



Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud
Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud

**Conocimientos sobre señales de peligro en el embarazo que poseen las
comadronas tradicionales de la comunidad Nueva Esperanza
del municipio de Sayaxché, Petén**

(Tesis)

Geidy Patricia Castillo Vidal

Guatemala, octubre 2020

**Conocimientos sobre señales de peligro en el embarazo que poseen las
comadronas tradicionales de la comunidad Nueva Esperanza
del municipio de Sayaxché, Petén**
(Tesis)

Geidy Patricia Castillo Vidal

Licda. Lisandra Maribel Bin García (**Asesora**)
M.A. Victoria de Jesús Villeda Recinos (**Revisor**)

Guatemala, octubre 2020

Autoridades Universidad Panamericana

M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica

M.A. Cesar Augusto Custodio 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

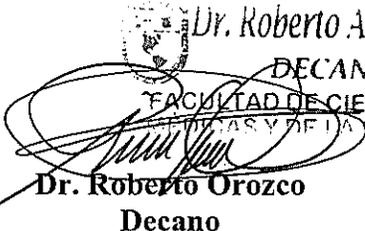
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD

ASUNTO: **Geidy Patricia Castillo Vidal**,
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 trece de enero 2,020.

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:

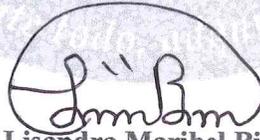
1. La solicitud hecha para realizar el Trabajo de Tesis está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Geidy Patricia Castillo Vidal**, recibe la aprobación para realizar su Trabajo de Tesis.


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 22 de septiembre del dos mil veinte

*En virtud de que la tesis con el tema: “Conocimientos sobre señales de peligro en el embarazo que poseen las comadronas tradicionales de la comunidad Nueva Esperanza del municipio de Sayaxché, Petén.” Presentado(a) por el(la) estudiante: **Geidy Patricia Castillo Vidal**, previo a optar al título de Licenciado(a) 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. Lisandra Maribel Bin García
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD

Guatemala 06 de octubre del dos mil veinte.

En virtud de que la tesis con el tema: **“Conocimientos sobre señales de peligro en el embarazo que poseen las comadronas tradicionales de la comunidad Nueva Esperanza del municipio de Sayaxché, Petén.”** Presentado(a) por el(la) estudiante: **Geidy Patricia Castillo Vidal**, previo a optar al título de Licenciado(a) 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.

No Duedo

M.A. Victoria de Jesús Villeda Recinos
Revisor

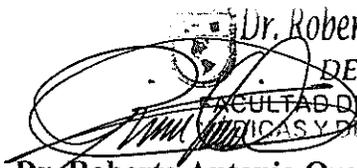


UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD,
Guatemala a los seis días del mes de octubre del año dos mil veinte.

En virtud de que la tesis con el tema: **“Conocimientos sobre señales de peligro en el embarazo que poseen las comadronas tradicionales de la comunidad Nueva Esperanza del municipio de Sayaxché, Petén.”** presentado(a) por el(la) estudiante: **Geidy Patricia Castillo Vidal**, previo a optar al grado de Licenciado(a) en *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.


Dr. Roberto A. Orozco
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS Y 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: Por darme la vida, la salud para culminar con éxito mis estudios.

A mí Madre: Por su apoyo tanto espiritual y moral que Dios multiplique su esfuerzo.

A mis Hijos: Por su paciencia, comprensión y por los momentos de atención que robe.

A mi Esposo: Por el apoyo incondicional, por su paciencia y comprensión en los momentos de ausencia.

A mis Hermanos: Por su apoyo moral, que Dios los bendiga siempre.

A mis Catedráticos: Por haber compartido el pan del saber, que Dios bendiga a tan ardua labor que ejercen como profesionales

A la coordinadora de la carrera: Licda. Lisandra Bin, por ser una persona dotada de sabiduría, vaso que Dios utiliza para compartir conocimientos para la formación de futuros profesionales.

A revisora de tesis: M.A. Victoria de Jesús Villeda Recinos, por su paciencia y dedicación para corregir el trabajo de tesis.

A Universidad Panamericana: Por haber hecho realidad mi sueño.

A mis Amigos y Amigas: Por su compañía y apoyo incondicional durante los años exitos en su vida profesional.

MIL GRACIAS Y BENDICIONES

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco Conceptual	1
1.1 Antecedentes del problema	1
1.2 Importancia del Problema	11
1.3 Planteamiento del Problema	13
1.4 Alcance y límites del problema	13
1.4.1 Alcances	13
1.4.2 Límites	13
1.4.2.1 Ámbito Geográfico	13
1.4.2.2 Ámbito Institucional	13
1.4.2.3 Ámbito Personal	14
1.4.2.4 Ámbito Temporal	14
Capítulo 2	15
Marco Teórico	15
2.1 Teoría del Conocimiento	15
2.1.1 Conocimiento	17
2.2 Embarazo	18
2.2.1 Elementos que caracterizan los tres trimestres del embarazo	20
2.2.2 Atención Prenatal	20
2.2.3 Control prenatal	22
2.2.2.1 Beneficios del control prenatal	24
2.2.2.2 Enfoque de riesgo en la Atención Perinatal	25
2.2.4 Valoración del riesgo durante el embarazo	26
2.2.5 Señales de peligro durante el embarazo	27

2.2.5.2 Riesgo Reproductivo	28
2.2.6 Factores de riesgo en el embarazo	28
2.2.6.1 Edad	28
2.2.6.2 Complicaciones en el embarazo	30
2.2.6.3.1 Salida de líquido amniótico	31
2.2.6.3.2 Hemorragia vaginal	32
2.2.6.3.3 Edema	32
2.2.6.3.4 Trastornos visuales o auditivos	32
2.2.6.3.5 Cefalea	33
2.2.6.3.6 Movimientos fetales	33
2.2.6.3.7 Dolores intensos en el abdomen	33
2.2.6.3.8 Convulsiones	33
2.2.6.3.9 Fiebre	34
2.2.10 Infecciones en vías urinarias	34
2.2.6.11 Anemia	35
2.3 Demoras	35
2.3.1 Primera Demora	35
2.3.2 Segunda Demora	35
2.3.3 Tercera Demora	36
2.3.4 Cuarta Demora	36
2.4 Atención calificada del parto	36
2.4.1 Periodos del parto	36
2.5 Atención del parto con pertinencia cultural	37
2.5.1 Exámenes vaginales	38
2.6 Historia de la Comadrona en Guatemala	38
2.7 Comadronas	39
2.7.1 Comadrona tradicional	40
2.7.2 Características de las comadronas	41
2.7.3 Requisitos para ejercer como comadrona tradicional	42
2.7.4 Rol de la comadrona	42

