

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud

Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud



**Factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam del municipio de Santa Cruz Barillas del departamento de Huehuetenango**

(Tesis de Licenciatura)

Jhosselyn Pamela Reyes Molina

Santa Cruz Barillas, enero 2020

**Factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam del municipio de Santa Cruz Barillas del departamento de Huehuetenango**

(Tesis de Licenciatura)

Jhosselyn Pamela Reyes Molina

Licda. Sandy Saraí Yoc (**Asesora**)

M.A. Victoria de Jesús Villeda Recinos (**Revisora**)

Santa Cruz Barillas, enero 2020

## **Autoridades Universidad Panamericana**

**M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus**

Rector

**Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez de González**

Vicerrectora Académica

**M.A. Augusto Custodio Cesar Cobar**

Vicerrector administrativo

**EMBA. Adolfo Noguera Bosque**

Secretario General

## **Autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud**

**Dr. Roberto Antonio Orozco Mejía**

Decano

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

CARTA DE APROBACIÓN DE TEMA

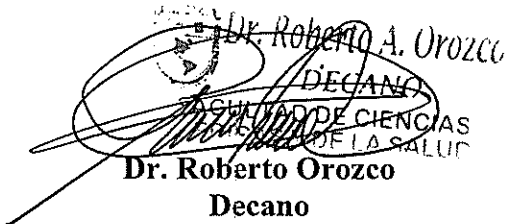
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD**

ASUNTO: **Jhosselyn Pamela Reyes Molina**  
Estudiante de la **Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **TESIS** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala uno de agosto 2,019

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de **Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud**, se resuelve:

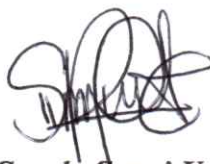
1. La solicitud hecha para realizar el Trabajo de Tesis está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Jhosselyn Pamela Reyes Molina** recibe la aprobación para realizar su Trabajo de Tesis.

  
Dr. Roberto A. Orozco  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS  
MÉDICAS Y DE LA SALUD  
**Dr. Roberto Orozco**  
Decano  
Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD**

Guatemala, 15 de noviembre de 2019

En virtud de que la tesis con el tema: **“Factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam del municipio de Santa Cruz Barillas del departamento de Huehuetenango”**. Presentada por la estudiante: **JHOSSELYN PAMELA REYES MOLINA**, previo a optar al título de **Licenciado en Enfermería y Gestión de la Salud**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



**Licda. Sandy Sarai Yoc Rivera**  
**Asesora**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD**

*Guatemala 10 de diciembre del dos mil diecinueve*

*En virtud de que la tesis con el tema: “Factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam del municipio de Santa Cruz Barillas del departamento de Huehuetenango,” Presentada por la estudiante: **Jhosselyn Pamela Reyes Molina**, previo a optar al título de Licenciada/o en Enfermería y Gestión de la Salud, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

*Vs. Mercado*

**M.A. Victoria de Jesús Villeda Recinos**  
**Revisora**



# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

*"Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria"*

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD,**

Guatemala a los dos días del mes de enero del año dos mil veinte.

En virtud de que la tesis con el tema: **"Factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam del municipio de Santa Cruz Barillas del departamento de Huehuetenango"**, presentada por la estudiante: **Jhosselyn Pamela Reyes Molina**, previo a optar al grado de Licenciada/o ex. *Enfermería y Gestión de la Salud*, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor y Revisor se autoriza la **impresión** del informe final de la **Tesis**.

  
FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD

**Dr. Roberto Antonio Orozco**

**Decano**

**Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud**

***Nota:** Para efectos legales únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*



## **Dedicatoria**

A Dios. Dador de la sabiduría e inteligencia

A mis hijos: Jhosselyn Aitana Pérez Reyes y Ludman Emmanuel Pérez Reyes, con amor y cariño, por ser mi motivo de superación.

A mi esposo: Ludman Pérez, con amor por su apoyo incondicional.

A mis padres: Maucelio Reyes y Gloria Molina, con cariño y agradecimiento por brindarme su apoyo durante mi carrera, en especial a mi madre, por siempre cuidar de mis hijos.

A mi abuelita: Mamá Nivia, con mucho cariño.

Mi ángel: Elmer Molina (Carusso) Q.D.E.P. Logro dedicado con mucho cariño.

## **Agradecimientos**

A Dios: Por darme la oportunidad de penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber. El Señor de mi respuesta en la necesidad, mi refugio en la tormenta, mi consuelo en la tristeza, mi fortaleza en la debilidad.

Licenciada Sandy Yoc Rivera: Por su apoyo brindado durante la elaboración de este proyecto

Auxiliares de Enfermería del Territorio 4 Barrio Kambalam: Edi López y Yadira Reyes por su apoyo brindado para realizar las entrevistas.

A mi compañera y amiga Karen López por brindarme su apoyo durante este proceso.

# Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	ii
<b>Capítulo 1</b>	
<b>Marco conceptual</b>	1
1.1 Antecedentes del problema	1
1.2 Importancia del problema	6
1.3 Planteamiento del problema	7
1.4 Alcances y límites del problema	7
1.4.1 Ámbito geográfico	7
1.4.2 Ámbito institucional	7
1.4.3 Ámbito Personal	7
1.4.4 Ámbito temporal	7
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Marco teórico</b>	8
2.1 Embarazo	8
2.1.1 Fisiología del embarazo	8
2.2 Atención Prenatal	12
2.2.1 Controles prenatales según Normas de Atención Integral	13
2.2.2 Exámenes a realizar en cada trimestre del embarazo	15
2.2.3 Examen físico durante el control prenatal	22
2.2.4 Exámenes de laboratorio según Normas de Atención Integral	30
2.2.5 Evaluación Nutricional de la embarazada	31
2.2.5.1 Evaluación Nutricional en la atención prenatal durante el primer trimestre de embarazo y seguimiento	31
2.2.5.2 Evaluación nutricional después de las 12 semanas de embarazo	32
2.2.6 Suplementación con micronutrientes	33

2.2.2.7	Signos y síntomas de peligro durante el embarazo	34
2.2.8	Inmunización durante el embarazo	35
2.2.8.1	Vacunación con Toxoide en embarazadas	36
2.3	Parto	36
2.3.1	Tipos de partos	37
2.3.2	Causas del inicio de trabajo de parto	41
2.3.3	Puerperio	43
2.4	Maternidad	44
2.4.1	Ley de Maternidad Saludable	45
2.5	Comadrona	46
2.6	Factores	47
2.6.1	Factores personales	47
2.6.2	Factor cultural	49
2.6.3	Factor social	50
2.6.4	Factor educativo	51
2.6.5	Factor económico	51
2.6.6	Factor institucional	52
2.7	Acceso a los servicios de salud	53
2.8	Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger	54
2.9	Municipio de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango	57
2.10	Centro de Salud de Santa Cruz Barillas	58
2.10.1	Visión	60
2.10.2	Misión	60
2.11	Hospital Distrital Santa Cruz Barillas, Huehuetenango	60
2.11.1	Visión	61
2.11.2	Misión	62
2.11.3	Cartera de Servicios	62
2.11.4	Servicios que ofrece el Hospital de Barillas en el parto	63

2.12	Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas	63
2.13	Aplicación de la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger	64

### **Capítulo 3**

#### **Marco Metodológico**

3.1	Objetivos	66
3.1.1	Objetivo general	66
3.1.2	Objetivos específicos	66
3.2	Variable y su operacionalización	67
3.3	Población y muestra	71
3.3.1	Población	71
3.3.2	Muestra	72
3.4	Sujetos de estudio	72
3.5	Instrumento	72
3.6	Criterios de inclusión y exclusión	73
3.6.1.	Criterios de inclusión	73
3.6.2	Criterios de exclusión	73
3.7	Diseño de la investigación	73
3.8	Análisis estadístico	74
3.9	Aspectos ético legales	74

### **Capítulo 4**

<b>Análisis y presentación de Resultados</b>	76
----------------------------------------------	----

Conclusiones	102
Recomendaciones	103
Referencias bibliográficas	104
<b>Anexos</b>	109

## **Listado de tablas**

Tabla 1 Exámenes de laboratorio según Normas de Atención	29
Tabla 2 Ganancia de peso mínimo esperado en embarazadas utilizando circunferencia de brazo, medida en el primer trimestre	31
Tabla 3 Incremento de peso recomendado durante el embarazo	33
Tabla 4 Suplementación a embarazadas	34
Tabla 5 Signos y síntomas de peligro durante el embarazo	34
Tabla 6 Esquema convencional, vacuna de Toxoide y Difteria (Td)	36
Tabla 7 Variable y su operacionalización	67
Tabla 8 Edad	77
Tabla 9 Escolaridad	78
Tabla 10 Estado civil	79
Tabla 11 Comunidad lingüística	80
Tabla 12 Religión	81
Tabla 13 Durante su embarazo recibió algún control prenatal	82
Tabla 14 Le han atendido en su propio idioma	83
Tabla 15 Tiempo de espera	84
Tabla 16 Como califica la atención recibida	85
Tabla 17 Conocimiento sobre la Atención de partos en el Hospital de Barillas	86
Tabla 18 Quien atendió el parto	87
Tabla 19 Tuvo la oportunidad de elegir donde tendría su parto	88
Tabla 20 Quien tomó la decisión de buscar a la persona que atendería su parto	89
Tabla 21 Quienes le animaron a que su parto fuera en el domicilio	90
Tabla 22 En su parto eligió la posición que adoptaría	91
Tabla 23 Quien le acompañó durante el parto	92
Tabla 24 Ha escuchado sobre los servicios de atención de partos que brinda el Hospital de Barillas	93

Tabla 25 Conoce algunas de las complicaciones que se dan en el parto	94
Tabla 26 Quienes colaboraron con los gastos al momento del parto	95
Tabla 27 Su esposo tenía trabajo fijo al momento del parto	96
Tabla 28 Quienes manejan el dinero en el hogar	97
Tabla 29 Contaba con algún ahorro para una emergencia	98
Tabla 30 El camino al servicio de salud es de	99
Tabla 31 Tiempo que le lleva para llegar al servicio de salud	100
Tabla 32 Para llegar al servicio de salud lo hace a través de.	101

## **Resumen**

El estudio titulado “Factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam del Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango”, el objetivo de la investigación es describir los factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional, se aprecia que hay factores que tienen relación con la aceptación de parto institucional que por ende puede llegar a provocar una muerte materna, siendo Huehuetenango uno de los principales departamentos del país en tener una alta tasa de mortalidad materna.

En el Capítulo 1 marco conceptual, se aprecia los antecedentes del problema a investigar, con estudios que anteriormente se habían realizado con el mismo tema, así mismo la importancia del problema, el planteamiento del problema donde se da a conocer el tema que se va a investigar, donde se va a realizar y el tiempo que se utilizará para la realización del estudio. Para avanzar en el estudio es necesario abordar la problemática, a través del capítulo 2 marco teórico, donde se permite describir la panorámica de la situación, se establece la fundamentación científica del estudio, se desarrollan varios temas que dan relevancia al tema de investigación citando autores de fuentes confiables.

En el capítulo 3 marco metodológico, se aprecia los objetivos, las variables, la población y muestra que se utilizara, los sujetos de estudio, el instrumento que se utilizara durante la investigación, los criterios de inclusión y exclusión, el diseño de la investigación y los aspectos ético legales que respaldan la investigación. En capítulo 4, establece el análisis y presentación de resultados en donde se encuentra la interpretación de la entrevista realizada al sujeto de estudio, se da a conocer los resultados obtenidos durante la investigación. Al final se presentan las conclusiones y recomendaciones de la investigación.



## **Introducción**

La poca aceptación del parto institucional en una población con porcentajes altos de fecundidad y embarazos, fomenta la necesidad de indagar cuáles son las motivaciones y razones para no aprovechar un recurso gratuito que oferta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y la aceptación de este recurso por parte de las mujeres, sus familias y la comunidad. La mayoría de los embarazos en el país, especialmente dentro del área rural, son atendidos en el domicilio de la embarazada o de la comadrona, confirmando que una minoría de los nacimientos son atendidos por los servicios nacionales de salud y clínicas privadas.

Según datos estadísticos del Hospital Distrital de Santa Cruz Barillas, en el 2018 se reportaron 2,409 nacimientos, de los cuales 468 fueron atendidos en el Hospital por personal institucional; 170 atendidos en clínicas privadas y 1,654 fueron atendidos en el domicilio por comadronas tradicionales, indicando que la mayoría de estos son atendidos de manera domiciliar y no institucional a pesar de contar con este recurso.

Los hallazgos indican que factores educativos tales como el analfabetismo y la baja escolaridad influyen en la mujer y familia en la toma de decisiones, así como los recursos económicos impiden que la mujer pueda tener acceso a una institución de salud, el conjunto de costumbres y tradiciones transmitidos de una generación a otra son arraigados en la mujer por lo que se considera “normal” un parto domiciliario, arriesgando a presentar alguna complicación, durante el parto y después del parto.

El nivel de educación de las mujeres indígenas ha sido inferior a la de los hombres, son triplemente excluidas, dándole prioridad al trabajo doméstico, siendo influencia en la decisión de tener un parto domiciliario y no institucional.

De esta manera el parto domiciliario representa ventajas económicas, ya que la comadrona no impone una tarifa, sino es voluntario lo que se le da. En las comunidades lejanas y de difícil acceso, es más económico que los partos sean en casa.

# Capítulo 1

## Marco conceptual

### 1.1 Antecedentes del problema

La Encuesta Oficial Nacional de Salud Materno Infantil (ESMI) 2008-2009 (2011), menciona que la mayoría de los embarazos en el país son atendidos en el domicilio de la embarazada o de la comadrona, cifra que algunos departamentos, con mayoría población indígena, alcanzó un alto porcentaje, confirmando que una minoría de los nacimientos son atendidos por los servicios estatales de salud y clínicas privadas.

Según el Programa de Salud Reproductiva, en un comunicado del 2017 menciona que las comadronas en Guatemala atienden un promedio de 42.2 por ciento del total de partos a nivel nacional, sin embargo existen departamentos como Sololá, Totonicapán, Quiché y Huehuetenango donde este porcentaje se eleva a más del 70 por ciento, debido a que las comadronas poseen un gran valor en la comunidad, su rol va más allá del la atención del proceso del embarazo y parto, ellas son consultoras en todos los aspectos de salud y tienen un reconocimiento de la población por su dedicación en el trabajo, pues desarrollan un trato humano con sus pacientes de esta manera haciendo valer la pertinencia cultural.

Es hasta en estos últimos años que las autoridades superiores del Ministerio deciden fortalecer la iniciativa de salud para pueblos indígenas, creándose a través del Acuerdo Ministerial No. 1632-2009 en noviembre de 2009, la Unidad de Atención de la Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala; esta Unidad de apoyo político depende directamente del despacho Ministerial y se encarga de dar las directrices, a todos los niveles del MSPAS, de la política pública para la salud de pueblos indígenas en el país.

Los factores personales como la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de “no unida”, el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural tienen

relación a la hora de tomar la decisión de donde será el parto, además siendo la práctica más frecuente el parto domiciliario.

La poca accesibilidad, la atención del parto por personal masculino, la falta de atención del personal de salud a las pacientes posterior al parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto, el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto son factores que influyen en la toma de decisión de poder acudir a un parto institucional.

El conjunto de valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupo o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra son arraigados en la mujer por lo que se considera “normal” un parto domiciliario. Los factores educativos como el analfabetismo y la baja escolaridad influyen en la mujer y familia en la toma de decisiones, así como los recursos económicos impiden que la mujer pueda tener acceso a una institución de salud.

Factores como el inicio tardío de control prenatal, el inadecuado número de controles, la impuntualidad en la atención recibida, la falta de visitas domiciliarias y el tipo de personal de salud que tiene a su cargo la atención prenatal influyen en la mujer en la toma de decisiones hacia un parto domiciliario.

En el año 2018, según datos estadísticos del Hospital Distrital de Santa Cruz Barillas, se reportaron 2409 nacimientos, de los cuales 468 fueron atendidos en el Hospital por personal institucional; 170 atendidos en clínicas privadas y 1,654 fueron atendidos en el domicilio por comadronas tradicionales. En el Barrio Kambalam perteneciente al municipio de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, posee una población de 6,999 habitantes, 2,714 mujeres en edad fértil, actualmente se encuentran 78 mujeres embarazadas que participan activamente en el control prenatal, el 80% de ellas refiere que su parto será en su domicilio, atendido por comadrona, a

pesar de que en el municipio se cuenta con un Hospital Distrital que posee el equipo y material médico - quirúrgico necesario para la atención de parto eutócico simple y distócico, entre ellas las cesáreas. La atención del parto institucional en el Hospital Distrital cuenta con un ambiente adecuado, personal capacitado y calificado para la atención del parto y post parto y con los recursos necesarios para cualquier emergencia que pueda presentarse.

A nivel internacional encontramos la investigación de Ledesma, E. y Montenegro, C. (2012) titulada “Factores que influyen en la cobertura de atención de parto institucional”, realizada en Provincia de Carchi, México, con el objetivo de identificar los factores que influyen en la cobertura de la atención de parto institucional en el Hospital Básico de San Gabriel en mujeres que durante su periodo de gestación acudieron a los controles prenatales en la unidad operativa del área 2 de la Provincia de Carchi durante el periodo enero a noviembre 2011, en donde el instrumento que se utilizó fue una encuesta con preguntas cerradas, con un tipo de estudio descriptivo, retrospectivo y bibliográfico.

Se obtuvo que en las Unidades Operativas Rurales se atendieron 237 mujeres en control prenatal de las cuales 7 acudieron al momento del parto al Hospital Básico de San Gabriel correspondiendo al 2.43 %, cifra que alarma y requiere de soluciones que contribuyan a mejorar la aceptabilidad y confianza a esta Institución.

Chávez, N. (2006) en la investigación que realizó para optar el título de Especialidad en Interculturalidad y Salud sobre “Factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en mujeres gestantes con control prenatal en el centro de salud Pucarani”, en la Paz Bolivia, su objetivo es determinar cuáles son los factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en mujeres gestantes, utilizando como instrumento una entrevista a mujeres embarazadas y al partero, el estudio tuvo un enfoque cualitativo, centrandose su atención en la recolección de datos sin una medición numérica, en la investigación se pudo identificar en las mujeres de Pucarani la existencia de actitudes y percepciones de carácter cultural, diferenciadas sustancialmente de las prácticas convencionales del parto, las cuales están relacionadas con en el

sistema de la cosmovisión andina, especialmente en las mujeres en estado de gestación respecto al parto.

De esta misma manera de forma internacional, Tarqui, C. Barreda, A. (2005) en la investigación que realizó sobre “Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria, Callao Perú” con el objetivo de identificar los factores de riesgo personales e institucionales asociados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar del parto, el sujeto de estudio fueron 75 mujeres en edad fértil cuyo parto fue atendido en su domicilio, utilizando como instrumento una entrevista con tres secciones con preguntas abiertas, con un enfoque cuantitativo porque los datos que se obtuvieron fueron con cantidades numéricas, se demostró que existe una asociación muy significativa de diversos factores de riesgos que impiden la atención del parto con personal calificado.

Concluyendo que este es un problema que afecta a la población en general debido a que aumentan los casos de mortalidad materna, se estima que, por cada 100,000 nacidos vivos, 185 mujeres peruanas pierden la vida por una causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio.

