delimitación institucional

La sede del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para el departamento de Chiquimula se encuentra ubicada sobre la 8va. Avenida 1-66 zona 1

del municipio de Chiquimula. EL MSPAS cuenta con información para identificar a las comadronas que ofrecen apoyo en el municipio de San Juan Ermita.

d. Delimitación temporal

La investigación se desarrolló entre los meses de marzo a agosto de 2022.

III. OBJETIVO

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), sobre embarazo, parto y puerperio, durante los meses de marzo a agosto 2022.

IV. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud -OMS- señala que cada día mueren 1,500 mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, donde 80% se debe a causas directas. A nivel mundial, son los países en desarrollo los que presentan el 99% de muertes maternas. En Guatemala, mueren dos mujeres de manera diaria a causa de problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio. La razón de mortalidad materna a nivel nacional fluctúa en 112 por cada 100,000 nacidos vivos (Asociación de Servicios Comunitarios de Salud 2014).

El departamento de Chiquimula en el año 2021 durante los meses de enero a septiembre se registraron 9 defunciones maternas por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de estos el 21% tiene como lugar de ocurrencia su espacio domiciliar y el 91% de las muertes pudieron ser prevenibles (Aroche C. 2021). Se estima que el 53% de estos casos pertenecen a pueblos mayas (Cano 2020). La población rural indígena suele ser de los sectores más vulnerables en temas de acceso a salud debido a las largas distancias que deben recorrer para llegar a los establecimientos gubernamentales de salud y a los escasos recursos económicos con los que cuentan. En las comunidades Chortí, el 45% de los embarazos, partos y pospartos son atendidos por comadronas quienes, al no contar con los conocimientos adecuados para su abordaje, podrían no reconocer los signos de riesgo y conllevar a mortalidad, tanto para las madres como para sus hijos.

Para la comunidad científica es importante analizar el tema debido a que al conocer la realidad de los pueblos se puede ofrecer orientación oportuna hacia las mujeres en edad fértil y a las personas involucradas en su proceso reproductivo. De esta manera se pueden disminuir las tasas de mortalidad materno-infantil y los costos de los sistemas de salud a razón de atención en casos con complicaciones que alcanzan a llegar a emergencias en puntos críticos.

La mortalidad materna en el departamento de Chiquimula tiene cifras preocupantes en el área Chortí, especialmente en el municipio de San Juan Ermita donde se presenta una muerte materna por cada 424 nacidos vivos. Por lo que es importante identificar en el área la vulnerabilidad ante las debilidades que presentan las comadronas capacitadas por el MSPAS por medio de una investigación y, con base a esos resultados, sugerir reforzamiento en los temas con déficit de conocimiento identificado, con el objetivo de disminuir la razón de muerte materna y así promover el desarrollo social, brindando a las embarazadas cuidados especiales, aún en aquellas que tienen difícil acceso a los servicios de salud pública.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

Una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas -CAP- es un estudio cuantitativo de una población específica que reúne información sobre lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta con relación a un tema en concreto (Holman 2012). Es utilizado para conocer lo que las personas piensan, creen y cómo actúan con relación a algo (Cuartas-Gómez et al. 2019).

De la misma forma, las encuestas CAP se utilizan para recopilar datos valiosos que pueden servir para fortalecer la planificación y el diseño de programas, la incidencia, la movilización social, el análisis y la evaluación en el ámbito de la competencia que se diseña. Los datos cuantitativos que describen los conocimientos y el comportamiento de las personas con relación a determinado tema son decisivos para comprender la magnitud de los problemas y para proporcionar pruebas convincentes dirigidas al desarrollo de sistemas, políticas y prácticas en materia del beneficio social (Holman 2012).

Además, las encuestas de conocimiento, actitud y práctica (CAP) son populares en el cuidado de la salud porque brindan información útil y son fáciles de diseñar y ejecutar. Pueden evaluar creencias y comportamientos relacionados con la salud en el contexto de enfermedades o tratamientos específicos. Los estudios CAP no requieren un gran presupuesto, por lo general se dirigen a una población de fácil acceso y parecen simples y directos; por lo tanto, a veces los llevan a cabo estudiantes y otros investigadores que pueden no tener una base teórica y práctica adecuada en temas como la teoría clásica de las pruebas y la teoría de la respuesta al ítem, la confiabilidad y la validez, el análisis factorial y otros (Andrade et al. 2020).

Cabe destacar que, las encuestas CAP se originaron en la década de 1950 en los campos de la planificación familiar y la investigación demográfica. Ahora son ampliamente aceptadas para la investigación de comportamientos relacionados con la salud y

prácticas de búsqueda de la salud. Una encuesta CAP pretende ser representativa de una población concreta; su objetivo es obtener lo que se sabe (conocimiento), se cree (actitud) y se hace (práctica) en el contexto del tema de interés. La información se recopila utilizando cuestionarios semiestructurados o (más generalmente) estructurados que son autoadministrados o administrados por los entrevistadores; se pueden recopilar datos tanto cualitativos como cuantitativos (Andrade et al. 2020).

En efecto, una encuesta CAP es un método de tipo cuantitativo (preguntas predefinidas y formateadas en cuestionarios) que proporciona acceso a información cuantitativa y cualitativa. Tienden a revelar no solo rasgos característicos en conocimientos, actitudes y comportamientos sobre la salud relacionados con factores religiosos, sociales, tradicionales, sino también la idea que cada persona tiene del cuerpo o de las enfermedades. Estos factores son a menudo la fuente de conceptos erróneos o malentendidos que pueden representar obstáculos para las actividades por implementar y barreras potenciales para el cambio de comportamiento (Gumucio 2011).

Por otra parte, el obstáculo para el cambio puede ser la falta de conocimiento de los beneficios de la salud o la falta de conocimiento del problema y su gravedad. También puede revelar representaciones socioculturales o religiosas fuertemente ligadas al cambio en cuestión o una falta de experiencia. Finalmente, el obstáculo al cambio, la resistencia o el rechazo también pueden ser una expresión de resistencia cultural y puede revelar una postura política (Gumucio 2011).

1.1 Conocimientos

Los conocimientos son el nivel de comprensión que se tiene con relación a un tema en específico (Holman 2012). Por ello, se procede a examinar los niveles de conocimiento del individuo, que corresponden a las representaciones mentales, precedentes a procesos cognitivos, desarrollados y arraigados a lo largo de su vida (Cuartas-Gómez et al. 2019).

Así mismo, el conocimiento es un conjunto de entendimientos y de ciencia. Es también la capacidad de imaginar y la forma de percibir. Sin embargo, el conocimiento de un comportamiento de salud que se considera beneficioso no significa automáticamente que se seguirá ese proceder. El grado de conocimiento que evalúa la encuesta ayuda a ubicar áreas en las que quedan esfuerzos de información y educación por desarrollar (Gumucio 2011).

1.2 Actitudes

Las actitudes se vinculan a lo que sienten las personas con referencia a un tema en particular; así como las ideas preconcebidas o las creencias que puedan tener sobre este (Holman 2012). La actitud se ha definido como una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto, sujeto o concepto que predispone a uno a responder de alguna manera preferencial (Raina 2013).

La actitud es una forma de ser o una posición en la que situarse. Son inclinaciones o tendencias. Esta es una variable intermedia entre la situación y la respuesta a esta. Ayuda a explicar que, entre las prácticas posibles para un sujeto sometido a un estímulo, ese sujeto adopta una práctica y no otra. Las actitudes no son directamente observables como lo son las prácticas, por lo que es una buena idea evaluarlas. Es interesante notar que numerosos estudios a menudo han mostrado una conexión baja y a veces nula entre la actitud y las prácticas (Gumucio 2011).

Se puede agregar que, son una confluencia de tres componentes: primero, el cognitivo, que reúne información, experiencias, estereotipos y conocimientos, los cuales, pueden ser juicios positivos o negativos; segundo, el afectivo, que combina sentimientos, emociones, valores, satisfacciones y aversiones; y tercero, el comportamental, mediado por las habilidades motoras, psíquicas, cognitivas, verbales y sociales (Cuartas-Gómez et al. 2019).

1.3 Prácticas

Las prácticas se refieren a las maneras en las que las personas aplican sus conocimientos y actitudes con relación a un tema en concreto a través de sus acciones (Holman 2012). Son el punto de convergencia de los dominios anteriores y se definen como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continua de una actividad o destreza (Cuartas-Gómez et al. 2019).

De la misma forma, las prácticas o comportamientos son las acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo. Esto es algo que tiene que ver con lo concreto y acciones (Gumucio 2011).

CAPÍTULO II. COMADRONAS

2.1 Definición

Aroche K. (2021) describe a la comadrona como la mujer que se dedica a atender partos en las comunidades.

Además, en Guatemala las comadronas se han considerado como las primeras enfermeras, debido a su asistencia durante los partos y su conocimiento en cuanto a la medicina ancestral y tradicional. Pese a la creencia de que no poseen experiencia natal sí reciben formación a través de cursos ofrecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Aroche K. 2021).

2.1.1 Comadrona tradicional

Se describe como la comadrona empírica, es decir, la persona que ayuda a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos y habilidades por sí misma o con la ayuda de otras comadronas (Monroy 2017).

2.1.2 Comadrona tradicional adiestrada

Se entiende como la comadrona que ha recibido capacitación a través de cursos y actualizaciones que ha impartido el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en Guatemala, o por la Organización Mundial de la Salud -OMS- en otros lugares del mundo (Monroy 2017).

2.2 Actividades

Las actividades de las comadronas certificadas pueden variar conforme a su función habitual en la comunidad, su deseo y disponibilidad; sin embargo, las principales son (Monroy 2017):

- Fungir como personal comunitario reconocida como líder y consejera
- Atender a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto y al recién nacido
- Brindar asistencia obstétrica con evaluación del riesgo prenatal y enviar a las madres al centro de salud en caso de urgencia o de posibles complicaciones
- Prepararse para mejorar en su desempeño
- Atender los partos en un ambiente con adecuaciones propias a su labor en la comunidad
- Acompañar a los proveedores de salud, y desarrollar el trabajo con calidad y calidez, dando continuidad a la madre durante el posparto
- Asegurarse de 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
- Proporcionar a la gestante acompañamiento y atención del parto con respeto al entorno cultural, idioma y propiciando confianza ante la expectativa que normalmente genera el parto
- Respetar la decisión de la mujer de adoptar la posición de preferencia para el momento del parto
- Presentarse con su traje limpio, pelo recogido, cubierto, 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

- Atender parto eutócico simple sin complicaciones
- Dar el tratamiento a la placenta de acuerdo con 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 alumbramiento de la placenta y tracción del cordón con asistencia del proveedor calificado
- Consultar con el proveedor calificado (médico, enfermera 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, feto 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 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 posparto 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

Al mismo tiempo, la comadrona es en muchos casos la persona de referencia para ofrecer recomendaciones durante el embarazo, pues entre sus competencias se incluyen el asesoramiento y la educación para la salud, no solo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y la comunidad. El gran reto al que se enfrentan no es tanto dar consejos, sino saber cómo hacerlo para no herir sentimientos en la embarazada, conseguir cambios de comportamiento y no generar frustración (Espuig et al. 2016).

2.3 Historia

El término comadrona proviene del latín *commater*, compuesto por *cum*, que significa conjuntamente, y *mater*, que significa madre. Las comadronas han ayudado a dar a luz desde el principio de la historia. Se encuentran referencias de comadronas en los antiguos escritos hindúes, en manuscritos de la Grecia y la Roma clásicas y en la misma Biblia (Alcántara et al. 2007).

Cabe destacar que, en épocas más recientes esta actividad tendió a profesionalizarse. Ya en el año 1560, en París, las comadronas tenían que superar un examen oficial para obtener el título y atenerse a prácticas normativas. Pero no todas tenían esta formación. En el Reino Unido las comadronas contaban con escasa preparación formal y no tuvieron que aprobar exámenes para obtener el título oficial hasta el año 1902 (Alcántara et al. 2007).

A lo largo de la historia, el arte de ayudar a parir ha estado relacionado con la mujer, bien como partera experimentada o como comadrona. Solo cuando el parto se complicaba y era preciso el instrumental quirúrgico intervenía el cirujano. La profesión de comadrona corresponde a los primeros oficios especializados que surgieron en las sociedades, debido a que la asistencia al parto por una comadrona se ha contado como una de las más antiguas profesiones en el mundo (Alcántara et al. 2007).

Con relación a América se sabe que también tiene su historia en esta materia. Las abundantes crónicas de la conquista revelan las costumbres de sus habitantes naturales antes de la influencia de la civilización europea. Entre los aztecas asuntos que tenían que ver con la reproducción eran atendidos por comadronas. A la embarazada se le prodigaba una cuidadosa atención; dichos cuidados se acrecentaban en los últimos tres meses del embarazo. A la gestante, particularmente la primigesta, se le daban consejos sobre ejercicios y alimentación. Al final del embarazo la comadrona practicaba una palpación abdominal y, si era el caso, ejecutaba la versión del feto mediante maniobras externas (Alcántara et al. 2007).

De hecho, en el territorio de la actual Guatemala, las costumbres entre los mayas no diferían mucho de las realizadas por los aztecas, salvo el agregado de prácticas místicas asociadas a sus dioses (Alcántara et al. 2007).

Se estima que, en la cultura maya, gran parte del trabajo como comadrona tuvo inicio de manera empírica, a través de la práctica y la asistencia de numerosos partos en las comunidades donde a las mujeres se les asistía para su recuperación y crianza para que pudiera sobrellevar su maternidad de la mejor manera. Es tan valioso el rol de la comadrona en el ámbito de su comunidad que se le reconoce con la misma importancia que un sacerdote maya (Aroche K. 2021).

No cabe duda que, este grupo de mujeres se encarga de guiar a las madres en dar vida, así mismo deben cumplir con determinadas características en el cumplimiento de su papel, como ser casada, ser madre de dos o tres hijos y mantener jovialidad o fuerza vital. Además, deben comprender y poner en práctica la medicina ancestral, basada en plantas, para curaciones (Aroche K. 2021).

Anteriormente, en Guatemala existió la Escuela de Comadronas que fue fundada en el año 1895. Para que esta fuera una profesión avalada fue adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, dando inicio con tres alumnas (Aroche K. 2021).

En efecto, las comadronas recibían el grado universitario como parteras profesionales y podían atender partos en el Hospital San Juan de Dios y en el Hospital Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Estas mujeres se convirtieron en las primeras profesionales universitarias en ejercer en Guatemala. Sin embargo, a raíz del establecimiento de la primera Escuela de Enfermeras adscrita al Hospital San Juan de Dios, la modificación al plan de estudios para la carrera de comadronas y su fusión con la nueva escuela se determinó en 1954 que las parteras se limitaran a observar y no a atender partos, porque consideraban que no tenían los conocimientos suficientes en

obstetricia. Las cosas empeoraron con la apertura del Hospital Roosevelt que no permitió la participación de las alumnas de partería (Castro 2015).

Así mismo, en 1955 el presidente Carlos Castillo Armas instituyó que solo quedara en función la Escuela Nacional de Enfermeras y la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas decidió cerrar las inscripciones para la carrera de comadronas al año 1956 por lo que dejó de fungir en 1960 (Urrutia 2011).

2.4 Respaldo legal de las comadronas

En el país se estableció la práctica de las comadronas en el año 1935 con el acuerdo gubernativo del 16 abril de ese año (Monroy 2017).

Posteriormente, en el año 2015 el presidente de la República emitió el acuerdo gubernativo número 102-2015 que aprobó la Política Nacional de Comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala: maya, garífuna, xinca y mestizo, la que fue formulada por el MSPAS en conjunto con las organizaciones de comadronas y que aplica a todo el territorio nacional (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2015).

Por tal motivo, la política se diseñó con el afán de estimar acciones para respetar, reconocer y revitalizar la labor de las comadronas en la población guatemalteca, creando vínculos de relación entre estas y el MSPAS en sus distintos niveles de atención y con pertinencia cultural, para facilitar las buenas prácticas de salud de las comadronas y lograr la mejora en la atención materna neonatal (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2015).

La Política fue elaborada con base a los resultados de los 33 diálogos en los que participaron las comadronas representativas de las 29 áreas de salud de los 22 departamentos de Guatemala, en coordinación con instituciones gubernamentales, sociedad civil y agencias de cooperación internacional que trabajan en salud, lo que le da respaldo social e institucional, sustentándose en fundamentos filosóficos y políticos,

que fueron desarrollados de acuerdo con el nivel organizativo de las comunidades (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2015).

Por ende, la Política orienta a reconocer a las comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala, en el marco de las buenas prácticas y contribuciones a la población, principalmente a la maternidad saludable, a través de: la promoción y divulgación de los saberes de las comadronas; establecer y fortalecer el relacionamiento de las comadronas con el sistema de salud nacional; fortalecimiento institucional para la atención de la salud materna neonatal con pertinencia cultural; y fortalecer la labor de las comadronas como agentes de cambio (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2015).

2.5 Capacitación

Los temas que se desarrollan en las capacitaciones se relacionan, principalmente, a complicaciones obstétricas, debido a que el programa de Salud Reproductiva tiene como meta reducir la mortalidad materna y neonatal. El programa nacional para capacitación de comadronas aborda temas como (Monroy 2017):

- Señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio, y del recién nacido
- Retención placentaria
- Preeclampsia y eclampsia
- Espaciamiento de embarazos con métodos naturales y artificiales
- Las cuatro demoras
- El parto prolongado
- El aborto
- Derechos sexuales y reproductivos

2.6 Comadronas en San Juan Ermita

Algunos estudios que han recibido comadronas del municipio de San Juan Ermita son (Pérez 2019):

- Charlas de atención puerperal, infecciones de transmisión sexual, métodos de planificación familiar y maniobras de Leopoldo (aldea Lagunetas, cinco participantes)
- Taller de capacitación atención de trabajo de parto y reanimación neonatal a comadronas del municipio
- Capacitación de comadronas sobre atención de parto eutócico simple (10 participantes)

Rodríguez (2016) explica que el municipio dispone de más de treinta comadronas tradicionales adiestradas a las que se les capacita mensualmente con relación a temas asociados a sus funciones.

En consecuencia, la atención del parto en el municipio de San Juan Ermita, que pertenece al área Chortí resalta que las mujeres prefieren ser atendidas por comadronas capacitadas (Rodríguez 2016).

CAPÍTULO III. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

3.1 Embarazo

Se considera una etapa de vital importancia en la que tienen lugar múltiples procesos hiperplásicos, hipertróficos, de adaptación metabólica y de preparación para la vida extrauterina (Espuig et al. 2016).

Habitualmente, la gestación en embarazos con feto único tiene una duración media de 40 semanas (280 días) a partir del primer día del último período menstrual de la fecha estimada de parto (Menéndez et al. 2012).

3.2 Atención prenatal

El control prenatal permite valorar el estado de salud y nutrición de la mujer, y detectar tempranamente posibles complicaciones. Se recomienda que la mujer se controle ante

la primera falta menstrual o antes de las primeras 12 semanas en que le falte la menstruación (cuanto antes, mejor) y luego continúe realizándolo en forma periódica. Las estancias de salud aconsejan un mínimo de cinco controles prenatales a partir del primer trimestre de embarazo (Fondo de las Naciones Unidas para Infancia 2014).