2.7.4.1 Responsabilidades y actividades de la Comadrona	43
2.7.5 Las comadronas y los servicios de salud	45
2.8 Marco legal de la comadrona tradicional	47
2.9 Participación de la comadrona tradicional en la reducción de la mortalidad materna en Guatemala	50
2.10 Prácticas de cuidados culturales en gestantes indígenas	53
2.11 Plan de Emergencia	55
2.11.1 La Comadrona y el Plan de emergencia familiar	56
2.11.2 La Comadrona y el Plan de emergencia comunitario	57
2.12 Uso del Partograma en el Centro Hospitalario	58
2.12.1 Progreso del primer periodo del trabajo de parto.	60
2.12.2 Progreso del segundo periodo del trabajo de parto	60
2.12.3 Signos de alarma	60
2.12.4 Expulsión de la cabeza	61
2.12.5 Finalización del parto	62
2.13 Cuidados Rutinarios del Recién Nacido	62
2.14 Principales Señales de Peligro de mortalidad perinatal	63
2.14.1 Atención postparto inmediata	64
2.14.2 Administración de oxitocina	65
2.14.3 Tracción controlada del cordón umbilical y contra tracción el útero	65
2.14.4 Nunca aplique tracción al cordón umbilical sin aplicar la presión por encima del pubis con la otra mano	65
2.14.5 Masaje uterino abdominal	66
2.14.6 Examen de los desgarros	66
2.15 Parto Vertical/Natural	66
2.15.1 Contraindicaciones	67
2.15.2 Posiciones en el período expulsivo	67
2.16 Modelo de Enfermería	68
2.17 Estructura de la Institución	69
2.17.1 Misión	70

2.17.2 Visión	70
Capítulo 3	71
Marco Metodológico	71
3.1 Objetivos	71
3.1.1 Objetivo General	71
3.1.2 Objetivos Específicos	71
3.2 Variables y su Operacionalización	72
3.3 Población y Muestra	75
3.4 Los sujetos de estudio	75
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	75
3.5.1 Criterios de inclusión	75
3.5.2 Criterios de exclusión	75
3.6 Diseño de la Investigación	75
3.7 Análisis Estadístico	76
3.8 Aspecto Ético Legales	76
3.8.1 Permiso Institucional	76
3.8.2 Consentimiento Informado	77
3.8.3 Anonimato y Confidencialidad	77
3.8.4 Beneficencia	77
3.8.5 Autonomía	77
Capítulo 4	78
Análisis y Presentación de Resultados	78
Conclusiones	100
Recomendaciones	101
Referencias	102
Anexos	105

Índice de Tablas

Tabla # 1. Variables y su operacionalización.	72
---	----

Índice de Figuras

Figura # 1 Organigrama Institucional	69
--------------------------------------	----

Índice de Gráficas

Grafica # 1. Cuántos años tiene	79
Grafica # 2. Estado Civil	80
Grafica # 3. Grado de Escolaridad	81
Grafica # 4. Ocupación	82
Grafica # 5. Que Religión tiene	83
Grafica # 6. Grupo étnico	84
Grafica # 7. Cuántos años tiene de ejercer como comadrona	85
Grafica # 8. En qué año recibió capacitación de comadronas	86
Grafica # 9. Tiene carné actualizado de comadrona	87
Grafica# 10. Cuántas mujeres atendió en el año 2018	88
Grafica # 11. Está reconocida como Comadrona Tradicional por parte del MSPA	89
Grafica # 12. Cuántas señales de peligro en el embarazo conoce	90
Grafica # 13. Lleva a la embarazada al servicio de salud para que le realicen control prenatal	91
Grafica # 14. Cuántas visitas le realiza a la embarazada	92
Grafica # 15. Se le han complicado alguna vez los partos que atiende	93
Grafica # 16. A tiende los partos de las primigestas	94
Grafica # 17. Embarazadas de que edades atiende en su hogar	95
Grafica # 18. Cuántas referencias a realizado al hospital de las embarazadas atendidas	96
Grafica # 19. Motivo por las que ha referido a las embarazadas	97
Grafica # 20. Conoce el plan de emergencia familiar	98
Grafica # 21. Participa en el plan de emergencia Comunitario de su comunidad	99

Resumen

El presente estudio se realizó en la comunidad de Nueva Esperanza del Municipio de Sayaxché con las comadronas tradicionales, con la finalidad de describir las competencias que poseen sobre los signos y señales de peligro durante el embarazo. Lo que hace necesario reforzar las competencias en la detección temprana de signos y señales de peligro en la gestante. Se constituyó en varios capítulos que se detallan a continuación, el primer capítulo, corresponde al Marco conceptual, donde se presenta los antecedentes, que son estudios de investigación relacionado al tema, importancia de la investigación, planteamiento del problema, alcances y límites.

En el segundo capítulo, el Marco teórico incluye la fundamentación teórica, que sustenta la base científica y técnica de la investigación, en la que se abordan diferentes temas, todas son énfasis en el conocimiento que poseen las comadronas tradicionales sobre las señales de peligro en el embarazo. Se describe el modelo de enfermería teoría de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger y las características de la institución donde se realizó el estudio.

El tercer capítulo corresponde al Marco metodológico, que sustenta los objetivos planteados sobre la investigación, las variables del estudio que constituye los indicadores, sujetos de estudio que está conformado por las personas que representan las características principales o propiedades de interés. Así como criterios de inclusión y exclusión, diseño de la investigación señala que es enfoque cuantitativo que busca cuantificar los datos y, por lo general, aplica alguna forma de análisis estadístico. Es de tipo descriptivo especifica las propiedades, características, perfiles de personas, grupos, comunidades del fenómeno estudiado; de corte transversal porque inicia de enero a mayo 2019.