A nivel nacional López, C. (2014), en la investigación que realizó para optar el título de Licenciado en Enfermería sobre “Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional” de abril a junio del año 2014, estudio realizado en el cantón de San Luis Sibila, municipio de Santa Lucía la Reforma, Totonicapán, Guatemala. En donde el objetivo de estudio fue describir los factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional, los sujetos de estudio fueron mujeres que resolvieron su parto en el segundo semestre 2013 a febrero 2014, el estudio se llevó a cabo a través de una encuesta, fue administrada y traducida al idioma de los participantes si era necesario, con una investigación descriptiva, retrospectiva, de las mujeres encuestadas el 85% han sido atendidas en su domicilio por una comadrona.

En cuanto a los factores que intervienen en la no aceptación del parto institucional, se concluye en los siguientes: factores educativos, factores sociales, factores económicos, factores geográficos, factores culturales y factores institucionales.

Ortiz, S. (2014) en la investigación que realizó para optar el título de Licenciado en Enfermería sobre “Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional” estudio realizado en la Aldea Guineales, Santa Catarina Ixtahuacán, Departamento de Sololá, Guatemala, el objetivo fue determinar los factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional, con madres, comadronas, personal de salud del Centro de Atención Permanente utilizando un instrumento de grupos focales, tomó un total de 8 a 10 mujeres por comunidad que se estudió.

El estudio con enfoque cualitativo, las mujeres tienen una gran confianza y seguridad de que la comadrona de su comunidad atienda su parto en casa, esto debido a que tienen una estrecha relación con ella desde la infancia, como conclusión se determina que la preferencia de las mujeres es que el alumbramiento sea en casa, por su cultura, tradiciones y creencias.

García. B. (2014) en la investigación que realizó para optar el título de Master en Enfermería Materno Neonatal sobre “Factores que intervienen para la atención del parto institucional” estudio realizado en la jurisdicción del municipio de Sanarate, departamento de El Progreso, Guatemala, el objetivo fue identificar y describir los factores pre definidos que inciden en la embarazada, para la búsqueda de la atención del parto institucional, en el centro de atención permanente del municipio antes mencionado, en donde se utilizó un cuestionario tipo Likert con 6 preguntas relacionadas con las características socio demográficas del grupo y un total de 20 ítems.

Con enfoque descriptivo, en donde se pudo identificar que el factor que más interviene es el económico debido a que hay personas que no cuentan con disponibilidad económica para el traslado al servicio de salud.

Según Leininger. M. (1974). En su modelo de enfermería se basó en la disciplina de antropología y enfermería, definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, con el propósito de concebir un saber

científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura. La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales. Leininger, declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería y se basan en la cultura y se relaciona con el presente estudio porque permitirán describir los factores que intervienen en la decisión de la embarazada sobre la atención del parto.

## **1.2 Importancia del problema**

Según el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030), la agenda mundial está ampliando su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los bebés no solo sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurrieran) sino también que se desarrollen y alcancen su potencial de salud y vida. Expresando la importancia de promover el parto institucional para lograr cumplir este objetivo.

La investigación se considera importante porque permitirá comprender la magnitud de la problemática que ha generado la atención del parto en el domicilio, que en ocasiones presenta casos de mortalidad materna en el país, en especial en el Municipio Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, según datos de SIGSA del Distrito de Salud durante el año 2018, se reportaron once muertes maternas, de las cuales ocho fueron en el domicilio de la embarazada, afectando principalmente a las familias de las áreas rurales. A pesar de existir un Hospital Distrital, el 80% de las mujeres embarazadas del Barrio Kambalam del municipio de Santa Cruz Barillas prefieren ser atendidas en su domicilio por comadrona, aumentando de esta manera la probabilidad de muerte materna y muerte neonatal.

El presente estudio aplica el modelo de Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger, donde la atención a los usuarios con una diversidad y universalidad se debe tratar a los pacientes con pertinencia cultural, respetando todas sus creencias y así poder brindar una mejor atención, con

calidad y creando confianza con el personal de los servicios de salud, efectuando que se mejore la atención del parto institucional.

### **1.3 Planteamiento del Problema**

¿Cuáles son los factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango?

### **1.4 Alcances y Limites del Problema**

#### **1.4.1 Ámbito Geográfico**

Los sectores del Barrio Kambalam del municipio de Santa Cruz Barillas, departamento de Huehuetenango.

#### **1.4.2 Ámbito Institucional**

Centro de Salud del municipio de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango

#### **1.4.3 Ámbito Personal**

Mujeres que resolvieron su parto en el domicilio en el primer semestre 2019, Barrio Kambalam, del Municipio de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango

#### **1.4.4 Ámbito Temporal**

De mayo a octubre de 2019



## **Capítulo 2**

### **Marco teórico**

#### **2.1 Embarazo**

Según García, B. (2014), define el embarazo o gravidez como el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses).

El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico).

##### **2.1.1 Fisiología del embarazo**

Brown, L. (2016), indica que los cambios fisiológicos que ocurren en la mujer durante el embarazo son los siguientes,

- Cardiovascular

El aumento del gasto cardíaco durante el embarazo se debe principalmente a las demandas de la circulación uteroplacentaria; el volumen de esta circulación aumenta de manera muy marcada, y la circulación dentro del espacio intervelloso actúa casi como una derivación arteriovenosa. A medida que la placenta y el feto se desarrollan, el flujo del útero debe aumentar en el momento del parto. El incremento de las necesidades de la piel (para regular la temperatura) y los riñones

(para excretar los desechos fetales) es responsable de parte del aumento del gasto cardíaco. Durante el segundo trimestre, en general la tensión arterial cae, aunque el gasto cardíaco y los niveles de renina y angiotensina aumentan, porque la circulación uteroplacentaria se expande (el espacio intervilloso placentario se desarrolla) y la resistencia vascular sistémica se reduce. La resistencia disminuye porque la viscosidad y la sensibilidad de la angiotensina se reducen. Durante el tercer trimestre, la tensión arterial puede regresar a la normal.

- Hematológico

El volumen total de sangre aumenta proporcionalmente con el gasto cardíaco, pero el incremento en el volumen plasmático es mayor (cerca del 50%, en general unos 1.600 mL para un total de 5.200 mL) que el de la masa de glóbulos rojos (un 25%); por lo tanto, la hemoglobina disminuye por dilución, alrededor de 13,3 a 12,1 g/dL. El recuento de blancos aumenta un poco de 9.000 a 12.000/ $\mu$ L. Durante el trabajo de parto y en los primeros días del posparto, se produce una leucocitosis marcada ( $\geq 20.000/\mu$ L). Los requerimientos de hierro aumentan un total de 1 g durante todo el embarazo y son mayores en la segunda mitad de éste (6 a 7 mg/día). El feto y la placenta utilizan unos 300 mg de hierro, y el aumento de la masa de eritrocitos maternos requiere unos 500 mg adicionales.

- Aparato urinario

Los cambios posturales afectan la función renal más durante el embarazo que en cualquier otro momento; la posición supina aumenta más la función renal, y las posiciones de pie disminuyen más la función renal. La función renal también aumenta marcadamente en la posición lateral, particularmente al acostarse del lado izquierdo; esta posición alivia la presión del útero agrandado sobre los grandes vasos cuando la mujer se acuesta. El aumento posicional de la función renal es una de las razones por las que la mujer embarazada necesita orinar con frecuencia cuando se acuesta para dormir.

- Respiratorio

En parte, la función pulmonar cambia porque la progesterona aumenta y en parte, porque el útero agrandado interfiere con la expansión pulmonar. La progesterona estimula al cerebro para disminuir los niveles de CO<sub>2</sub>. Para reducir los niveles de CO<sub>2</sub>, el volumen corriente, el volumen minuto y la frecuencia respiratoria aumentan, con lo que se incrementa el pH plasmático. El consumo de O<sub>2</sub> se eleva un 20% para satisfacer el aumento de las necesidades metabólicas del feto, la placenta y varios órganos maternos. Las reservas inspiratoria y espiratoria, el volumen residual y la capacidad vital y la Pco<sub>2</sub> plasmática disminuyen. La capacidad vital y la Po<sub>2</sub> plasmática no cambian. La circunferencia torácica aumenta unos 10 cm.

Se produce una hiperemia considerable y edema del tracto respiratorio. A veces se produce una obstrucción nasofaríngea sintomática y congestión nasal, las trompas de Eustaquio se bloquean transitoriamente y el tono y la calidad de la voz cambian. Una disnea leve durante el ejercicio es común, y las respiraciones profundas son más frecuentes.

- Aparato digestivo y hepatobiliar

A medida que el embarazo progresa, la presión del útero agrandado sobre el recto y la porción baja del colon puede provocar estreñimiento. La motilidad gastrointestinal disminuye porque la elevación en los niveles de progesterona relaja el músculo liso. La pirosis y los eructos son comunes, posiblemente producto del retraso en el vaciado gástrico y el reflujo gastroesofágico por relajación del esfínter esofágico inferior y del hiato diafragmático. La producción de HCl disminuye; de esta forma, la úlcera gástrica es poco común durante el embarazo, y las úlceras preexistentes a menudo se vuelven menos graves.

La incidencia de trastornos vesiculares aumenta un poco. El embarazo afecta sutilmente la función hepática, en especial el transporte de bilis. Los valores de los estudios de función hepática de rutina son normales, excepto los niveles de fosfatasa alcalina, que aumenta progresivamente durante el tercer trimestre y puede ser 2 o 3 veces el normal en el momento del

parto; el incremento se debe a la producción placentaria de esta enzima más que a una disfunción hepática.

- Endocrino

El embarazo altera la función de la mayoría de las glándulas endocrinas, en parte porque la placenta produce hormonas y, además, porque la mayoría de las hormonas circulan unidas a proteínas y la unión a proteínas aumenta durante el embarazo.

La placenta también produce la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG), una hormona trófica que, como las hormonas foliculoestimulante y luteinizante, mantiene el cuerpo lúteo y por lo tanto evita la ovulación. Los niveles de estrógeno y progesterona aumentan temprano durante el embarazo debido a que la beta-hCG estimula los ovarios para que las produzca en forma continua. Después de las 9 o 10 semanas de edad gestacional, la placenta propiamente dicha produce grandes cantidades de estrógenos y progesterona para mantener el embarazo.

La placenta produce una hormona (similar a la hormona tiro-estimulante) que estimula la tiroides y provoca hiperplasia, aumento de la vascularización y un moderado agrandamiento. Los estrógenos estimulan a los hepatocitos y aumenta los niveles de globulinas de unión de las hormonas tiroideas; así, aunque los niveles totales de tiroxina pueden aumentar, los de las hormonas tiroideas libres permanecen normales. Los efectos de la hormona tiroidea tienden a aumentar y pueden imitar un hipertiroidismo, con taquicardia, palpitaciones, sudoración excesiva e inestabilidad emocional. Sin embargo, el hipertiroidismo verdadero sólo se produce en el 0,08% de los embarazos.

La placenta produce hormona liberadora de corticotropina (CRH), que estimula la producción materna de ACTH. Esto aumenta los niveles de hormonas suprarrenales, en especial de aldosterona y cortisol, lo que contribuye con el edema. El incremento en la producción de corticosteroides y la elevada producción placentaria de progesterona producen resistencia a la

insulina y un aumento de la necesidad de insulina, al igual que el estrés del embarazo y, posiblemente, el aumento en los niveles de la hormona lactógeno placentaria humana. La insulinas, producida por la placenta, también puede aumentar los requerimientos de insulina; por eso muchas mujeres con diabetes gestacional desarrollan formas más floridas de diabetes, también produce hormona melanocito estimulante (MSH), que aumenta la pigmentación cutánea tardía en el embarazo.

La glándula hipófisis se agranda un 135% durante el embarazo. Los niveles maternos de prolactina aumentan 10 veces. El incremento de la prolactina se asocia con un aumento de la producción de hormona liberadora de tirotrópina, estimulada por los estrógenos. La función primaria del aumento de la prolactina es asegurar la lactancia. Los niveles vuelven a la normal en el posparto, aunque la mujer esté amamantando.

- Dermatológica

El aumento de los niveles de estrógenos y progesterona contribuyen con los cambios de pigmentación, aunque la patogenia exacta se desconoce. Estos cambios incluyen: melasma (cloasma, máscara del embarazo), que es la pigmentación marrón en forma de manchas en la frente y las eminencias malares, el oscurecimiento de las areolas mamarias, las axilas y los genitales, línea negra que es una línea oscura que desciende en la línea media del abdomen. En general, el melasma debido al embarazo retrograda dentro del año.

Aumenta la incidencia de los angiomas aracniformes (telangiectasias aracnoideas), en general solo encima de la cintura, y de capilares dilatados de paredes delgadas, en especial en las piernas.

## **2.2 Atención Prenatal**

Según las Normas de Atención Integral (2018). Define que es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación, para asegurar un embarazo

saludable, que incluye controles prenatales, en los cuales se pueden identificar oportunamente complicaciones obstétricas.

### 2.2.1 Controles prenatales según Normas de Atención Integral

- Primera cita

Antes de las 12 semanas de gestación. Durante esta cita se debe realizar la recopilación de todos los datos de la paciente, se identifican y evalúan signos y síntomas de peligro, antecedentes gineco/obstétricos, como fecha de última regla, número de gestas, partos, abortos, abortos consecutivos, LIU, nacidos vivos, nacidos muertos, hijos vivos, hijos muertos, cesáreas, embarazos múltiples, fecha de último parto, número de niños nacidos antes de los 8 meses, si hubo preeclampsia en el embarazo anterior, si el último recién nacido peso menos de 5 libras y media o si peso más de 7 libras con 12 onzas, si se realizó Papanicolaou o IVAA y si utilizó algún método de planificación familiar.

Antecedentes médicos, si ha padecido de asma bronquial, hipertensión arterial, cáncer, ITS, chagas, diabetes, cardiopatía, tuberculosis, neuropatía, infecciones urinarias, si toma algún tipo de medicamento, si sufre de trastornos psico-sociales, violencia intrafamiliar, violencia basada en género, si tiene hábitos de fumar, ingerir bebidas alcohólicas, consumo de drogas, antecedentes de vacuna de TD y SR.

Se realiza examen físico de la embarazada, en donde se estima la fecha probable de parto (FPP), se realiza circunferencia media del brazo (CMB), para evaluar estado nutricional, se evalúan signos vitales, tales como presión arterial, temperatura corporal, peso, talla, respiraciones, frecuencia cardíaca materna, se hace examen general, evaluando estado general, palidez palmar, conjuntivas, uñas, examen buco dental, se realiza examen ginecológico evaluando presencia de trazas de sangre o manchado, verrugas, herpes, papilomas, úlceras y presencia de flujo vaginal.

Se hace solicitud de exámenes de laboratorio según normas de atención integral en salud, se hace entregas de ácido fólico y sulfato ferroso, se brinda consejería sobre alimentación durante el embarazo, señales de peligro en el embarazo, consejería pre/post de prueba de VIH, se elabora plan de parto, plan de emergencia familiar y se le da a conocer los cambios físicos que sufrirá su cuerpo durante esta etapa del embarazo. Se realiza llenado de ficha de vigilancia de la embarazada, en donde se clasifican si existen antecedentes obstétricos, antecedentes del embarazo actual e historia clínica general, de haber un hallazgo encontrado se realiza referencia a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive.

- Segunda cita

Se realiza alrededor de las 26 semanas de gestación, durante este periodo la embarazada observará un aumento de secreción vaginal, disminuirán los vómitos, aumentará la energía, empezará a sentir los primeros movimientos fetales, durante la consulta se evalúan signos vitales, verificando si existe algún cambio significativo en cuento a los valores anteriores de la primera cita, se realiza examen obstétrico, haciendo medición de altura uterina, presencia de movimientos fetales, frecuencia cardiaca fetal (FCF), se evalúa ganancia de peso y se estima estado nutricional, se dejan exámenes de laboratorio según la normativa, se brinda consejería según hallazgos encontrados.

- Tercera cita

Se realiza alrededor de las 32 semanas de gestación. Durante esta cita se evalúan signos de peligro, como edema generalizado, visión borrosa, cefaleas, se hace valoración de signos vitales, ganancia de peso, se realiza examen general y obstétrico, se dejan exámenes de laboratorio según normativa, se hace entrega de ácido fólico y sulfato ferroso, se brinda consejería haciendo énfasis en parto institucional.

- Cuarta cita

Se debe de realizar entre las 36-38 semanas de gestación, durante esta cita se realiza examen físico general, obstétrico, se realizan maniobras de Leopold para determinar presentación fetal, lo cual ayudará a determinar si podrá ser un parto eutócico simple, durante esta cita se brinda consejería haciendo énfasis en lactancia materna exclusiva, métodos de planificación familiar, importancia del control postparto, vacunación y cuidados del recién nacido, a partir de estas semanas se brinda seguimiento a cada 15 días, hasta la fecha del parto.

En adolescentes de 10-19 años se debe citar cada 30 días a partir de su primera atención prenatal hasta la semana 38, luego se cita a cada 15 días hasta el parto.

## 2.2.2 Exámenes a realizar en cada trimestre del embarazo

### Primer trimestre

Básicamente las pruebas que se realizan durante el primer trimestre de la gestación son:

- Analítica del primer trimestre
- Ecografía de primer trimestre
- Test EBA

La primera ecografía se realiza hacia la segunda falta menstrual (8 a 10 semanas). En estas primeras semanas suele efectuarse el estudio ecográfico por vía transvaginal, lo que mejora significativamente la resolución y calidad de las imágenes ecográficas obtenidas.

Durante las primeras semanas de embarazo la ecografía permite:

- Asegurar el diagnóstico de gestación
- Averiguar si la gestación es evolutiva.



- Precisar la localización intrauterina correcta de la gestación.
- Calcular las semanas de gestación (si se corresponden con la fecha de la última menstruación).
- Conocer el número de embriones viables.
- Averiguar si existe alguna patología ginecológica asociada (quistes ováricos, miomas, etc.).

Leukemia & Lymphoma Society. (2012). También se solicita un análisis básico de sangre que incluye la determinación del estado inmunológico de todas aquellas infecciones que pueden transmitirse al feto a través de la placenta, así como un análisis de orina. En esta primera analítica del embarazo se suelen realizar las siguientes determinaciones:

- Grupo sanguíneo y factor Rh: Interesa para conocer si se es Rh – (negativo) y en tal caso poder prevenir los problemas de incompatibilidad, así como para posibles transfusiones, etc. Si se conoce ya, por haberse realizado con anterioridad en un laboratorio de garantía, puede omitirse.
- Hemoglobina y hematocrito. Permite valorar si se padece anemia, y en su caso de qué tipo, así como conocer si el número y morfología de los glóbulos blancos y plaquetas es normal, con el fin de descartar procesos infecciosos, inmunológicos o incluso hematológicos.
- Pruebas de coagulación. La coagulación de la sangre es un proceso complejo y para explorarlo hay que hacer una “batería de pruebas” que permiten descartar cualquier anomalía en alguna de las etapas del proceso. Con ello se pretende conocer si hay algún trastorno de la coagulación que podría producir hemorragias en el momento del parto o incluso durante el embarazo.

- Glicemia. Es la valoración del nivel de glucosa (azúcar) en la sangre. Una persona puede ser diabética sin presentar síntomas durante años. Durante el embarazo puede potenciarse la posible aparición de una diabetes, que suele revertir después del embarazo.
- Serología luética. Normalmente se hace una sola prueba llamada RPR o VDRL que descarta la presencia de anticuerpos de sífilis. En caso positivo tendrá que verificarse el resultado con otras pruebas y de confirmarse, la mujer debe tratarse, pues la enfermedad puede afectar gravemente al niño.
- Serología de la toxoplasmosis. La toxoplasmosis es una infección parasitaria que el 85% de las personas adultas han padecido la mayoría de las veces de forma inadvertida. Si se padece la enfermedad por primera vez estando embarazada, se puede afectar gravemente el feto o puede producirse un aborto espontáneo. Con los análisis sabremos si se ha infectado recientemente (anticuerpos IgM positivos) y en tal caso tendría que medicarse enseguida, o bien la ha padecido hace un cierto tiempo (anticuerpos IgG altos e IgM negativos), en cuyo caso no hay peligro para el feto pues la enfermedad ya ha pasado.