Por lo que, se recomienda brindar atención prenatal de la siguiente manera (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- **Primera cita:** antes de las 12 semanas de gestación
- **Segunda cita:** alrededor de las 26 semanas de gestación
- **Tercera cita:** alrededor de las 32 semanas de gestación
- **Cuarta cita:** entre los 36-38 semanas de gestación

Es importante hacer énfasis durante la consulta en (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Presión arterial (tomada por el médico, si existe el recurso)
- Temperatura corporal
- Pulso y respiración
- Peso y talla
- Altura uterina después de las 20 semanas de embarazo
- Edad gestacional y estimar la fecha probable de parto, de ser accesible se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía (ultrasonido) antes de las 24 semanas de gestación
- Situación y presentación fetal de las 36 semanas en adelante
- Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal de las 20 semanas en adelante (si tienen doppler después de las 12 semanas)
- Movimientos fetales desde las 18 semanas en adelante en multíparas y de las 22 semanas en adelante en primigestas
- Ganancia o pérdida de peso

3.3 Signos de riesgo

Identificar a tiempo los signos de alarma garantiza el nacimiento de un recién nacido sano con un riesgo mínimo para la madre, para ello, es importante la evaluación continua del estado de salud de la madre y el feto, la anticipación de los problemas mediante el seguimiento de la gestante, así como la enseñanza de los síntomas y signos de alarma (Ticona-Rebagliati et al. 2014).

Así mismo, los signos y síntomas de riesgo en el embarazo pueden clasificarse de manera trimestral, como se presenta en la tabla 1 (Pan American Health Organization s. f.).

Tabla 1. Signos y síntomas de riesgo en el embarazo por trimestre

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
• Hemorragia vaginal • Presencia de flujo vaginal (fétido, de color amarillo, verde o blanco, espeso) • Molestias urinarias • Fiebre • Dolor tipo cólico en región pélvica	• Hemorragia vaginal • Cefalea • Flujo vaginal • Molestias urinarias • Presión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior • Sensación de múltiples partes fetales	• Hemorragia vaginal • Edema de cara y manos • Salida de líquido por la vagina • Presión arterial alta mayor o igual de 140/90 mmHg mm/Hg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior • Cefalea

	• Salida de líquido por la vagina • Disminución o ausencia de movimientos fetales • Fiebre	• Trastornos visuales (se le nubla la vista, ve puntos negros o puntos de luz) • Disminución o ausencia de movimientos fetales • Fiebre
--	--	---

Fuente: tomado de Pan American Health Organization (s. f.)

3.3.1 Ruptura prematura de membranas ovulares (RPMOP)

Es la salida de líquido amniótico a través del orificio cervical y vagina después de las 20 semanas de gestación y antes de iniciar el trabajo de parto. La ruptura prematura de membranas puede ocurrir cuando el feto es mayor o igual de 37 semanas de gestación (RPMO a término), o antes de 37 semanas de gestación (RPMO pretérmino). El período latente es el intervalo entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto. La duración del período latente varía de forma inversa a la edad gestacional (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

a. Etiología y factores de riesgo

Entre las causas de ruptura prematura de membranas hay que considerar (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Idiopática (causa desconocida)
- Infecciones de transmisión sexual
- Infecciones del tracto urinario
- Infecciones del tracto vaginal y útero, membranas ovulares
- Polihidramnios (aumento de líquido amniótico)
- Insuficiencia cervical
- Anomalías de la forma del útero
- Secundaria a un cerclaje cervical o amniocentesis

- Cirugía cervical previa (conización)
- Trauma, incluyendo accidente de tránsito y violencia

b. Signos y síntomas

Los signos y síntomas relacionados son (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Salida de líquido por vagina en forma de chorro o sostenida, en cantidad variable, de color claro, puede presentar manchas de vérnix
- Reducción del tamaño uterino

c. Conducta/tratamiento

Efectúe maniobra de Tarnier, presionando el fondo uterino, rechace la presentación y esto favorecerá la salida de líquido amniótico. Lo recomendado es referir hacia un nivel de atención superior para ser evaluada por algún médico (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

3.3.2 Trastornos hipertensivos

El diagnóstico de hipertensión durante el embarazo se establece con una tensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg, sin embargo antes de tener valores altos de presión arterial se pueden encontrar signos y síntomas clínicos que orienten hacia el diagnóstico mucho antes de tener valores elevados de presión arterial (Monroy 2017).

Los principales signos y síntomas de trastornos hipertensivos son (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Edema
- Proteinuria
- Oliguria (menos de 400 mL de orina en 24 horas)
- Alteraciones visuales
- Disnea
- Cianosis

- Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho
- Trombocitopenia
- Restricción del crecimiento intrauterino

3.3.3 Hemorragia obstétrica

Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo, parto o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de la vagina) (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

En la tabla 2 se expone las principales causas de hemorragia vaginal que puede presentar la gestante.

Tabla 2. Causas de sangrado durante el embarazo

CAUSAS DE HEMORRAGIA DURANTE EL EMBARAZO	
Primer trimestre	Segundo y tercer trimestre
• Aborto y sus complicaciones • Embarazo ectópico • Mola hidatidiforme	• Aborto y sus complicaciones • Placenta previa • Desprendimiento de placenta • Ruptura uterina

Fuente: tomado de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2018)

3.4 Parto

Las últimas horas del embarazo humano se caracterizan por contracciones uterinas que producen dilatación cervical y hacen que el feto descienda por el conducto del parto (Cunningham et al. 2010a).

3.4.1 Atención calificada del parto

Para brindar una atención calificada durante el parto se recomienda (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

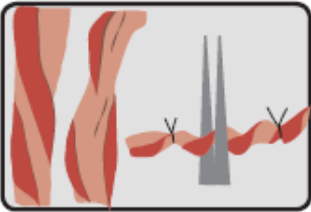
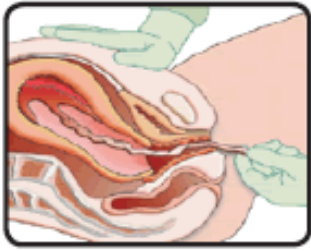
- Asegurar que haya privacidad durante la atención del parto
- Adecuar un ambiente limpio y seguro, así como garantizar prácticas beneficiosas para un parto limpio y seguro
 - Asegurar la disponibilidad de equipo estéril y un lugar limpio para la atención del parto
 - Mantener a la mujer con ropa limpia así como sábanas y colchón limpios
- Informar a la embarazada sobre lo que va a experimentar durante el parto y dé oportunidad a que exponga sus dudas, para que emocionalmente esté preparada para enfrentar ese momento de manera natural, y fortalecida con la información previa
- Motivar para que enfrente positivamente el momento del parto
- Permitir el acompañamiento por un familiar, persona de confianza o comadrona en el momento del parto normal, si la infraestructura del servicio lo permite y respetando la privacidad de otras pacientes
- Dejar que la mujer camine si así lo desea, (respetando criterios obstétricos)
- Permitir y/o apoyar a que tome líquidos, culturalmente permitidos y que no afecten negativamente a la madre y al feto
- Utilizar el partograma adecuadamente, debiendo iniciar su uso en la fase activa del trabajo de parto, cuando el cuello uterino tenga 4 centímetros de dilatación
- No rasurar el área perineal
- No realizar enema evacuador
- Recordar que la episiotomía es restringida
- Pinzar el cordón umbilical oportunamente (1 a 3 minutos después del parto). En caso que se requiera reanimación neonatal inmediata, ocurra roptura o desgarro del cordón, madre con VIH o hepatitis B; pinzar y cortar de inmediato
- Realizar el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP).
- Colocar al o el recién nacido, piel a piel sobre el abdomen de la madre y favorezca el apego inmediato y la lactancia materna en la primera media hora de vida
- Realizar los cuidados rutinarios del neonato, después del apego inmediato

- Identificar la aparición de complicaciones maternas y neonatales y tome las acciones inmediatas, de ser necesario referir a un servicio con mayor capacidad resolutive, si no existe la capacidad a nivel local
- Comunicar a la madre el estado de la o el recién nacido, sexo, peso, longitud y hora de nacimiento
- Respetar las costumbres locales y en caso de ser requerida la placenta, haga los procedimientos necesarios, siguiendo las normas de bioseguridad. Si existiera alguna enfermedad infecto contagiosa, explique que la entrega de la placenta no será posible, teniendo cuidado de respetar la confidencialidad de la madre.

En la tabla 3 se describen los pasos a seguir durante el “Manejo activo de la tercera etapa del parto” -MATEP-.

Tabla 3. Manejo activo de la tercera etapa del parto -MATEP-

Manejo activo de la tercera etapa del parto -MATEP-	
Colocar al recién nacido piel con piel sobre el abdomen de la madre, séquelolo y evalúe si respira, si es necesario haga reanimación.	1 
Administrar oxitocina a la madre (10 UI, intramuscular) en el primer minuto de nacimiento y después de descartar la presencia de otro feto.	2 

Pinzar y cortar el cordón umbilical después que deje de latir y este aplanado después del nacimiento.	3 
Poner al neonato sobre el pecho de la madre en contacto directo piel a piel. Cúbralo con un pañal para evitar enfriamiento.	4 
Realizar tracción controlada del cordón, aplicando al mismo tiempo presión externa sobre el útero en dirección ascendente hacia la cabeza de la mujer.	5 
Efectuar masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta hasta asegurar que este contraída y cada 15 minutos durante 2 horas después del parto.	6 
Apoyar a la mujer durante la recuperación a dar de mamar, palpe útero a través del abdomen cada 15 minutos durante las primera 2 horas para asegurar que esté contraído y controle la pérdida de sangre vaginal.	7 

Fuente: tomado de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2018)

3.4.2 Signos de riesgo

a. Distocia

La palabra distocia significa parto difícil y es caracterizado por el avance lento o anormal del trabajo de parto. Las distocias son el resultado de cuatro alteraciones que pueden suceder de manera aislada o combinada (Cunningham et al. 2010c):

- Anomalías de las fuerzas expulsivas. Las contracciones uterinas pueden tener intensidad insuficiente o carecer de coordinación apropiada para lograr el borrado y la dilatación del cuello uterino: disfunción uterina. De igual modo, puede haber un esfuerzo muscular materno voluntario inadecuado durante el segundo periodo del trabajo de parto.
- Alteraciones de la presentación, la posición o del desarrollo del feto.
- Anomalías de la pelvis ósea materna, esto es, estrechez pélvica.
- Alteraciones de los tejidos blandos del aparato reproductor que constituyen un obstáculo para el descenso del feto

Entre los datos clínicos hallados con frecuencia en mujeres con trabajo de parto ineficaz se encuentran (Cunningham et al. 2010c):

- Dilatación del cuello uterino o descenso fetal inadecuados
 - Trabajo de parto prolongado, avance lento
 - Trabajo de parto detenido, sin avance
 - Esfuerzos expulsivos inadecuados, pujo ineficaz
- Desproporción fetopélvica
 - Dimensiones fetales excesivas
 - Capacidad pélvica inadecuada
 - Presentación anómala del feto
- Rotura de membranas sin trabajo de parto

b. Infecciones maternas perinatales

Las infecciones en el período perinatal representan un importante porcentaje de consultas en los servicios de salud. Estas infecciones pueden tener consecuencias discapacitantes a largo plazo. Varios factores pueden aumentar el riesgo de infecciones maternas perinatales, incluyendo problemas de salud preexistentes y condiciones espontáneas o intervenciones de proveedores de salud, durante el trabajo de parto y el parto. Las estrategias para reducir las complicaciones de infecciones maternas perinatales se orientan principalmente en la identificación oportuna de los signos y síntomas de riesgo (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

Dentro de los principales signos y síntomas encontramos los siguientes: (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Fiebre
- Dolor suprapúbico (encima del pubis)
- Dolor lumbar (puño percusión lumbar positiva)
- Dolor de cabeza
- Dolor y/o ardor al orinar
- Náuseas y vómitos
- Orina frecuente, escasamente y dolorosa (poliuria, polaquiuria y disuria)
- Escalofríos
- Taquicardia materna y/o fetal
- Malestar general

3.5 Puerperio

Se llama puerperio al período que abarca desde las primeras horas siguientes al parto; su duración es imprecisa, pero los especialistas apuntan a que este lapso varía entre las cuatro a seis semanas (Cunningham et al. 2010b).

Así mismo el puerperio se clasifica en: inmediato (primeras 24 horas), mediato (de 2 a 7 días) y tardío (de 8 a 42 días) (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

Por lo que es necesario orientar sobre (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Las señales de peligro y explique a la madre, a su cónyuge o acompañante que regrese al servicio para ayuda y tratamiento en caso de presentar alguna señal de peligro
- Las diferentes posiciones para dar de mamar
- La importancia de consumir líquidos para satisfacer su sed
- Detectar signos y síntomas de peligro:
 - Hemorragia vaginal
 - Cefalea fuerte, visión borrosa, o dolor fuerte en la boca del estómago
 - Dificultad para respirar
 - Temperatura mayor de 38°C
 - Secreción vaginal o sangrado con mal olor
 - Dolor o ardor al orinar
 - Hipertensión arterial (sistólica igual o mayor a 140 mm de Hg, diastólica igual o mayor a 90 mm de Hg)
 - Mastitis
 - Taquicardia, frecuencia cardíaca (mayor a 90 por minuto)
 - Malestar general
 - Loquios (flujo sanguinolento que sale del aparato genital) fétidos, color oscuro y aumentado en cantidad
 - Dolor abdominal bajo
 - Anorexia

De acuerdo con las horas o días posteriores al parto, se puede proceder de la siguiente manera; tomar las siguientes conductas en la paciente con puerperio inmediato (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Tomar signos vitales cada 15 minutos, durante 2 horas y luego cada 30 minutos por 2 horas más
- Vigilar el estado de conciencia

- Asegurar que el útero se encuentre involucionado, palpándolo cada 15 minutos, asegurándose que esté duro y debajo del ombligo (globo de seguridad de Pinard) y que no haya hemorragia vaginal
- Preguntar, observar y verificar que no presente signos y síntomas de peligro:
 - Hemorragia vaginal, convulsiones, cefalea intensa, visión borrosa, o dolor fuerte en la boca del estómago
 - Dificultad para respirar
 - Temperatura mayor de 38° C
 - Ausencia de involución uterina
 - Desgarros en región perineal
 - Hipertensión arterial (sistólica igual o mayor a 140 mm de Hg, diastólica igual o mayor a 90 mm de Hg)
 - Hipotensión arterial

En efecto, si se presentan signos y síntomas de peligro, se debe actuar de la manera siguiente (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Estabilice
- Inicie tratamiento de acuerdo al problema encontrado
- Refiera a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive si no se cuenta con los recursos necesarios para atenderla
- Promueva el alojamiento conjunto madre-hija (o) durante las 24 horas, (tanto de día como de noche)
- Apoye a la madre para reconocer las señales de hambre, posición y agarre adecuados, explicándole las ventajas de la lactancia materna temprana y exclusiva, a demanda de día y de noche, opciones para mantener la lactancia incluso si es necesario separarse de sus hijas o hijos (ejemplo madre trabajadora o en circunstancias especiales)
- Brinde información, consejería y oferte métodos de planificación familiar de acuerdo a criterios de elegibilidad
- Programe cita a la primera semana del puerperio

3.5.1 Complicaciones

a. Hemorragia obstétrica masiva

Se define así a la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de 24 horas o una pérdida sanguínea que requiera la transfusión de más de 10 unidades de sangre en un período de 24 horas. También se define como la pérdida de más del 50 % del volumen sanguíneo en un período de 3 horas o una pérdida de más de 150 ml/minuto por 20 minutos. En esta situación es necesaria la transfusión masiva (TM) de los 3 hemocomponentes de la sangre en cantidades equiparables (células empacadas, plasma fresco y plaquetas), en proporciones: 1:1:1 (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

b. Hemorragia posparto

Clínicamente se define así a cualquier pérdida de sangre que tenga el potencial de producir o que produzca inestabilidad hemodinámica o una pérdida de sangre estimada de más de 500 ml después de un parto vaginal o mayor a 1000 ml después de una cesárea, incluso una pérdida menor, pero asociada a signos de choque (shock). En el siguiente cuadro se presentan las causas de sangrado durante el posparto (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

En la tabla 4 se presenta el nemotécnico de 4T correspondiente a las 4 causas más comunes de hemorragia posparto.

Tabla 4. Causas de sangrado durante el posparto

CAUSAS DE HEMORRAGIA DURANTE EL POSPARTO
Nemotécnico 4T • Tono 70% (atonía uterina) • Tejidos 20% (retención de restos placentarios). • Trauma 9% (lesiones del canal de parto). • Trombina 1% (alteraciones de la coagulación).

Fuente: tomado de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2018)

En la tabla 5 se describen los factores de riesgo de hemorragia obstétrica estimados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2018).

Tabla 5. Factores de riesgo de hemorragia obstétrica

CAUSAS	FACTORES DE RIESGO
Atonía uterina	• Sobre-distensión uterina: Polihidramnios Embarazo múltiple Macrosomía fetal (feto muy grande) • Trabajo de parto precipitado o prolongado • Corioamnionitis (infección de membranas y líquido amniótico) • Miomatosis uterina (masas o tumores en el útero) • Alteraciones anatómicas uterinas • (Polisistolía) sobre estimulación con uterotónicos (oxitocina) • Gran multiparidad • Mola hidatidiforme
Ruptura uterina	• Embarazo múltiple • Presentación fetal anormal • Mal uso de oxitócicos u otro uterotónico • Cicatriz uterina: cesáreas o miomectomías (extirpación de miomas) • Maniobras uterinas externas o internas
Inversión uterina	• Tracción violenta del cordón o no hacer contra tracción de la cara anterior del útero • Acretismo placentario (adherencia anormal de la placenta al útero) • Cordón umbilical corto • Sobre-distensión uterina: polihidramnios (aumento de la cantidad de líquido amniótico), embarazo múltiple o macrosomía fetal
Retención de restos y/o trastornos de adherencia placentarias	• Alumbramiento incompleto (restos de placenta) • Placenta previa • Cirugías uterinas: cesárea, miomectomía (extracción de miomas), legrado uterino • Miomatosis uterina

	• Adherencia anormal de la placenta • Lóbulo placentario aberrante (lóbulo extra)
--	--

Fuente: tomado de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2018)

Si el diagnóstico es por atonía uterina, se deben realizar las maniobras de hemostasia, como el masaje uterino permanente, los uterotónicos, las maniobras compresivas como el masaje uterino bimanual o la compresión externa de la aorta (basarse en la figura siguiente) y tratamiento quirúrgico (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

En la figura 1 se ilustra cómo se debe de realizar compresión bimanual y aórtica.



Figura 1. Compresión bimanual y aórtica

Fuente: tomado de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2018)

Se consideran tomar en cuenta los siguientes puntos importantes para disminuir la incidencia y/o gravedad de la hemorragia obstétrica los siguientes (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Tratar la anemia antes del parto con dosis de hierro y ácido fólico:

- Adolescente y adulta: 2 tabletas de sulfato ferroso de 300 mg vía oral al día y una tableta de 5 mg de ácido fólico semanal, durante 3 meses
- Posteriormente continuar con la dosis semanal de hierro y ácido fólico en ambos casos
- Confirmar la edad gestacional con la mayor precisión posible, con el objetivo de identificar las causas más frecuentes relacionadas a cada una de las etapas del embarazo
- Identificar los factores de riesgo para hemorragia obstétrica con el fin de clasificar a la mujer con riesgo de sangrar desde su ingreso al servicio de salud
- Hidratación oral durante el trabajo de parto
- Acceso venoso de grueso calibre (No. 16 o No.18), de forma profiláctica
- Uso del Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP). Su aplicación es obligatoria en todo tipo de parto vaginal o por cesárea

En lo relacionado a la vigilancia del puerperio mediano (de 2 a 7 días) y del puerperio tardío (de 8 a 42 días) se recomienda tomar las siguientes conductas en la paciente con puerperio mediano o tardío que presente signos de riesgo (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Revisar esquema de inmunizaciones si no se captó durante la atención prenatal y si no está vacunada, administre según esquema descrito en la atención prenatal “vacunación con Td en embarazadas”.
- Salud bucodental: referir a personal odontológico para evaluación, atención oportuna y preventiva
- Detectar problemas emocionales: en el puerperio las pacientes con psicosis, depresión severa o ansiedad, deben ser referidas para atención especializada.
- Referir a otro nivel de atención superior para evaluación por personal calificado.

c. Infección puerperal

Enfermedad causada por invasión de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, después del aborto, parto o cesárea, y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación.