Análisis estadístico que es la recolección de datos del estudio de campo, por último, se describen los aspectos éticos legales que son acordes a la investigación. El cuarto capítulo se establece el análisis y presentación de resultados de los datos obtenidos de cuestionamiento del instrumento realizado, presentando en cuadros y gráficas; finalmente las conclusiones y recomendaciones de la investigación, las referencias y anexos.

Introducción

La naturaleza multicultural de nuestro país y sus prácticas representan para cada población su propia existencia y el entorno que vive. Es necesario entonces, que los servicios de salud generen la confianza plena en los diferentes pueblos, para que el Estado cumpla con su objetivo de garantizar el acceso a la salud a todos sin discriminación alguna, indica las normas con pertinencia cultural, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Esto se transfiere a todos los aspectos de la vida del ser humano entre los que se encuentra la mujer embarazada con la presencia de la atribución de los valores culturales, emocionales y sociales. En la actualidad se toma en cuenta las tradiciones y costumbres que sus culturas poseen, conservando la atención de la salud en las comunidades por agentes de salud, entre ellos la comadrona tradicional quien evalúa a la embarazada, como una de las formas con las que trata de preservar la salud de las madres en la atención del parto y posparto, quienes eligen a la comadrona de su comunidad, de su confianza para asumir esta responsabilidad.

La situación de salud de la mujer embarazada es preocupante y alarmante, son varios los factores que han intervenido negativamente, embarazos a temprana y tardía edad, la pobreza extrema, factores socioeconómicos, culturales, antecedentes familiares, entre otros. Un gran número de embarazadas aun acude para ser atendida por la comadrona tradicional que atiende en su comunidad, evidenciando su preferencia por la confianza que ella infunde en las gestantes.

Por ser líderes locales, por costumbres y tradiciones, es importante que la comadrona posea competencias en la atención prenatal con mayor énfasis en la detección oportuna de signos y señales de peligro durante el embarazo. Como sujetos de estudio se seleccionaron a 15 comadronas tradicionales, a quienes se les realizó una entrevista a profundidad, que incluyó datos cualitativos y cuantitativos, basados en la actuación, ante las señales de peligro durante el embarazo. El propósito del estudio es describir las competencias que tienen las comadronas tradicionales en relación a los signos y señales de peligro que la embarazada pueda presentar en cualquier trimestre de su embarazo, evaluando el tipo de respuesta que ellas tienen ante una emergencia obstétrica.

Capítulo 1

Marco Conceptual

1.1 Antecedentes del problema

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la Ruta Crítica para la construcción de la Política Nacional de Comadronas, Guatemala (2018) señalan, El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, han sido ratificadas por el Estado de Guatemala y establecen compromisos para la lucha contra la discriminación, la adopción y apoyo a instrumentos internacionales, el reconocimiento y garantía de derechos culturales, civiles, políticos, sociales y económicos.

En ese contexto, se resalta el trabajo realizado por las comadronas tradicionales en la atención del embarazo, parto y posparto, de acuerdo a sus conocimientos ancestrales, y que demandan dignificarse siguiendo los principios de respeto, libertad e igualdad enmarcados en la ley. Dicho reconocimiento deberá erradicar las formas de discriminación y racismo que son comunes en la práctica diaria de las comadronas, por sus condiciones socioeconómicas y culturales. La promoción de esta política contribuirá significativamente al ejercicio de su trabajo. En otras secciones se desarrolla la valiosa labor de las comadronas quienes son reconocidas como autoridades ancestrales en el campo de la salud, de apoyo en los asuntos de la familia y la comunidad. (p. 7)

Las comadronas valoran el trabajo de las/os profesionales de la salud, desarrollan y comparten sus dones (vocación). En el contexto de la comunidad y cosmovisión, su liderazgo se consolida a partir de los 52 años de edad, poseen como mínimo tres dones. Algunas también son guías espirituales o cura huesos. Su trabajo es ser observadoras del proceso de gestación a lo largo de los nueve meses. (p. 9)

La función de las comadronas está estrechamente vinculada a la promoción de la Maternidad Saludable. Según datos del informe oficial de mortalidad materna para el año 2013, las comadronas atendieron 124,688 partos, que constituyen el 32,2 % de todos los partos atendidos en el país. Por

tanto, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, implementará acciones para respetar, reconocer y revitalizar la labor de las comadronas en la población de Guatemala, creando de esta manera, las condiciones para el mejor relacionamiento de las mismas con el MSPAS, en sus distintos niveles de atención y con pertinencia cultural, para facilitar las buenas prácticas de salud de las comadronas y lograr la mejora en la atención materna neonatal. (MSPAS, 2015, p. 11)

Las comadronas son importantes personajes comunitarios, que ancestralmente han acompañado a las familias y las comunidades en temas relacionados con la salud, sociales y culturales donde actúan al dar apoyo, consejo y orientación. Han desempeñado un rol fundamental en la atención de la mujer embarazada al acompañarla en todo el proceso de gestación y lactancia, siendo también beneficiada la familia, explica el doctor Daniel Frade, consultor de Salud Sexual-Reproductiva y Materna de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y para la Organización Mundial de la Salud (OMS), Guatemala.

Muchas no fueron a la escuela y mucho menos a la universidad para aprender todo lo que implica una carrera de ginecología y obstetricia. Sus conocimientos se los deben a la experiencia vivida o heredados de sus abuelas, y un buen grupo se ha preocupado por especializarse a través de los programas del Ministerio de Salud, con el apoyo de la comunidad internacional, como ‘El Fondo de Población de las Naciones Unidas, Unfpa; IRH/Georgetown University, Organización Panamericana de la Salud, OPS, y ahora se ha involucrado Child Fund. En 2011 se logró registrar un 64.04 por ciento de comadronas capacitadas’, explica Almeda Aguilar Fajardo, del Programa Nacional de Salud Reproductiva, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Revista Amiga, 2012, p. 2)

Castro, P. (2015). Tesis de grado académico “Conocimiento y actitudes de las comadronas sobre signos de peligro sobre muerte fetal en el periodo Intraparto”. Señala, Historia de las Comadronas; La Primer escuela de Comadronas estuvo adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos la que funcionó del 1 de Julio del año de 1895 al año de 1956, las clases se iniciaron el primero de agosto de 1895 con tres alumnas. De esta escuela de Comadronas se graduaban con grado universitario las parteras profesionales que atendían los partos de la Sala de

Maternidad del Hospital San Juan de Dios, la Maternidad “Joaquina”, del Hospital Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (p. 7)

En el año de 1903 ocho años después de la apertura de la Escuela de Comadronas, durante el gobierno de Cabrera fue decretado el establecimiento de la Primer Escuela de Enfermeras adscrita al Hospital General San Juan De Dios, pero a pesar de haber sido decretada la escuela nunca se fundó formalmente.