En caso de duda puede que el médico solicite otros análisis: IgA, test de avidez, etc. Si resulta que no está inmunizada, es decir, no ha pasado la enfermedad y por tanto no tiene defensas frente a ella (anticuerpos IgG negativos), el médico le recomendará unas medidas profilácticas para minimizar el riesgo de infectarse durante el embarazo.

- VIH. Es posible que el médico solicite el permiso de la gestante para efectuarle una prueba de VIH (SIDA) aunque no tenga ningún factor de riesgo. Ello facilita enormemente el control epidemiológico de la enfermedad, además el diagnóstico precoz permite reducir drásticamente el riesgo de transmisión materno-fetal de la enfermedad mediante la administración de los tratamientos adecuados alrededor de la fecha probable del parto.

- Sedimento y cultivo de orina. Una prueba de orina se usa para medir los niveles de proteína, células sanguíneas y sustancias químicas que se pueden encontrar en la orina. Esta prueba puede proporcionar información sobre el funcionamiento de su cuerpo, y suele usarse para diagnosticar infecciones renales y de vejiga, entre otras enfermedades. Es el análisis de una muestra de orina, sirve para descartar cualquier posible infección, problema frecuente y que se acentúa en el embarazo.

## Segundo trimestre

Básicamente las pruebas que se realizan durante el segundo trimestre de la gestación son:

- Analítica del segundo trimestre
- Ecografía del segundo trimestre

En la analítica del segundo trimestre se suelen realizar las siguientes determinaciones:

- Hemograma. En esta analítica se controla de nuevo el número de glóbulos rojos y los valores de hemoglobina y hematocrito con el fin de controlar el grado de anemia que de forma fisiológica se produce en el embarazo, pero que de ser más acentuada de lo normal deberá medicarse (vitaminas, hierro, etc.), pues podría afectar al normal suministro de oxígeno al feto.
- Test de O'Sullivan. Consiste en la administración de una solución de 50 g de glucosa y la determinación de la glucemia al cabo de 60 minutos. No es necesario estar en ayunas. Esta prueba se realiza para descartar la posibilidad de una diabetes gestacional. En caso de sobrepasar el resultado los 140 mg/dl, el médico solicitará una curva de glucemia.
- Serología de toxoplasmosis. Si en la analítica de primer trimestre se constató la ausencia de anticuerpos frente a esta enfermedad se vuelve a repetir la determinación para descartar la posibilidad de haber contraído la enfermedad durante el embarazo.

- Sedimento de orina. También se repetirá, en algunos casos, el sedimento de orina para descartar cualquier infección urinaria.
- La ecografía del segundo trimestre se realiza sistemáticamente a todas las gestantes entre las 20-22 semanas de gestación y su objetivo principal es identificar las malformaciones fetales detectables ecográficamente. Se lleva a cabo en estas semanas de gestación porque el feto ya tiene un tamaño suficiente para poder ver sus órganos y porque, en el caso de diagnosticar una malformación muy grave, la gestante puede optar por una interrupción legal de la gestación, que es posible hacer antes de las 22 semanas.

Esta ecografía nos permite controlar:

- Medición de las estructuras fetales (biometría fetal)
- Malformaciones (prácticamente el 70% de las diagnosticables por ecografía)
- Sexo fetal
- Localización placentaria
- Valoración del volumen de líquido amniótico
- Movimientos fetales
- Doppler en arterias uterinas (incremento de riesgo para enfermedad hipertensiva de la gestación y crecimiento intrauterino restringido)
- Valoración de la longitud cervical (incremento de riesgo para parto pretérmino)

En esta exploración se hace un estudio minucioso de la anatomía fetal tanto externa como interna, y es recomendable que se efectúe por especialistas dedicados exclusivamente al diagnóstico prenatal ecográfico, con equipos de ecografía dotados de los últimos avances técnicos y en un centro de diagnóstico prenatal con posibilidad de practicar técnicas invasivas fetales.

A pesar de tener en cuenta todas estas premisas, hay una serie de circunstancias (obesidad, poco líquido amniótico, posición fetal, etc.) que pueden impedir detectar alguna malformación. Además, debe tenerse en cuenta que algunas malformaciones no son detectables en estas semanas de gestación o se producen en etapas más tardías

## Tercer trimestre

Básicamente las pruebas que se realizan durante el tercer trimestre de la gestación son:

- Analítica del tercer trimestre
- Control de la condición fetal
- Electrocardiograma (ECG)

Se suelen realizar las siguientes determinaciones:

Hemograma para valorar la presencia y grado de anemia.

Pruebas de coagulación en caso de estar alteradas pueden condicionar la imposibilidad de aplicar técnicas de anestesia regional (epidural) y un mayor riesgo de hemorragia en el momento del parto.

Sedimento de orina para descartar cualquier infección urinaria.

Para el control de la condición fetal se utilizan los siguientes procedimientos:

- Se evalúa la salud general del bebé
  - Se controla el crecimiento del feto
  - Se verifica la cantidad de líquido amniótico
  - Se determina la posición del feto
  - Se evalúa la placenta
  - Estimulación vibroacústica fetal (EVA). Es una prueba de bienestar fetal que valora las modificaciones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) tras la estimulación fetal mediante una laringe artificial.
- 
- Fluxometría Doppler permite la evaluación del flujo hemático que tiene lugar en un vaso determinado, mediante el Doppler pulsado. Habitualmente por este procedimiento es posible adelantarse en 2-3 semanas a los signos de peligro proporcionados por otras exploraciones.

Este examen es absolutamente indoloro e inofensivo, ya que se efectúa mediante una variante de la técnica ecográfica.

- **Cardiotocografía o prueba de “las correas”.** El registro continuo mediante cardiotocografía (CTG) electrónica de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y de la actividad uterina (contracciones y movimientos fetales), nos proporciona información sobre la llamada Reserva Respiratoria Fetal (RRF), es decir, la capacidad placentaria para el transporte de oxígeno desde la madre al niño, y el estado de los mecanismos de defensa del feto frente al “estrés”. Es un método diagnóstico simple, inofensivo y nada molesto.

Además, en algunos casos, dependiendo de las condiciones clínicas que se den en cada uno de los mismos, se podrán realizar otras pruebas complementarias como:

- **Amnioscopia.** Consiste en la observación del líquido amniótico, es decir, de las aguas que rodean al niño, por medio de un dispositivo óptico llamado amnioscopio. Suele realizarse cuando el embarazo ha llegado a término y se desea confirmar que su prolongación no es peligrosa para el feto.
- **Amniocentesis tardía.** Consiste en la extracción de una muestra de líquido amniótico (líquido contenido en la bolsa de las aguas en el que flota el feto) mediante la punción, con una aguja muy fina, de la pared abdominal de la madre. Esta técnica se practica en aquellos casos en que las otras pruebas sobre el control del bienestar fetal sean dudosas o no pueda efectuarse una amnioscopia.
- **Evaluación pélvica.** Al final del embarazo es importante confirmar que el cinturón óseo materno, a través del cual tiene que avanzar el feto durante el parto (pelvis) es de unas dimensiones adecuadas, especialmente si se trata de una mujer que va a dar a luz por primera vez.

### 2.2.3 Examen físico durante la atención prenatal

- Presión arterial

Rovati, L. (2013). Menciona que se debe tomar la presión arterial desde el primer momento para detectar posibles variaciones de los valores normales. La hipertensión, o tensión arterial elevada no suele presentar síntomas, por tanto, medirla periódicamente es la única forma de detectarla. Controlada a tiempo no debería presentar mayores complicaciones, en cambio, no controlada puede provocar graves problemas el embarazo como preeclampsia, producir un retraso del crecimiento, parto prematuro, desprendimiento de placenta, bajo peso en el bebé al nacer e incluso muerte fetal.

La presión arterial es la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias al circular hacia todas las partes del cuerpo. Las cifras de tensión normales son 120/80 mmHg, y se considera que existe hipertensión cuando las cifras de tensión arterial son iguales o superiores a 140/90 mmHg.

Lo ideal es que la mujer conozca sus valores habituales antes de quedarse embarazada, si es normal o tiene tendencia a tensión baja o alta. En el primer trimestre la tensión suele bajar ligeramente debido a los cambios fisiológicos que se producen en el embarazo, pues el sistema circulatorio debe acostumbrarse a un mayor volumen de sangre circulando por las venas. Pero más o menos a partir del cuarto mes la tensión va aumentando hasta llegar a alcanzar en el tercer trimestre las cifras que se tenían antes del embarazo.

En algunos casos la embarazada puede ser hipertensa desde antes del embarazo (hipertensión crónica), mientras que en otros casos se produce únicamente durante el embarazo, denominada hipertensión gestacional, provocada por alteraciones en el sistema circulatorio ocasionadas por el propio embarazo.

Existen ciertos factores relacionados al riesgo de desarrollar hipertensión en el embarazo como, por ejemplo:

Primer embarazo con edad elevada (mayor de 35 años)

- Haber sufrido hipertensión en embarazo previo
- Aumento excesivo de peso durante el embarazo (más de dos kilos al mes)
- Mujeres con enfermedades previas como obesidad y diabetes
- Embarazos múltiples

Iranzo, R., Marín, R., Pérez, M., Álvarez, R. (2011). La hipertensión arterial complica el 10% de las gestaciones y es una causa importante de morbimortalidad materna y fetal. La preeclampsia es una forma de hipertensión inducida por el embarazo, con etiopatogenia relacionada con la síntesis incrementada de proteínas anti angiogénicas y con expresividad clínica variable, que puede traducirse simplemente en hipertensión ligera y proteinuria, o alcanzar cuadros muy graves con trombopenia, anemia hemolítica, disfunción hepática, edema pulmonar y convulsiones (eclampsia).

En los casos más graves la hipertensión puede desarrollar preeclampsia en la embarazada (o hipertensión inducida por el embarazo), una afección que suele aparecer después de la semana 20 y podría traer serias consecuencias para la madre y el bebé, por tanto, es clave controlar permanentemente la tensión para detectarla a tiempo.

Puede causar una reducción grave del flujo sanguíneo que llega al feto impidiendo el suministro de sangre a ciertas áreas de la placenta. Si la placenta deja de funcionar puede poner al bebé en peligro y la madre también podría sufrir daños graves como problemas renales, hepáticos, y de coagulación de la sangre, entre otros.

Algunos síntomas de preeclampsia son: fuertes dolores de cabeza, edemas en manos, muñecas, cara y/o tobillos, aumento de peso repentino, vómitos, menor necesidad de orinar, latidos cardíacos rápidos.



- Temperatura corporal

Lara A. Friel (2017). La fiebre en el embarazo suele ser motivo de preocupación para la embarazada por el temor de que pudiera ocasionarle algún daño al feto en gestación, especialmente en los primeros meses de embarazo, el aumento de la temperatura corporal es un mecanismo de defensa del organismo, que pone en marcha un proceso para combatir los virus y las bacterias. Durante el primer trimestre, una temperatura superior a 39,5 °C aumenta el riesgo de:

- Aborto espontáneo
- Malformaciones del cerebro o de la médula espinal en el bebé

Es posible que, durante la gestación, sobretodo en cambios de estación o debido a una debilidad en sus defensas, la embarazada sufra algún episodio de gripe, un resfriado o un catarro.

La fiebre alta no afecta el desarrollo del bebé, se ha descartado incluso que en el primer trimestre de gestación produzca malformaciones o esté relacionada con el aborto espontáneo, pero lo que sí puede afectarlo es la causa que provoca ese aumento de temperatura.

Por tanto, es importante estar alerta a algunos síntomas para descartar que la fiebre sea producto de alguna complicación en el embarazo.

Ante cualquiera de estos síntomas, la embarazada debe acudir con urgencia al médico. Si no hay un motivo claro que los provoque, podría ser señal de enfermedades graves como algún tipo de infección o preeclampsia.

- Pulso y respiración

El pulso durante el embarazo puede cambiar, las mujeres embarazadas pueden tener mayor frecuencia del pulso en el embarazo. Puede variar entre 85 – 90 latidos por minuto, en ocasiones el número puede ascender a los 100 latidos por minuto.

La frecuencia cardíaca en el embarazo cambiará dependiendo de su frecuencia antes de estar embarazada, basándose también en el estado de salud, por eso se puede notar un incremento o no.

Los niveles muy altos o muy bajos en la gestación son una señal de una alteración en el estado de salud, ante esta situación será muy importante consultar con el médico de manera inmediata.

Existen diferentes razones por las cuáles el nivel del pulso cardíaco podrá incrementarse en la gestación, entre ellas encontramos el crecimiento del útero, del feto y de la placenta, lo que provocará una mayor demanda de sangre del corazón, el que trabajará más para satisfacer la demanda. El cuerpo también necesitará más sangre para nutrir al feto. En la gestación los cambios graduales que se provocan en el sistema circulatorio incrementarán la demanda de la sangre.

Los cambios hormonales también son un factor que provocan que se cambie el nivel de pulsos, en este caso las hormonas afectan el tono de los vasos sanguíneos.

La respiración es uno de los sistemas que se ven alterados durante el embarazo es el respiratorio. Debido a los cambios anatómicos, mecánicos y hormonales, el intercambio de gases se altera, provocando una disminución de la capacidad pulmonar.

- **Peso y talla**

El peso al inicio de la gestación, así como la ganancia de peso durante esta etapa, son factores que determinan el crecimiento fetal y el peso del recién nacido. El mal control del peso está asociado al desarrollo de bajo peso al nacer, restricción de crecimiento intrauterino y parto prematuro.

La ganancia de peso excesiva durante el embarazo puede provocar tener recién nacidos con macrosomía (exceso de tamaño que los hace más propensos a la obesidad), mientras que las mujeres que ganan poco peso dan a luz a niños con bajo peso. Por ello, el control de peso en el embarazo debe promover un estilo de vida saludable, e incluir,

- Ganancia de peso apropiada en el embarazo.
- Actividad física adecuada.
- Alimentación de acuerdo a los estándares específicos de cada madre.
- Complementación oportuna y apropiada de vitaminas y minerales.
- Evitar la ingestión de alcohol, tabaco y otras sustancias nocivas.

El peso al nacer es el parámetro más vinculado a la tendencia a enfermar o morir, crecimiento antropométrico (medición de sus dimensiones y cambios físicos de acuerdo con su edad y otros factores), y desarrollo mental posterior del recién nacido.

Determinar si la talla materna baja (<146 cm.) se asocia con mayor incidencia de cesárea en el primer parto. La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional y parto operatorio la causa radicaría en la relación directa entre talla e índice pélvico

- Altura uterina después de las 20 semanas de embarazo.

En general, se define como altura del fondo uterino a la distancia entre el pubis y la parte superior del útero, medida en centímetros. Después de las 20 semanas de embarazo, la altura del fondo uterino a menudo coincide con el número de semanas de embarazo. Por ejemplo, si se tiene 27 semanas de embarazo, se esperaría que la altura del fondo uterino fuera alrededor de 27 centímetros. Sin embargo, la medición de la altura del fondo uterino puede ser menos precisa si:

- Si sufres de sobrepeso
- Si se tiene antecedentes de fibromas
- Si el embarazo es de mellizos u otro embarazo múltiple

Si la altura del fondo uterino tiene una medida menor o mayor que la esperada (o aumenta más o menos rápidamente de lo esperado) podría indicar afecciones como las siguientes:

- Crecimiento fetal lento (restricción del crecimiento intrauterino)
  - Un bebé considerablemente más grande que el promedio (macrosomía fetal)
  - Muy poco líquido amniótico (oligohidramnios)
  - Demasiado líquido amniótico (polihidramnios)
- Fecha Probable de Parto (FPP)

Es la fecha estimada de conclusión del embarazo, la mayoría de las mujeres da a luz entre las semanas 38 y 42 de gestación, esta fecha probable es una idea aproximada de parto basada en una diferencia de cuarenta semanas desde el primer día de la última menstruación de la madre. También, puede ser calculada mediante ecografías. Debido a que los embarazos pueden variar en duración, gracias a una multiplicidad de factores que influyen en el organismo, la FPP puede no coincidir con el día del parto, pero permite estimar con detalles la evolución del bebé.

- Situación y presentación fetal de las 36 semanas en adelante

David. M. (2018). Menciona que alrededor de la semana 36, el bebé se coloca en una posición que suele ser la definitiva antes del parto. Puede pasar, sobre todo en mujeres que ya tuvieron hijos, que esta posición cambie días antes del parto, aunque esto es raro que ocurra.

La posición más común en la que se coloca el feto antes de nacer es de cabeza abajo con la coronilla encajada en la pelvis de la futura mamá y con su columna vertebral mirando hacia el abdomen de la madre. Esta posición se denomina cefálica o anterior y es la más conveniente para un parto vaginal ya que facilita la salida del bebé por el canal de parto. También, puede ocurrir que el bebé se coloque hacia abajo, pero con su columna vertebral apoyada sobre la madre, haciendo que, en vez de la coronilla, su frente o su cara queden en la pelvis. Esta posición se llama “posterior” y puede hacer que el parto sea más lento, ya que en esta posición el bebé le cuesta más descender por el canal de parto.

Aunque suele ocurrir en un porcentaje bajo de casos, otra de las posiciones en la que se puede colocar el bebé es “de nalgas” hacia el canal de parto. Cuando esto ocurre, según el caso, el obstetra puede tratar de acomodar al bebé. En la posición oblicua o transversal, también rara, sobre todo en primerizas, el bebé se encuentra acostado sobre su espalda o vientre, como acunado por la pelvis de la mamá y con su cabeza del lado izquierdo o derecho del abdomen materno, presentado hacia el canal de parto el hombro, el tronco o el brazo.

La posición del bebé puede ser uno de los factores para determinar un parto por cesárea, por eso, conviene hablar previamente con el médico sobre su postura al respecto, sobre la posibilidad de esperar a que el trabajo de parto se desencadene solo, aunque él bebe no se encuentre en la posición ideal para un parto vaginal, las posibilidades de que el bebé cambie de posición a último momento y, sobre todo acerca de que es lo más conveniente para la salud del bebé y de la mamá en cada caso.

- Monitoreo de frecuencia cardiaca fetal de las 20 semanas en adelante

El corazón fetal aparece a la sexta semana, se puede detectar su latido mediante una ecografía Doppler gestacional a partir de la décima semana. Se puede escuchar de dos maneras: la primera con la corneta de Pinard a partir de la vigésima semana de gestación y la segunda con un doppler obstétrico. El foco máximo de auscultación se encuentra hacia la cabeza y el dorso fetal. La frecuencia cardíaca fetal basal oscila entre 120 y 160 latidos por minuto; se habla de taquicardia fetal cuando ésta pasa de 160 y de bradicardia fetal cuando la frecuencia está por debajo de 120 latidos por minuto; estos cambios se relacionan con el estado anímico materno, la alimentación, la hipoxia fetal, los medicamentos.

- Movimientos fetales desde las 18 semanas en adelante en multíparas y de las 22 semanas en adelante en primigestas

Cuando el bebé se mueve o da patadas dentro del vientre materno se denomina movimientos fetales. Estos inician desde muy temprano en el embarazo, sin embargo, no son perceptibles para

la madre sino hasta la semana 20 de embarazo. En esta etapa, el bebé será lo suficientemente grande como para que la madre pueda sentir sus movimientos.

A partir de la semana 20, la madre es capaz de sentir los movimientos de su bebé, los cuales se hacen cada vez más notorios a medida que avanza el embarazo. Estos movimientos son un indicativo de bienestar fetal, sin embargo, es importante que sea acompañado con las citas de control prenatal, las cuales le darán a la madre una información más detallada de cómo va el embarazo.