Usualmente por infección localizada dentro del útero, mamas o herida operatoria (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

Respecto a los signos y síntomas que pudieran presentarse, están (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Fiebre (temperatura axilar mayor o igual a 38 °C)
- Taquicardia, frecuencia cardíaca (mayor a 90 por minuto)
- Malestar general
- Loquios (flujo sanguinolento que sale del aparato genital) fétidos, color oscuro y aumentado en cantidad.
- Dolor abdominal bajo
- Anorexia
- Dificultad respiratoria (le cuesta respirar).

d. Mastitis

Así mismo la congestión e inflamación de la glándula mamaria, puede ser uni o bilateral y llegar a convertirse en un proceso infeccioso (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

- **Mastitis por conducto tapado o taponado**

Los signos y síntomas por conducto tapado son (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Desarrollo gradual del problema.
- Aparición de un área roja localizada o masa de diámetro pequeño.
- Calor leve en el área roja (no siempre).
- Dolor localizado.
- Fiebre no mayor de 38° C axilar (no siempre).

Desde luego se debe orientar sobre (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Dar de mamar frecuentemente tanto de día como de noche

- Si el pecho no se vacía después de dar de mamar, extraer la leche
- Poner lienzos tibios en el área inflamada antes del amamantamiento
- Indique que ofrezca primero el pecho afectado
- Aumentar la frecuencia de las mamadas
- Reposo en cama con la niña o niño

- **Mastitis por infección bacteriana**

Los signos y síntomas por infección bacteriana son (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Síntomas repentinos y graves sin una causa aparente
 - Fiebre mayor de 38°C (axilar), por más de 3 días
 - Dolor de cuerpo
 - Cansancio
 - Malestar general
- Área roja o endurecida en una o ambas mamas
- Pezón agrietado o lastimado
- Pus y sangre en la leche (no siempre)
- Estrías rojas que se extienden del lugar de la infección hacia atrás

En efecto para prevenir la mastitis se recomienda (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Apoyar a la madre para una posición y succión correcta de lactancia materna
- Alimentar a la niña o niño con lactancia materna cada vez que tenga hambre, tanto de día como de noche
- Permitir que la niña o niño succione cada pecho hasta que sienta el pecho blando
- Evitar el uso de ropa apretada y brasieres con ballenas o cualquier artículo que haga presión sobre el pecho, por ejemplo correas de pañaleras o mochilas
- Evitar dormir boca abajo

e. Depresión posparto

Posterior al parto es normal que la madre experimente cambios en su estado de ánimo, que comienza a los pocos días de haber nacido la niña o niño, pero no dura más de 2 semanas (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

Por lo que la depresión posparto consiste en el cambio del estado de ánimo con tendencias a la tristeza, inactividad, pensamiento y sentimientos afectados, su origen tiene muchos factores, entre ellos hormonales, bioquímicos, genéticos, psicológicos, ambientales, y secundarios a cambios de roles (de embarazada a madre), puede aparecer justo después del parto, o varios meses después, de manera repentina o ir apareciendo lentamente (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018).

Es por eso, que los signos y síntomas característicos son (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018):

- Tristeza
- Cambios repentinos de humor
- Sentimientos de culpa
- Ataques de pánico
- Pensamientos suicidas
- Sentir que nada es divertido
- Falta de concentración
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Problemas para dormir
- Cansancio extremo
- Trastornos en la alimentación
- Rechazo hacia la niña o niño

CAPÍTULO IV. EPIDEMIOLOGÍA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN CHIQUIMULA

4.1 Morbilidad materna

La morbilidad materna es la complicación que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio, que ponen en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte (Sistema de Información Gerencial de Salud c2013-2020).

4.1.1 Muerte en edad fértil

La muerte en mujeres en edad fértil se describe como la que sucede en féminas entre los 10 y 54 años de edad (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2020).

4.1.2 Muerte relacionada con el embarazo

Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2020).

4.1.3 Muerte materna directa

Defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Asimismo, se asocian las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2020).

4.1.4 Muerte materna tardía

Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2020).

4.1.5 Muerte materna accidental

Son aquellas muertes que ocurren por una causa relacionada con una situación accidental (accidente de tránsito, caída, etc.) (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2020).

4.1.6 Muerte materna incidental

Muerte que sucede debido a causas relacionadas con un incidente (suicidio). Estas muertes relacionadas con el embarazo, tanto la accidental como la incidental son motivo de vigilancia activa, aunque no se utilizan para construcción de la razón de mortalidad materna (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2020).

4.2 Clasificación de causas de muerte según certificado de defunción

4.2.1 Causa Directa de defunción

Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2020).

4.2.2 Causa básica

Es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos, que condujeron directamente a la muerte o la circunstancia del accidente o violencia que produjo la lesión fatal (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2020).

4.3 Morbilidad materna en San Juan Ermita, Chiquimula

El centro de salud de San Juan Ermita determinó que en el año 2017 se registró para la morbilidad materna 85 casos (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2018).

En la tabla 6 se presentan las principales causas de morbilidad materna para el municipio.

Tabla 6. Causas de morbilidad materna en San Juan Ermita

No.	Causas de morbilidad materna	Número de casos
1	Mastitis	43
2	Falso trabajo de parto	20
3	Amenaza de aborto	9
4	Aborto espontáneo	5
5	Placenta previa	4
6	Aumento excesivo de peso en el embarazo	1
7	Atención materna por posición fetal oblicua o transversal	1
8	Retención de fragmentos de placenta o de las membranas	1
9	Sepsis puerperal	1
Total		85

Fuente: tomado de Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2018)

Las causas directas y básicas de mortalidad materna en el departamento de Chiquimula según el Ministerio de salud Pública y Asistencia Social, y el Sistema de Información Gerencial en Salud se muestran en la tabla 7.

Tabla 7. Causas de mortalidad materna, departamento de Chiquimula

Directas	Básicas
Septicemia no especificada	Fístula del intestino
	Ruptura prematura de las membranas
	Insuficiencia hepática
	Sepsis puerperal
Edema pulmonar	Preeclampsia no especificada
Choque	Hemorragia del tercer período del parto
	Hemorragia posparto inmediata
	Placenta previa con hemorragia
	Retención de la placenta sin hemorragia

	Desprendimiento prematuro de la placenta
	Trabajo de parto obstruido por distocia gemelar
	Hemorragia tardía consecutiva a aborto
	Caída por deslizamiento
	Trombocitopenia
	Úlcera gástrica
	Endometriosis
	Neumonía
Insuficiencia respiratoria	Dengue con signos de alarma
Convulsiones	Eclampsia en el embarazo
Neumonía y bronconeumonía	Insuficiencia respiratoria
Hemorragia del tercer período de parto	Infección respiratoria aguda por COVID-19
Accidente vascular encefálico agudo	Flebotrombosis profunda en el puerperio
	Hipertensión gestacional
Sin causa directa especificada	Eclampsia
	Embolia pulmonar
	Anemia hemolítica autoinmune
	Leucemia
	Infarto agudo de miocardio
	Apendicitis

Fuente: tomado de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011)

A continuación, se presentan los casos registrados de mortalidad materna del municipio de San Juan Ermita para los años 2011 al 2021 con base a lo señalado por el Ministerio de salud Pública y Asistencia Social, y el Sistema de Información Gerencial en Salud.

Tabla 8. Causas de mortalidad materna, municipio de San Juan Ermita, 2011-2021

Año	Número de caso	Causas		
		Directa	Básica	Condicionante
2017-2021	No se reportaron casos			
2016	1	Choque durante o después del trabajo de parto y el parto	Hemorragia del tercer periodo del parto	
	2	Septicemia no especificada	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal	Sepsis puerperal
	3	-	Preeclampsia	-
2015	1	-	Eclampsia durante el trabajo de parto	-
2014	1	Preeclampsia		
2013	1	Sepsis puerperal	Ruptura prematura de las membranas	-
2012	No se reportaron casos			
2011	1	Síndrome de HELLP	-	
	2	Hemorragia uterina y retención placentaria	-	

Fuente: tomado de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2022)

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Estudio descriptivo cuantitativo cualitativo.

b. Área de estudio

Municipio de San Juan Ermita del departamento de Chiquimula.

c. Universo

Se trabajó con un proceso censal para recabar datos de las 34 comadronas que se encuentran avaladas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se tomó en cuenta un margen de error del 10% que corresponde de 3 a 4 comadronas.

Así mismo, se desarrolló una prueba piloto con el 10% sobre el total del universo para validar y estandarizar la boleta de recolección de datos elaborada para el presente estudio.

d. Sujetos de estudio

34 comadronas del municipio de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Chiquimula.

e. Criterios de inclusión

- Comadronas registradas en el MSPAS.
- Comadronas que se encuentren ejerciendo sus funciones actualmente.
- Comadronas que residan en municipio de San Juan Ermita.

f. Criterios de exclusión

- Comadronas que se encuentren cumpliendo aislamiento por SARS-COV-2.
- Comadronas que llevan menos de 1 mes de haberse registrado en el MSPAS.

g. Variables estudiadas

- Conocimientos sobre signos de riesgo en embarazo, parto y puerperio.
- Actitudes sobre signos de riesgo en embarazo, parto y puerperio.
- Prácticas sobre signos de riesgo en embarazo, parto y puerperio.

Tabla 9. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de Variable	Escala de medición
Conocimientos sobre signos de riesgo en embarazo, parto y puerperio.	Es la información adquirida por parte del grupo a estudio sobre las señales que permiten determinar que el embarazo, parto o puerperio está dirigiéndose hacia una complicación médica.	Aspectos sobre embarazo	Cuantitativa	Nominal
		Aspectos sobre parto	Cuantitativa	Nominal
		Aspectos sobre puerperio	Cuantitativa	Nominal
Actitudes sobre signos de riesgo en embarazo, parto y puerperio.	Son las creencias a tomar en cuenta por parte del grupo a estudio al momento de tomar una decisión cuando se le presenta señales que permiten determinar que el embarazo, parto o puerperio está dirigiéndose hacia una complicación médica.	Aspectos sobre embarazo	Cualitativa	Nominal
		Aspectos sobre parto	Cualitativa	Nominal
		Aspectos sobre puerperio	Cualitativa	Nominal

Prácticas sobre signos de riesgo en embarazo, parto y puerperio.	Son las acciones que realizan los sujetos a estudio cuando ven en la paciente señales de complicaciones.	Aspectos sobre embarazo	Cualitativa	Nominal
		Aspectos sobre parto	Cualitativa	Nominal
		Aspectos sobre puerperio	Cualitativa	Nominal

Fuente: Elaboración propia (2022)

h. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se elaboró una boleta para recolección de datos conjuntamente con la médico asesora de la investigación, basada en un cuestionario que aborda las variables a estudio.

La boleta se encuentra compuesta por cuatro secciones: la primera, aborda datos generales de los sujetos a estudio; la segunda, indaga sobre los conocimientos; la tercera, aborda las actitudes; y la cuarta, permite analizar la aplicación que tienen en las prácticas. Las secciones de la dos a la cuatro son específicas sobre signos de riesgo en embarazado, parto y puerperio.

i. Procedimientos para la recolección de información

Se solicitó la aprobación de La Dirección de Área de Salud de Chiquimula para llevar a cabo la investigación con las comadronas que están reconocidas por esta entidad y que su área de trabajo es el municipio de San Juan Ermita.

Previo al desarrollo del trabajo de campo, se procedió a realizar una prueba piloto al 10% (4) de los sujetos. Con esta prueba fue posible identificar cómo mejorar la calidad de las preguntas y aspectos a considerar para el abordaje del estudio. Se procedió a realizar las correcciones en la boleta con la supervisión y aprobación de la asesora de la investigación; como resultado se obtuvo la boleta de recolección de datos que se empleó para el universo.

Se procedió a solicitar el número de teléfono de la coordinadora o del COCODE a cargo de cada aldea.

Se contactó por vía telefónica con la coordinadora/COCODE y se le solicitó que convocara a las comadronas de su comunidad. Algunas accedieron a llegar a un lugar comunal, mientras que a otras se les abordó en sus domicilios.

Se le explicó a cada comadrona sobre la investigación, el objetivo que persigue y se les preguntó si estaban de acuerdo en participar para proceder a firmar y colocar huella en la hoja de consentimiento informado. Luego se entrevistó a cada comadrona y se le pidió que respondieran según lo que consideran y cuando se terminó con la convocada, se procedió con las palabras de agradecimiento y despedida.

Los datos recabados se transcribieron a medios electrónicos para proceder a su análisis e interpretación con gráficas y tablas.

Cabe resaltar que no fue posible recabar datos para 4 sujetos, sin embargo, estas se consideran entre el margen de error del 10%. Las razones por las que no se accedió a la información de estas comadronas son las siguientes:

- Comadrona 1
Mujer de 86 años quien aún ejerce, pero, por su edad, ya no responde coherentemente a lo que se le preguntó; no le fue posible responder adecuadamente a alguna pregunta puesto que sus intervenciones carecían de sentido.
- Comadrona 2
Hace como 1 año sufrió un trauma craneoencefálico por una caída y desde ese suceso no responde con coherencia; está desorientada en tiempo y espacio. Ella se encuentra como activa ante el MSPAS porque este año recibió la ayuda de Q 3000 que se les brindó a las comadronas. El enfermero que las capacita refirió que el próximo año se le retirará el carnet.

- Comadrona 3

No fue posible comunicarse con ella; el COCODE sí la conoce, pero no sabe exactamente dónde vive y tampoco fue posible obtener su número telefónico.

- Comadrona 4

A causa de las lluvias y crecida del río fue imposible acceder al lugar donde reside y para ella tampoco fue posible llegar a un sitio de común acceso.

j. Plan de análisis

El procesamiento de información obtenida se realizó de la siguiente manera:

- Primero: se tabularon los datos obtenidos en hojas de cálculo digitales del programa Microsoft Office Excel.
- Segundo: se analizaron, interpretaron y describieron los resultados de la investigación.

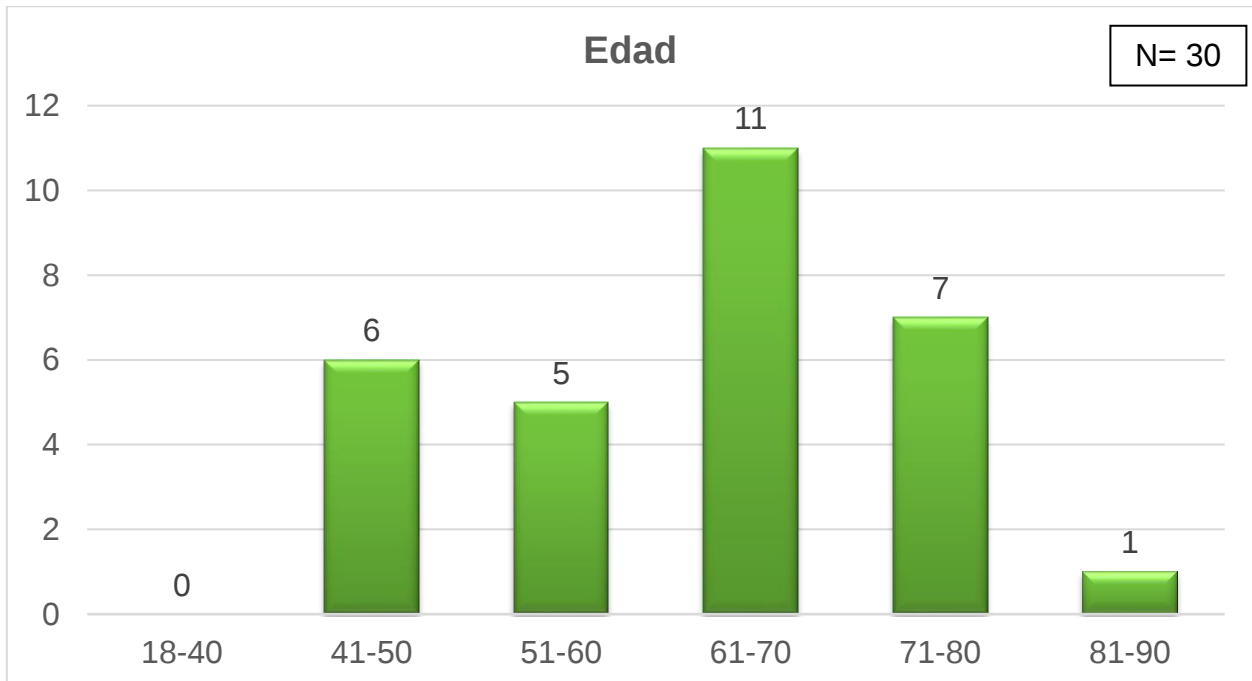
k. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Previo a la obtención de la aprobación del estudio por parte del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación, se procedió a solicitar autorización a la Dirección de área de Salud del departamento de Chiquimula (véase anexo 1) a través de una carta impresa con copia de recibido.

Por otra parte, se extendió un consentimiento informado a las participantes del estudio para que brindaran su aprobación por medio de firma y/o la marca de su huella digital. Este consentimiento se leyó en voz alta y se atendieron las consultas resultantes, explicando que la información que se recabó del estudio se manipularía con confidencialidad, con análisis ético y sin comentarios inadecuados al momento de realizar las preguntas.