La etapa de estudios en la Escuela de Comadronas, comprendía una duración de dos años , posteriormente en el año de 1923 durante el gobierno de José María Orellana estos fueron ampliados y modificados con un plan de estudios en dos tipos, a las de segundo tipo consistía en un plan de estudios de tres años y a las de primer tipo de cuatro años entre las diferencias que existían eran que las comadronas de primera clase podían hacer ciertas intervenciones quirúrgicas, incluyendo la episiotomía, la aplicación de fórceps y la sutura del perineo.

Las mujeres graduadas como comadronas de la Escuela de Comadronas fueron las primeras mujeres universitarias en el país y fueron ellas las que en el mes de agosto del año de 1924 formaron la Asociación de Parteras Profesionales de Guatemala “Dr. Juan J. Ortega”, que a la presente fecha aún se encuentra vigente. (p. 8)

En todo el territorio nacional el 50 % 4 de los partos son atendidos por comadronas, el 36.9%⁵ por médicos, el 7.3%⁶ por otras personas y el 3.7%⁷ por enfermeras. El acceso a los servicios de salud es restringido en el área rural, debido a ellos los datos respecto de la atención de los partos varían; el 75.1%⁸ de los partos son atendidos en casa de la parturienta (atendidos probablemente por comadronas); entre la población indígena los partos atendidos en casa son del 83.7%⁹ (presumiblemente atendidos por comadrona) y el porcentaje de atención de partos en casa a madres sin educación es de 78.2%¹⁰ (eventualmente por comadrona).

Los datos constatan el alto porcentaje, de población rural, indígena y analfabeta atendida en su casa de habitación, seguramente por comadrona. Con ello se demuestra la existencia de una red de cobertura superior en manos de parteras tradicionales en comparación con la que proporciona los servicios de salud. Debido a la importancia del trabajo de las comadronas en Guatemala, la presente investigación ha tomado como sujeto de estudio a las comadronas, pero entendidas éstas en primera instancia como terapeutas tradicionales que se han visto en la necesidad de capacitarse a través de organismos gubernamentales y no gubernamentales para poder seguir ejerciendo su oficio en las comunidades. (Saravia, M., 2016, p. 2)

Estudio realizado en Santa Cubulco señala que el Centro de Atención Permanente (CAP), atendió 631 partos (45.96%) durante el año 2014, a pesar de ello, las mujeres desean ser atendidas en casa por comadrona adiestradas, atendiendo ellas 731 partos (53.24%) durante el 2014. Y 11 partos más que fueron atendidos por comadronas empíricas. La tasa de mortalidad infantil, según la memoria de labores del 2014, es de 3.53 por cada mil nacidos vivos y la tasa de crecimiento vegetativo era de 1.89. El CAP, destaca el fallecimiento de 5 infantes de 8 a 28 días, ninguno de 0 a 7 días correspondiendo a muerte fetal intraparto. (Castro, P., 2012, p. 7).

Macario, B. (2015). Estudio titulado, “Actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto”. Presenta como objetivo de la investigación fue determinar la actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto, del Centro de Atención Permanente (CAP), San Carlos Sija, Quetzaltenango, Guatemala. El tipo de estudio fue mixto de abordaje transversal, de diseño cuali-cuantitativo, tomando como muestra a 10 comadronas tradicionales, se realizaron entrevistas a profundidad donde se incluyeron 5 preguntas relacionadas a las características generales de las comadronas y 6 preguntas de acuerdo a la actuación de las comadronas durante la atención del parto.

En cuanto a resultados, el 50% están comprendidas entre las edades de 65 a 69 años y el 50% son analfabetas. La señal de peligro que se les presenta durante el parto es; las hemorragias en un 80%, seguido de las distocias con un 60% y la ruptura de membranas en un 50%. Las acciones que realizan el 100% son las referencias y el 100% menciona que tanto la usuaria como familiares

presentan renuencias durante las mismas. En conclusión, las comadronas presentaron un bajo nivel de conocimiento sobre el reconocimiento de las señales de peligro durante el parto, debido a que confunden las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, las acciones que realizan al detectar algún signo de peligro son las referencias a centros de salud y hospitales más cercanos. (p. 11)

Catun, N. (2014). Estudio titulado, “Conocimientos de las comadronas tradicionales en la activación del plan de emergencia familiar y comunitario en embarazadas”. Señala como objetivo; describir los conocimientos que poseen las comadronas en Activación del plan de emergencia familiar y comunitario en la embarazada, adquiridos durante la capacitación a Comadronas según lista anual de capacitaciones de plan técnico impartido por el personal de la fundación menonita bajo convenio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la Jurisdicción Campur-Cojaj, San Pedro Carchá del departamento de Alta Verapaz.

La metodología utilizada; estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, realizado en 28 comunidades de la jurisdicción de Campur-Cojaj, del distrito municipal de Campur, Carchá departamento de Alta Verapaz, tomando como muestra 30 comadronas tradicionales capacitadas en sus comunidades por el equipo básico, se realizaron encuestas estructuradas tipo entrevista la cual consta de dos partes. La primera corresponde a preguntas abiertas y cerradas con opciones múltiples de datos generales propias de características de las comadronas.

La segunda corresponde a preguntas específicas sobre conocimientos generales basándose en los conocimientos adquiridos en las capacitaciones; los datos fueron analizados procesados por medio de cuadros electrónicos en Excel en las que se incluyeron cada una de las variables del estudio. Presenta resultados, el setenta y seis por ciento (76%) de las comadronas tradicionales no identifican todos los pasos del plan de emergencia familiar y comunitario lo que evidencia desconocimiento para la toma de decisiones en el momento de la emergencia obstétrica.