## 2.2.4 Exámenes de laboratorio según Normas de Atención Integral, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Tabla#1

Primer control	Segunda atención prenatal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orina</li> <li>• Heces</li> <li>• Hematología</li> <li>• Glicemia en ayunas</li> <li>• Grupo y Rh</li> <li>• VDRL (análisis para detección de enfermedades venéreas) / RPR (prueba de reagin plasmática rápida para sífilis)</li> <li>• Ofertar prueba de VIH</li> <li>• Prueba rápida de Hepatitis B</li> <li>• Papanicolaou o Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)</li> <li>• De ser accesible se recomienda realizar TRCH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orina</li> <li>• Glicemia en ayunas</li> <li>• Ofertar prueba de VIH</li> <li>• VDRL/RPR</li> <li>• Hepatitis B</li> </ul>
	Tercera Atención Prenatal
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematología</li> <li>• Orina</li> <li>• Glicemia en ayunas</li> </ul>
	Cuarta Atención Prenatal

(toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes virus)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orina</li> <li>• Glicemia</li> <li>• Ofertar prueba de VIH</li> <li>• VDRL/RPR</li> <li>• Hepatitis B</li> </ul>
<p>A toda paciente con fiebre, en zona endémica de malaria o nexo epidemiológico familiar o comunitario, realizar gota gruesa. En zonas endémicas de Chagas realizar tamizaje.</p>	

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo Nivel. Guatemala 2010.

## 2.2.5 Evaluación Nutricional en la embarazada

Según las Normas de Atención de Salud Integral (2018). Menciona que es importante brindar consejería a las mujeres embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y de la actividad física necesaria durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo.

### 2.2.5.1 Evaluación nutricional en la atención prenatal durante el primer trimestre de embarazo y seguimiento

Pesar y registrar el dato de la embarazada, medir la circunferencia media del brazo para determinar estado nutricional, esta medida solo se hace durante el primer trimestre del embarazo, si la medida del CMB es igual o mayor a 23 cm, quiere decir que tiene un buen estado nutricional y las acciones posteriores se deben realizar de acuerdo con los parámetros de la columna A, en base a la tabla de ganancia de peso mínimo ganada durante el primer trimestre. Si la circunferencia media de brazo es menor a 23 cm, debe evaluarse con los parámetros de la columna B de la misma tabla y deberá ser referida para evaluación especializada en el servicio más cercano que cuente con nutricionista.

Se debe informar a la embarazada de una alimentación con porciones adecuadas, según las guías Alimentarias para Guatemala, durante los siguientes controles que se le realicen a la embarazada se le debe evaluar la ganancia de peso durante el transcurso del embarazo de acuerdo a la tabla de ganancia de peso mínimo esperado.

Tabla # 2

Ganancia de peso mínimo esperado en embarazadas utilizando circunferencia de brazo, medida en el primer trimestre

Meses de embarazo	A Libras que debe aumentar la embarazada, con circunferencia de brazo igual o mayor de 23 cm.	B Libras que debe de aumentar la embarazada con circunferencia de brazo menor de 23 cm
1	½	1
2	½	1
3	1	2
4	3	5
5	3	5
6	3	5
7	3	5
8	2 ½	4
9	1	2
Total	17 ½	30

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, Guatemala, 2010.

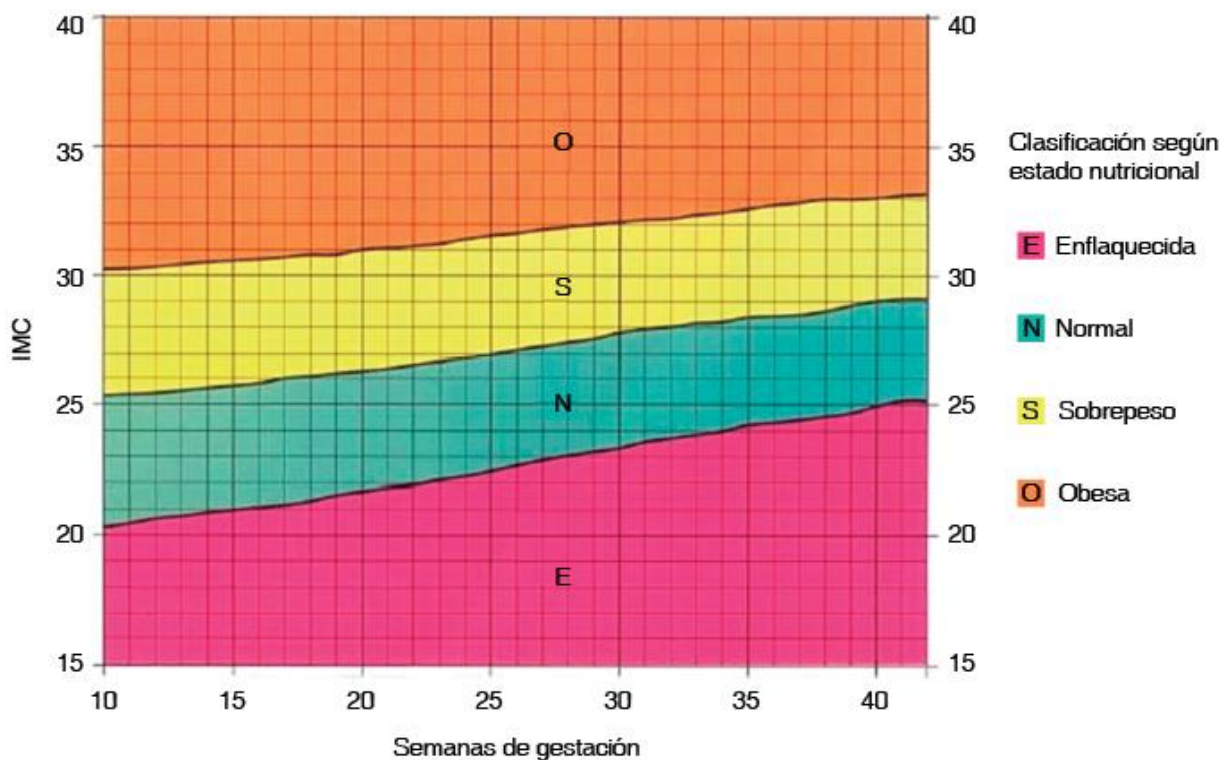


### 2.2.5.2 Evaluación nutricional después de las 12 semanas del embarazo

La evaluación nutricional se realiza utilizando el Índice de Masa Corporal (IMC) según la fórmula siguiente:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kilogramos (kg)}}{\text{Talla en metros al cuadrado}}$$

Figura 1. Clasificación del estado nutricional según IMC



- Interpretación del Gráfico

Ganancia de peso adecuada: cuando la curva se encuentra entre - 1 y +1 DE. (zona sombreada, normal). Ganancia de peso baja: cuando la ganancia de peso se encuentra por debajo de -1 DE. Una ganancia de peso baja aumenta el riesgo de tener un niño de bajo peso.

Ganancia de peso elevada: cuando la ganancia de peso se encuentra por encima del +1 DE. Aumenta el riesgo de tener un niño con alto peso al nacer. Por encima de + 2 DE. Se considera que la embarazada es obesa grado II

- Uso de la curva para evaluar el estado nutricional
  - Localice el eje horizontal de la gráfica la semana gestacional en que se realizó la medición.
  - Identifique en el eje vertical el IMC que calculo.
  - La zona de la gráfica donde se cruzan ambas líneas corresponde al diagnóstico nutricional, que está definido por distintos colores.

Tabla # 3

Incremento de peso recomendado durante el embarazo.

Estado nutricional inicial	Incremento de peso total en kg/lb	Incremento de peso semanal en gramos-onzas
Bajo Peso	12 a 18 kg (26 a 39 lb)	400 a 600 g (14 a 21 onzas)
Normal	10 a 13 kg (22 a 28 lb)	330 a 430 g (11 a 15 onzas)
Sobrepeso	7 a 10 kg (15 a 22 lb)	230 a 330 g (8 a 15 onzas)
Obesidad	6 a 7 kg (13 a 15 lb)	200 a 300 g (7 a 8 onzas)

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo Nivel. Guatemala 2010

### 2.2.6. Suplementación con micronutrientes

Se estima que más de 40% de las embarazadas del mundo sufren anemia. Al menos la mitad de esta carga de anemia se atribuye en principio a la carencia de hierro.

Las embarazadas deben consumir cantidades extra de hierro y ácido fólico para satisfacer sus propias necesidades y además las del feto en crecimiento. La carencia de hierro y de ácido fólico durante el embarazo puede afectar negativamente a la salud de la madre, a la gestación y al

desarrollo del feto. Los estudios más recientes han demostrado que la administración de suplementos de hierro y ácido fólico está asociada con un menor riesgo de carencia de hierro y de anemia en la mujer embarazada.

Tabla # 4

Dosis recomendadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Suplemento	Presentación	Dosis	Frecuencia de entrega
Hierro	Tabletas de 300 mg de sulfato ferroso	2 tabletas de 300 mg cada 8 días	Entregar 24 tabletas
Ácido Fólico	Tabletas de 5 mg de ácido fólico	1 tableta de 5 mg cada 8 días	Entregar 12 tableas

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo Nivel. Guatemala 2010.

### 2.2.7 Signos y síntomas de peligro durante el embarazo

Tabla # 5

Primer trimestre	Segundo y tercer trimestre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia vaginal</li> <li>• Palidez generalizada</li> <li>• Dolor tipo cólico en la región pélvica</li> <li>• Presencia de flujo vaginal (fétido, espeso de color amarillo, verde o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia vaginal</li> <li>• Palidez generalizada</li> <li>• Dolores tipo parto</li> <li>• Edema de cara y manos</li> <li>• Salida de líquido por la vagina</li> </ul>

<p>blanco)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas y vómitos, la intensificación de estos síntomas (hiperhemesis gravídica) debe ser referida al hospital.</li> <li>• Molestias urinarias</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Antecedentes de fiebre y dolores articulares</li> <li>• Dificultad respiratoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Antecedentes de fiebre y dolores articulares</li> <li>• Flujo vaginal.</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> <li>• Molestias urinarias.</li> <li>• Dolor de cabeza.</li> <li>• Epigastralgia (dolor en la boca del estómago)</li> <li>• Presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg.</li> <li>• Trastornos visuales</li> <li>• Sensación de múltiples partes fetales.</li> <li>• Disminución o ausencia de movimientos fetales</li> <li>• Dificultad respiratoria</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo Nivel. Guatemala 2010.

### 2.2.8 Inmunizaciones durante el embarazo.

La vacuna Tétanos y Difteria (Td) debe administrarse a toda embarazada para evitar la infección de Clostridium tetani, causante del tétanos, tanto en la, en la madre como en su hija/o al momento de nacer.

### 2.2.8.1 Vacunación con Tétanos y Difteria (Td) en embarazadas.

**Tabla # 6**

Esquema convencional, vacuna de Toxoide y Difteria (Td) en embarazadas.

Vacuna	Grupo a ser vacunado	Jeringa y aguja	Dosis, vía de administración e intervalo
Td	Embarazadas que residen en municipios sin riesgo de TNN	23 G x 1 “x 0.5 ml Auto bloqueable	5 dosis de 0.5 ml cada dosis; vía intramuscular en la región deltoidea de cualquier brazo. <ul style="list-style-type: none"><li>• 1era dosis. Primer contacto.</li><li>• 2da. Dosis: un mes después de la primera dosis.</li><li>• 3era dosis: seis meses después de la segunda dosis.</li><li>• 1er Refuerzo: 10 años después de la tercera dosis.</li><li>• 2do. Refuerzo: 10 años después del 1er. Refuerzo</li></ul>

Fuente: adoptado del Programa de Inmunizaciones del Position Paper OPS/OMS, 2014

## 2.3 Parto

León, M. (2014). Define el parto como la expulsión de un feto con un peso igual o mayor que 500g y más de 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación. En general, el inicio del trabajo de parto se produce cuando el feto tiene la madurez suficiente para afrontar las condiciones extrauterinas, pero no demasiado grande como para ocasionar dificultades mecánicas durante la expulsión; el parto puede ser.

- Parto a término: el que se produce entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea.
- Parto post término: el parto que se produce entre la semana 42 o más tarde.
- Parto pre término: el que se produce antes de las 37 semanas.

En general, el inicio del trabajo de parto se produce cuando el feto tiene la madurez suficiente para afrontar las condiciones extrauterinas, pero no demasiado grande como para ocasionar dificultades mecánicas durante la expulsión.

### 2.3.1 Tipos de parto

Según Clemente. L. (2014). Clasifica los tipos de parto de la siguiente manera,

- Parto abdominal

Nacimiento de un niño a través de una incisión quirúrgica practicada en el abdomen. El método utilizado puede ser cualquiera de los diversos tipos de cesárea. Este procedimiento se realiza cuando se determina que este método es más seguro para la madre, para el bebé o para ambos que el parto vaginal. Se realiza una incisión en la piel y en el útero en la región baja del abdomen de la madre. La incisión en la piel puede ser vertical (longitudinal) o transversa (horizontal), y la incisión en el útero puede ser vertical o transversa.

Una incisión transversa se extiende a través de la línea del vello púbico, mientras que una incisión vertical se extiende desde el ombligo hasta la línea del vello púbico. Se utiliza con mayor frecuencia la incisión uterina transversa, ya que sana bien y hay menos sangrado. Sin embargo, el tipo de incisión dependerá de las condiciones de la madre y del feto.

- Parto activo

Desarrollo normal del proceso del parto, con contracciones uterinas, dilatación del cuello y descenso del feto al canal del parto. Es la forma tradicional de parto en la que el bebé sale del

útero hacia el exterior a través de la vagina. Es el método más frecuente y la forma más recomendable de que un niño nazca cuando no existen complicaciones.

- Parto artificial

Parto inducido, como el provocado con fármacos o ayudas mecánicas. Se pueden romper las membranas anticipadamente con el fin de estimular el desencadenamiento del parto, al tiempo que se administran a la madre determinadas hormonas, oxitocina o prostaglandinas, para estimular las contracciones.

- Parto con fórceps

Intervención obstétrica en la que se utilizan instrumentos para extraer al feto. Se realiza para solventar distocias o acelerar partos en los que existe sufrimiento fetal. Algunos tipos de partos con fórceps son: fórceps alto, fórceps bajo y fórceps medio. Aunque actualmente se evita, por el riesgo de daño que puede experimentar el niño.

- Parto de feto muerto

Nacimiento de un feto que murió antes o durante el parto. El parto de un feto muerto sucede por causas naturales. Puede suceder antes o durante el parto. Las causas incluyen: Problemas con la placenta, el órgano que transporta oxígeno y nutrientes al feto, problemas genéticos del feto, infecciones del feto y otros problemas físicos del feto.

- Parto de feto vivo

Nacimiento de un neonato independientemente de la duración de la gestación, que muestre cualquier signo de vida, como respiración, latido cardíaco, pulso umbilical o movimientos de los músculos voluntarios.

- Parto podálico

Presentación de nalgas es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna y el polo cefálico se ubica en el fondo del útero. Se le denomina también presentación pélvica, durante el parto sale los pies o rodillas es considerado complicado.

- Parto detenido

Interrupción del proceso del parto que puede deberse a una obstrucción pélvica o la falta de contracciones uterinas. Este tipo de parto requiere la intervención del médico, ya que es muy posible que haya algún fallo en la dilatación o que el feto esté obstruido por alguna razón, bien porque esté mal colocado, bien porque tenga una anomalía congénita como la hidrocefalia. Si el parto se prolonga demasiado, se puede producir el agotamiento de la madre y sufrimiento fetal.

- Parto espontáneo

Nacimiento vaginal que se produce sin la ayuda mecánica de fórceps obstétricos, se dice que el parto comenzó de forma espontánea cuando las contracciones comienzan por sí solas, o cuando se rompe la fuente (romper membranas) y se estimula el comienzo de las contracciones. Durante el parto espontáneo, las contracciones aumentan en intensidad a su propio ritmo.

- Parto falso

Conocido como contracciones de Braxton Hicks, contracciones de forma irregular del útero de la embarazada que comienza en el primer trimestre y aumenta de frecuencia, duración e intensidad a medida que progresa el embarazo. Cuando la gestación está próxima al término, estas contracciones son tan fuertes que con frecuencia son difíciles de diferenciar de las contracciones del parto verdadero.



- Parto precipitado

Nacimiento que se produce a tal velocidad o en una situación tal que no se pueden hacer los preparativos habituales. Aquel que dura menos de tres horas, desde la primera contracción del parto verdadero hasta el nacimiento del niño. Como es rápido, pueden surgir complicaciones para la madre y el feto.

- Parto prematuro

Parto que se produce antes de lo normal, ya sea antes de que el feto haya alcanzado los 2.000 a 2.500 g o antes de la 37 a 38 semanas de gestación. No existe una medida única del peso fetal o de la edad gestacional, que se utilice universalmente para considerar un nacimiento como prematuro; la política local o institucional dictará cuáles de las distintas normas se aplicarán.

- Parto prodrómico

Período inicial del parto antes de que las contracciones uterinas sean enérgicas y lo suficientemente frecuentes como para provocar dilatación progresiva del cuello uterino. o. Parto repentino. Nacimiento que se produce de forma accidental o precipitada, dentro o fuera del hospital, sin la adecuada preparación técnica ni obstétrica. Los signos y síntomas de un parto inminente son: pérdida sanguínea creciente, contracciones frecuentes y fuertes, deseo por parte de la madre de agacharse, como si tuviera ganas de defecar, abombamiento visible de la bolsa de aguas o coronación de la cabeza del niño en el introito vaginal.

- Parto vertical

Es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto; esta posición permite al producto que actúa como

vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.

- Parto institucional

Según la OMS (2015). Define el parto institucional como aquel que es atendido dentro de alguna institución pública o privada, indicando que debe ser atendido con adecuaciones culturales como la posición elegida por la mujer embarazada, con presencia de un familiar (madre, suegra, esposo o por la comadrona), el parto institucional representa toda aquella atención que se le presta a una mujer en un servicio de salud, con personal capacitado y especializado, en condiciones higiénicas y adecuadas y contando con el material médico - quirúrgico necesario. En el cual se le puedan brindar todos los cuidados necesarios si se llegará a presentar algún tipo de complicación predisponga la vida de la madre como la del recién nacido.

- Parto domiciliario

Se define como aquel que es atendido en el domicilio de la embarazada o de la comadrona, las mujeres y sus familias pueden desear un parto domiciliario por una variedad de razones, entre ellas la esperanza de un ambiente más familiar, menos costo, más confianza entre otros.

### 2.3.2 Causas del inicio del trabajo de parto

León, M. (2014). Define que, durante el embarazo, el útero está formado de gran número de células musculares lisas muy hipertrofiadas. Cada célula se activa mediante una serie de reacciones químicas para iniciar contracciones rítmicas de manera coordinada y con fuerza tal que el cérvix se dilata y se expulsa al feto. La pregunta fundamental es qué estimula a estas células uterinas (en un momento preciso en la mayoría de los embarazos) para que se inicien las contracciones del trabajo de parto. Se proponen diversas teorías para explicar el inicio de este proceso. Parece que varios mecanismos participan para dar inicio y mantener el trabajo de parto; cada uno tiene importancia variable, según las circunstancias individuales.

- Teoría de la privación de progesterona Esta teoría propone que la progesterona, hormona esencial para preservar el embarazo que es secretada en primer lugar por el cuerpo lúteo y después por la placenta, actúa para inhibir la contractilidad uterina. El inicio del trabajo de parto se debería a la supresión de progesterona en un momento en que hay relativa dominancia de estrógeno. El papel del “bloqueo de progesterona” para mantener y dar por terminado el embarazo sigue siendo controvertido.