VII. RESULTADOS

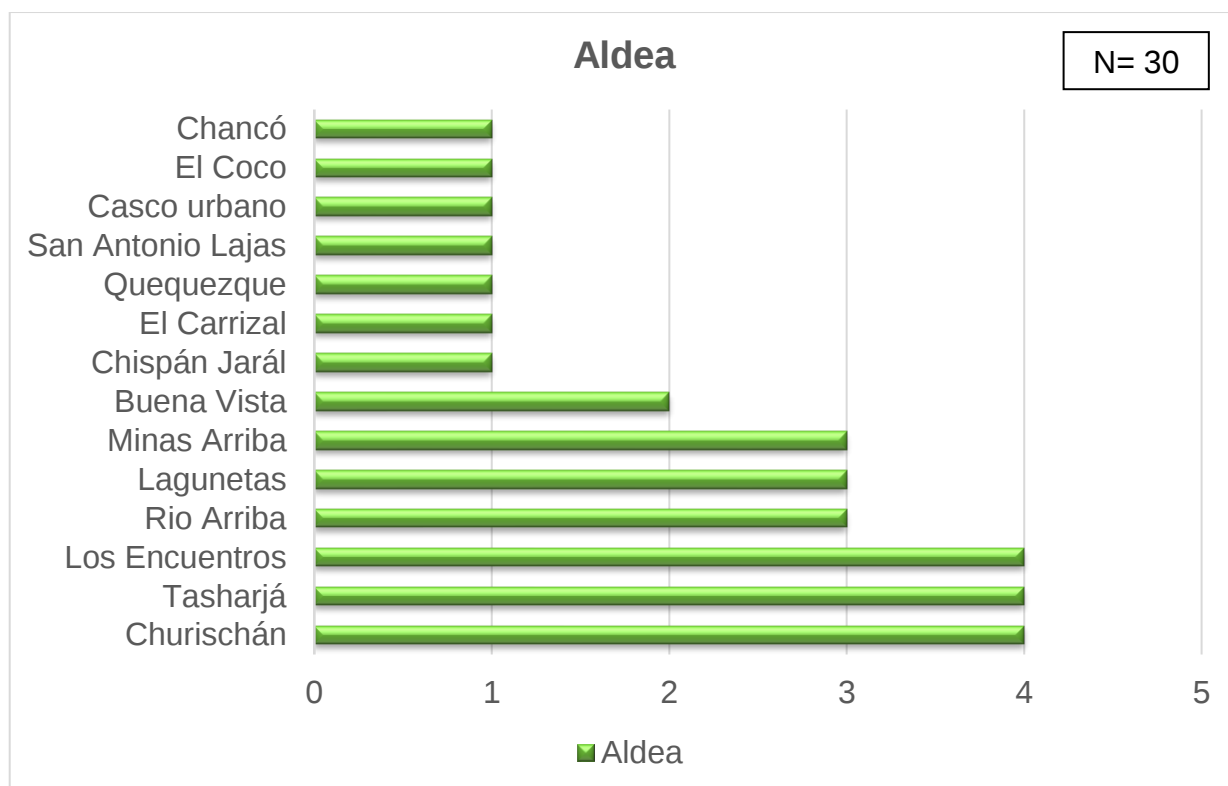
Figura 2. Distribución según edad de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Se encontró que, de las 30 comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que se abordaron, 20% (6) se encuentran entre los 41 a 50 años, 17% (5) entre los 51 a 60 años, 37% (11) entre los 61 a 70 años, 23% (7) entre los 71 a 80 años y 3% (1) entre los 81 a 90 años; que corresponde a una comadrona como 81 años. Cabe resaltar que no se encontró población entre los 18 a 40 años de edad.

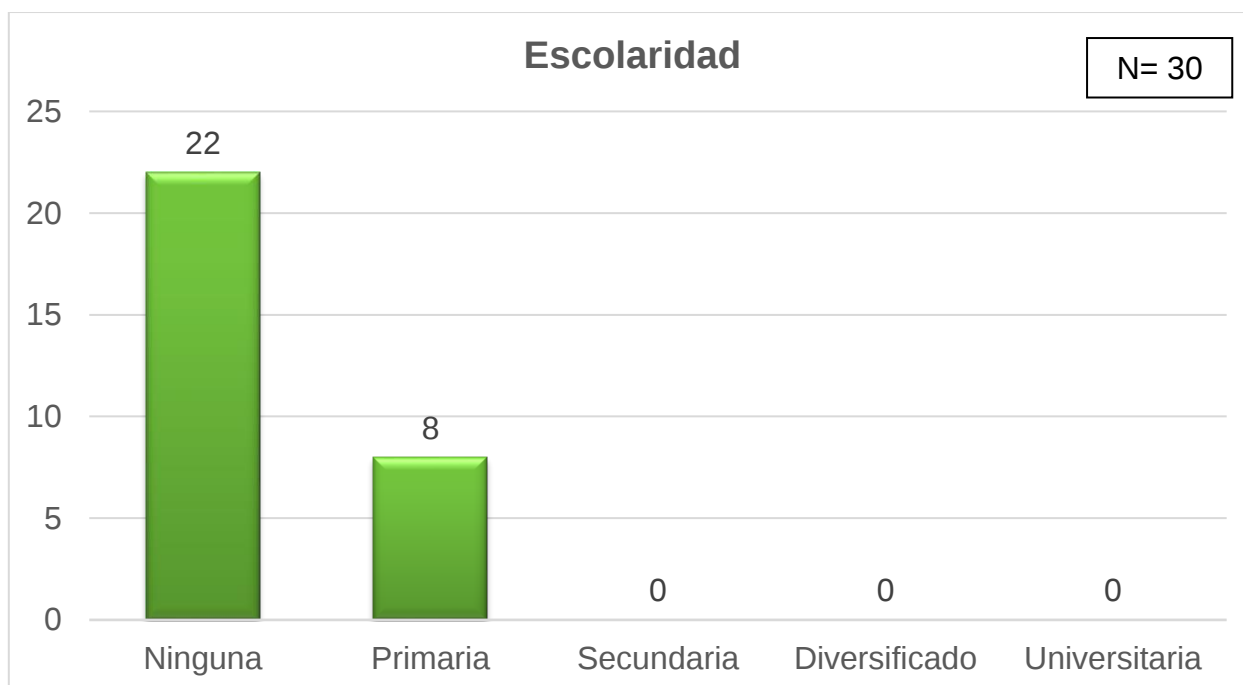
Figura 3. Distribución según aldea donde residen las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

En lo relacionado a la aldea donde viven y laboran las comadronas, se halló que 13% (4) reside en aldea Churischán, 13% (4) en aldea Tasharjá, 13% (4) en aldea Los Encuentros, 10% (3) en aldea Río Arriba, 10% (3) en aldea Lagunetas, 10% (3) en aldea Minas Arriba, 7% (2) en aldea Buena Vista, 3% (1) en aldea Chispán Jaral, 3% (1) en aldea El Carrizal, 3% (1) en aldea Quequezque, 3% (1) en aldea San Antonio Lajas, 3% (1) en un barrio del casco urbano, 3% (1) en aldea El Coco y 3% (1) en aldea en Chancó.

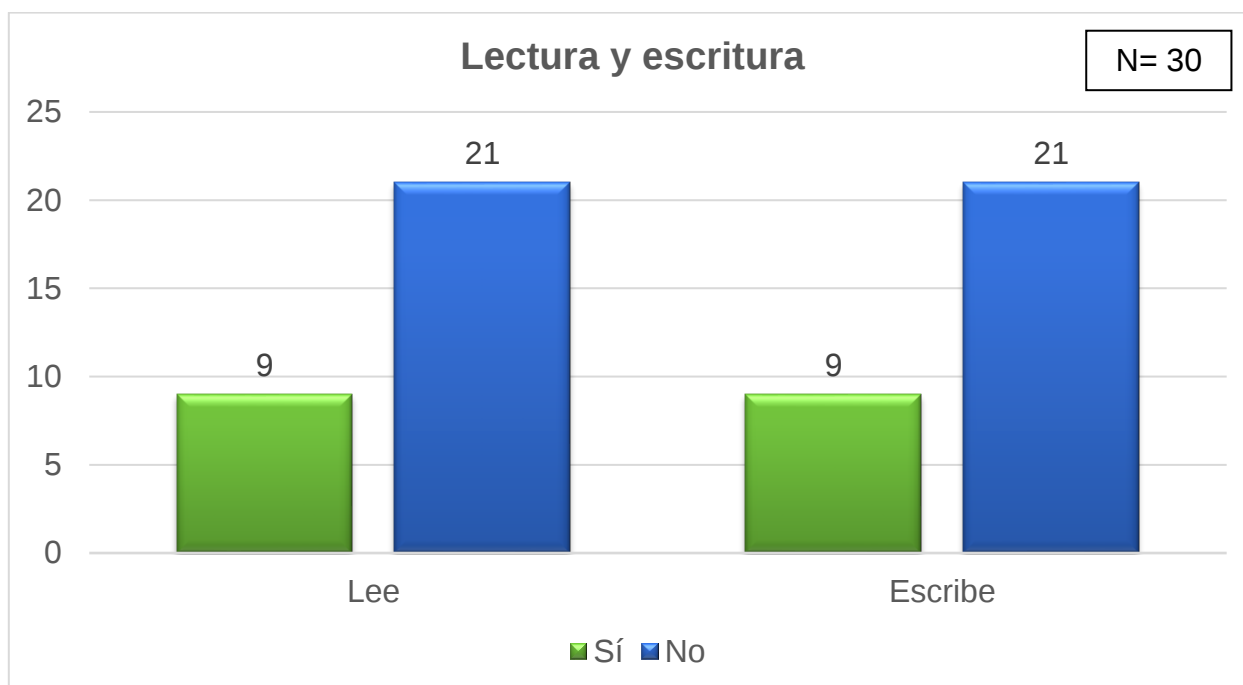
Figura 4. Distribución según la escolaridad de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

De las 30 comadronas abordadas, se halló que, 73% (22) no ha tenido algún tipo de educación escolar, mientras que el 27% (8) sí cursó el nivel primario. Además, se identificó que ninguna de las comadronas tiene estudio secundarios, a nivel de diversificado o universitario.

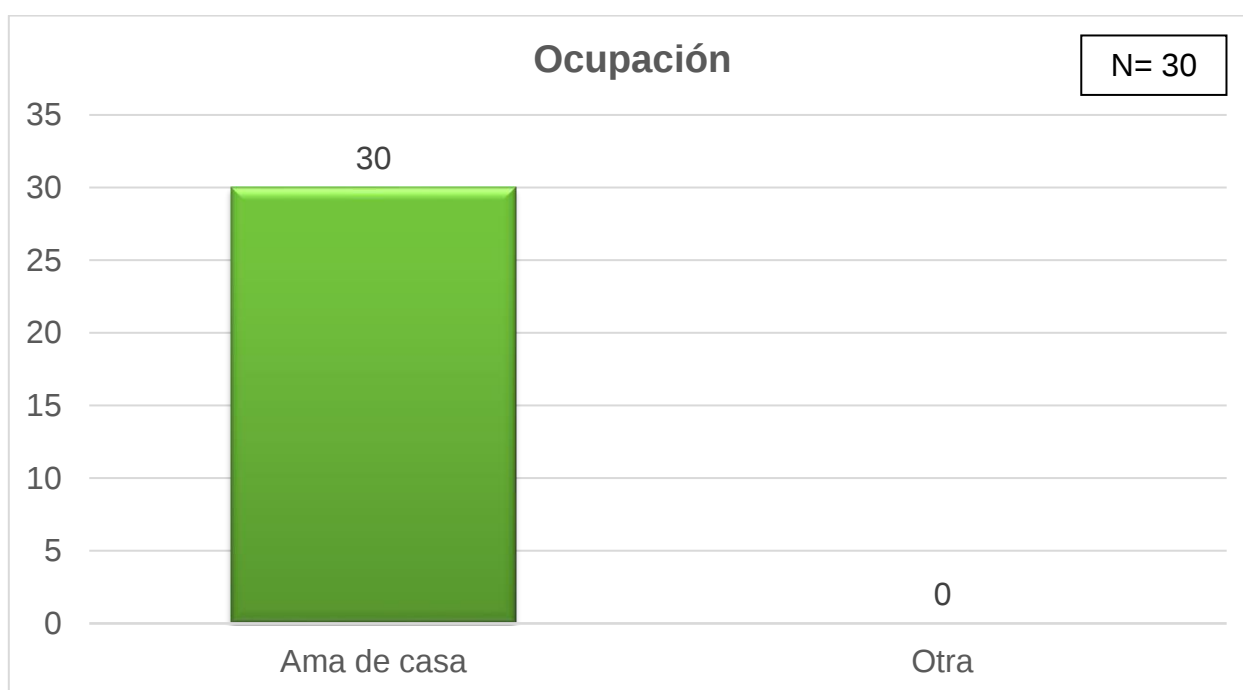
Figura 5. Distribución según capacidad de lectura y escritura de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

En los aspectos de lectura y escritura, se identificó que, el 70% (21) no sabe leer ni escribir; sin embargo, el 30% (9) sí.

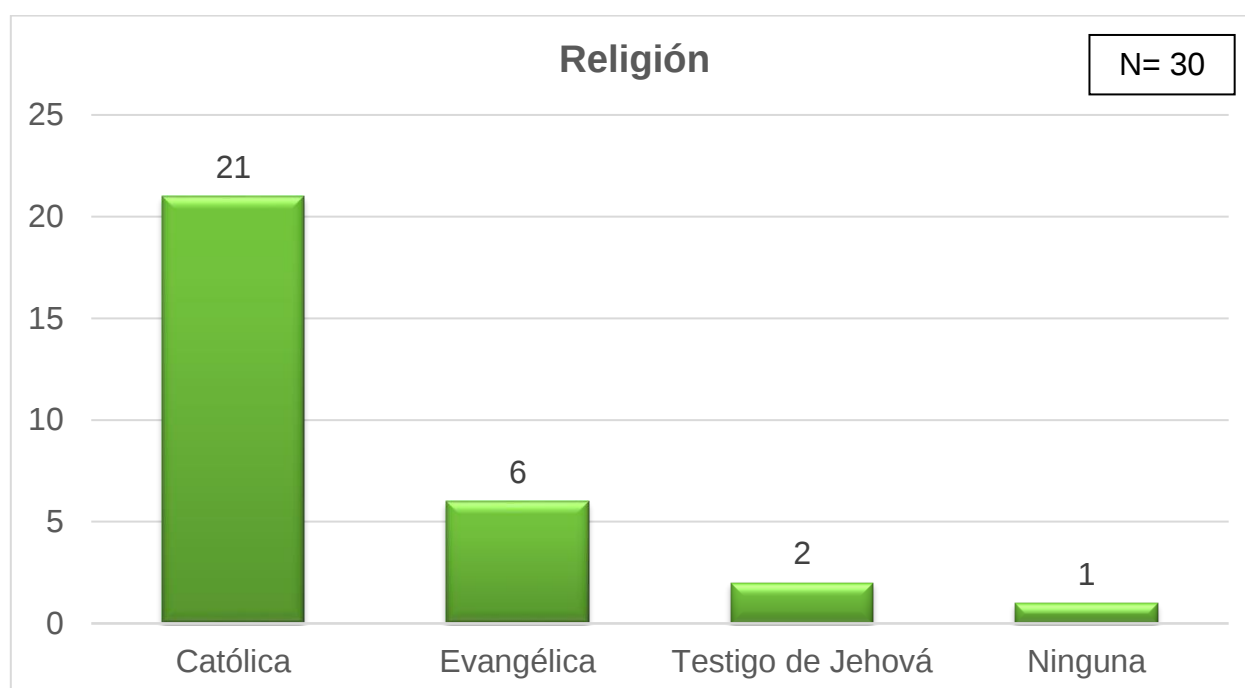
Figura 6. Distribución según ocupación de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Se determinó que la totalidad de las comadronas que fueron objeto de estudio (30) se ocupa como ama de casa.

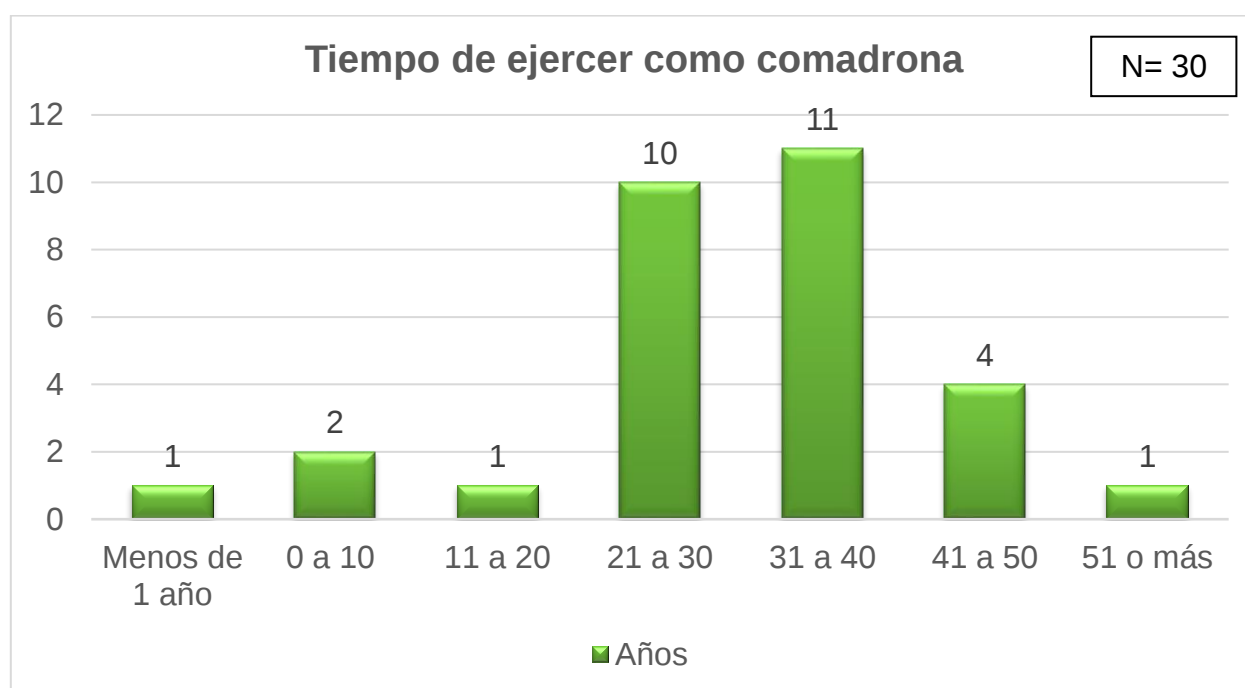
Figura 7. Distribución según religión de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Se encontró que, en el aspecto de la religión, el 70% (21) profesa la fe católica, 20% (6) la evangélica, 7% (2) es Testigo de Jehová y 3% (1) no se autodenomina o vincula con alguna religión.

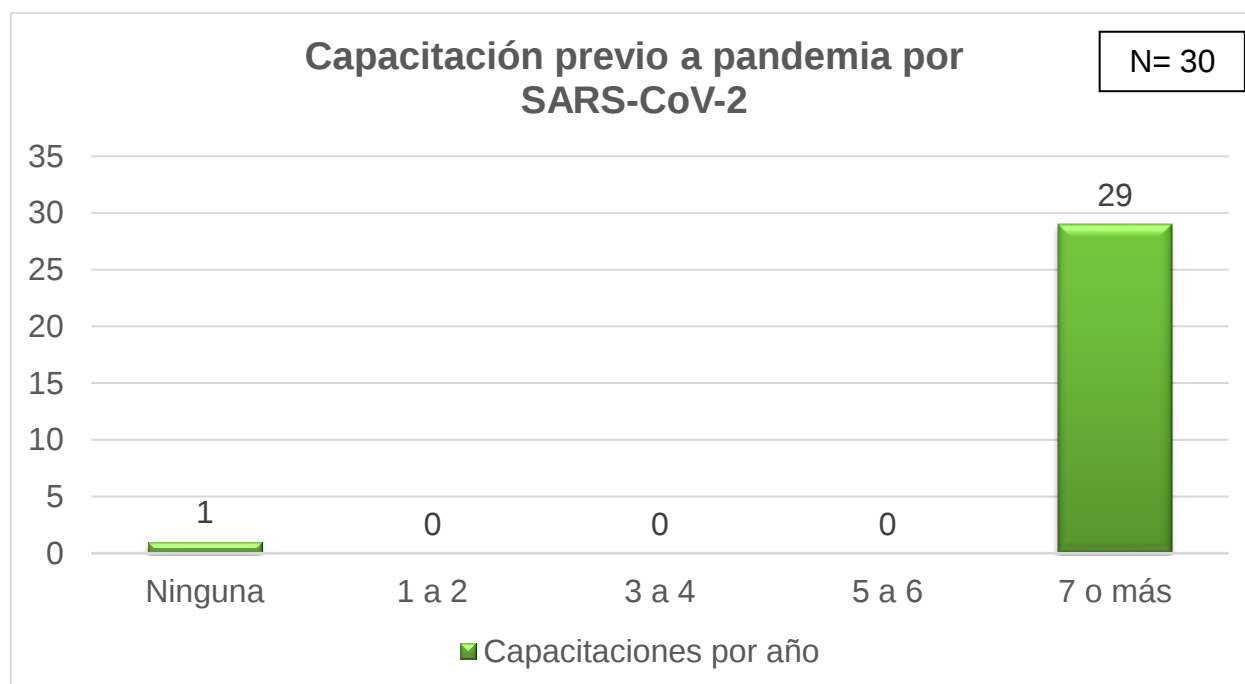
Figura 8. Distribución según tiempo de ejercer de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

En lo relacionado al tiempo que llevan las comadronas ejerciendo como tal, se identificó que, 3% (1) tiene menos de 1 año, 7% (2) tiene entre los 1 a 10 años, 3% (1) entre los 11 a 20, 33% (10) entre los 21 a 30, 37% (11) entre los 31 a 40, 13% (4) entre los 41 a 50 y 3% (1) con 51 o más años.