En conclusiones presenta las referencias a nivel de servicios de salud aún no se lleva a cabo al 100% por las Comadronas Tradicionales considerando que la causa es el desconocimiento, el setenta y seis por ciento (76%) de las comadronas tradicionales no indican todos los pasos del plan de emergencia para una toma de decisión en el momento de la emergencia obstétrica lo que pone en riesgo la vida de las embarazadas y por el ende el riesgo de muertes maternas. (p. 9)

Pérez, R. (2016). Estudio en Almolonga, señala que, “Las comadronas se comunican en k’iche’, el idioma principal de las mujeres y jóvenes; es importante porque la comunicación en un mismo código produce confianza y facilita que se busque una solución a los problemas dimensionados. Según las comadronas, las jóvenes son las que más frecuentemente buscar su apoyo, tienen preguntas y buscar consejo, a veces con miedo o vergüenza a pedir a sus padres. Ellas explicaban que los adolescentes están en la etapa de la juventud en donde buscan ser escuchados por otras personas y cuando a veces no encuentran ese nivel de confianza en el hogar o con los padres.

Ellas y ellos las buscan para contarles sus problemas y buscar respuestas a sus dudas con su salud. Una comadrona de 40 años reflejaba; “Esto me hace sentir satisfecha porque con esta labor me siento útil para mi municipio, en apoyar a la población joven en sus derechos sexuales y reproductivos.” (p. 3)

Antes, las comadronas sirvieron a sus comunidades sin regulación estatal. Sin embargo, en el 2010, la Ley de Maternidad Saludable estableció una relación formal y regulatoria entre las comadronas y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Los proveedores comunitarios y tradicionales brindarán los servicios de maternidad en el primer nivel de atención, aplicando normas y protocolos establecidos... En el caso de las comadronas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá formular coordinadamente para establecer un programa para la formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico”. (Pacay, M., 2012, p. 3).

Asimismo, la comunidad de Nueva Esperanza cuenta con una población de 1563 habitantes, donde la población es 95% Quet'chi, donde la cultura de las mujeres es que sus partos sean atendidos en sus hogares. La mayoría de las embarazadas no acuden al Centro de Salud que se encuentra en la comunidad para recibir control prenatal, y por lo consiguiente no acuden al Hospital para que su parto sea atendido en ese lugar.

En el año 2018 tres señoras presentaron señales de peligro en el embarazo sin embargo esperaron mucho tiempo en su casa y los niños fallecieron, esto da lugar a que las comadronas de la comunidad no están capacitadas para referir inmediatamente a un centro asistencial. Por tanto, el estudio se realizó por necesidad observada y también por medio de registros obtenidos en el Centro de Salud de Nueva Esperanza, donde el mayor porcentaje de partos son atendidos por las comadronas, asistiendo partos de alto riesgo por el cobro que ellas hacen al atender el parto.

El modelo de atención de enfermería que se adapta a la investigación señala que, el profesional de enfermería debe conocer la teoría de la cultura de los cuidados; teoría de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger, y tener en cuenta los dominios analizados de protección, miedo y satisfacción, para ponerlos en práctica desde la perspectiva de la enfermería transcultural. Un cuidado cultural que se debe conservar por parte de los profesionales de enfermería es la iniciativa de la mujer frente a la búsqueda de alternativas que favorezcan su bienestar, el de su hijo por nacer y el de su pareja.

El Cuidado Cultural de Enfermería es un oportuno y relevante campo para el estudio y las prácticas de enfermería. De hecho, la relevancia del cuidado cultural en los sistemas de asistencia de Enfermería permite al profesional de esta disciplina realizar un análisis integral del individuo, teniendo en cuenta tanto la enfermedad, así como los aspectos socioculturales y religiosos del paciente. (Castillo, J., 2008, p. 1)

Muñoz, L. y Vásquez, L. (2007). Leininger, la primera enfermera que observó desde la antropología, la universalidad y diversidad del cuidado, incentiva a muchos autores para que desde las diversas culturas se pretenda distinguir lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud. Al comprender desde cada cultura ese cuidado se le podrá expresar

bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla. Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás.

Sin embargo, para acercarse a descubrir esa manera particular como las personas en cada una de sus culturas se cuidan, es preciso situarse en el esquema comprensivo que considera a las personas como expertas que conocen sus propias formas de cuidarse y por tanto la interpretación de su experiencia puede ayudar a los profesionales de enfermería, a descubrir su mundo social constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos. Con ese enfoque, la realidad es subjetiva y múltiple y puede verse desde diferentes perspectivas; los significados también son múltiples y se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con los contextos sociales y culturales.

Leininger, insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. En esa búsqueda juiciosa las mismas personas se comprometen con los profesionales de enfermería, a develar sus significados y a enseñar propositivamente las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud. (p. 99)

Leno, D. (2008). La enfermería transcultural surgió de su educación y experiencia clínica a principios de la década de 1960, y que definió como el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte. En 1966, ofreció el primer curso de enfermería transcultural en la Universidad de Colorado. (p. 3)

Leininger define teoría de forma distinta a como lo hacen las otras teóricas enfermeras. Según ella, una teoría es una forma sistemática y creativa de descubrir conocimientos acerca de algo o de explicar algunos fenómenos conocidos de forma vaga o limitada. La teoría enfermera debe tener

en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos para proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes.

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, de la unión de ambas surge una de las grandes áreas de enfermería. la enfermería transcultural, esa área que se centra en el cuidado y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el compromiso de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y universal.

Esta teoría fundamentada en la antropología y la enfermería, desarrolla la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etnoenfermería y resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o *émic*, para después contrastarlo con los factores icét (externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería, para conformar una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales.

El conocimiento cultural se centra en conocer el punto de vista o visión del mundo del individuo; es decir, la visión étic. Es importante tener conciencia de que las ideas preconcebidas, las racionalizaciones a partir de ideas arbitrarias y la incapacidad para autocriticarse, son causas, en la mayoría de los casos, de etnocentrismo, con el cual cubrimos nuestras carencias y debilidades, lo que nos vuelve despiadados con las carencias y debilidades de los demás.