Aunque un investigador reportó un descenso de progesterona en circulación y un aumento continuo de estrógenos en las mujeres durante las cinco semanas que anteceden al trabajo de parto, esta teoría se fundamenta en estudios realizados sobre todo en animales. En seres humanos, se carece de evidencia sustancial para demostrar que exista supresión de progesterona cuando se inicia el trabajo de parto.

- Teoría de la oxitocina. Esta teoría sugiere que la oxitocina estimula las contracciones del útero de manera directa sobre el miometrio e indirectamente al aumentar la producción de prostaglandinas en la decidua. El útero se hace cada vez más sensible a la oxitocina al avanzar el embarazo. Las observaciones en diversas investigaciones proporcionan apoyo incongruente a esta teoría. Aunque en algunos estudios se correlaciona el aumento de niveles de oxitocina con el inicio del trabajo de parto, otros no indican que dichos niveles aumenten antes del trabajo de parto ni durante la primera etapa.

Se observa mayor concentración de actividad similar a la oxitocina en sangre durante la segunda etapa del trabajo de parto. Como los seres humanos, inician trabajo de parto en forma normal cuando se elimina o destruye la hipófisis, la cual secreta oxitocina, es poco probable que esta hormona por sí sola sea la iniciadora de dicho proceso. Sin embargo, tal vez desempeñe un papel significativo en combinación con otras sustancias.

- Teoría del control endocrino fetal. Se propone que, en un momento determinado de madurez fetal, las suprarrenales del feto secretan esteroides corticales que desencadenan los mecanismos que conducen el trabajo de parto. Se sugiere que el mecanismo de acción es que

los esteroides fetales estimulan la liberación de precursores de las prostaglandinas, que a su vez producen las contracciones uterinas del trabajo de parto. Un poco antes de que se inicie éste, aumenta la sensibilidad de las suprarrenales fetales a la hormona adrenocorticotropica (ACTH) producida por la hipófisis.

Como resultado, aumenta la producción de cortisol. Se sugiere que la liberación de corticosteroides durante periodos de estrés es una causa del trabajo de parto prematuro. Esta puede ocurrir en situaciones en que el feto esté comprometido, como preeclampsia o sobre distensión uterina debido a embarazos múltiples o hidramnios.

- Teoría de las prostaglandinas. Esta teoría propone que el trabajo de parto en los seres humanos se inicia mediante una secuencia de eventos que incluyen liberación de precursores de lípidos, tal vez desencadenada por acción de esteroides; liberación de ácido araquidónico a partir de precursores, probablemente en el sitio de las membranas fetales; aumento en la síntesis de prostaglandinas a partir de ácido araquidónico, y aumento en las contracciones uterinas como consecuencia de la acción de las prostaglandinas sobre el musculo uterino.

El estudio de los mecanismos de síntesis de las prostaglandinas demuestra que el ácido araquidónico, precursor obligatorio de la prostaglandina, se incrementa de manera notable en comparación con los demás ácidos grasos en el líquido amniótico de las mujeres durante el trabajo de parto. Las investigaciones demuestran que las prostaglandinas son eficaces para inducir contracciones uterinas en cualquier etapa de la gestación. Estas sustancias se forman en la decidua uterina, en el cordón umbilical y el amnios; su concentración en líquido amniótico y sangre de la mujer se eleva justo antes y durante el trabajo de parto y el parto.

### 2.3.3 Puerperio

Según las Normas de Atención Integral (2018). El Puerperio se clasifica en: inmediato (primeras 24 horas), mediato (de 2 a 7 días) y tardío (de 8 a 42 días). De acuerdo a las horas o días posteriores al parto, se debe proceder de la siguiente manera:

Vigilancia del puerperio inmediato, primeras 24 horas

Conducta/tratamiento

- Tomar signos vitales cada 15 minutos, durante 2 horas y luego cada 30 minutos por 2 horas más.
- Vigilar 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 fuerte, 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.

## **2.4 Maternidad**

Según las Normas de Atención Integral (2018). Hace mención sobre la importancia de realizar acciones encaminadas a una maternidad saludable, la cual dependerá de la oportunidad que tenga de acceder a un servicio de salud con personal calificado y competente que le garantice una atención con calidad, calidez y pertinencia cultural, para lo cual los servicios de salud deben promover acciones de protección a los grupos vulnerables, una atención prenatal temprana, una buena atención del parto y el seguimiento en el post parto, que le permita a la mujer una maternidad saludable y el crecimiento adecuado de su recién nacido.

### 2.4.1 Ley de Maternidad Saludable

Según la Ley de Maternidad Saludable (2010). Esta tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.

Los fines de esta Ley son:

- Declarar la maternidad saludable asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerada, adolescentes y jóvenes, población rural, población indígena y población migrante, entre otros.
- Fortalecer el Programa de Salud Reproductiva y la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas interculturalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, respetando los métodos de atención a la salud tradicional de las culturas maya, xínca y garífuna.
- Promover un sistema de monitoreo, vigilancia y evaluación que permita medir los avances y desafíos para cumplir con el objeto de la presente Ley.
- Garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno-neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescente, respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas, entre otras.

- Establecer un único sistema de vigilancia epidemiológica de la salud materna neonatal, que permita medir el avance e impacto de la estrategia de reducción de la mortalidad materna en el corto, mediano y largo plazo; y monitorear, evaluar y redireccionar las acciones desarrolladas en el mismo.
- Promover el involucramiento de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, las municipalidades, organizaciones civiles y empresas privadas para prevenir y reducir la mortalidad materna neonatal.

También es obligación del Estado garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno-neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescente, respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas, entre otras.

El Compendio del Marco Legal de la Salud Reproductiva para Guatemala (2011). Refiere que el derecho humano a tener una vida familiar se ve perjudicado por la incapacidad de brindar una atención adecuada a las necesidades que presentan las mujeres sobre salud reproductiva, incluyendo los cuidados que se deben de tener con la salud materna, porque cuando una mujer están en riesgo de morir o de sufrir algún daño los derechos a una vida familiar tanto de los hijos como de los padres se ven perjudicados por los efectos tan impactantes y negativos que conlleva una muerte materna.

## **2.5 Comadrona**

Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011). Las comadronas son mujeres responsables de la atención a la mujer, generalmente a partir de que contrae matrimonio, en el momento de su primer embarazo para el diagnóstico, pronóstico, atención del parto y post parto; al mismo tiempo se responsabiliza de las enfermedades que padecen las mujeres y los niños hasta los 9 meses, en algunos casos atienden hasta los tres años. En la salud preventiva realizan consejería a toda la familia sobre la salud de la mujer, cuidado y educación de los niños, las

buenas relaciones familiares y principalmente de la pareja, aconseja sobre cuántos hijos e hijas debe tener una familia, la dieta de la familia, principalmente la de los niños y mujeres en gestación.

Las comadronas atienden los partos en la casa de la mujer embarazada, en posición vertical y en cualquiera de sus variantes o como la mujer se sienta más cómoda.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, el 51.3% de partos es atendido por médico o enfermera, habiendo más atención calificado en las áreas urbanas (77%) que en áreas rurales (36.5%) y más en población no indígena (70%) que en población indígena (29.5%) donde la mayoría de partos aún es atendida por comadronas, familiares o no cuenta con ninguna atención.

Según la base de datos de comadronas, el Distrito de salud cuenta con 365 comadronas activas, a la cuales se les capacita mensualmente con temas de relevancia para la disminución de muertes maternas-neonatales, el 90% de las comadronas no saben leer y escribir, no cuentan con ningún grado de escolaridad, el 85% son bilingües, en el Barrio Kambalam se cuentan con 11 comadronas que brindan los servicios de curación durante el embarazo, atención del parto y cuidados en el puerperio y del recién nacido.

## **2.6 Factores**

Flores, P. y González, J. (2011). Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia del parto domiciliario y que a su vez son barreras para la atención del parto intrahospitalario; entre los que se pueden mencionar los siguientes:

### **2.6.1 Factor personal**

Se define que un factor personal es la relación de la vida de una persona y su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud.



- Edad

Según al Análisis de la Situación de Salud (2018) del municipio de Santa Cruz Barillas, en su pirámide poblacional se refleja que la mayor cantidad de población femenina en edad reproductiva, está situada de 10 a 24 años de edad. Lo cual hace más susceptible a esta población a tener un embarazo y condicionar a la mujer a enfrentar el riesgo de mortalidad materna por causas directas o indirectas a muy temprana edad.

El protocolo de vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil (2010) indica que la muerte de mujeres en edad fértil y muertes maternas es la que se produce en mujeres de 10 a 54 años de edad, para el análisis de otros temas el rango de edad de mujeres en edad fértil que utiliza Guatemala es de 15 a 49 años de edad.

Cronológica: Es el tiempo transcurrido, desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona.

Biológica: Es el estado funcional de nuestros órganos comparados con patrones estándar para una edad, tomando en cuenta los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas.

- Nivel Educativo: Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel que se está cursando.
- Estado Civil: Es la situación en que se encuentra la persona, dentro de la sociedad, en relación con los diferentes derechos o facultades y obligaciones o deberes que le atañen. Toda persona jurídica individual tiene un estado civil, comprendiendo como tal a la relación que guarda ésta con la familia (soltero, casado, divorciado, viudo, padre, hijo, abuelo).

- Comunidad Lingüística

Granados, M (2017) define que Guatemala es un país con un territorio de 108 889 kilómetros cuadrados, hay 25 comunidades lingüísticas; la lengua franca es el castellano, y también se habla xinka, garífuna y veintidós idiomas que pertenecen a la familia lingüística maya: achi, akateko, awakateko, chalchiteko, ch'orti', chuj, itza', ixil, jakalteco (popti), kaqchikel, k'iche', mam, mopan, poqomam, poqomchi', q'anjob'al, q'eqchi', sakapulteko, sipakapense, tektitek o, tz'utujil y uspanteko.

- Religión

Imaginario, A (2015) Define la religión en un sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad o de lo sagrado, son doctrinas constituidas por un conjunto de principios, creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y espiritual.

## 2.6.2 Factores culturales

Nieto. P (2009). Define la concepción de la decisión del parto en el domicilio es cuando se evalúa la satisfacción por lo que han vivido sobre el parto, la mayoría de mujeres que deciden tener parto en el domicilio, sienten que se cumple sus expectativas, por el control que pueden ejercer y por la atención que reciben. La razón de ser de la costumbre es cuando encuentran el sustento, consejos de la madre, del esposo, la suegra y la comadrona como apoyo emocional.

Los ritos que dicta la tradición son los siguientes: tener brasas o un fogón cerca del lugar de parto. Ingerir bebidas agradables o medicinales que se prepara hirviendo o echando en agua muy caliente. Tener acceso al temascal antes y después del parto, ya que se considera necesario mantener el calor, para la madre y el niño, evitando que entre frío en la matriz y se considera también que el cuerpo del recién nacido está abierto. Baño inmediatamente al recién nacido, ya que se les pega la sangre o la cera. Si a la señora, se le siente la cabeza fría, ingresarla al temascal y en menos de media hora nace el bebé.

Los familiares, empiezan a preparar el caldo de gallina para que después del parto, la señora ingiera éste alimento y también sus agüitas calientes preparadas a base de hierbas.

El predominio de la cultura se va transmitiendo de generación en generación la atención del parto en el domicilio y porque la mayoría de las mujeres tienen su parto en la casa y esto se da por su cultura y tradición. La conveniencia de estar en casa, la valorización que se le da al acompañamiento de sus familiares, no lo encontrarían en otro lugar, se sienten muy bien en sus casas con toda la comodidad de poder comer y beber lo que la costumbre y tradición les dicta.

El entierro de la placenta: La tradición dicta que debe enterrarse, dándole un significado especial al lugar. La creencia es que tiene que ver con el futuro del recién nacido, las personas responsables de realizar este acto, debe ser el esposo, la comadrona, la madre, la suegra o algún familiar cercano, la consideran sagrada, ya que le dio vida al niño durante el proceso del embarazo.

### 2.6.3 Factor Social

Flores, P. y González, J. (2011). Indica que dentro del entorno social se puede remarcar la valentía de la mujer al decidir quedarse en casa para dar a luz. El embarazo y el parto son propios de la mujer y es muy normal, pudiendo manejarlo en casa, sin mayor intervención de otras personas, solamente la intervención de la comadrona y de los familiares. El dominio y la fortaleza son aspectos que deben resaltar y resistir a los dolores del parto y tienen que estar asociados a un sentimiento de autonomía, de valor y de decisión. Se tiene la idea que una buena mujer, se sacrifica y sufre por su familia. Las mujeres reciben de su alrededor la confianza en su capacidad de dar a luz en su casa, de lo contrario, las señalan de que son débiles y motivo de vergüenza ante los vecinos

En la sociedad maya, las mujeres están subordinadas a la autoridad paterna y están bajo el control social de las familias de sus esposos. En las decisiones de la salud reproductiva de la mujer, el hombre es quién tiene la última decisión.

#### 2.6.4 Factor Educativo

El Comité Nacional de Alfabetización CONALFA (2006) menciona que la educación en Guatemala es laica, gratuita y obligatoria entre los 7 y 14 años de edad, pero el sistema educativo no es suficiente para cubrir las necesidades de la población, hace falta escuelas, aulas, maestros y maestras; lo cual produce más analfabetismo en el país, el analfabetismo alcanza el 31.73 %, lo que representa una población de 1,900,000 personas. Aproximadamente el 18 % del total anterior está ubicado en áreas urbanas y el 82 % restante en áreas rurales y en la distribución por sexo hay más mujeres analfabetas que hombres.

La educación e información que se brinda a las gestantes, influye sobre sus creencias y percepciones sobre el parto y finalmente en su decisión sobre el lugar de atención del mismo. El bajo nivel educativo tanto del padre como de la madre puede explicar en parte, el desconocimiento de derechos y entre ellos se menciona la atención por parte del estado durante la gestación, el parto, puerperio y del recién nacido.

La atención humanizada, el buen trato, prioridad en la atención, derecho a no ser maltratada. El nivel de educación de las mujeres indígenas ha sido inferior a la de los hombres, son triplemente excluidas, dándole prioridad al trabajo doméstico.

#### 2.6.5. Factor económico

El parto domiciliario representa ventajas económicas, ya que la comadrona no impone una tarifa, sino es voluntario lo que se le da. En las comunidades lejanas y de difícil acceso, es más económico que los partos sean en casa. Algunas mujeres que acuden al hospital, una vez que son evaluadas son regresadas a sus casas diciéndoles que aún falta para el parto, horas después dan a luz en sus casas y el costo del transporte fue en vano.

El Instituto Nacional de Estadística de Guatemala INE (2012) menciona que, la línea de pobreza extrema representa el costo de adquirir los alimentos que cumplan con el requerimiento calórico mínimo anual por persona. También señala que la línea de pobreza no extrema además del costo de la canasta de alimentos, incluye un monto adicional que corresponde al porcentaje del gasto por consumo de otros bienes y servicios.

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI (2011) en la misma caracterización, hace mención de los niveles de pobreza extrema y pobreza no extrema; la primera de ellas afecta al 13.33% de la población (1, 951,724 personas) y la segunda que afecta a un 40.38% (5, 909,904 personas.) Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

Según el Análisis de la Situación de Salud ASIS (2018), en el ámbito socioeconómico del municipio de Santa Cruz Barillas, un 60% de la población vive en situación de pobreza y un 12% en extrema pobreza, datos que son preocupantes porque esto limita las oportunidades de la mayoría de la población a tener acceso a mejores oportunidades laborales, educación y salud; sin mencionar que las personas más afectas por esta situación son indígenas y residen en el área rural del municipio, lo que los hace mucho más vulnerables.

## 2.6.6 Factor Institucional

Flores, P. y González, J. (2011). Menciona que la decisión de elegir el parto en casa en gran medida se debe a la percepción negativa que se tiene sobre los servicios de salud, la insatisfacción en la relación interpersonal, mal trato verbal, abuso, humillación, miedo de lo que les pueda pasar.

Otro factor importante es la atención recibida, las gestantes miden de forma continua y espontánea la satisfacción de atención, es decir en qué medida el personal de salud soluciona sus problemas y así provocar en las gestantes un sentimiento de satisfacción o insatisfacción, todo esto se encuentra en el desempeño del personal de salud.

Las embarazadas que inician su control tardíamente, entran dentro de la clasificación de alto riesgo, porque muchas veces no se puede determinar la fecha última de menstruación por lo que no se tendrá claridad de la fecha probable de parto. No se tendrá una identificación oportuna, tampoco un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétrico ni el seguimiento de parámetros básicos como la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal.

El inadecuado número de controles prenatales se ha evaluado por medio del número de consultas prenatales recibidas durante el embarazo, por la edad gestacional en que recibió la primera visita prenatal y la duración del embarazo. Al tener un inadecuado control prenatal, es un problema actual de gran importancia, ya que numerosos son los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos la madre y el feto. Se ha demostrado que las medidas efectuadas en el control prenatal, reduce la mortalidad del neonato, incrementando el peso al nacer y disminuyen los productos pre términos.

Las visitas domiciliarias representan un modelo de entrega de servicios que puede ser utilizado para proporcionar diversos tipos de intervenciones a familias con un integrante gestante y se estructura de forma que le se da continuidad a la relación proveedor y el participante, vinculando las prácticas a los resultados esperados.

Por último, la capacidad resolutoria de los establecimientos al enfrentar las complicaciones obstétricas con el fin de orientar la toma de decisiones y ejecución de acciones oportunas dirigidas a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal.

## **2.7 Acceso a los servicios de salud**

La Ley para la Maternidad Saludable (2010) en su Capítulo II, Artículo 6 de Acceso universal a los servicios de salud materna neonatal, establece que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y Organizaciones No Gubernamentales (ONG), deben prestar sus servicios y están obligados a garantizar el acceso a

los servicios de salud materna-neonatal a todas las usuarias, tomando en cuenta que este servicio debe ser con calidad, pertinencia cultural y sin discriminación alguna, en sus tres niveles de atención, además se debe promover la participación social y de la comunidad y así compartir la responsabilidad de contar con un ambiente en condiciones adecuadas para una maternidad saludable.

Los factores prioritarios relacionados a la mortalidad materna son especialmente el lugar de la atención del parto, las decisiones de la señora embarazada y su familiar directo que en este caso puede ser el esposo, los papás o los suegros. Estos dos factores determinan el éxito del parto o lo pueden complicar y pueden ser la causa de la muerte de la mujer, motivos por los cuales se hace indispensable que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social implemente nuevos servicios de salud para que la población con más riesgo de muerte materna pueda acceder a los mismos en caso de una emergencia obstétrica y los familiares decidan realizar un traslado.

En el Análisis de la Situación de Salud del municipio de Santa Barillas (2018) se establece que cuenta con una superficie territorial de 1,112 km cuadrados, en el cual sus vías a algunas de las comunidades en donde se encuentran ubicados los servicios de salud son de difícil acceso debido a las malas condiciones en las que se encuentran las carreteras y que además existen algunas comunidades a las cuales solamente se puede acceder caminando a pie o en vestías, pues solamente se cuenta con caminos de herradura y brechas rústicas alternas.