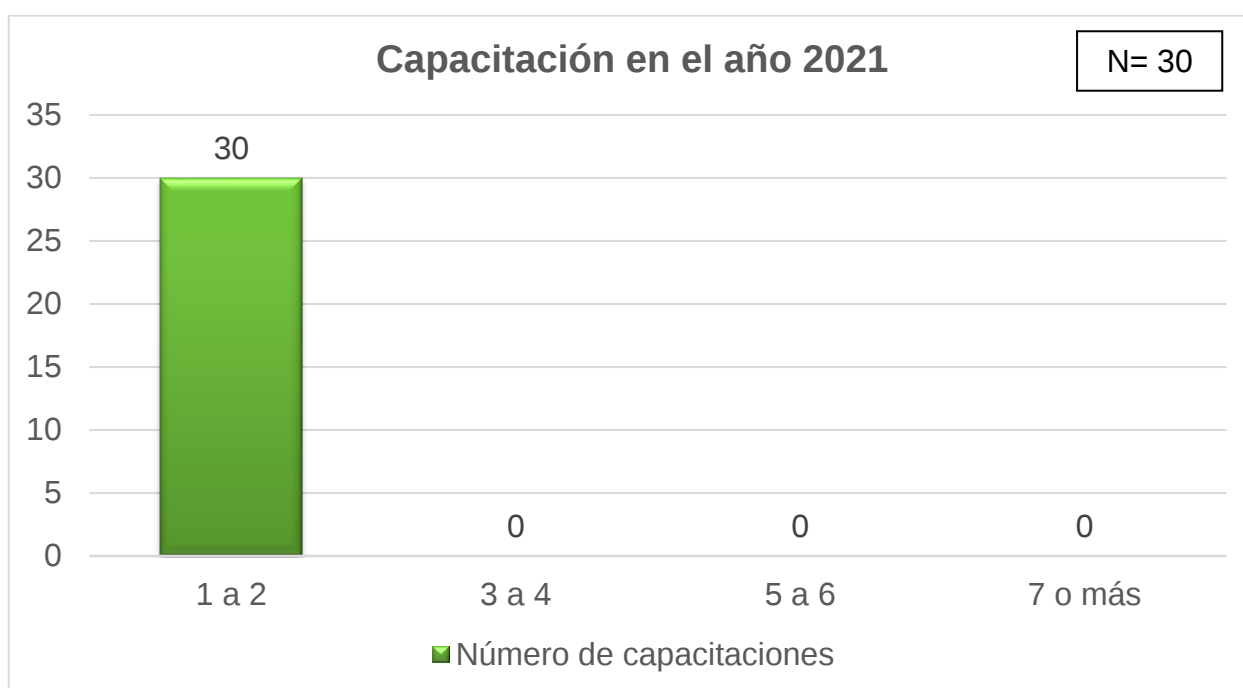
Figura 9. Distribución según el número de capacitaciones recibidas previo pandemia por SARS-CoV-2 de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

El 97% (29) de las comadronas que fueron objeto de estudio refirió que previo a la pandemia por SARS-CoV-2 recibían más de 7 capacitaciones por año, específicamente una por cada mes. Por otra parte, el 3% (1) indicó que no recibió ninguna capacitación; cabe resaltar que la última en mención en la misma que lleva menos de un año de ejercer como comadrona.

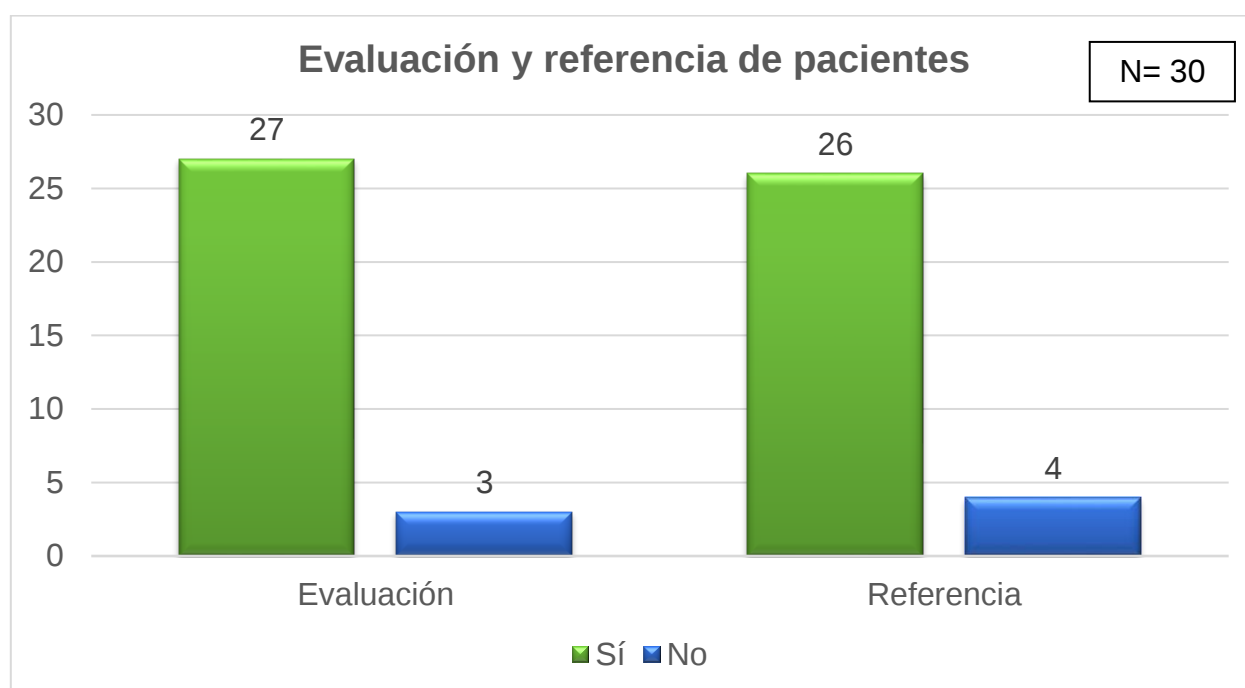
Figura 10. Distribución según el número de capacitaciones recibidas en el año 2021 las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

De las comadronas abordadas, el 100% (30) señaló que en el transcurso del año 2021 recibieron entre una y dos capacitaciones.

Figura 11. Distribución según evaluación y referencia de pacientes en los últimos 6 meses en las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

El 90% (27) de las comadronas indicó que sí ha evaluado a pacientes en los últimos seis meses, mientras el 10% (3) no; el 87% (26) señaló que en este lapso ha referido pacientes al centro de salud más cercano, sin embargo, el 13% (4) no lo ha hecho.

a) Conocimientos sobre embarazo

Sobre los conocimientos del embarazo que tienen las comadronas, se identificó que el 87% (26) señala que las edades ideales para embarazarse son entre los 20 y 35 años; 83% (25) señaló que no es adecuado presentar presión arterial de 140/90 mmHg; 100% (30) indicó que no es normal que la paciente presente hemorragia vaginal durante el embarazo; 97% (29) explicó que la mujer embarazada no puede pasar más de un día sin percibir los movimientos del bebé y 83% (25) afirmó que la presencia de flujo blanquecino, fétido, por canal vaginal es peligroso para la mujer embarazada (ver apéndice 3, figura 12).

b) Conocimientos sobre parto

En lo relacionado con los conocimientos sobre el parto que tienen las comadronas, se identificó que el 100% (30) señala que es correcto colocar al recién nacido piel con piel sobre el abdomen de la madre; 97% (29) señaló que no es correcto que los dolores de parto duren más de 24 horas; 90% (27) indicó que no se debe alumbrar la placenta 1 hora después de haber dado a luz; 97% (29) indicó que se debe resolver por cesárea el embarazo de una menor o igual a 12 años; y el 93% (2) señaló que la ruptura de membranas ovulares no se debe dar antes que inicie el trabajo de parto (ver apéndice 3, figura 13).

c) Conocimientos sobre puerperio

El 100% (30) señaló que no es normal que luego de dar a luz la paciente no responda lo que se le pregunta, se observe pálida, sudorosa y fría; el 97% (29) niega que sea normal que la paciente presente hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor de pechos; 87% (26) afirma que el masaje uterino consiste en colocar una mano sobre el abdomen inferior de la paciente y estimular el útero con movimientos repetitivos; y el 93% (28) niega que los loquios de la puérpera deben tener mal olor (ver apéndice 3, figura 14).

d) Actitudes sobre embarazo

En lo relacionado con las actitudes sobre el embarazo que tienen las comadronas, se identificó que 93% (28) creen que las molestias urinarias son peligrosas durante el

embarazo; 100% (30) cree que la hemorragia vaginal en el embarazo es una señal de riesgo; 93% (28) cree que el edema en cara y manos sí es señal de peligro para la embarazada; 90% (27) cree que las vacunas en el embarazo no son riesgosas; y 93% (28) considera que el dolor en la boca del estómago, visión borrosa y dolor de cabeza son datos de riesgo (ver apéndice 3, figura 15).

e) Actitudes ante el parto

Con referencia a las actitudes sobre el parto, el 93% (28) considera riesgoso no poder alumbrar la placenta luego de 30 minutos del parto; 80% (24) señaló que considera importante pinzar y cortar el cordón umbilical después que deje de latir; 80% (24) indica que existe riesgo de complicaciones al brindar parto vaginal a una embarazada que tuvo cesárea en los dos años anteriores; 77% (23) dice que no es correcto recomendar parto vaginal en una embarazada a la que se le toca parte del cordón umbilical o alguna extremidad del bebé; y 83% (25) que las rasgaduras producidas en el parto deben ser suturadas (ver apéndice 3, figura 16).

f) Actitudes ante el puerperio

En las actitudes sobre el puerperio se identificó que el 100% (30) considera que la fiebre en la puérpera puede ser señal de riesgo; 93% (28) que es peligroso que la puérpera presente movimientos bruscos y expulse espuma por la boca luego de haber dado a luz; el 100% (30) considera que es importante revisar las características de los pechos de la puérpera; 93% (28) que es importante realizar masaje uterino luego de haber dado a luz; y el 97% (29) considera peligroso que la puérpera presente hemorragia vaginal luego de 2 horas posparto (ver apéndice 3, figura 17).

g) Prácticas en el embarazo

Referente a las prácticas en el embarazo, el 90% (27) de las interrogadas afirmó que referiría a una embarazada que presente salida de líquido vaginal antes de iniciar el trabajo de parto; 93% (28) referiría por dolor en la boca del estómago, ver borroso y tener dolor de cabeza; 97% (29) referiría por hemorragia vaginal; 97% (29) por intensificación

de las náuseas y vómitos; y 93% (28) por disminución de los movimientos fetales (ver apéndice 3, figura 18).

h) Prácticas en el parto

Sobre las prácticas en el parto se encontró que, el 97% (29) referiría a una mujer multípara que lleva más de 8 horas con trabajo de parto; el 100% (30) coloca piel a piel sobre el abdomen de la madre al recién nacido vigoroso inmediatamente luego de nacer; el 83% (25) referiría parto de embarazada con antecedente de cesárea dos años atrás; el 90% (27) referiría a una mujer posparto que lleva más de 30 minutos sin poder alumbrar; y el 97% (29) referiría a una primigesta que lleva más de 12 horas con trabajo de parto (ver apéndice 3, figura 19).

i) Prácticas en el puerperio

Se determinó sobre las prácticas en el puerperio que, el 100% (30) refiere por fiebre a una paciente puérpera; 90% (27) no realiza práctica de masaje uterino cada 15 minutos en las primeras 2 horas posparto; 50% (4) refiere a una madre que presenta hinchazón, calor, enrojecimiento y se queje de dolor en los pechos; 93% (28) refiere a una paciente con más de 30 minutos con abundante hemorragia posparto; y 100% (4) refiere a una puérpera que no responde preguntas, se observa pálida y perdió mucha sangre durante el parto (ver apéndice 3, figura 20).

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo cuantitativo cualitativo dirigido a 34 comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) durante los meses de marzo a agosto del 2022 para evaluar sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre embarazo, parto y puerperio. De este, se estableció que la mayoría de las comadronas se encuentran entre las edades que van de los 61 a 70 años, lo que difiere de los resultados obtenidos en un estudio que realizó Guatemala en Ecuador en el año 2021, debido a que el 61% de las comadronas de ese estudio tiene una media de 47 años.

En lo relacionado con la escolaridad, los hallazgos de este estudio apuntan a que el 73% no ha recibido educación escolar; siendo estos datos semejantes al estudio desarrollado en Ecuador (Guatemala 2021), ya que en este se identificó que el 90% no tenía algún tipo de escolaridad. De la misma manera, coincide con el tiempo de ejercer como comadrona, puesto que en este estudio se identificó el 90% tiene más de 10 años de experiencia y en el estudio de Guatemala (2021) se encontró que el 85% albergaba más de los 10 años de ejercer. Estas cifras también coinciden con lo expuesto por la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (2014) donde se evidenció, en un estudio realizado en Guatemala, que el 78.5% de las comadronas disponían de más de 10 años en el ejercicio.

La investigación denotó que previo a la pandemia por SARS-CoV-2, las comadronas recibían más de 7 capacitaciones al año, precisamente una por mes; sin embargo, se evidenció que durante el año 2021, solamente recibieron dos capacitaciones. Este aspecto se convierte en una debilidad ante su capacitación, puesto que ellas precisan de formación continua. A pesar de esta situación, se encontró que la mayoría de las comadronas poseen conocimientos adecuados en lo relacionado al embarazo, parto y puerperio, como se detalla a continuación.

El 87% de las comadronas abordadas indica que el rango etario ideal para embarazarse es entre los 20 y 35 años de edad; con relación a la presión arterial, las comadronas no

tienen la disponibilidad de tomar la presión de sus pacientes ya que no cuentan con esfigmomanómetros, sin embargo, el 83% reconoce que una cifra de 140/90mmHg no es la adecuada para una mujer embarazada. Esto difiere de los hallazgos de Monroy (2017), quien señala que pacientes que han sido manipuladas por comadronas presentan complicaciones relacionadas con hipertensión arterial no identificada en el embarazo. Otro dato resaltante es que el 100% indicó que no es normal que la mujer embarazada presente hemorragia vaginal durante el embarazo; asimismo, el 97% explicó que la mujer embarazada no puede pasar más de un día sin percibir los movimientos de su bebé.

En el aspecto del parto, se encontró que, el 97% indicó que no es correcto que los dolores de parto duren más de 24 horas; el 90% señaló que no se debe alumbrar la placenta 1 hora después de haber dado a luz; 97% afirmó que la resolución del embarazo en menores o igual a 12 años debe de ser por medio de una operación de cesárea; y el 93% confirmó que la ruptura de membranas ovulares no se debe de dar antes que inicie el trabajo de parto (tomando en cuenta que las comadronas reconocen al trabajo de parto como el momento en el que los dolores son muy intensos).

La mayoría de los resultados de los conocimientos de las comadronas sobre el embarazo y parto concuerdan con la literatura. Además, estos hallazgos se asemejan a lo evidenciado por Guatemala (2021), quien encontró que los conocimientos que poseen las comadronas conllevan a una adecuada y correcta atención en mujeres durante el periodo de embarazo y parto. De la misma manera, son similares a lo que encontraron Ordinola y colaboradores (2019) en Perú, quienes exponen que las parteras reconocen señales de peligro durante el embarazo como sangrado vaginal y edema.

Los resultados de la investigación acerca de las actitudes que tienen las comadronas permiten establecer que son acertadas, ya que al menos el 93% cree que las molestias urinarias, la hemorragia vaginal, edema en cara y manos, dolor en la boca del estómago, visión borrosa y dolor de cabeza son señales de riesgo en el embarazo, que tardar más de 30 minutos en tratar de expulsar la placenta es riesgoso y no brindarían parto vaginal

a una embarazada que tenga menos de dos años de una cesárea ni a la paciente que al evaluarla se toque parte del cordón umbilical o alguna extremidad del bebé.

Es interesante la concepción que tienen las comadronas con relación a las vacunas, ya que el 10% opina que son riesgosas porque podrían provocar daños al bebé, como por ejemplo, aborto. Esta idea se puede relacionar a una experiencia previa, resultante de un caso donde una mujer presentó un aborto espontáneo días posteriores a la administración de una vacuna.

En cuanto a las actitudes sobre el parto, el 93% considera riesgoso no poder alumbrar la placenta luego de 30 minutos después del parto, debido a que han llegado a considerar que la placenta queda retenida en el cuerpo de la paciente, lo que podría ocasionar la muerte; el 80% cree importante pinzar y cortar el cordón umbilical después que deje de latir y esté aplanado, debido a que han llegado a la conclusión de que hasta ese momento el recién nacido ya ha recibido suficiente sangre de la madre, sin embargo, el 20% que no lo cree importante, lo atribuye a que esto debe realizarse después de que ha alumbrado la placenta, a razón de que, si se corta el cordón antes, la placenta puede quedar retenida y producir la muerte de la paciente.

Acerca de las actitudes de las comadronas sobre el puerperio, el 93% cree que es importante realizar masaje uterino luego de haber dado a luz, sin embargo, el 7% que no lo considera importante lo adjudica a que este provoca intenso dolor pélvico en la paciente. Por otra parte, el 97% considera peligroso que la puérpera presente hemorragia vaginal luego de 2 horas posparto, aunque cabe resaltar que el 3% no lo considera riesgoso ya que cree que se le puede quitar con tomas de hierbas cocidas.

En lo referente a las prácticas se encontró que, la mayor parte de las comadronas refieren de manera inmediata al centro de salud ante signos de riesgo. Sin embargo, ante salida de líquido vaginal antes de iniciar el trabajo de parto, el 10% realiza práctica antes de referir, por ejemplo, algunas esperan entre una a cuatro horas y si no inicia con dolores intensos la refiere; otras dan remedios (cocido de guarumo, manzanilla y sigüapate) y si

no nace, en doce horas primigesta u ocho horas multípara, refiere. Ante presencia de dolor en la boca del estómago, visión borrosa y dolor de cabeza, el 7% realiza las siguientes prácticas: ritual con hierbas (ruda) de pies a cabeza y si no mejora a los tres minutos refiere al centro de salud; en otros casos se le ofrece a la paciente una toma endulzada (agua de camote con azúcar) y si a la hora continúan las molestias refiere. Llama la atención que ante presencia de hemorragia, el 100% reconoce que es peligroso durante el embarazo, porque tienen la creencia de que puede producir la muerte, sin embargo, el 3% realizaría la práctica de masaje pélvico y ofrecer una toma (agua de salmuera) a paciente que presente hemorragia vaginal durante el embarazo.