Leininger se da cuenta de que la cultura era aquella base tan importante que faltaba en los servicios de salud y enfermería, las enfermeras a lo largo del tiempo no habían estudiado en lo referente a los factores culturales en la educación y práctica enfermera y, por tanto, no podrían ser profesionales eficaces en un mundo inmensamente multicultural. (p. 6)

Las características de la Aldea donde se realiza el estudio, Nueva Esperanza es una de las aldeas del municipio de Sayaxché del Departamento de Petén ubicado al Norte con la Comunidad de las Pozas, Al sur con la comunidad de las Camelias, al oeste con la comunidad de San Joaquín y al este con la comunidad el Rosalito. Tiene acceso por la ruta Departamental de Alta Verapaz, se encuentra a 36 kilómetros de la Cabecera Municipal de Sayaxché y a 110 kilómetros del Departamental de Petén, todas sus calles son de terracería.

La institución donde se desarrolla el estudio, Centro de Salud es un proyecto municipal que no llena las condiciones necesarias acorde a lo que solicita el Ministerio de Salud. El centro de salud fue construido en el año 2,013 y que para el año 2,017, ya estaban espolvoreadas sus bases aludiendo que los materiales no son los adecuados para dicha estructura. Cuenta con los ambientes distribuidos y de atención de la siguiente manera;

- Pre consulta. Sala de espera para los pacientes que asisten a consultar diariamente, mientras esperan su turno para ser atendidos por un médico.
- Farmacia; es el área donde se resguarda los medicamentos hasta que se le hace entrega a cada usuario o paciente que asiste al puesto de salud.
- Clínica I. Área Física donde existe una camilla, un escritorio los cuales sirven para atender a los pacientes que asisten al centro de salud
- Trabajo Social. Es el área física y cuenta con un escritorio dos archivos donde se recibe semanalmente a personal de salud y pacientes con desnutrición y resguardar los equipos de promoción y activarlos en el momento que sea necesarios.
- Enfermería. Es el área física que cuenta con dos escritorios dos archivos un estante cuatro refrigeradoras y una computadora, es donde semanalmente se recibe al personal de salud para entregarles la vacuna que se resguarda en dichas refrigeradoras.
- Emergencia. Es el área física que cuenta con dos camillas un archivo y una vitrina la cual recibe a todos los pacientes que necesitan atención inmediata por la gravedad que cada uno de ellos tiene.

- Saneamiento Ambiental. Es el espacio físico que cuenta con un escritorio, equipo de cómputo un archivo una refrigeradora y silla para la atención una vez a la semana de los usuarios que asisten a tramitar sus tarjetas y sus licencias sanitarias.
 - Esterilización. Es el área física que cuenta con una mesa, una estufa de mesa.
 - Dirección. Es el espacio físico donde se atiende al personal de salud sus necesidades y obligaciones, cuenta con dos escritorios, un equipo de cómputo un archivo y tres sillas.
 - Estadística. Es el área física donde se ingresa y resguarda toda la información de todos los servicios, cuenta con cuatro equipos de cómputo una sola plataforma para la colocación de equipos de cómputo, la red física para la unificación de información.
- Bodega de Medicamento. Es el espacio físico de donde se resguarda los medicamentos que no alcanzan aguardarse en la farmacia, cuenta con dos estantes.
- Bodega de combustible. Es el área física donde se resguarda las ánforas y toneles de combustible del Distrito.

1.2 Importancia del Problema

La magnitud se debe que en la comunidad de Nueva Esperanza se tiene una Razón de Muerte Materna, se registra en 222 por 100,000 nacidos vivos, de acuerdo al estudio que se realice en el año 2,018. Es necesario sensibilizar a las comadronas tradicionales para la atención de un parto sin riesgos para evitar muertes maternas y concientizar a la familia de los problemas que pueden pasar en el momento de rehusar a las referencias que el personal de salud le hace a la embarazada para que asista a un servicio de mayor resolución, lo que viene a trascender si se mejora el conocimiento y se les brinda seguimiento a la atención que brinda desde el embarazo.

En Guatemala existe un alto porcentaje de partos que son atendidos en el hogar por la comadrona tradicional, la mayoría de mujeres que se mueren durante el embarazo, parto y puerperio, prefieren parir a sus hijos en sus casas u hogares y por lo general bajo el cuidado de una comadrona tradicional, las mujeres viven en áreas de pobreza, en un entorno de condiciones precarias, habitando en regiones geográficas de difícil acceso, dificultando el traslado por emergencia a un puesto de salud, a una clínica privada u hospital.

Los resultados publicados en el informe final de la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014 - 2015, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) y otras instituciones, en el año 2017 dan a conocer lo siguiente; Salud Reproductiva (2018) afirma; el acceso a la atención médica adecuada y en condiciones higiénicas durante el parto puede reducir el riesgo de complicaciones e infecciones que pueden causar la muerte o enfermedad grave de la madre y/o del recién nacido. El lugar de atención del parto refleja el acceso a los servicios de salud y orienta de una manera indirecta el tratamiento las complicaciones que pueden sufrir las mujeres durante el trabajo de parto de ser atendidas en lugares no aptos para este tipo de atención. (p. 217)

La ENSMI muestra la distribución porcentual de los nacidos vivos en los últimos cinco años que antecedieron la encuesta, según la persona que asistió el parto, por lugar de residencia, en los departamentos con los mayores niveles de atención de partos por médicos son; Guatemala (90%) y Escuintla (88%); mientras las menores coberturas se observan en Quiché (33 %), Huehuetenango (38%), Totonicapán (41%) y Chiquimula (42%). Respecto a la atención por comadronas tradicionales, los mayores porcentajes se encuentran en Quiché (61%), Totonicapán (54%) y Huehuetenango (51%). Como es evidente, los resultados descritos hacen ver que el trabajo que realiza la comadrona tradicional es muy importante.

Las comadronas cumplen un papel importante. Ellas son consultadas a orientar en los temas de métodos de planificación familiar, diagnosticar y proveer tratamiento de enfermedades, cuidar las mujeres con tratamientos y cuidado prenatales, y atender mujeres en parto y postparto. También, son consultadas para varias temas sociales y culturales. Además, son un recurso valioso porque conocen el contexto y los recursos con los que se cuenta en el municipio. “Entienden el idioma de la localidad, la cultura y las necesidades de las mujeres; no miden riesgos ni tienen límites para llegar al lugar donde deben atender la labor de parto, por ello son muy queridas y respetadas en las comunidades” (Pacay, M., 2012, p. 2)

En el medio, las comunidades los conocimientos que poseen las comadronas tradicionales, son de vital importancia, porque de ellas depende la vida de ambos, para evitar las muertes maternas en las comunidades, las comadronas juegan un papel grande, ellas son líderes en su comunidad, es por eso que las mujeres les tienen confianza a ellas.