## **2.8 Cuidados Culturales, Teoría de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger**

Marriner-Tomey, A., Raile Alligow, M. (1999). Leininger señala que existen varios factores en relación con la lentitud a la hora de reconocer y valorar la importancia de los factores culturales y de enfermería transcultural en el ámbito de la formación y el ejercicio profesional y estos son:

- La teoría se concretó en la década de 1950, cuando prácticamente ningún profesional de enfermería tenía una preparación en antropología y satisfacción de sus necesidades sociales o culturales.
- El concepto cuidado tuvo un interés limitado para las enfermeras hasta la década de 1970, Leininger fue la primera en hablar del cuidado.
- Las enfermeras habían asumido una posición demasiado etnocéntrica y excesivamente próxima a los intereses y las directrices de la medicina.
- Enfermería se había mostrado lenta a la hora de impulsar avances sustanciales en el desarrollo de sus diversas áreas de conocimiento.
- Los profesionales están comenzando a apreciar la importancia de la enfermería transcultural, de la noción de asistencia y del empleo de los métodos cualitativos.

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcioné una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y practica de enfermeras.



Leininger define que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

- Enfermería Transcultural: Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.
- Enfermería Intercultural: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Según Leininger, la enfermera transcultural es una que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras transculturales especialistas. Por otro lado, defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se puede probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, define la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que no parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

No obstante, Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si debe interpretarse como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.

Leininger ha estudiado varias culturas en profundidad y otras tantas en colaboración con estudiantes universitarios, licenciados y profesores por medio de métodos cualitativos de investigación, ha explicado 130 principios diferentes de los cuidados en cincuenta y seis culturas teniendo cada una diferentes significados, experiencias culturales y usos que hacen las personas de culturas parecidas o diversas.

Leininger afirmo que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura

## **2.9 Municipio de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango**

Según SEGEPLAN (2010) el municipio de Santa Cruz Barillas primeramente fue habitado por personas que llegaron desde el municipio de Santa Eulalia quienes eran de etnia maya Q´anjob´al, quienes llegaron con el objetivo de encontrar tierra fértil en donde pudieran vivir y sembrar maíz, llegando así hasta “Cruz Yal Motx” que significa “Tierra de Maíz” y conocido actualmente como “Pueblo Viejo”, pues por condiciones topográficas y el gran número de habitantes tuvieron que trasladarse al valle que actualmente ocupa a orillas del río Kambalam.

Posteriormente un 17 de octubre del año 1888 durante el gobierno de Manuel Lisandro Barillas como Presidente de la República de Guatemala y en honor a su nombre fue fundado el actual Municipio de santa Cruz Barillas bajo acuerdo gubernativo. El municipio cuenta con una altitud de 1,112 kilómetros cuadrados, situado a 150 kilómetros al norte de la cabecera Departamental de

Huehuetenango y a 405 kilómetros del noroccidente de Guatemala; se encuentra rodeado por áreas boscosas con un clima frío, templado y cálido y con una gran biodiversidad que lo hace único en el departamento de Huehuetenango.

De acuerdo a la memoria de labores del Distrito de Salud de Barillas (2018), el municipio está formado por 84 aldeas, 128 caseríos, 10 cantones y 6 fincas que conforman el área rural y 6 zonas que forman el casco urbano del municipio. Cuenta con una población de 185,408 habitantes de los cuales un 51% son hombres, un 49% mujeres y de estas un 66% son mujeres en edad fértil, del total de la población se esperan en el año el 3.5% de embarazos (6,489). El 87% del total de la población reside en el área rural del municipio, además posee un 30% de analfabetismo.

Según el Análisis de la Situación de Salud ASIS (2018) el 60% de la población vive en pobreza y el 10% en extrema pobreza. Un 78% de población es activa económicamente y de estas un 80% se dedica a la agricultura cosechando principalmente: café, maíz, frijón, cardamomo y caña de azúcar.

Existe una tasa de mortalidad general de 1 defunción por cada 1,000 habitantes, la mortalidad en mujeres en edad fértil es de 1 por cada 1,000 mujeres y la tasa de muertes maternas se sitúa en 18 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos. Además, la tasa de fecundidad es de 40 por cada 1,000 mujeres en edad fértil y el crecimiento vegetativo es de 1.17%. En relación a la natalidad del municipio es de 13 por cada 1,000 habitantes durante el año 2018 y 1 muerte por cada 1,000 habitantes.

## **2.10 Centro de Salud de Santa Cruz Barillas**

De acuerdo al libro de Actas No. 35692 del Centro de Salud de Santa Cruz Barillas, hace constar en el acta No. 3-77 que en este municipio del departamento de Huehuetenango, se inaugura el Centro de Salud tipo “B” un 25 de mayo de 1977, estando presentes en tan importante acto las siguientes personalidades: Coronel Álvarez Ramírez en ese entonces comandante de la sexta zona militar “Mariscal Gregorio Solares” en representación del señor Presidente Constitucional de la

República General Kjell Eugenio Laugerud García, el doctor Emilio Peraza Estrada Jefe de Área de Servicios de Salud Departamental en representación del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social doctor Julio Benjamín, el coronel Arturo Gregorio Muñoz Gobernador Departamental para esa fecha.

El diputado por el departamento de Huehuetenango perito contador José Adán Herrera López. Además, estuvieron presentes en el acto el doctor Elbin Alfredo Orellana director del Centro de Salud, el representante del señor Alcalde Municipal don Constantino Francisco Juan y el secretario del Centro de Salud en ese entonces señor Adolfo Jesús Sáenz Velásquez.

Es así como a partir del año 1977, Santa Cruz Barillas cuenta con un Centro de Salud tipo “B” en donde se presta atención a la demanda, pues es el único lugar a donde podía acudir la población por servicios médicos, este mismo brindaba los servicios de consulta, vacunación y planificación familiar solamente y contaba con 1 Auxiliar de Enfermería y 1 Medico director; aunque por haberse constituido en tiempo de guerra en el municipio también eran llevados a este centro asistencial los heridos, en donde se les prestaba la atención con el recurso que se tenía disponible.

Actualmente el Centro de Salud de Santa Cruz Barillas, cuenta con 182 personas que laboran en el primer y segundo nivel de atención entre personal médico, de enfermería, de salud rural y saneamiento ambiental, trabajo social, nutrición, secretaría, intendencia, guardián, laboratorio y vectores; cada uno prestando sus servicios con calidad y calidez por medio de los distintos estándares y normas que indica el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, procurando siempre el bienestar común de la población barillense.

Para el año 2018 la territorialidad del municipio de Santa Cruz Barillas, para fines de salud pública se encuentra dividido por territorios y sectores. Quedando conformado por 21 Territorios y 81 Sectores, contando con 1 Centro de Salud tipo “B”, 8 Puestos de Salud 4 de ellos oficiales ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y 72 Centros Comunitarios. Prestando atención de lunes a viernes, con un horario de 8:00 a 16:30 horas, en los servicios de vacunación,

suplementación, pre consulta, consulta, nutrición, pos consulta trabajo social, laboratorio, salud rural y vectores.

Cuenta además con una amplia cartera de servicios como: promoción y educación, vacunación, monitoreo de crecimiento, suplementación a menores de 5 años; embarazadas; puérperas; mujeres en edad fértil y hombres, tuberculosis, VIH, planificación familiar, salud reproductiva, salud rural, saneamiento ambiental, nutrición, laboratorios, enfermedades crónicas, enfermedades vectoriales y zoonosis.

### 2.10.1 Visión

Todas y todos los barillenses, en las diferentes etapas del ciclo de vida, tienen acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados, con un enfoque humano, de calidad y pertinencia cultural a través de una efectiva coordinación interinstitucional e intersectorial.

### 2.10.2 Misión

Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los habitantes del municipio de Barillas, ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la conducción, coordinación y regulación de la prestación de servicios de salud y administración de los recursos, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas, con calidad, pertinencia cultural y en condiciones de equidad.

## **2.11 Hospital Distrital Santa Cruz Barillas, Huehuetenango**

En el municipio de Barillas, departamento de Huehuetenango el día 29 de junio del año 2007, se dio inicio a la construcción del (CAIMI) Centro de Atención Integral Materno Neonatal Infantil de Barillas, iniciando con el acto de colocación de la primera piedra, en esta actividad participaron personas de diferentes entidades como: el señor Mateo Esteban alcalde Municipal, el

doctor Carlos Enrique Mérida Noriega, delegado del Ministerio de Salud, el diputado Roderico Martínez, el Ingeniero Joel Delgado en representación del licenciado Saúl Padillas Presidente Ejecutivo del (FIS) Fondo de Inversión Social, el señor Oscar Armando Palacios encargado del Fondo de Inversión Social de Huehuetenango.

A finales del 2008, con el cierre de operaciones del fondo de inversión social, la obra que ya estaba construida en un 80% se paró, quedándose casi abandonada, a mediados del año 2009, el Vice Ministro de Hospitales liderado por el doctor Ludwing Ovalle, retorna las gestiones, esta vez con la consigna ya no de que fuera un centro de atención integral infantil sino con la idea de convertirlo en un Hospital, por lo que con la intervención de otras entidades consensuaron que el municipio no era solo de madres y niños, sino de hombres y mujeres en general , todos susceptibles a padecer de alguna enfermedad.

Finalmente, después de tanto esfuerzo de muchas personas se llega el 24 de noviembre de 2010, fecha en que el doctor Ludwing Ovalle, en representación del Ingeniero Álvaro Colom, Presidente Constitucional de Guatemala, inaugura el Hospital de Santa Cruz Barillas.

### 2.11.1 Visión

El Hospital Distrital de Barillas, cuenta con una nueva estructura organizada definida, funcional y con alto nivel de eficiencia y eficacia, con procesos y sistemas administrativos-financieros apoyados con manuales de organización, procedimientos y normas que garantizan el logro de los objetivos institucionales y la credibilidad de la población hacia los servicios de salud.

La atención se proporciona las 24 horas, con alta calidad humana, a través de servicios médicos, técnicos y administrativos especializados con tecnología adecuada que responde a las necesidades de usuarios internos y externos del hospital, lo que permite aumentar la cobertura, con un sistema de referencia y contra referencia que garantiza la atención accesible y oportuna, se coordinan acciones a través de estrategias de trabajo intra y extra institucional, orientados hacia el mejoramiento continuo de la calidad y la utilización adecuada de los recursos disponibles.

### 2.11.2 Misión

Ofrecer atención médica integral, permanente, con proyección social a la población y comunidades de Barillas, San Mateo Ixtatán y colindantes, entre Barillas y parte del área Ixcán del departamento de Quiché, a través de servicios médicos, técnicos y administrativos, con procesos de trabajo fundamentados en principios de calidad, calidez, eficiencia, eficacia y equidad, estableciendo mecanismos de coordinación intra e inter institucional, proporcionar un ambiente de trabajo que genera una convivencia de respeto, cooperación, trabajo en equipo y compromiso con el Distrito de Salud y con su área de influencia.

### 2.11.3 Cartera de servicios

- Emergencia
- Consulta externa
- Encamamiento
- Obstetricia
- Ginecología
- Pediatría
- Medicina interna
- Cirugía general
- Traumatología
- Laboratorio
- Ultrasonido
- Trabajo social
- Clínica de violencia sexual

#### 2.11.4 Servicios que ofrece el Hospital de Barillas en el parto

Mérida, G. (2019). Menciona que el principal objetivo que establece la dirección del Hospital de Barillas, Huehuetenango para el servicio de maternidad indispensablemente es el de reducir el riesgo de muertes maternas o secuelas en la salud de las mujeres y niños garantizando una atención de calidad en el mejor tiempo posible, para ello proponen los siguientes servicios con respecto a la atención de partos.

- Control estricto de signos vitales cada 15 minutos, durante las primeras dos horas, luego a cada 30 minutos por otras dos horas post parto.
- Atención del parto normal.
- Proporción de medicamentos gratuitos.
- Intervención quirúrgica del parto por cesárea.
- Atención de parto multidisciplinario con, pediatría, ginecobstetricia, cirujano, médico general, anestesia y enfermería.
- Exámenes de laboratorios gratuitos
- Servicios de ultrasonidos
- Atención social y humanizada por trabajo social.
- Inmunizaciones.
- Encamamiento en neonatología de RN en incubadora
- Observación multidisciplinar estricta post-parto
- Alimentación gratuita
- Referencia de complicaciones obstétricas a servicios con mayor capacidad resolutive.

#### **2.12 Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas**

El territorio está ubicado en el casco urbano cubriendo las zona 5 y 6 del municipio de Santa Cruz Barillas, con calles de acceso pavimentadas y de terracería, a 150 kilómetros de la cabecera municipal, tiene una población de 5954 habitantes de los cuales 2714 son mujeres en edad fértil y se esperan 283 embarazos durante el año 2019, de los cuales durante el primer semestre se



tuvieron un total de 80 embarazos captados en el servicio de salud, se cuenta con un número total de 1230 familias y 916 viviendas.

El territorio cuenta con un Centro comunitario ubicado en el sector cementerio zona 6 en donde se brindan los servicios de salud por 1 Enfermero profesional y 1 Auxiliar de Enfermería. Existen líderes y autoridades comunitarias como: Alcalde Auxiliar, Consejo Comunitario de Desarrollo (COCODE), se cuenta con Comisión de Salud, cuenta con 10 comadronas quienes atienden a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

El clima de este territorio es cálido, sus pobladores se dedican principalmente a la comercialización de productos de la canasta básica, además de que una gran parte de esta población son maestros de educación primaria y básica y albañilería, mecánicos; se cuenta con centros educativos ubicados en la zona 6, un público y dos privados.

## **2.13 Aplicación de la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger**

Leininger. M. (1974). Se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones.

Afirma que a cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

La atención a los usuarios debe de ser con una diversidad y universalidad, en donde debemos tratar a los pacientes con pertinencia cultural, respetando todas sus creencias y así poder brindar una mejor atención, con calidad y creando confianza con el personal de los servicios de salud, efectuando que se mejore la atención del parto institucional.

## **Capítulo 3**

### **Marco metodológico**

#### **3.1 Objetivos**

##### **3.1.1 Objetivo General**

Describir los factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango.

##### **3.1.2 Objetivos específicos**

- Describir las características personales de las mujeres que no resolvieron su parto institucionalmente.
- Identificar los factores que inciden en la no aceptación del parto institucional.

### 3.2 Variable y su Operacionalización

Tabla # 7

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Instrumento y Preguntas
Factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango.	Aspectos personales que afectan a las mujeres del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango para la toma de decisión de aceptar un parto institucional.	Grupo de elementos que conforman los factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango.	Factor personal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuántos años tiene?</li> <li>2. ¿Hasta qué grado estudio en la escuela?</li> <li>3. ¿Cuál es su estado civil?</li> <li>4. ¿qué idioma habla?</li> <li>5. ¿Qué religión practica?</li> </ol>
	El tiempo de espera por la atención y la falta de conocimiento sobre los servicios que se prestan en las instituciones de salud intervienen en la aceptación de un parto institucional entre las mujeres embarazadas del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango.	El tiempo de espera por la atención y la falta de conocimiento sobre los servicios que se prestan en las instituciones de salud intervienen en la aceptación de un parto institucional entre las mujeres embarazadas del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango.	Factor institucional	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. ¿Asistió durante su embarazo a un control prenatal?</li> <li>7. ¿En el Hospital de Barillas, le han atendido en su propio idioma?</li> <li>8. El tiempo de espera, para su atención</li> </ol>
	Costumbres y			

	<p>tradiciones que están arraigadas tanto en la comunidad como en las mujeres del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango que impide aceptar un parto institucional, así como no utilizar la lengua materna impide la comunicación adecuada con el personal de salud.</p> <p>Limitaciones educativas que impiden a las mujeres embarazadas, del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango, a conocer los beneficios de aceptar un parto institucional.</p> <p>La pobreza fenómeno complejo que dificulta el acceso y/o provoca carencia de los</p>			<p>fue</p> <p>9. ¿Cómo califica la atención que recibió en el Hospital de Barillas?</p> <p>10. ¿Conoce que en el Hospital de Barillas atienden partos a cualquier hora del día y noche?</p>
			Factor Cultural	<p>11. ¿Quién fue la persona que le atendió su último parto?</p> <p>12. ¿Tuvo la oportunidad de elegir donde tendría a su niño?</p> <p>13. ¿Quién tomó la decisión de buscar la</p>

	<p>recursos para recibir una atención en salud adecuada.</p> <p>Acceso a atención a salud debido a las limitaciones geográficas del sector impide a las mujeres del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango aceptar un parto institucional.</p>			<p>persona que le atendió su último parto?</p> <p>14. ¿Qué personas le animaron a que su parto fuera atendido en su casa?</p> <p>15. ¿En su último parto, eligió la posición que adoptó durante el procedimiento?</p> <p>16. ¿Quién le acompañó durante su parto?</p>
			Factor educativo	<p>17. ¿Ha escuchado por algún medio de comunicación información acerca de los servicios de atención del</p>

			Factor económico	<p>parto, que proporciona el Hospital de Barillas?</p> <p>18. ¿Conoce algunas de las complicaciones que se dan durante el parto?</p> <p>19. ¿Quiénes colaboraban con los gastos cuando tuvo a su niño?</p> <p>20. ¿Su esposo tenía trabajo fijo, cuando tuvo su parto?</p> <p>21. ¿Quién manejaba el dinero en el hogar?</p>
--	--	--	------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				22. ¿Durante el parto, en caso surgiera alguna emergencia contaba con dinero disponible para ir a algún centro asistencial para evitar complicaciones?
			Factor geográfico	23. ¿Cómo es el camino para llegar el hospital?  24. ¿Cuánto tiempo hace para llegar al hospital?  25. ¿Con que se transporta al hospital?

Fuente: Elaboración propia. Julio 2019.

### 3.3 Población y muestra

#### 3.3.1 Población

La población es el total de mujeres que resolvieron su parto en el domicilio, durante el primer semestre del 2019 siendo estas un total de 50 partos atendidos por comadronas o personas empíricas.



### 3.3.2 Muestra

Con la población total de mujeres que resolvieron su parto en el domicilio, se utilizó la fórmula adjunta con un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 5% por lo que el tamaño de la muestra corresponde a 43 mujeres que resolvieron su parto de manera domiciliar.

$$n = \frac{(1.65)^2 (0.5 \times 0.5)}{(0.1)^2 + \frac{((1.65)^2 (0.5 * 0.5))}{50}} = 43 \text{ mujeres a encuestar}$$

### 3.4 Sujetos de estudio

Los sujetos de estudio son las 43 mujeres que resolvieron su parto en el domicilio el primer semestre del año 2019 del territorio 4 Barrio Kambalam, municipio de Barillas, departamento de Huehuetenango.

### 3.5 Instrumento

Según Sabino, (1992) la entrevista es una interacción social que tiene como objetivo realizar una recolección de datos para una investigación, en la cual el investigador formula preguntas para poder establecer un diálogo en donde una de las partes tiene como objetivo recabar información y la otra es la fuente de esa información.

Para el presente estudio se utilizó una entrevista, con preguntas abiertas y cerradas, la cual consta de una cantidad de veinticinco ítems cada una, dirigida a mujeres que resolvieron su parto en su domicilio.

## **3.6 Criterios de inclusión y exclusión**

### **3.6.1 Criterio de inclusión**

Señoras que resolvieron su parto en el domicilio durante el primer semestre de año 2,019, del Barrio Kambalam, registradas en el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA).

### **3.6.2 Criterio de exclusión**

- Señoras que decidan no participar en la investigación.
- Señoras que no se encuentren al momento de la entrevista.
- Señoras que no llenen las características para el estudio.

## **3.7 Diseño de la Investigación**

El diseño de la investigación tiene un enfoque cuantitativo porque los datos que se obtuvieron son en cantidades numéricas, es de tipo descriptivo, porque permitirá especificar las características y perfiles de las personas a las cuales se estudiará y de corte transversal porque se estudiarán los factores simultáneamente en un periodo de tiempo determinado, iniciando en julio y finalizando en el mes de noviembre de 2019.