En lo relacionado a las prácticas que realizan las comadronas durante el parto, se encontró que ante embarazada con trabajo de parto y con antecedente de cesárea dos años atrás, el 17% la atiende porque la herida ha cicatrizado, es normal que tenga dolores y puede tenerlo vaginal porque no existe riesgo, aunque si la paciente no quiere proceder refieren al centro de salud. En la situación de que una mujer posparto con más de 30 minutos sin lograr alumbrar la placenta, el 10% procede a: ofrecer una toma (agua de guarumo) y si no alumbra en dos horas refiere o realizan masajes por 30 minutos más y si no funciona refiere.

Acerca de las prácticas en el puerperio, sobre la realización de masaje uterino cada 15 minutos en las primeras 2 horas posparto y luego cada 30 minutos por 2 horas más, se encontró que solamente el 10% sí realiza la práctica de la manera descrita, sin embargo, el 90% realiza la práctica de manera distinta a como lo indica el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En su lugar, un grupo lo lleva a cabo en ocasiones como un masaje previo y posterior al alumbramiento de la placenta, como parte del proceso realizan otro masaje a los tres y nueve días. Otro grupo realiza la práctica que consiste en masaje uterino cuando ya se ha alumbrado la placenta y luego a los tres y nueve días.

Ante una puérpera con presencia de hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor en los pechos, el 50% refiere de manera inmediata, mientras que el otro 50% realiza la práctica de masajes dirigidos a la aréola de los senos y si en tres días no mejora la paciente la

refiere. Esta práctica se respalda con la literatura con la que reciben las capacitaciones las comadronas, la que indica que se deben realizar masajes suaves en el área del conducto obstruido antes y durante el amamantamiento, convirtiéndose en signos y síntomas de infección si no mejora a los tres días. En el caso de una mujer posparto con hemorragia vaginal activa por más de 30 minutos, el 7% ofrece tomas (agua de manzanilla o apazote) y si en 10 minutos no ve mejoría la refiere al centro de salud; y en el caso de una puérpera que no responde a sus preguntas, se observa pálida y perdió mucha sangre durante el parto, el 100% de las comadronas referiría de manera inmediata al centro de salud.

Los resultados sobre las prácticas concuerdan con los hallazgos del estudio realizado por Ordinola y colaboradores (2019) en Perú, quienes encontraron que si las comadronas tienen problemas que no pueden solucionar refieren al puesto de salud. Sin embargo, como señala Catun (2014), en Guatemala la referencia ante riesgos aún no se lleva a cabo al 100% por parte de las comadronas.

Una de las problemáticas que quedó en evidencia con este estudio es que a pesar de que la mayoría de las comadronas reconocen las señales de peligro y procederían a referir al centro de salud, las pacientes se arriesgan a posibles complicaciones, puesto que estas, sus esposos o familiares se rehúsan a que se les refiera, como lo sugiere la comadrona. Esto puede ser el resultado de que las pacientes no reconocen la magnitud de los signos de riesgo que le expone la comadrona al momento de su evaluación. Lo que difiere de lo encontrado por Ordinola y colaboradores (2019), quienes explican que en su investigación se evidencia que tanto las comadronas como las madres reconocen las señales de peligro.

IX. CONCLUSIONES

1. Sobre los datos generales de las 30 comadronas se identificó que, 37% tiene entre los 61 y 70 años de edad, 97% pertenece al área rural, 73% no ha recibido educación escolar, 70% no sabe leer ni escribir, 100% se ocupa como ama de casa, 70% pertenece a la religión católica, 37% tienen entre 31 a 40 años de ejercer como comadronas, 97% refirió que previo a la pandemia por SARS-CoV-2 recibían más de siete capacitaciones al año, en el año 2021 100% recibió entre una a dos capacitaciones, 90% ha evaluado y 87% ha referido a las pacientes al centro de salud en los últimos seis meses.
2. Con relación a los conocimientos que tienen las 30 comadronas se encontró que del embarazo 87% reconoce que las edades ideales para embarazarse son entre los 20 y 35 años, 83% indica que no es adecuado presentar presión arterial de 140/90 mmHg, 100% señala que no es normal que la paciente presente hemorragia vaginal durante el embarazo, 97% admite que la mujer embarazada no puede pasar más de un día sin percibir los movimientos del bebé y 83% que la presencia de flujo blanquecino, fétido, por canal vaginal es peligroso para la mujer embarazada.

De los conocimientos sobre el parto, 100% explica que es correcto colocar al recién nacido piel con piel sobre el abdomen de la madre, 97% indica que no es correcto que los dolores de parto duren más de 24 horas, 90% señala que no se debe alumbrar la placenta 1 hora después de haber dado a luz, 97% sostiene que se debe resolver por cesárea el embarazo de una menor o igual a 12 años y 93% que la ruptura de membranas ovulares no se debe dar ante que inicie el trabajo de parto.

En los conocimientos sobre puerperio, el 100% indicó que no es normal que luego de dar a luz la paciente no responda lo que se le pregunta, se observe pálida, sudorosa y fría, 97% niega que sea normal que la paciente presente hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor de pechos, 87% señala que el masaje uterino consiste en colocar una mano sobre el abdomen inferior de la paciente y estimular el útero

con movimientos repetitivos y 93% niega que los loquios de la puérpera deben tener mal olor.

3. De las actitudes de las 30 comadronas, en el embarazo 93% cree que las molestias urinarias son peligrosas, 100% que la hemorragia vaginal es una señal de riesgo, 90% que el edema en cara y manos es señal de peligro, las vacunas no son riesgosas y 93% que el dolor en la boca del estómago, visión borrosa y dolor de cabeza son datos de riesgo.

De las actitudes en el parto, 93% explicó que es riesgoso no poder alumbrar la placenta luego de 30 minutos, 80% señaló que es importante pinzar y cortar el cordón umbilical después que deje de latir, 80% admite que existe riesgo de complicaciones al brindar parto vaginal a una embarazada que tuvo cesárea en los dos años anteriores, 77% refirió que no es correcto recomendar parto vaginal en una embarazada a la que se le toca parte del cordón umbilical o alguna extremidad del bebé y 83% que las rasgaduras deben ser suturadas.

De las actitudes en el puerperio, 100% señaló que la fiebre puede ser señal de riesgo, 93% indicó que presentar movimientos bruscos y expulsar espuma por la boca luego de haber dado a luz es riesgoso, 100% explicó que es importante revisar las características de los pechos de la puérpera, 93% concuerda que es importante realizar masaje uterino luego de haber dado a luz y 97% que es peligroso que la puérpera presente hemorragia vaginal luego de 2 horas posparto.

4. En el aspecto de las prácticas de las 30 comadronas en el embarazo, 90% referiría a una embarazada que presente salida de líquido vaginal antes de iniciar el trabajo de parto, 93% por dolor en la boca del estómago, ver borroso y tener dolor de cabeza, 97% por hemorragia vaginal, 97% por intensificación de las náuseas y vómitos y 93% por disminución de los movimientos fetales.

En las prácticas del parto, 97% referiría a una mujer multípara que lleva más de 8 horas con trabajo de parto, 100% coloca piel a piel sobre el abdomen de la madre al recién nacido vigoroso inmediatamente luego de nacer, 83% referirían parto de embarazada con antecedente de cesárea dos años atrás, 90% a una mujer posparto que lleva más de 30 minutos sin poder alumbrar y 97% a una primigesta que lleva más de 12 horas con trabajo de parto.

En las prácticas del puerperio, 100% de las comadronas refieren por fiebre a paciente puérpera, 90% no realizan práctica de masaje uterino cada 15 minutos en las primeras 2 horas posparto, 50% refiere a una madre que presenta hinchazón, calor, enrojecimiento y se queje de dolor en los pechos, 93% a paciente con más de 30 minutos con abundante hemorragia posparto y 100% a puérpera que no responde preguntas, se observa pálida y perdió mucha sangre durante el parto.

X. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Programa Salud Reproductiva, realizar donaciones de esfigmomanómetros y capacitación sobre su uso a las comadronas, debido a que mayoría de ellas saben reconocer la cifra de signo de riesgo en la paciente, pero no tienen instrumento para proceder a la medición de presión arterial.
2. A las enfermeras del programa Salud Reproductiva del Centro de Salud, capacitar sobre signos de riesgo a las mujeres embarazadas del municipio de San Juan Ermita y a sus familiares, ya que las comadronas sí identifican los signos de riesgo y toman la conducta de referir pero se encuentran limitadas porque las pacientes rechazan y rehúsan acudir al centro de salud, lo que conlleva a que puedan surgir complicaciones que deriven en muerte materna o fetal.
3. A los estudiantes del último ciclo de la carrera de Médico y Cirujano, desarrollar estudios similares en el resto del área Chortí, ya que se reconoce que la mayoría de las pacientes del área rural acuden con las comadronas para el control del embarazo, resolución del parto y seguimiento durante el puerperio, y este estudio solo evidencia el contexto de uno de los cuatro municipios que conforman esta región.

XI. PROPUESTA

Título

EQUIPO DE APOYO PARA LAS COMADRONAS DE SAN JUAN ERMITA

Introducción

Las comadronas del municipio de San Juan Ermita, Chiquimula, realizan una labor que contribuye y beneficia al desarrollo de su localidad. Entre las labores que realizan está la de atender partos y evaluaciones de emergencia en las viviendas de las pacientes, por lo que deben movilizarse hacia donde sea necesario y sin importar el horario o condiciones climáticas.

Justificación

Para las comadronas es un deber su función de evaluar y atender pacientes que se encuentran en las etapas de embarazo, parto y puerperio, por ello, a pesar de las condiciones climáticas y horarias, acuden hacia donde se les solicita, exponiéndose a peligros. Brindarle a las comadronas de San Juan Ermita equipo para alumbrarse y protegerse de la lluvia ayudará a que puedan desarrollar su profesión con menor riesgo. Por otra parte, también es importante que ellas puedan disponer de perillas, ya que la aspiración de secreciones orales y nasales en los recién nacidos es significativa para despejar los conductos de oxigenación.

Objetivos

- Disminuir los riesgos a los que se exponen las comadronas a causa de la lluvia y el horario nocturno.
- Favorecer el mecanismo de atención en los recién nacidos de los partos resueltos por las comadronas.

Metodología

A través de la municipalidad de San Juan Ermita se gestionarán 30 perillas de aspirado nasal y oral, 30 focos de mano y 30 capas para protección de lluvias. Con el equipo disponible, se procederá a extender una invitación a las comadronas para que lleguen a una actividad en la municipalidad donde se les extenderá un agradecimiento por la labor que realizan y su participación en el estudio. En dicha actividad, se les proporcionará el equipo en mención.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta Meléndez, I. I., Leal Yat, Y. F., Charchalac Castillo, A. P. y Carrillo Salguero, L. S. (2014). *Caracterización clínica y vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna severa* [Tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente]. Sitio oficial del Centro Universitario de Oriente-
http://cunori.edu.gt/descargas/CARACTERIZACION_CLINICA_Y_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA_DE_LA_MORBILIDAD_MATERNA_SEVERA_.pdf

Alcántara, S. M., Fugaza, A L., Márquez, V., Salvarrey, R. y Silveira, S. (2007). *Estudio del acompañante en el parto: vínculo padre-madre-hijo* [Tesis de licenciatura. Universidad de la República, Facultad de Enfermería]. Biblioteca Virtual en Salud de Enfermería de la Universidad de la República.
<https://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2007/FE-0247TG.pdf>



Andrade, C., Menon, V., Ameen, S. y Praharaj, SK. (2020). Designing and conducting knowledge, attitude, and practice surveys in psychiatry: practical guidance. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(5), 478-481.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0253717620946111> DOI: 10.1177/0253717620946111

Aroche S, C. M. (2021). *Situación epidemiológica de muerte materna de enero a septiembre de 2021 Guatemala*. Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/2021/salas-situacionales/desnutricion-aguda/ss-mm-sep-2021.pdf>

Aroche, K. (12 de mayo de 2021). *Historia de las comadronas de Guatemala*. Guatemala.com.
<https://aprende.guatemala.com/cultura-guatemalteca/tradiciones/historia-comadronas-guatemala/>

Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. (2014). *Sistematización de la experiencia de ASECSA en el desarrollo en diálogos con comadronas en Petén, Chimaltenango, Baja Verapaz, Totonicapán y Alta Verapaz*. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. <https://asecsaguatemala.org/2018/wp-content/uploads/2019/07/Sistematizacion-de-dialogo-con-comadronas-1.pdf>

Cano, S. (2020). Situación epidemiológica muerte materna. *Boletín de la Semana Epidemiológica SEMEPI del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*, (25), 3-8. <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/phocadownloadpap/boletin-semana-epidemiologica/Semepi-25.pdf>

Castro Sagui, P. J. (2015). *Conocimientos y actitudes de las comadronas sobre signos de peligro de muerte fetal en el período intraparto* [Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud]. Biblioteca virtual de la Universidad Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/02/Castro-Pedro.pdf>



Catun Maquin, N. A. (2014). *Conocimientos de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitario en embarazadas* [Tesis de maestría, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas]. Biblioteca y Centro de Documentación “Dr. Julio de León” de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/post/2014/040.pdf>

Cuartas-Gómez, E., Palacio-Duque, A., Ríos-Osorio, L. A., Cardona-Arias, J. A. y Salas-Zapata, W. A. (2019). Conocimientos actitudes y prácticas (CAP) sobre sostenibilidad en estudiantes de una universidad pública colombiana. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 22(2), e1385. <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v22n2/0123-4226-rudca-22-02-e1385.pdf> DOI: <http://doi.org/10.31910/rudca.v22.n2.2019.1385>

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J. y Spong, C. Y. (2010a). Parto (libro electrónico). En *Williams obstetricia* (23a edición, pp. 136-172). McGraw Hill.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J. y Spong, C. Y. (2010b). Puerperio (libro electrónico). En *Williams obstetricia* ((23a edición, pp. 646-660). McGraw Hill.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J. y Spong, C. Y. (2010c). Trabajo de parto anómalo (libro electrónico). En *Williams obstetricia* ((23a edición, pp. 464-489). McGraw Hill.

Decreto número 32-2010, Ley para la maternidad saludable. 7 de octubre 2010. Diario de Centro América (41), 2-5. <https://conap.gob.gt/wp-content/uploads/2020/08/11-Decreto32-2010Congreso.pdf>



Espuig Sebastián, R., Noreña Peña, A. L., Cortés Castell, E. y González-Sanz, J. D. (2016). Percepción de embarazadas y matronas acerca de los consejos nutricionales durante la gestación. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 33(5), 1205-1212. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n5/original27.pdf> DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.587>

Fernández González, L., Seuc Jo, A. H., Peñalvo, J. L., Gálvez Medina, D. M., Rodríguez Salvá, A. y Morejón Giraldoni, A. (2020). Mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio: Cuba, 2005-2018. *Revista MediSur*, 18(6), 1179-1188. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v18n6/1727-897X-ms-18-06-1179.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para Infancia. (2014). *Embarazo*. Fondo de las Naciones Unidas para Infancia. <https://www.unicef.org/ecuador/media/2541/file/Cartilla%201.pdf>

García-Regalado, J. F., & Montañez-Vargas, M. I. (2012). Signos y síntomas de alarma obstétrica: acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(6), 651-657. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im126l.pdf>

Guatemal Sánchez, J. G. (2021). *Rol de la matrona en la atención de embarazadas de la Parroquia La Esperanza de la ciudad de Ibarra, 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud]. Repositorio Digital de la Universidad Técnica del Norte. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11776/2/06%20ENF%201243%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

Gumucio, S. (2011). *Data collection, quantitative methodes: the KAP survey model (knowledge, attitude & practices)*. Médecins du Monde / Research Gate. <https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=56acfe3160614b17788b4592&assetKey=AS%3A323666162716672%401454179434027>



Holman, A. (2012). *Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas en el ámbito de la protección de la infancia: guía detallada para el diseño e implementación de métodos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas para programas de protección de la infancia*. Save the Children. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4021_d_Encuestas_CAP_SaveChildren.pdf

Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Resultados departamento de Chiquimula*. Resultados del censo 2018. <https://www.censopoblacion.gt/mapas>

Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y. y Espert Castellanos, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2015). *Política nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2025*. Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CERD/Shared%20Documents/GTM/INT_CERD_ADR_GTM_29821_S.pdf

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2018). Embarazo, parto y puerperio. En Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel* (pp. 3-75). Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Normas%20de%20atenci%C3%B3n%20Salud%20Integral%202018.pdf>



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2020). *Informe de país: situación de la mortalidad materna: años 2016 – 2017 - 2018*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-MM-2016-18.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011). *Mortalidad materna del departamento de Chiquimula de enero a diciembre de 2011*. [documento electrónico]. Sistema de Información Gerencial de Salud

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2022). *Muerte materna detallado por fecha de ocurrencia* [documento electrónico]. Sistema de Información Gerencial de Salud.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística Y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. (2017). Salud reproductiva. En *Informe final: VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015*. (pp. 205-242). https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf

Monroy Gómez, L. E. (2017). *Complicaciones maternas y fetales en mujeres embarazadas manipuladas por comadrona* [Tesis de maestría, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas]. Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10549.pdf

Ordinola Ramírez, C. M., Barrena Gurbillón, M. A., Gamarra Torres, O. A., Rascón, J., Corroto, F., Taramona Ruiz, L. A. y Mejía Coico, F. R. (2019). Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas (Chachapoyas, Perú). *Revista Arnaldoa*, 26(1), 325-338. <http://www.scielo.org.pe/pdf/arnal/v26n1/a15v26n1.pdf>



Organización Mundial de la Salud. (07 de noviembre del 2016). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

Pan American Health Organization. (s. f.). *Embarazo, parto y puerperio en adolescente y adulta: modulo 1*. Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/gut/dmdocuments/NORMAS%20DEL%20EMBARAZO%20PARTO%20Y%20PUERPERIO%20MSPAS%202010.pdf>

Pérez Reyes, L. V. (2019). *Informe final de EPS realizado en municipalidad de San Juan Ermita, Chiquimula* [Informe de Ejercicio Profesional Supervisado, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia]. Biblioteca de la Facultad de Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala. <https://biblioteca-farmacia.usac.edu.gt/Tesis/EPsN1116.pdf>

Raina, S. (2013). Assessment of knowledge, attitude, and practice in health care delivery. *North American Journal of Medical Sciences*, 5(3), 249-2-50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632036/>

Rodríguez Venegas, V. y Duarte Hidalgo, C. (2020). Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: embarazo, parto y puerperio en mujeres colla de la región de Atacama. *Revista Diálogo Andino*, (63), 113-122. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rda/n63/0719-2681-rda-63-113.pdf>



Rodríguez, M. (21 de noviembre del 2016). *Salud en el municipio de San Juan Ermita, Chiquimula*. Deguate.com. <https://www.deguate.com/departamentos/chiquimula/salud-en-el-municipio-de-san-juan-ermita-chiquimula/>

Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. (2018). *Diagnóstico situación de SAN, municipio de San Juan Ermita, departamento de Chiquimula*. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. <https://portal.siinsan.gob.gt/wp-content/uploads/DIAGNOSTICO-SITUACION-SAN-SAN-JUAN-ERMITA.pdf>

Sistema de Información Gerencial de Salud. (c2013-2020). *Morbilidad grupo materno infantil*. Sistema de Información Gerencial de Salud/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. <https://sigsa.mspas.gob.gt/datos-de-salud/morbilidad/morbilidad-grupo-materno-infantil#:~:text=La%20morbilidad%20materna%20es%20la,fin%20de%20evitar%20la%20muerte>

Sosa Simisterra, A. C. (2016). *Condicionantes de riesgo en los partos domiciliarios atendidos por comadronas en la comunidad de Ricaurte del cantón San Lorenzo de la provincia de Esmeraldas* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, Escuela de Enfermería]. Repositorio Digital PUCESE. <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/655/1/SOSA%20SIMISTERRA%20AURA%20CECILIA.pdf>

Ticona-Rebagliati, D., Torres-Bravo, L., Veramendi-Espinoza, L. y Zafra-Tanaka, J. H. (2014). Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el hospital nacional docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(2), 123-130. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200005&lng=es&tlng=es

Urrutia, C. A. (28 de mayo del 2011). *Historia de la ciudad de Guatemala: historia primer escuela de comadronas.* Guatemala del ayer. <https://guatemaladeayer.blogspot.com/2011/05/primer-escuela-de-comadronas.html>



XIII. APÉNDICES

Apéndice 1. Boleta de recolección de datos

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE - CUNORI -
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS



BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan varios enunciados, de las cuales deberá marcar la respuesta que considere correcta en base a los conocimientos, actitudes y prácticas adquiridas por medio de las capacitaciones que el personal de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social les ha proporcionado.