El beneficio del estudio es continuar impartiendo capacitaciones a las comadronas tradicionales mensualmente en el Centro de Salud de Nueva Esperanza, para actualizarlas a la nueva normativa que tiene el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y así brindar una atención de calidad a la embarazada.

La investigación se realizó en la comunidad de Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, con la finalidad de conocer los conocimientos sobre las señales de peligro en el embarazo que poseen las comadronas tradicionales.

1.3 Planteamiento del Problema

¿Cuáles son los conocimientos sobre las señales de peligro en el embarazo que poseen las comadronas tradicionales en la comunidad de Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén, durante los meses de enero a mayo 2019?

1.4 Alcance y límites del problema

1.4.1 Alcances

La comunidad de Nueva Esperanza, Colinda al Norte con la Comunidad de las Pozas, Al sur con la comunidad de las Camelias, al oeste con la comunidad de San Joaquín y al este con la comunidad el Rosalito, también cuenta con una población de 1,563 habitantes.

1.4.2 Límites

1.4.2.1 Ámbito Geográfico: Sayaxché, Petén

1.4.2.2 Ámbito Institucional: Comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché del departamento de Petén.

- 1.4.2.3 **Ámbito Personal:** 15 comadronas de la comunidad de Nueva Esperanza.
- 1.4.2.4 **Ámbito Temporal:** Durante el periodo de enero a mayo 2019

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Teoría del Conocimiento

La Teoría del conocimiento es una rama de la filosofía, centrada en el estudio del conocimiento humano. Dependiendo de la perspectiva académica específica, este término puede considerarse sinónimo de la gnoseología, dedicada al estudio de la naturaleza del conocimiento, su origen y sus límites. En otros casos puede usarse como sinónimo a la epistemología, que se centra en el estudio de las circunstancias históricas, psicológicas o sociológicas en las que se obtiene el conocimiento, así como las estrategias empleadas para justificarlo o invalidarlo. (Castro, P., 2015, p. 5).

El conocimiento humano es un tema abordable desde muchas aristas posibles y cuya naturaleza es difícil de asir, aunque mucho más fácil de clasificar. De esta manera, el estudio del conocimiento, por un lado, reflexiona sobre sus características y sus condiciones de aparición. Por otro lado, esta disciplina ordena el conocimiento en base a sus limitaciones, requisitos formales o mecanismos que empleamos para convalidarlos y diferenciar el conocimiento de la fe, de la fantasía o del error. (p. 7)

Así, es posible hablar de conocimiento científico, por ejemplo, cuando se rige por las exigencias del método científico; de conocimiento teológico, cuando se trata de los saberes en torno a lo religioso; de conocimiento artístico, cuando se adquiere mediante el ejercicio del talento y de los mecanismos de representación conocidos por el ser humano. La posibilidad de distinguir entre ellos, de ordenarlos y esquematizarlos como si de objetos concretos se tratará, es fruto de la Teoría del conocimiento. (Enciclopedia Herder, 2020, p. 1).

2.1.1 Conocimiento

2.1.1.1. Definición

Entendemos por conocimiento al proceso mental, cultural e incluso emocional, a través del cual se refleja y reproduce la realidad en el pensamiento, a partir de diversos tipos de experiencias,

razonamientos y aprendizajes. En este concepto puede incluirse uno o varios de los siguientes elementos;

- Hechos o informaciones que aprendidos por alguien y comprendidos a través de la experiencia, la educación, la reflexión teórica o experimental.
- La totalidad del contenido intelectual y de los saberes que se tienen respecto a un campo específico de la realidad.

- La familiaridad y la consciencia que se obtiene respecto a un evento determinado, luego de haberlo vivenciado.
- Todo aquello que puede pensarse empleando las preguntas “¿cómo?”, “¿cuándo?”, “¿dónde?” y “¿por qué?”. (Raffino, M., 2020, p. 1)

2.1.1.2 Elementos del conocimiento

Se reconocen usualmente cuatro elementos del conocimiento, que son los que intervienen en la adquisición o formulación de un saber cualquiera;

- Sujeto. Todo conocimiento es adquirido por un sujeto, es decir, forma parte del bagaje mental o intelectual de un individuo.
- Objeto. Los objetos son todos los elementos reconocibles de la realidad, que sirven al sujeto para formar conocimientos, es decir, para formularse ideas, entender relaciones, fabricar pensamientos. El sujeto solo, aislado de todo y de todos, no puede obtener conocimiento.

- Operación cognoscitiva. Se trata de un proceso neurofisiológico complejo, que permite establecer el pensamiento del sujeto en torno al objeto, o sea, permite la interacción entre sujeto y objeto y su formulación intelectual en el conocimiento.
- Pensamiento. El pensamiento es difícil de definir, pero en este ámbito podemos comprenderlo como la “huella” psíquica que el proceso cognoscitivo deja en el sujeto respecto de su experiencia con el objeto. Es una representación mental del objeto, inserta en una red de relaciones mentales y que permiten la existencia del conocimiento como tal.

2.1.1.3 Tipos de conocimiento

- Conocimientos teóricos. Aquellos que provienen de una interpretación de la realidad o de experiencias de terceros, o sea, indirectamente, o a través de mediaciones conceptuales como libros, documentos, filmes, explicaciones, etc. De este tipo son los conocimientos científicos, filosóficos e incluso las creencias religiosas.

- Conocimientos empíricos. Se trata de aquellos que obtenemos directamente, a partir de nuestra vivencia del universo y de los recuerdos que de ella nos quedan. Este tipo de conocimiento constituye el marco básico de “reglas” sobre cómo opera el mundo, que en algunos casos pueden llegar a ser intransmisibles, como son el conocimiento espacial, abstracto y el vinculado con las percepciones.

Se adquieren con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos por lo general se refieren a los problemas inmediatos que la vida le plantea. Se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas, permite al hombre conducirse en la vida diaria, en el trabajo, en el trato con sus hijos, etc.