Para llevar a cabo la investigación primero se realizó prueba piloto en el territorio 14 el Quetzal, Barillas, Huehuetenango, utilizando una muestra aleatoria simple de 23 señoras que resolvieron su parto en el domicilio de enero a junio 2019, quienes cumplían con las mismas características con las quienes se realizara la investigación, se les dio a conocer el objetivo de la investigación, se les dio el consentimiento informado, firmando todas las participantes, a quienes se les resolvieron dudas que surgieron durante la entrevista, se finalizó la recolección de datos sin complicaciones, se obtuvo apoyo del personal del territorio con la traducción a algunas señoras. Después del análisis se modificaron algunas preguntas al instrumento.

### **3.8 Análisis Estadístico**

Se realizó una encuesta con 26 ítems con preguntas mixtas, los datos obtenidos de la investigación, a través del instrumento con preguntas abiertas y cerradas, se analizarán a través de cuadros estadísticos y graficas por vía electrónica utilizando el programa de Microsoft Excel.

### **3.9 Aspectos ético legales**

Los aspectos éticos legales que se aplican a la investigación son los siguientes:

- Derecho al trato justo. La justicia se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano. Es además un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Durante la investigación se brindó un trato humanizado a las personas participantes en las entrevistas, con el propósito de que estas no se sintieran presionadas a brindar la información.

- Intimidad. Consiste en la defensa de la persona en su totalidad a través de un muro que prohíbe publicar o dar a conocer datos sobre temas como la religión, la política o la vida íntima. Todo el ser humano tiene derecho absoluto a mantener su vida privada y bajo ningún concepto, esto no puede ser revelado ni siquiera a una persona muy cercana, ni al tutor legal, en caso de que sea menor de edad.

Durante la investigación se aplicó el derecho de la intimidad, respetando la decisión, imagen y sentimientos de las personas que participaron, sin forzar su participación para lograr obtener los datos.

- Anonimato. Todo ser humano tiene derecho a no ser identificado y a no revelar su identidad cuando utiliza Internet y las tecnologías digitales. Este derecho comprende la libertad de expresión en el anonimato, a leer de forma anónima, a navegar por Internet de forma anónima y a utilizar herramientas de comunicación seguras.

Durante las entrevistas no se solicitó el nombre de las personas que fueron entrevistadas para mantener el derecho de anonimato y se explicó a estas personas que en ningún momento se daría a conocer su identidad para no salir afectados de ninguna manera.

- Confidencialidad. Es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información.

Las entrevistas se llevaron a cabo con confidencialidad a los participantes, demostrándoles discreción, confianza, honestidad y respeto al momento de realizar la entrevista y haciéndoles saber que la información obtenida no será divulgada con nadie más.

- Consentimiento informado. Es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

Previo a realizar las entrevistas se presentó a cada persona participante, un consentimiento informado para que ellos estuvieran enterados del propósito de la investigación y pudieran decidir libremente si querían o no participar en el proceso, solicitando una firma como constancia.

## **Capítulo 4**

### **Análisis y presentación de Resultados**

Se tomó como muestreo aleatorio simple a 43 mujeres que resolvieron su parto en su domicilio en el primer semestre del año 2019, del territorio 4 Barrio Kambalam durante los meses de agosto y septiembre de 2019.

Esta encuesta fue realizada durante tres semanas, en los días del 5 de agosto al 23 de agosto del año en curso, a cada una de las entrevistadas se les explicó cada una de las preguntas y ellas respondieron conforme a su criterio, cada entrevista tuvo un tiempo de 10 minutos, la cual estaba conformada con preguntas abiertas y cerradas.

A cada una se le dio a conocer el objetivo del instrumento, la importancia de que pudieran participar y ser parte de la investigación que se está realizando, se respetó el derecho al anonimato y confidencialidad, cada una de las entrevistadas firmaron el consentimiento informado de manera voluntaria, cada una de las preguntas fueron elaboradas de manera sencilla y entendible, por lo que las encuestadas no presentaron ningún inconveniente al responder cada una de las preguntas.

**Tabla # 8**

**Edad**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
15 a 19 años	15	35%
20 a 24 años	9	21%
25 a 19 años	8	19%
30 a 35 años	7	16%
Más de 35 años	4	9%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 35% de las señoras entrevistadas se encuentran entre los 15 a 19 años de edad, el 21% entre 20 a 24 años, el 19% entre los 25 a 29 años, el 16% entre los 30 a 35 años y el 9% más de 35 años.

Según al Análisis de la Situación de Salud (2018) del municipio de Santa Cruz Barillas, en su pirámide poblacional se refleja que la mayor cantidad de población femenina en edad reproductiva, está situada de 10 a 24 años de edad. Lo cual hace más susceptible a esta población a tener un embarazo y condicionar a la mujer a enfrentar el riesgo de mortalidad materna por causas directas o indirectas a muy temprana edad.

**Tabla # 9**  
**Escolaridad**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Ninguna	23	53%
Primaria	10	23%
Básico	6	14%
Diversificado	2	5%
Universitaria	2	5%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 53% de las señoras entrevistadas no tienen ningún grado de escolaridad, el 23% cuentan con algún grado de primaria, el 14% con algún grado nivel básico, el 5% con diversificado y el otro 5% con grado universitario.

El Comité Nacional de Alfabetización CONALFA (2006) menciona que la educación en Guatemala es laica, gratuita y obligatoria entre los 7 y 14 años de edad, pero el sistema educativo no es suficiente para cubrir las necesidades de la población, hace falta escuelas, aulas, maestros y maestras; lo cual produce más analfabetismo en el país, el analfabetismo alcanza el 31.73 %, lo que representa una población de 1,900,000 personas. Aproximadamente el 18 % del total anterior está ubicado en áreas urbanas y el 82 % restante en áreas rurales y en la distribución por sexo hay más mujeres analfabetas que hombres.

**Tabla # 10**

**Estado civil**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Soltera	6	14%
Casada	22	51%
Unida	15	35%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 14% de las entrevistadas son solteras., el 51% son casadas y el 35% son unidas, el mayor porcentaje de señoras cuentan con una pareja, quien puede intervenir en su momento en cuanto a la toma de decisión para la atención del parto.

Flores, P. y González, J. (2011). Define que es la situación en que se encuentra la persona, dentro de la sociedad, en relación con los diferentes derechos o facultades y obligaciones o deberes que le atañen. Toda persona jurídica individual tiene un estado civil, comprendiendo como tal a la relación que guarda ésta con la familia (soltero, casado, divorciado, viudo, padre, hijo, abuelo).



**Tabla # 11**

**Comunidad lingüística**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Q'anjob'bal	15	35%
Español	10	23%
Q'anjob'al-español	18	42%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

De las 43 señoras entrevistadas el 35% habla solo el idioma q'anjob'al, el 23% hablan español y el 42% hablan q'anjob'al-español.

Granados, M (2017) define que Guatemala es un país con un territorio de 108 889 kilómetros cuadrados, hay 25 comunidades lingüísticas; la lengua franca es el castellano, y también se habla xinka, garífuna y veintidós idiomas que pertenecen a la familia lingüística maya: achi, akateko, awakateko, chalchiteko, ch'orti', chuj, itza', ixil, jakalteco (popiti), kaqchikel, k'iche', mam, mopan, poqomam, poqomchi', q'anjob'al, q'eqchi', sakapulteko, sipakapense, tektitek o, tz'utujil y uspanteko.

**Tabla # 12**

**Religión**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Católica	25	58%
Evangélica	18	42%
Otra.	0	0
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 58% de las entrevistadas son de religión católica y el 42% son de religión evangélica. la religión es un factor importante, debido que según a sus prácticas religiosas en muchas ocasiones intervienen en las decisiones que puedan llegar a tomar las señoras durante su embarazo y por ende en la atención del parto, según sus creencias religiosas y su fe.

Imaginario, A (2015) Define la religión en un sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad o de lo sagrado, son doctrinas constituidas por un conjunto de principios, creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y espiritual.

**Tabla # 13**

**Control prenatal**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Si	26	60%
No	17	40%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 60% de las entrevistadas indicio que, si había recibido al menos un control prenatal durante su embarazo, el 40% indico que no recibió ningún control prenatal durante su embarazo, manifestando que no lo creían importante debido a que en sus embarazos anteriores no lo habían recibido y que no presentaron ninguna complicación.

Según las Normas de Atención Integral (2018). Define que el control prenatal es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación, para asegurar un embarazo saludable, que incluye controles prenatales, en los cuales se pueden identificar oportunamente complicaciones obstétricas.

**Tabla # 14**

**Atención en el propio idioma**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Si	18	42%
No	8	18%
No asistieron a ninguna consulta	17	40%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 42% indico que, si le atendieron durante su control prenatal en su idioma, el 18% indico que no fue atendida en su idioma y el 40% no asistió a ningún control prenatal, por lo que se observa que es un porcentaje alto de mujeres que fueron atendidas en su propio idioma.

Según las Normas de Atención Integral (2018). Hace mención sobre la importancia de realizar acciones encaminadas a una maternidad saludable, la cual dependerá de la oportunidad que tenga de acceder a un servicio de salud con personal calificado y competente que le garantice una atención con calidad, calidez y pertinencia cultural, para lo cual los servicios de salud deben promover acciones de protección a los grupos vulnerables, una atención prenatal temprana, una buena atención del parto y el seguimiento en el post parto, que le permita a la mujer una maternidad saludable y el crecimiento adecuado de su recién nacido.

**Tabla # 15**

**Tiempo de espera**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Una hora	13	30%
Dos horas	5	11%
Tres horas o más	8	19%
No acudieron a ningún servicio de salud	17	40%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 30% de las entrevistadas indico que el tiempo de espera para recibir una atención fue de una hora, el 11% en dos horas, el 19% de tres horas o más, y el 40% no acudió a ningún servicio de salud para la atención del control prenatal.

Flores, P. y González, J. (2011). Menciona que la atención recibida a las gestantes mide de forma continua y espontánea la satisfacción de atención, es decir en qué medida el personal de salud soluciona sus problemas y así provocar en las gestantes un sentimiento de satisfacción o insatisfacción, todo esto se encuentra en el desempeño del personal de salud.

**Tabla # 16**

**Calificación de la atención recibida**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Excelente	9	21%
Buena	15	35%
Regular	2	4%
No acudieron a ningún servicio de salud	17	40%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 21% de las entrevistadas manifestó que la atención recibida durante su control prenatal fue excelente, el 35% recibió una buena atención prenatal, el 4% recibió una atención regular y el 40% no acudió a ningún servicio de salud.

Flores, P. y González, J. (2011). Menciona que la decisión de elegir el parto en casa en gran medida se debe a la percepción negativa que se tiene sobre los servicios de salud, la insatisfacción en la relación interpersonal, mal trato verbal, abuso, humillación, miedo de lo que les pueda pasar.

**Tabla # 17**

**Conocimiento sobre la atención de partos en el Hospital de Barillas**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Si	26	60%
No	17	40%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 60% indicó que si sabía que en el Hospital de Barillas atienden partos las 24 horas y el 40% dijo que no sabía sobre los servicios que brinda el hospital.

Mérida, G. (2019). Menciona que el principal objetivo que establece la dirección del Hospital de Barillas, Huehuetenango para el servicio de maternidad indispensablemente es el de reducir el riesgo de muertes maternas o secuelas en la salud de las mujeres y niños garantizando una atención de calidad en el mejor tiempo posible, para ello proponen los siguientes servicios con respecto a la atención de partos.

**Tabla # 18**

**Persona que atendió el parto**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Comadrona	39	91%
Esposo	2	5%
Madre	1	2%
Algún familiar	1	2%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 91% de las entrevistadas su parto fue atendido por comadrona, el 5% por el esposo, el 2% por la madre y el otro 2% por algún familiar, por lo que el 100% fue atendido el parto en su domicilio.

Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011). Las comadronas son mujeres responsables de la atención a la mujer, generalmente a partir de que contrae matrimonio, en el momento de su primer embarazo para el diagnóstico, pronóstico, atención del parto y post parto; al mismo tiempo se responsabiliza de las enfermedades que padecen las mujeres y los niños hasta los 9 meses, en algunos casos atienden hasta los tres años. En la salud preventiva realizan consejería a toda la familia sobre la salud de la mujer, cuidado y educación de los niños, las buenas relaciones familiares y principalmente de la pareja, aconseja sobre cuántos hijos e hijas debe tener una familia, la dieta de la familia, principalmente la de los niños y mujeres en gestación.



**Tabla # 19**

**Elección del lugar de parto**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Si	32	74%
No	11	26%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 74% de las entrevistadas mencionaron que, si ellas tuvieron la oportunidad de elegir donde resolver su parto y 26% no tuvieron la oportunidad, por lo que alguien más decidió por ellas, como el esposo, suegros y papas.

Nieto. P (2009). Define la concepción de la decisión del parto en el domicilio es cuando se evalúa la satisfacción por lo que han vivido sobre el parto, la mayoría de mujeres que deciden tener parto en el domicilio, sienten que se cumple sus expectativas, por el control que pueden ejercer y por la atención que reciben. La razón de ser de la costumbre es cuando encuentran el sustento, consejos de la madre, del esposo, la suegra y la comadrona como apoyo emocional.

**Tabla # 20**

**Decisión de la persona que atendería el parto**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Decisión propia	32	74%
Esposo	5	12%
Suegra	3	7%
Mamá	3	7%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista realizada a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 74% eligió a la persona que le atendería el parto en su domicilio, el 12% fue decisión del esposo, el 7% fue decisión de la suegra y el otro 7% fue decisión de la mamá, manifestando ellas que por comodidad y la confianza que le tenía a la comadrona y respetando su cultura ellas preferían ser atendidas en su domicilio.

Flores, P. y González, J. (2011). Indica que dentro del entorno social se puede remarcar la valentía de la mujer al decidir quedarse en casa para dar a luz. El embarazo y el parto son propios de la mujer y es muy normal, pudiendo manejarlo en casa, sin mayor intervención de otras personas, solamente la intervención de la comadrona y de los familiares. El dominio y la fortaleza son aspectos que deben resaltar y resistir a los dolores del parto y tienen que estar asociados a un sentimiento de autonomía, de valor y de decisión. Se tiene la idea que una buena mujer, se sacrifica y sufre por su familia. Las mujeres reciben de su alrededor la confianza en su capacidad de dar a luz en su casa, de lo contrario, las señalan de que son débiles y motivo de vergüenza ante los vecinos

**Tabla # 21**

**Persona que animo a tener un parto domiciliar**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Decisión propia	32	74%
Esposo	5	12%
Suegra	3	7%
Mamá	3	7%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 74% decidieron por si solas el que su parto fuera en el domicilio atendido por una comadrona.

El 12% fue animada por el esposo, el 7% por los suegros y el otro 7% por la mamá.

Nieto. P (2009). Define la concepción de la decisión del parto en el domicilio es cuando se evalúa la satisfacción por lo que han vivido sobre el parto, la mayoría de mujeres que deciden tener parto en el domicilio, sienten que se cumple sus expectativas, por el control que pueden ejercer y por la atención que reciben. La razón de ser de la costumbre es cuando encuentran el sustento, consejos de la madre, del esposo, la suegra y la comadrona como apoyo emocional.

**Tabla # 22**

**Decisión sobre la posición del parto**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje	Posición	Porcentaje
Si	43	100%	Sentada	23%
No	0	0%	Rodillas	30%
			Acostada	47%
Total	43	100%		100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 100% respondió que ellas eligieron la posición que adoptarían para la atención de su parto, de las cuales 10 mujeres decidieron que sentadas, esto corresponde al 23%, 13 de rodillas, correspondiendo al 30% y 20 acostadas sobre una superficie dura, que corresponde al 47% de las mujeres encuestadas.

Melgar. J (2013), señala, que las mujeres estén en trabajo de parto en la posición que ellas encuentren más cómoda, e indicó que no es necesario que estén acostadas por largos períodos de tiempo. Ese estudio, encontró que las mujeres que caminaron o estuvieron de pie durante la fase temprana y la fase activa del trabajo de parto lo redujeron en una hora aproximadamente y fueron menos propensas a tener una cesárea.

**Tabla # 23**

**Acompañamiento durante el parto**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Esposo	35	81%
Familia	8	19%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista realizada a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 81% fue acompañada durante el parto por el esposo y el otro 8% por algún familiar, como suegra, mamá, hermanas.

López. C. (2017), afirma, la cultura se va transmitiendo de generación en generación la atención del parto en el domicilio y porque la mayoría de las mujeres tienen su parto en la casa y esto se da por su cultura y tradición. La conveniencia de estar en casa, la valorización que se le da al acompañamiento de sus familiares, no lo encontrarían en otro lugar, se sienten muy bien en sus casas con toda la comodidad de poder comer y beber lo que la costumbre y tradición les dicta.

**Tabla # 24**

**Conocimiento sobre los servicios de atención de partos que brinda el Hospital de Barillas**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Si	26	60%
No	17	40%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 60% indico que si sabía que en el hospital atienden partos las 24 horas información que les brindaron durante su control prenatal y el 40% indico que no sabía sobre los servicios que brinda el hospital.

Mérida, G. (2019). Menciona que durante el parto se realizan las siguientes acciones, control estricto de signos vitales cada 15 minutos, durante las primeras dos horas, luego a cada 30 minutos por otras dos horas post parto, atención del parto normal, atención de parto multidisciplinario con, pediatría, ginecobstetricia, cirujano, médico general, anestesia y enfermería, exámenes de laboratorios gratuitos, servicios de ultrasonidos, atención social y humanizada por trabajo social., inmunizaciones, encamamiento en neonatología de RN en incubadora, observación multidisciplinar estricta post-parto, alimentación gratuita, referencia de complicaciones obstétricas a servicios con mayor capacidad resolutive.

**Tabla # 25**

**Conocimiento sobre las complicaciones durante el parto**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Si	26	60%
No	17	40%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 60% indico que si conocía al menos alguna complicación que se pudiera dar durante el parto, de ellas 17 mencionaron hemorragia y 9 retención placentaria y el 40% indico no conocer ninguna complicación.

Mazariegos. P (2011) señala, que la educación e información que se brinda a las gestantes, influye sobre sus creencias y percepciones sobre el parto y finalmente en su decisión sobre el lugar de atención del mismo. El bajo nivel educativo tanto del padre como de la madre puede explicar en parte, el desconocimiento de derechos y entre ellos se menciona la atención por parte del estado durante la gestación, el parto, puerperio y del recién nacido.

**Tabla # 26**

**Personas que corrieron con los gastos del parto**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Esposo	37	86%
Usted y esposo	0	0%
Padres	6	14%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 86% indico que los gastos del parto fueron por el esposo y el 14% fue por los padres de familia de la embarazada.

El parto domiciliario representa ventajas económicas, ya que la comadrona no impone una tarifa, sino es voluntario lo que se le da. En las comunidades lejanas y de difícil acceso, es más económico que los partos sean en casa. Algunas mujeres que acuden al hospital, una vez que son evaluadas son regresadas a sus casas diciéndoles que aún falta para el parto, horas después dan a luz en sus casas y el costo del transporte fue en vano.



**Tabla # 27**

**Trabajo fijo del esposo al momento del parto**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Si	28	65%
No	15	35%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista Dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 65% menciono que su esposo contaba con un trabajo fijo y el 35% indico que no contaba con trabajo, haciendo mención que de estas 6 eran solteras y no contaban con esposo.

Según el Análisis de la Situación de Salud ASIS (2018), en el ámbito socioeconómico del municipio de Santa Cruz Barillas, un 60% de la población vive en situación de pobreza y un 12% en extrema pobreza, datos que son preocupantes porque esto limita las oportunidades de la mayoría de la población a tener acceso a mejores oportunidades laborales, educación y salud; sin mencionar que las personas más afectas por esta situación son indígenas y residen en el área rural del municipio, lo que los hace mucho más vulnerables.