I. DATOS GENERALES

1. Edad:

2. Comunidad: _____

3. Nivel de escolaridad:

- a. Ninguna
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Diversificado
- e. Universitario

4. Sabe leer:

Sí: _____ No: _____

5. Sabe escribir:

Sí: _____ No: _____

6. Ocupación: _____

7. Religión:

- a. Católica
- b. Evangélica

Otra: _____

8. Tiempo que tiene de ejercer como comadrona: _____

9. ¿Cuántas capacitaciones por parte del Ministerio de Salud y Asistencia Social recibía durante el año, antes de la pandemia por SARS-COV-2?

- a. Ninguna
- b. 1 a 2 capacitaciones al año
- c. 3 a 4 capacitaciones al año
- d. 5 a 6 capacitaciones al año
- e. > 7 capacitaciones al año

10. ¿Cuántas capacitaciones por parte del Ministerio de Salud y Asistencia Social recibió en el año 2021?

- a. Ninguna
- b. 1 a 2 capacitaciones al año
- c. 3 a 4 capacitaciones al año
- d. 5 a 6 capacitaciones al año
- e. > 7 capacitaciones al año

11. ¿Usted ha evaluado pacientes en los últimos 6 meses?

SÍ: _____ NO: _____

12. ¿Usted ha referido pacientes en los últimos 6 meses al centro de salud más cercano?

SÍ: _____ NO: _____

II. CONOCIMIENTOS SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUPERPERIO

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de enunciados relacionados a embarazo, parto y puerperio, en donde usted deberá de responder de acuerdo a sus conocimientos adquiridos.

NO.	ASPECTOS SOBRE EMBARAZO	SÍ	NO
01	¿Las edades ideales para embarazarse deben de ser entre los 20 y 35 años?		
02	¿Presentar una presión arterial en 140/90mmHg es adecuado?		
03	¿Es normal que se presente hemorragia vaginal durante el embarazo?		
04	¿Es normal que la mujer embarazada pase más de un día sin percibir los movimientos de su bebe?		
05	¿La presencia de flujo blanquecino, fétido por canal vaginal puede ser peligroso para la mujer embarazada?		
ASPECTOS SOBRE PARTO		SÍ	NO
06	¿Es correcto colocar al recién nacido piel con piel sobre el abdomen de la madre, secarlo y evaluar si respira inmediatamente luego de nacer?		
07	¿Es correcto que los dolores de parto duren más de 24 horas?		
08	¿Se debe de alumbrar la placenta 1 hora después de haber dado a luz?		
09	¿La resolución del evento obstétrico en menores o igual a 12 años debe de ser por medio de una operación de cesárea?		
10	¿La ruptura de membranas ovulares se debe de dar antes que inicie el trabajo de parto?		
ASPECTOS SOBRE PUERPERIO		SÍ	NO
11	¿Es normal que luego de dar a luz la paciente no responda lo que usted le pregunte, se observe pálida, sudorosa, fría?		
12	¿Es normal que la madre presente hinchazón, calor, enrojecimiento y se queje de dolor en los pechos?		
13	¿La técnica de masaje uterino consiste en colocar una mano sobre el abdomen inferior de la paciente y estimular el útero mediante movimientos repetitivos de masaje?		

14	¿Los loquios de la puérpera deben de tener mal olor?		
----	--	--	--

III. ACTITUDES EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de enunciados relacionados a embarazo, parto y puerperio, en donde usted deberá de responder de acuerdo a sus creencias o suposiciones.

NO	ASPECTOS SOBRE EMBARAZO	SÍ	NO	¿POR QUÉ?
01	¿Usted cree que las molestias urinarias son peligrosas durante embarazo?			
02	¿Usted cree que la hemorragia vaginal durante el embarazo es una señal de riesgo?			
03	¿Usted cree que el edema/hinchazón en cara y manos es señal de peligro para la embarazada?			
04	¿Usted cree que las vacunas en el embarazo son riesgosas?			
05	¿Usted cree que el dolor en la boca del estómago, visión borrosa, dolor de cabeza, son datos de riesgo?			
ASPECTOS SOBRE PARTO		SÍ	NO	¿POR QUÉ?
06	¿Usted cree que es riesgoso no poder expulsar la placenta luego de intentar por más de 30 minutos?			

07	¿Usted cree importante pinzar y cortar el cordón umbilical después que deje de latir y este aplanado después del nacimiento?			
08	¿Usted considera que existe riesgo de complicaciones al brindar parto vaginal a una embarazada que tuvo cesárea en los dos años anteriores?			
09	¿Considera correcto recomendar parto vaginal en una embarazada que al evaluarse se toca parte del cordón umbilical o alguna extremidad del bebe?			
10	¿Considera usted que las rasgaduras producidas durante el parto deben de ser suturadas?			
ASPECTOS SOBRE PUERPERIO		SÍ	NO	¿POR QUÉ?
11	¿Considera usted que la fiebre en una puérpera puede ser señal de riesgo?			
12	¿Usted considera que es peligroso que la puérpera presente movimientos bruscos y expulse espuma por la boca luego de haber dado a luz?			
13	¿Usted considera que es importante revisar las características de los pechos de la madre durante el puerperio?			
14	¿Considera usted que es importante realizar masaje uterino luego de haber dado a luz?			

15	¿Usted considera que es riesgoso que la paciente continúe con abundante hemorragia vaginal a las 2 horas postparto?			
-----------	---	--	--	--

IV. PRÁCTICAS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de enunciados relacionados a embarazo, parto y puerperio, en donde usted deberá de responder de acuerdo a lo que haría usted ante las siguientes situaciones.

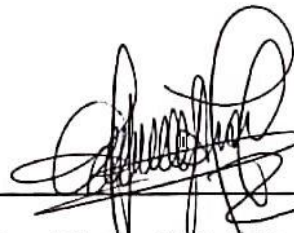
NO.	ASPECTOS SOBRE EMBARAZO		
01	Salida de líquido vaginal antes de iniciar el trabajo de parto:		
02	Presencia de dolor en la boca del estómago, visión borrosa y dolor de cabeza:		
03	Presencia de hemorragia vaginal:		
04	Intensificación de las náuseas y vómitos:		
05	Disminución de los movimientos fetales:		
ASPECTOS SOBRE TRABAJO DE PARTO			
06	Mujer multípara que lleva más de 8 horas con trabajo de parto:		
07	¿Usted coloca piel a piel sobre el abdomen de la madre al recién nacido vigoroso, inmediatamente luego de nacer?		
08	Embarazada con trabajo de parto y con antecedente de cesárea dos años atrás:		
09	Mujer postparto con más de 30 minutos sin lograr alumbrar la placenta:		

10	Primigesta que lleva más de 12 horas con trabajo de parto:	
ASPECTOS SOBRE PUERPERIO		
11	Puérpera con fiebre.	
12	¿Usted realiza el masaje uterino cada 15 minutos en las primeras 2 horas posparto y luego cada 30 minutos por 2 horas más?	
13	Puérpera con presencia de hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor en los pechos:	
14	Mujer postparto con hemorragia vaginal activa por más de 30 minutos:	
15	¿Usted referiría a una puérpera que no responde a sus preguntas, se observa pálida y perdió mucha sangre durante el parto?	

Fuente:

- Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, 2014
- Cunningham et al., 2010c
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018

Autorizado por:


Dra. Blanca Nataly Orellana Duarte
 Ginecóloga y Obstetra
 Colegiado: 18,017
 (Asesora de tesis)

Apéndice 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

El Centro Universitario de Oriente (CUNORI) realizará un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), sobre embarazo, parto y puerperio, por lo que deseo invitarle a participar en el estudio el cual consiste en responder a diferentes preguntas según sus conocimientos, creencias y prácticas.

Si usted decide participar será de manera voluntaria. Si decide no participar, se respetará su decisión. Usted no recibirá remuneración económica alguna, únicamente la satisfacción de ayudar en la investigación, se respetarán sus derechos como participante garantizando confidencialidad de sus datos los cuales serán utilizados únicamente con fines científicos.

La participación en este estudio no tendrá riesgo para usted. En caso de tener alguna duda o desea solicitar mayor información con gusto se le brindará, parte ante lo expuesto anteriormente, se procede a preguntar:

¿Desea participar voluntariamente en el estudio?

Sí: _____ No: _____

Nombre completo del participante:

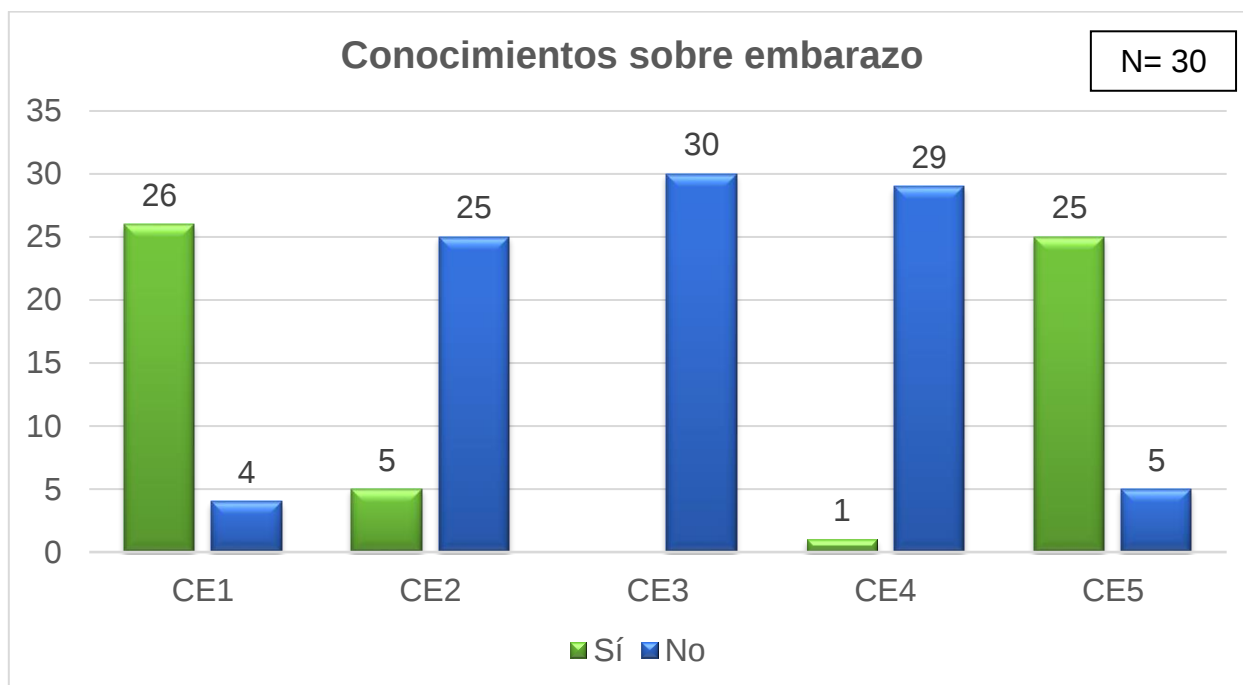
Número de DPI: _____

Firma: _____

Huella: _____

Apéndice 3. Resultados complementarios

Figura 12. Distribución según conocimientos sobre embarazo de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

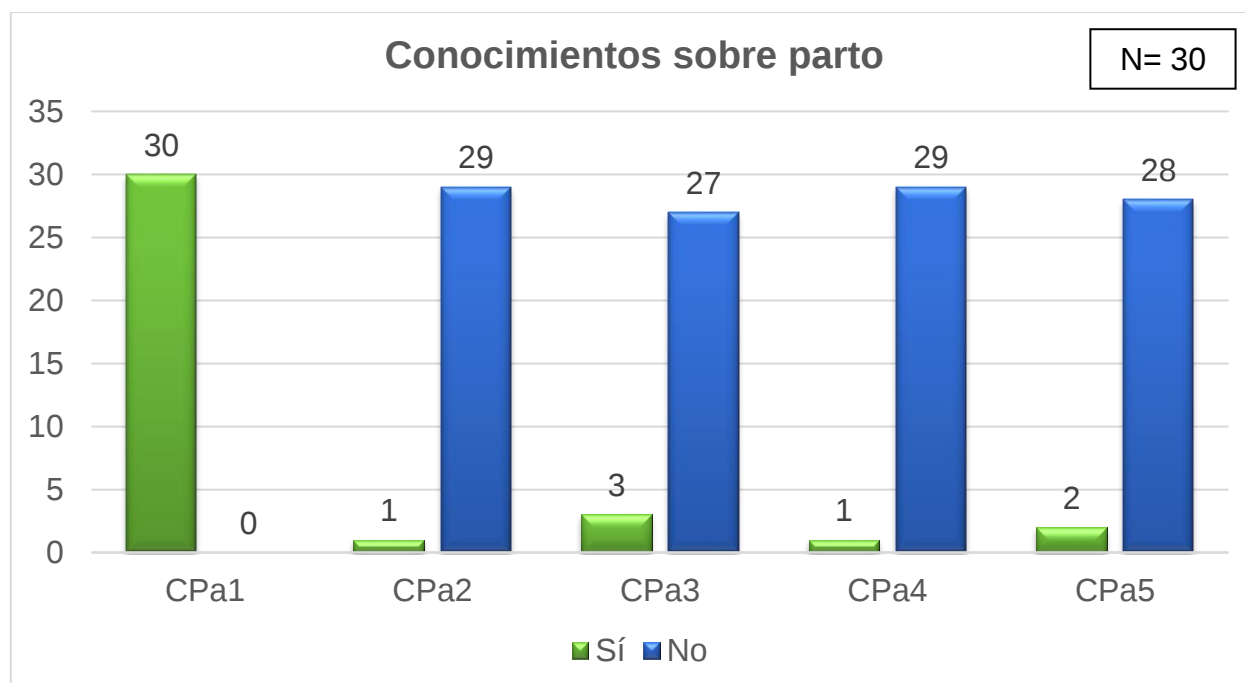


Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Nota. CE1 Edad ideal para embarazarse debe ser entre los 20 y 35 años.
CE2 Presentar presión arterial de 140/90 mmHg es normal.
CE3 Es normal que la paciente presente hemorragia vaginal durante el embarazo.
CE4 La mujer embarazada puede pasar más de un día sin percibir los movimientos del bebé.
CE5 Presencia de flujo blanquecino, fétido, por canal vaginal puede ser peligroso para la mujer embarazada.

Sobre los conocimientos del embarazo que tienen las comadronas, se identificó que el 87% (26) señala que las edades ideales para embarazarse son entre los 20 y 35 años; 83% (25) señaló que no es adecuado presentar presión arterial de 140/90 mmHg; 100% (30) indicó que no es normal que la paciente presente hemorragia vaginal durante el embarazo; 97% (29) explicó que la mujer embarazada no puede pasar más de un día sin percibir los movimientos del bebé y 83% (25) afirmó que la presencia de flujo blanquecino, fétido, por canal vaginal es peligroso para la mujer embarazada.

Figura 13. Distribución según conocimientos sobre parto de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Nota. CPa1 Es correcto colocar al recién nacido piel con piel sobre el abdomen de la madre, secarlo, evaluarlo si respira inmediatamente luego de nacer.

CPa2 Es correcto que los dolores de parto duren más de 24 horas.

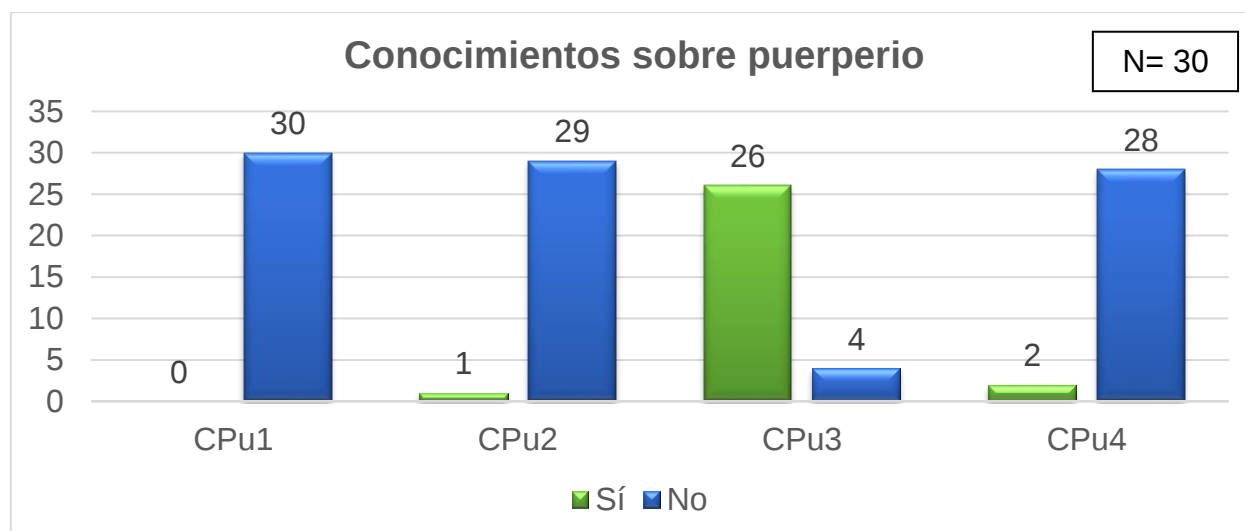
CPa3 Se debe alumbrar la placenta 1 hora después de haber dado a luz.

CPa4 La resolución del evento obstétrico en menores o igual a 12 años debe de ser por medio de una operación de cesárea

CPa5 La ruptura de membranas ovulares se debe de dar antes que inicie el trabajo de parto.

En lo relacionado con los conocimientos sobre el parto que tienen las comadronas, se identificó que el 100% (30) señala que es correcto colocar al recién nacido piel con piel sobre el abdomen de la madre; 97% (29) señaló que no es correcto que los dolores de parto duren más de 24 horas; 90% (27) indicó que no se debe alumbrar la placenta 1 hora después de haber dado a luz; 97% (29) indicó que se debe resolver por cesárea el embarazo de una menor o igual a 12 años; y el 93% (28) señaló que la ruptura de membranas ovulares no se debe dar antes que inicie el trabajo de parto.

Figura 14. Distribución según conocimientos sobre puerperio de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Nota. CPu1 Es normal que luego de dar a luz la paciente no responda lo que se le pregunta, se observe pálida, sudorosa, fría.

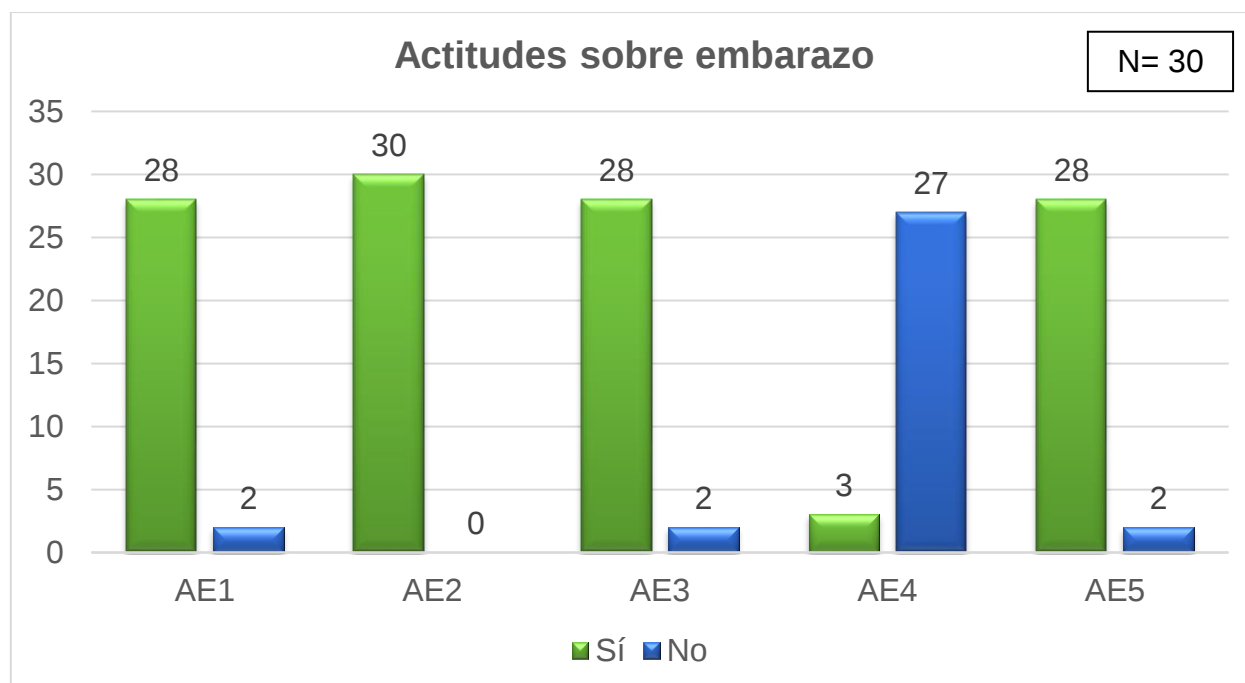
CPu2 Es normal que la madre presente hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor de pechos.

CPu3 El masaje uterino consiste en colocar una mano sobre el abdomen inferior de la paciente y estimular el útero con movimientos repetitivos.

CPu4 Los loquios de la puérpera deben tener mal olor.

El 100% (30) señaló que no es normal que luego de dar a luz la paciente no responda lo que se le pregunta, se observe pálida, sudorosa y fría; el 97% (29) niega que sea normal que la paciente presente hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor de pechos; 87% (26) afirma que el masaje uterino consiste en colocar una mano sobre el abdomen inferior de la paciente y estimular el útero con movimientos repetitivos; y el 93% (28) niega que los loquios de la puérpera deben tener mal olor.

Figura 15. Distribución según actitudes sobre embarazo de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Nota. AE1 Las molestias urinarias son peligrosas durante el embarazo.

AE2 La hemorragia vaginal en el embarazo es una señal de riesgo.

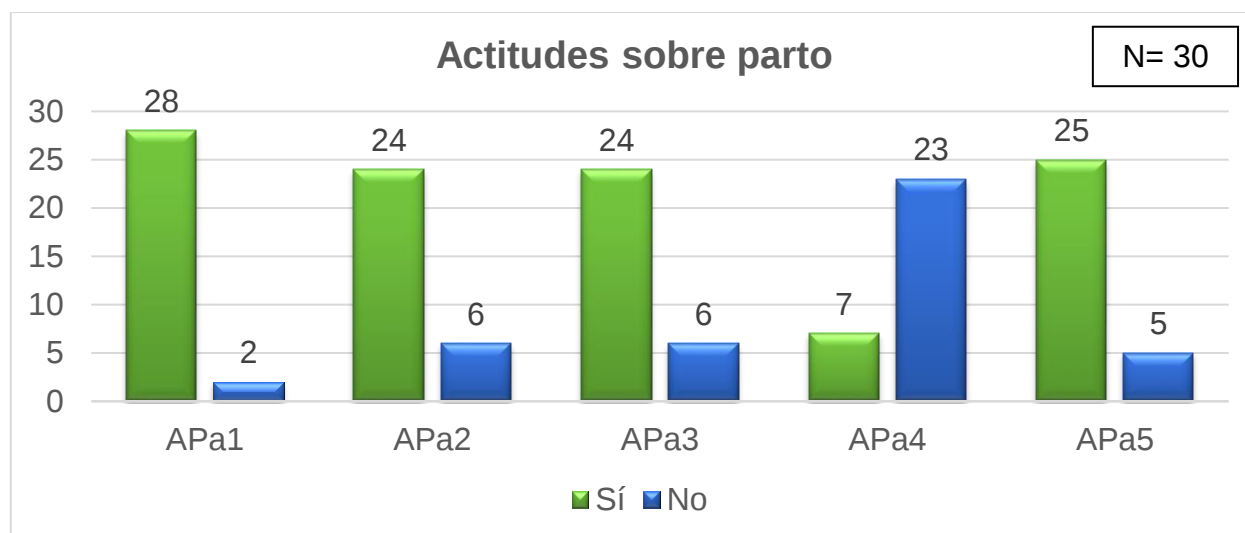
AE3 El edema en cara y manos es señal de peligro para la embarazada.

AE4 Las vacunas en el embarazo son riesgosas.

AE5 El dolor en la boca del estómago, visión borrosa y dolor de cabeza son datos de riesgo.

En lo relacionado con las actitudes sobre el embarazo que tienen las comadronas, se identificó que 93% (28) creen que las molestias urinarias son peligrosas durante el embarazo; 100% (30) cree que la hemorragia vaginal en el embarazo es una señal de riesgo; 93% (28) cree que el edema en cara y manos sí es señal de peligro para la embarazada; 90% (27) cree que las vacunas en el embarazo no son riesgosas; y 93% (28) considera que el dolor en la boca del estómago, visión borrosa y dolor de cabeza son datos de riesgo.

Figura 16. Distribución según actitudes sobre parto de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Nota. APa1 Es riesgoso no poder expulsar la placenta luego de intentar por más de 30 minutos.

APa2 Es importante pinzar y contar el cordón umbilical después que deje de latir y este aplanado después del nacimiento.

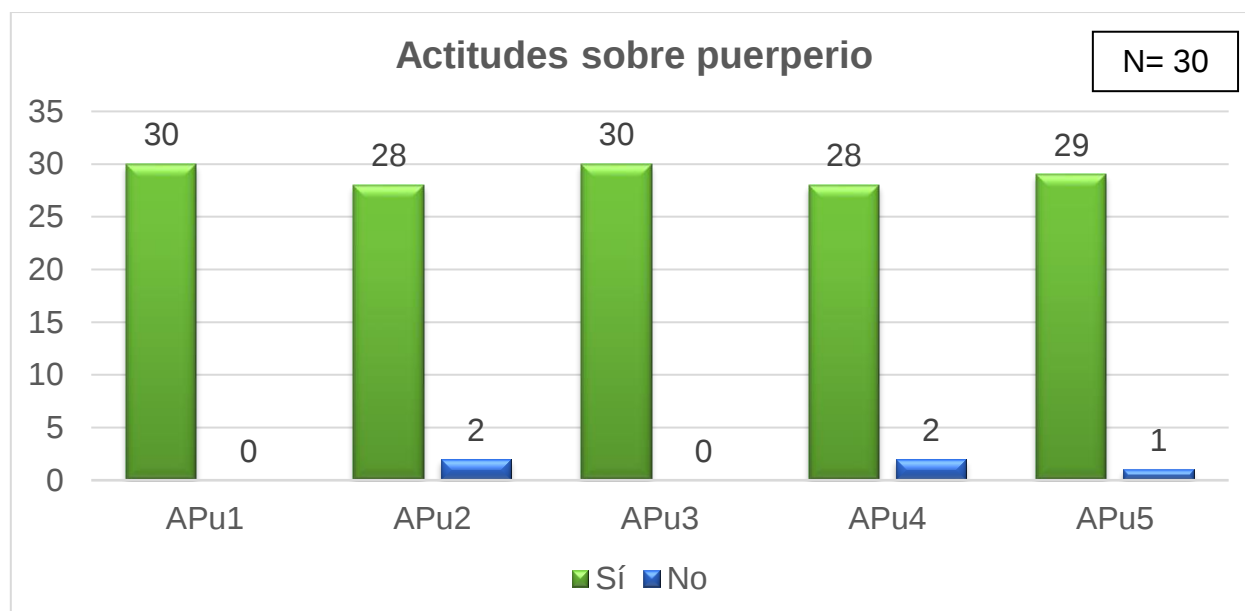
APa3 Existe complicaciones al brindar parto vaginal a una embarazada que tuvo cesárea en los dos años anteriores.

APa4 Es correcto recomendar parto vaginal en una embarazada a la que se le toca parte del cordón umbilical o alguna extremidad del bebé.

APa5 Las rasgaduras producidas en el parto deben ser suturadas.

Con referencia a las actitudes sobre el parto, el 93% (28) considera riesgoso no poder alumbrar la placenta luego de 30 minutos del parto; 80% (24) señaló que considera importante pinzar y cortar el cordón umbilical después que deje de latir; 80% (24) indica que existe riesgo de complicaciones al brindar parto vaginal a una embarazada que tuvo cesárea en los dos años anteriores; 77% (23) dice que no es correcto recomendar parto vaginal en una embarazada a la que se le toca parte del cordón umbilical o alguna extremidad del bebé; y 83% (25) que las rasgaduras producidas en el parto deben ser suturadas.

Figura 17. Distribución según actitudes sobre puerperio de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Nota. APu1 Considera que la fiebre en una puérpera puede ser señal de riesgo.

APu2 Considera que es peligroso que una puérpera presente movimientos bruscos y expulse espuma por la boca luego de haber dado a luz

APu3 Considera importante revisar las características de los pechos de la madre durante el puerperio.

APu4 Considera importante realizar masaje uterino luego de haber dado a luz.

APu5 Considera riesgoso que la paciente continúe con abundante hemorragia vaginal a las 2 horas posparto.

En las actitudes sobre el puerperio se identificó que el 100% (30) considera que la fiebre en la puérpera puede ser señal de riesgo; 93% (28) que es peligroso que la puérpera presente movimientos bruscos y expulse espuma por la boca luego de haber dado a luz; el 100% (30) considera que es importante revisar las características de los pechos de la puérpera; 93% (28) que es importante realizar masaje uterino luego de haber dado a luz; y el 97% (29) considera peligroso que la puérpera presente hemorragia vaginal luego de 2 horas posparto.

Figura 18. Distribución según prácticas en el embarazo de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Nota. PE1 Presenta salida de líquido vaginal antes de iniciar el trabajo de parto.
 PE2 Dolor en la boca del estómago, ver borroso y tener dolor de cabeza.
 PE3 Hemorragia vaginal.
 PE4 Intensificación de las náuseas y vómitos.
 PE5 Disminución de movimientos fetales.

Referente a las prácticas en el embarazo, el 90% (27) de las interrogadas afirmó que referiría a una embarazada que presente salida de líquido vaginal antes de iniciar el trabajo de parto; 93% (28) referiría por dolor en la boca del estómago, ver borroso y tener dolor de cabeza; 97% (29) referiría por hemorragia vaginal; 97% (29) por intensificación de las náuseas y vómitos; y 93% (28) por disminución de los movimientos fetales.

Figura 19. Distribución según prácticas en el parto de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Nota. PPa1 Multipara que lleva más de 8 horas con trabajo de parto.

PPa2 Coloca piel con piel sobre el abdomen de la madre al recién nacido vigoroso inmediatamente luego de nacer.

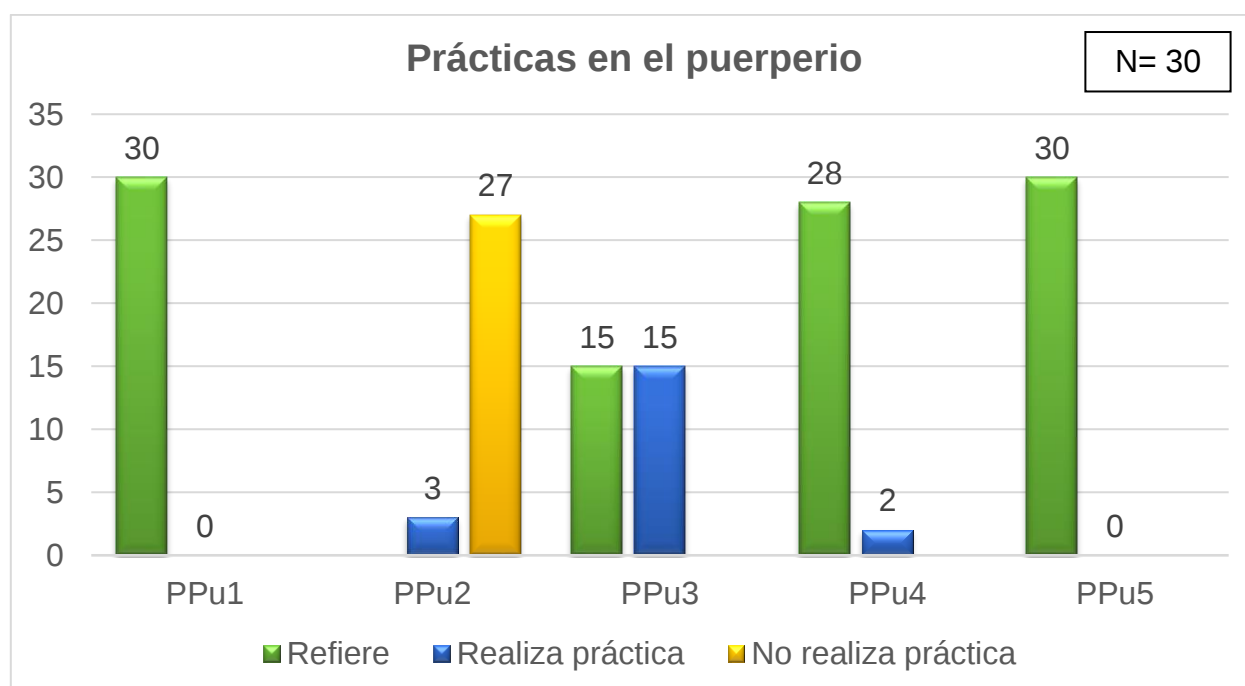
PPa3 Antecedente de cesárea dos años atrás.

PPa4 Lleva más de 30 minutos sin poder alumbrar placenta

PPa5 Primigesta que lleva más de 12 horas con trabajo de parto.

Sobre las prácticas en el parto se encontró que, el 97% (29) referiría a una mujer multipara que lleva más de 8 horas con trabajo de parto; el 100% (30) coloca piel a piel sobre el abdomen de la madre al recién nacido vigoroso inmediatamente luego de nacer; el 83% (25) referiría parto de embarazada con antecedente de cesárea dos años atrás; el 90% (27) referiría a una mujer posparto que lleva más de 30 minutos sin poder alumbrar; y el 97% (29) referiría a una primigesta que lleva más de 12 horas con trabajo de parto.

Figura 20. Distribución según prácticas en el puerperio de las comadronas de San Juan Ermita registradas por el MSPAS



Fuente: boleta de recolección de datos (2022)

Nota. PPu1 Puérpera con fiebre.

PPu2 Masaje uterino cada 15 minutos en las primeras 2 horas posparto.

PPu3 Refiere a una madre que presenta hinchazón, calor, enrojecimiento y se queje de dolor en los pechos.

PPu4 Refiere a una paciente con más de 30 minutos con abundante hemorragia posparto.

PPu5 Refiere a una puérpera que no responde preguntas, se observa pálida y perdió mucha sangre durante el parto.

Se determinó sobre las prácticas en el puerperio que, el 100% (30) refiere por fiebre a una paciente puérpera; 90% (27) no realiza práctica de masaje uterino cada 15 minutos en las primeras 2 horas posparto; 50% (15) refiere a una madre que presenta hinchazón, calor, enrojecimiento y se queje de dolor en los pechos; 93% (28) refiere a una paciente con más de 30 minutos con abundante hemorragia posparto; y 100% (30) refiere a una puérpera que no responde preguntas, se observa pálida y perdió mucha sangre durante el parto.

Apéndice 4. Cronograma y recursos

ACTIVIDADES	AÑO 2022																															
	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección del tema																																
Planteamiento del problema																																
Solicitud de aprobación del tema																																
Elaboración y entrega de protocolo																																
Aprobación de protocolo																																
Aplicación y aprobación de prueba piloto																																
Trabajo de campo																																
Elaboración de informe final																																
Presentación de informe final																																

Recursos

1. Humanos

- 1 estudiante investigador
- 1 asesor
- Revisores

2. Físicos

- Material de oficina
- Conexión a internet
- Computadora
- Vehículo
- Equipo de bioseguridad a causa de covid-19

Recursos financieros

Materiales de oficina, impresiones y fotocopias	Q	170.00
Mascarillas quirúrgicas (50 unidades)	Q	62.50
Alcohol en gel (40 unidades de 125 ml a Q 11.00 c/u)	Q	440.00
Termómetro digital	Q	64.00
Transporte	Q	1505.00
Alimentación	Q	875.00
Internet	Q	500.00
Total	Q	3,616.50

IX. ANEXOS

Anexo 1. Autorización



Oficio No. 419-2,022
Licda. MEAR/mcm
Chiquimula, 12 de abril de 2022

Doctora
Bianka Nataly Orellana Duarte
Asesora, Carrera de Médico y Cirujano
Centro Universitario de Oriente

Atentamente me dirijo a usted para informarle que se tiene de recibido el oficio de solicitud, para que la estudiante con cierre de pensum de la Carrera de Médico y Cirujano, KELLY SOFIA GALLARDO FLORES, se le Autoriza para que realice su trabajo de graduación en modalidad de tesis, con el título "Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Comadronas sobre Signos de Riesgo en Embarazo, parto y Puerperio", en esta Dirección de Área de Salud.

Atentamente.


Licda. María Elena Alas Reyes
Directora de Área de Salud de
Chiquimula



cc. archivo

Trabajando por la salud de Guatemala

Ministerio de Salud Pública y Asistencia social
6 Avenida 3-45 zona 11 Teléfono: 2444-7474

www.mspas.gob.gt