**Tabla # 28**

**Responsable del manejo del dinero en el hogar**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Esposo	37	86%
Usted y esposo	0	0
Usted misma	0	0
Familiar	6	14%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 86% indicó que su esposo es quien maneja el dinero en el hogar y el 14% como no tienen esposo la administración corre por los papas.

Flores, P. y González, J. (2011). En la sociedad maya, las mujeres están subordinadas a la autoridad paterna y están bajo el control social de las familias de sus esposos. En las decisiones de la salud reproductiva de la mujer, el hombre es quién tiene la última decisión.

**Tabla # 29**

**Ahorro para emergencia**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Si	11	26%
No	32	74%
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 26% menciono que si contaba con algún ahorro para el momento del parto y el 74% indico que no contaban con ningún ahorro, asumiendo que no era necesario.

El Instituto Nacional de Estadística de Guatemala INE (2012) menciona que, la línea de pobreza extrema representa el costo de adquirir los alimentos que cumplan con el requerimiento calórico mínimo anual por persona. También señala que la línea de pobreza no extrema además del costo de la canasta de alimentos, incluye un monto adicional que corresponde al porcentaje del gasto por consumo de otros bienes y servicios.

**Tabla # 30**

**Tipo de camino hacia el servicio de salud**

Respuesta.	Cantidad de mujeres.	Porcentaje
Asfalto	0	0
Terracería	43	100%
Carretera	0	0
Vereda	0	0
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 100% menciono que el camino de su casa al servicio de salud más cercano era de terracería.

Según la OPS (2014) El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

**Tabla # 31**

**Tiempo que le lleva para llegar al servicio de salud**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
30 minutos	43	100%
1 hora	0	0
Hora y media	0	0
Dos horas	0	0
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 100% menciona que el tiempo que les podía llegar para acudir al servicio de salud más cercano es de 30 minutos, se observa entonces que el acceso a un servicio de salud se encuentra lejano al lugar donde ella vive.

En el Análisis de la Situación de Salud del municipio de Santa Barillas (2018) se establece que cuenta con una superficie territorial de 1,112 km cuadrados, en el cual sus vías a algunas de las comunidades en donde se encuentran ubicados los servicios de salud son de difícil acceso debido a las malas condiciones en las que se encuentran las carreteras y que además existen algunas comunidades a las cuales solamente se puede acceder caminando a pie o en vestías, pues solamente se cuenta con caminos de herradura y brechas rústicas alternas.

**Tabla # 32**  
**Tipo de transporte**

Respuesta	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Caminado	15	35%
Bus	28	65%
Carro	0	0
Total	43	100%

Fuente. Elaboración propia. Entrevista dirigida a las señoras que resolvieron su parto en el primer semestre del año 2019, del Territorio 4 Barrio Kambalam, Santa Cruz Barillas, Huehuetenango, durante el mes de agosto 2019.

El 35% menciono que para llegar al servicio de salud más cercano lo hacían caminando, el 65% indico que lo hacía por medio de bus.

Los Medios de transporte, se refieren a los vehículos necesarios para el transporte según el modo escogido (avión, barco, camión y ferrocarril). Modo de transporte, por su parte, hace referencia a todos los modos de traslado de personas o bienes de un lugar a otro.

## **Conclusiones**

1. La investigación identificó los factores que intervienen en la aceptación del parto institucional son institucional, cultural, educativo y económicos
2. Dentro de las características personales de las entrevistadas, el resultado es que el 35% de las señoras entrevistadas se encuentran entre los 15 a 19 años de edad, grupo de edad más susceptible las adolescentes a tener un embarazo y condicionar a la mujer a enfrentar el riesgo de mortalidad materna, al momento de presentar una complicación durante el parto en el domicilio.
3. El factor cultural es el que presenta más incidencia en la aceptación del parto institucional, debido a que el 96% las señoras prefieren tener su parto en el domicilio con comadrona, en donde se respeta su cultura, creencias y tradiciones, lo cual hace que ellas se sientan con mayor confianza al momento del parto.

## **Recomendaciones**

1. El personal del territorio 4 Barrio Kambalam y del hospital distrital de Barillas brinde una atención de calidad a todas las embarazadas, brindando información concisa y adecuada sobre los beneficios de la atención del parto institucional y así poder aumentar las coberturas del mismo y evitar el riesgo de una mortalidad materna-neonatal.
2. El personal del territorio 4 Barrio Kambalam trabaje con los programas de adolescentes saludables y espacios saludables del componente de promoción, en donde se dan a conocer temas de salud sexual y reproductiva, dándoles a conocer que es la pubertad, los cambios físicos que sufre el adolescente, sobre su sexualidad, los embarazos no deseados, la abstinencia y el uso correcto del condón, temas de relevancia ya que hoy en día los adolescentes se encuentran en una etapa de experimentar y si ni tienen los conocimientos básicos, se obtienen los embarazos en adolescentes
3. Que el hospital distrital de Barillas pueda brindar una atención de parto institucional con pertinencia cultural, en donde se pueda dar a elegir a las embarazadas la posición más conveniente para resolver el parto, ser acompañada por algún familiar.



## Referencias

1. Alfaro, N., Carlos, P. María, L. (2011). *El Control Prenatal Inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía*. Recuperado de <http://www.imbiomed.com.mx/1/PDF/Pr52-02.pdf>. Revisado el 18 de julio 2019.
2. Alianga C. Jessica K. (2013) *Nivel de satisfacción de gestantes atendidas y atención prenatal del hospital regional de Cajamarca*. Recuperado de <http://croxiv.org/8.-%20Nivel%20de%20Satisfacion%20de%20Gestantes%20Atendidas%20Y%20Atenci%C3%B3n%20Prenatal.pdf>. revisado el 14 de julio de 2019.
3. Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud/Oficina Panamericana de la Salud (OMS/OPS). *Ministerio de Salud Pública, Guatemala. Dónde dar a luz*. Recuperado de <http://www.ciesar.org.gt/es/archivo/saludMaterna/participacionComadronaProfesional/Donde%20Dar%20a%20Luz.%20La%20decision%20de%20la%20mujer%20sobre%20lugar%20de%20parto.pdf>. 978-9929-40-272-0. revisado el 22 de julio de 2019.
4. CONALFA. (2006). *Área comunitaria: Comunidad y sociedad, segunda etapa de post-alfabetización*. Guatemala: Guatemala.
5. Congreso de la Republica. Decreto Ley 32-2010. *Ley de Maternidad Saludable*. Guatemala.
6. David. M. (2018). *La posición del bebé en el embarazo*. Recuperado de: <https://www.planetamama.com.ar/nota/la-posicion-del-bebe-en-el-embarazo> Revisado el 19 de julio de 2019
7. Dexeus Mujer. (2019). *Controles del embarazo*. Recuperado de: <https://www.dexeus.com/informacion-de-salud/enciclopedia-ginecologica/obstetricia/control-del-embarazo>. Revisado el 19 de julio de 2019

8. Flores, P y González, J. (2011). *Factores que Influyen en la Atención del Parto Extra hospitalario en mujeres del municipio de Chilanga, Morazán*. (Tesis de Maestría en Salud Pública, 2009-2011, Universidad de el Salvador Facultad Multidisciplinaria Oriental Escuela de Postgrado) San Miguel, el Salvador, Centroamérica.
9. García, B. (2014). *“Factores que intervienen para la Atención del parto institucional”* (Tesis de Maestría en Enfermería Materno Neonatal, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencia Médicas, escuela de estudios de Postgrados). Guatemala.
10. Instituto Nacional de Estadística Guatemala. (2012). *Caracterización*. Guatemala.
11. Iranzo, R., Marín, R., Pérez, M., Álvarez, R. (2011). *Hipertensión arterial y embarazo*. NefroPlus. Vol. 4. Núm. 2.
12. Langer, A. (2016). *Embarazo no deseado*. Recuperado de:  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XUWLiY4mg3YJ:www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf+&cd=12&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt>. Revisado el 19 de julio de 2019
13. Lara A. Friel. (2017). *Fiebre durante el embarazo*. Recuperado de:  
<https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/fiebre-durante-el-embarazo> Revisado el 2 de agosto de 2019.
14. Ann Marriner Tomey Martha Raile Alligood (2011) *Leininger, Madeleine M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Modelos y teorías en enfermería*. [aut. libro]. Séptima edición. España: EdiDe, S.L.

15. León, M. (2014). *Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural*. (Tesis de Maestría en Enfermería Materno Neonatal, Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas). Guatemala.
16. Leukemia & Lymphoma Society. (2012). *Información sobre las pruebas de laboratorio y de imágenes*. Nueva York, Estados Unidos.
17. López Vasquez, C. (2014). *Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional* (Tesis de grado Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Licenciatura en Enfermería) Santa Lucía la Reforma, Totonicapán, Guatemala.
18. María, M (2012) *Las culturas del nacimiento*. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8421/MicrosoftWord1COMPLETOlascultur asdelna.pdf;jsessionid=37535EE07D0D94FA51E2170B719F673C.tdx1?sequence=1>. ISBN: 978-84-690-7782-5/DL: 1237-2007. 26. Posición del parto vertical Vs. horizontal. Revista Revisado 23 de julio 2019.
19. Marriner-Tomey, A., Raile Alligow, M. (1999). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Cuarta edición. Ed. Harcourt Brace. España.
20. Memoria de labores. Distrito de Salud Barillas Huehuetenango (2018).
21. Mérida, G. (2019). *Servicio de ginecología y obstetricia*. Santa Cruz Barillas, Hospital Distrital de Barillas, Guatemala
22. Ministerio de Salud del Perú. (2006). *Directiva sanitaria de evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud*. Recuperado de: [http://www.diresacusco.gob.pe/salud\\_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/01/RM853-2012%20](http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/01/RM853-2012%20)

%20DIRECTIVA%20DE%20EVALUACION%20DE%20FON%20V.02.pdf. Revisado el 23 de julio 2019

23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2018) *Normas de atención Integral en Salud*. Guatemala.
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011). *Reporte nacional de la Atención de parto periodo 2009-2011*, de la República de Guatemala.
25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, USAID, OPS, et. al (2011). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final*. Guatemala.
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística y Segeplan (2017) *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Informe Final*. Guatemala.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). *Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para la identificación de las muertes maternas*. Guatemala.
28. Nieto. P (2009). *Factores culturales durante el parto*. Recuperado de <https://www.abc.com.py/articulos/factores-culturales-que-influyen-en-el-parto-5874.htm> revisado 22 de julio 2019.
29. Organización Mundial de la Salud (2015). *Recomendaciones para la conducción del trabajo de parto*.
30. Ortíz López, S. (2014) *Factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional*. (Tesis de Grado Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Licenciatura en Medicina). Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, Guatemala.

31. Parto en casa. (2010). *Asistencia y acompañamiento en el embarazo, parto/nacimiento y posparto*. Recuperado de: <http://partoencasa.blogspot.com/>. Revisado el: 15 de julio de 2019
  
32. Pelaes M., Luz P. (2008) *Ingreso tardío de gestantes al programa de control prenatal en la E:S:E Hospital Tobías de Uramita*. Recuperado de [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TGBXespsVV0J:bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/432/1/Ingreso\\_tardio\\_gestantes\\_programa\\_control\\_prenatal.pdf+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TGBXespsVV0J:bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/432/1/Ingreso_tardio_gestantes_programa_control_prenatal.pdf+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt). Revisado el 23 julio 2019.
  
33. Rovati, L. (2013). *¿Por qué es tan importante controlar la tensión en el embarazo?* Recuperado de: <https://www.bebesymas.com/embarazo/por-que-es-tan-importante-controlar-la-tension-en-el-embarazo>. Revisado el 19 de julio de 2019
  
34. Segeplan/MSPAS. (2011). *Estudio Nacional de Mortalidad Materna*. Guatemala.
  
35. Análisis de la Situación de Salud (ASIS) (2018) Distrito No. 6 del municipio de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango.

## Anexos

### Anexo 1



### Consentimiento Informado

Código\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

Mediante la firma ó huella en este documento, doy mi consentimiento para que me pasen la entrevista, entiendo que el contestar la entrevista formará parte de una investigación centrada en el estudio sobre factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam, Municipio de Santa Cruz Barillas, del Departamento de Huehuetenango; durante los meses de junio a agosto 2019. La entrevista para responderla durará aproximadamente 30 minutos. He conocido libremente la entrevista, se me notifico que es totalmente voluntario y que aun después de iniciado puedo rehusarme a responder, mis respuestas no serán relevadas a nadie y no me veré afectada

---

Firma de la entrevistada

---

Firma del entrevistador

Anexo 2



**Universidad Panamericana**  
Facultad Ciencias Médicas y de la Salud  
Licenciatura en Enfermería y Gestión en Salud

Entrevista sobre los factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam, Municipio de Santa Cruz Barillas, del Departamento de Huehuetenango durante los meses de junio a agosto de 2019.

**Objetivo:** Describir los factores que intervienen en la decisión de las embarazadas para aceptar el parto institucional del Barrio Kambalam Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango.

**Instrucciones:** A continuación, se le presenta una entrevista en donde se le realizaran unas preguntas, las cuales usted podrá contestar con su propio criterio.

Fecha \_\_\_\_\_ Número de encuesta: \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

I. FACTOR PERSONAL

1. Edad:        años

2. Escolaridad:

a. Ninguna \_\_\_\_\_

b. Primaria \_\_\_\_\_

c. Básico \_\_\_\_\_

d. Diversificado \_\_\_\_\_

e. Universitaria \_\_\_\_\_

3. Estado Civil:

a. Soltera \_\_\_\_\_

b. Casada \_\_\_\_\_

c. Unida \_\_\_\_\_

d. Viuda \_\_\_\_\_

e. Divorciada \_\_\_\_\_

4. Comunidad lingüística:

a. Q´anjob´al \_\_\_\_\_

b. Español \_\_\_\_\_

c. Q´anjob´al-español \_\_\_\_\_

d. Otro \_\_\_\_\_

5. Religión:

a. Católica \_\_\_\_\_

b. Evangélica \_\_\_\_\_

c. Otra \_\_\_\_\_

## II FACTOR INSTITUCIONAL

6. ¿Asistió durante su embarazo a un control prenatal?

a. Si \_\_\_\_\_

b. No \_\_\_\_\_

Si la respuesta fue negativa indique porque. \_\_\_\_\_

7. ¿En el Hospital de Barillas, le han atendido en su propio idioma?

a. SI \_\_\_\_\_

b. NO \_\_\_\_\_

8. El tiempo de espera, para su atención fue:

a. Una hora \_\_\_\_\_

b. 2 horas \_\_\_\_\_

c. 3 horas o más \_\_\_\_\_

9. ¿Cómo califica la atención que recibió en el Hospital de Barillas?

a. Excelente \_\_\_\_\_

b. Buena \_\_\_\_\_



- c. Regular \_\_\_\_\_
- d. Deficiente \_\_\_\_\_

10. ¿Conoce que en el Hospital de Barillas atienden partos a cualquier hora del día y noche?

- a. Sí \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

## II. FACTOR CULTURAL

11. ¿Quién fue la persona que le atendió su último parto?

- a. Comadrona \_\_\_\_\_
- b. Esposo \_\_\_\_\_
- c. Madre \_\_\_\_\_
- d. Algún familiar \_\_\_\_\_
- e. Usted misma \_\_\_\_\_
- f. Otra, especificar \_\_\_\_\_

12. Tuvo la oportunidad de elegir donde tendría a su niño?

- a. Sí \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es No, ¿Quién tomo la decisión por usted?

- a. Esposo \_\_\_\_\_
- b. Suegros \_\_\_\_\_
- c. Padres \_\_\_\_\_
- d. Cuñados \_\_\_\_\_
- e. Líder de la comunidad \_\_\_\_\_
- f. Otro, especificar \_\_\_\_\_

13. ¿Quién tomó la decisión de buscar la persona que le atendió su último parto?

- a. Decisión propia \_\_\_\_\_
- b. Esposo \_\_\_\_\_
- c. Suegra \_\_\_\_\_
- d. Mamá \_\_\_\_\_
- e. Papá \_\_\_\_\_
- f. Algún familiar \_\_\_\_\_
- g. otro, especificar \_\_\_\_\_

14. ¿Qué personas le animaron a que su parto fuera atendido en su casa?

- a. Esposo \_\_\_\_\_
- b. Padres \_\_\_\_\_
- c. Suegros \_\_\_\_\_
- d. Líderes \_\_\_\_\_
- e. Decisión personal \_\_\_\_\_
- f. Otros, especificar \_\_\_\_\_

15. ¿En su último parto, eligió la posición que adoptó durante el procedimiento?

- a. Sí \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

¿Cuál?

- a. Sentada \_\_\_\_\_
- b. De rodillas \_\_\_\_\_
- c. De pie, con el apoyo de alguien \_\_\_\_\_
- d. De cuclillas \_\_\_\_\_
- e. Sostenida o con el apoyo de lazos \_\_\_\_\_
- f. Acostada \_\_\_\_\_

16. ¿Quién le acompañó durante su parto?

- a. Sola \_\_\_\_\_
- b. Esposo \_\_\_\_\_
- c. Familia \_\_\_\_\_
- d. Otro, especificar \_\_\_\_\_

#### IV. FACTOR EDUCATIVO

17. ¿Ha escuchado por algún medio de comunicación información acerca de los servicios de atención del parto, que proporciona el Hospital de Barillas?

- a. Sí \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí, ¿Cuál?

- a. Radio \_\_\_\_\_
- b. Televisión \_\_\_\_\_
- c. Periódico \_\_\_\_\_
- d. Servicio de salud \_\_\_\_\_

18. ¿Conoce algunas de las complicaciones que se dan durante el parto?

- a. Sí \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

Si la respuesta anterior es si, cuales considera usted:

- a. Hemorragia \_\_\_\_\_
- b. Retención placentaria \_\_\_\_\_
- c. Parto prolongado \_\_\_\_\_
- d. Shock hipovolémico \_\_\_\_\_
- e. Hipertensión \_\_\_\_\_
- f. Otra, especificar \_\_\_\_\_

V. FACTOR ECONÓMICO

19. ¿Quiénes colaboraban con los gastos cuando tuvo a su niño?

- a. Su esposo \_\_\_\_\_
- b. Usted y su esposo \_\_\_\_\_
- c. Padres \_\_\_\_\_
- d. Otros, especificar \_\_\_\_\_

20. ¿Su esposo tenía trabajo fijo, cuando tuvo su parto?

- a. Sí \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

21. ¿Quién manejaba el dinero en el hogar?

- a. Esposo \_\_\_\_\_
- b. Usted misma \_\_\_\_\_
- c. Ambos \_\_\_\_\_
- d. Otro, especificar \_\_\_\_\_

22. ¿Durante el parto, en caso surgiera alguna emergencia contaba con dinero disponible para ir a algún centro asistencial para evitar complicaciones?

- a. SI \_\_\_\_\_
- b. NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta anterior es negativa, especifique ¿por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VI. FACTOR GEOGRÁFICO

23. El camino de su casa al servicio de salud es de:

- a. Asfalto \_\_\_\_\_
- b. Terracería \_\_\_\_\_

c. Carretera \_\_\_\_\_

d. Vereda \_\_\_\_\_

24. Tiempo que le lleva llegar al servicio de salud:

a. 30 minutos \_\_\_\_\_

b. 1 hora \_\_\_\_\_

c. Hora y media \_\_\_\_\_

d. Dos horas o más \_\_\_\_\_

25. Para llegar al servicio de salud lo hace a través de:

a. Caminando \_\_\_\_\_

b. Bus \_\_\_\_\_

c. Carro \_\_\_\_\_

d. Con bestias \_\_\_\_\_

e. Otros, especificar \_\_\_\_\_

Gracias por su colaboración. ¡Dios le bendiga!