- Conocimientos prácticos. Se trata de los que permiten obtener un fin o realizar una acción concreta, o que sirven para modelar la conducta. Suelen ser aprendidos por imitación o bien teóricamente, pero sólo pueden realmente incorporarse cuando son llevados a la práctica. Es el caso de los conocimientos técnicos, éticos o políticos.

- Puede hablarse también de conocimientos formales; los que provienen del curso de una institución de enseñanza, como son la escuela, la universidad, etc.; y conocimientos informales; los que se adquieren sobre la marcha, en la vida, sin que involucren una dinámica de enseñanza particular. (p. 2)

- El Conocimiento Científico. Este conocimiento se caracteriza por ser selectivo, sistemático y ordenado con el objetivo de establecer, describir, explicar e interpretar, los fenómenos y procesos. Tanto naturales como sociales y psicológicos, lo cual le da un carácter riguroso y objetivo, sin

perder su esencia teórica sea un eficaz instrumento de dominio de la realidad. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues, siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación.

- Conocimiento Filosófico. Este conocimiento se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia.

Entonces podemos decir que, a través de la educación y el aprendizaje, se adquieren conocimientos (conceptos y/o experiencias). La educación es un hecho social que consiste en un proceso de adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas.

2.2 Embarazo

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero-materno, así como los importantes 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. (Sanabria, L., 2,008, p. 8)

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

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)

La gestación o embarazo es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. (OMS, 2014, p. 6)

El proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 13-14 después de la fertilización. En 1998 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer.

Una vez iniciado el embarazo en la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura 40 semanas a partir del fin de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación. Por lo común se asocia a 9 meses. Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está pegada al útero.

En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido. Y como barrera al ingreso de cuerpos extraños; lo que facilita mucho las relaciones sexuales durante el embarazo, que siguen erotizando a la pareja. Mientras permanece dentro, el producto de la fecundación, cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está pegada al útero y está unida al feto por el cordón umbilical, por donde recibe alimento.

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto. Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in-vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores.

Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado. El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido. (p. 7)

2.2.1 Elementos que caracterizan los tres trimestres del embarazo

- 1er Trimestre

Se caracteriza por la felicidad natural de la certeza de estar esperando un hijo. Existen cambios psicológicos en la mujer, con algunas manifestaciones físicas, como molestias en las mamas, las mañanas con náuseas o vómitos, la somnolencia, etc.

Algunas veces la preocupación de un sangrado, que coincide con la implantación del huevo fecundado, hace sentir temor de perderlo. La sexualidad algunas veces tiene cambios en los dos integrantes de la pareja. La libido de la mujer puede disminuir y algunos hombres tienen temor de que “el embarazo no haya prendido bien”.

- 2do Trimestre

Es el más disfrutable. Los trastornos digestivos pasan. Los temores acerca de la evolución normal del bebé se atenúan con los resultados de los exámenes. El crecimiento uterino no es tan rápido como el siguiente trimestre. Es la etapa de equilibrio a todo nivel. La sexualidad se vive en forma más plena, el tamaño del abdomen no molesta.

- 3er Trimestre

Hay un crecimiento más acelerado y visible del niño y, por lo tanto, del abdomen. La frecuencia de las relaciones sexuales a veces disminuye. La pareja completa el ajuar y apronta los bolsos para llevar a la maternidad.

2.2.2 Atención Prenatal

La comadrona tradicional debe educar a las mujeres en la importancia del control prenatal con énfasis en factores de riesgo, las inmunizaciones y vacunas, la importancia de la lactancia materna, alimentación y administración de hierro y ácido fólico, espaciamiento del embarazo, educación

sexual y planificación familiar y también sobre la importancia de la higiene bucal y personal. El control prenatal es la vigilancia, asistencia, cuidado, acompañamiento y consulta prenatal. Esta se lleva a cabo con una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño. (OPS/OMS, 2019, p. 19)

El control prenatal ayuda a detectar enfermedades maternas subclínicas, prevenir y diagnosticar complicaciones maternas, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, disminuir las molestias y síntomas menores asociados al embarazo, preparar psicofísica para el nacimiento, administrar los contenidos educativos para la salud de la familia y la crianza de el niño, instruir a la madre sobre el baño diario, limpieza de sus partes íntimas y preparación de la lactancia materna cuidando los senos y pezones.

El control prenatal es eficiente cuando cumple con los cuatro requisitos básicos: precoz, deberá iniciarse lo más pronto posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite que la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del mismo. Debe ser periódico, la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presente la embarazada. Las de alto riesgo necesitan mayor cantidad de consultas. Completo, es decir que los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Extenso, sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto para disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal. El embarazo es un proceso normal que culmina con el nacimiento de un nuevo ser. En ocasiones se presentan alteraciones en su desarrollo que pueden poner en peligro la vida de la madre y el niño. La comadrona debe conocer estas alteraciones para que en el momento que se le presenten refiera inmediatamente a un servicio de salud para que la embarazada sea evaluada.

La atención de la comadrona debe estar enfocada en captar, orientar y referir a la embarazada que presente ser menor de 18 y mayor de 35 años, multiparidad, embarazos gemelares, trastornos de la visión, fiebre o cefalea, edema de cara, miembros superiores e inferiores, hemorragia vaginal, vómitos persistentes, dolores abdominales, várices y hemorroides, enfermedades eruptivas y problemas de origen dental.

La comadrona deberá efectuar a toda embarazada un mínimo de 5 controles y referirla para ser evaluada en el servicio de salud, como mínimo dos veces, la primera al detectar el embarazo y la segunda alrededor de las 37 semanas de gestación. En cada control evaluará la edad gestacional (fecha probable de parto), crecimiento de la altura uterina, constatación de movimientos y vitalidad fetal, posición fetal, vacunación antitetánica, presencia de signos de alarma y administración de hierro y ácido fólico. Debe brindar atención a embarazadas sin antecedentes y/o factores de riesgo y referirla a los establecimientos de salud a aquellos casos que se identifiquen como de alto riesgo.

El personal de salud debe brindar apoyo para que la comadrona pueda cumplir con las tareas asignadas. (p. 20)

2.2.3 Control prenatal

Ley para la Maternidad Saludable (Decreto, 32-2010). Afirma, Control Prenatal; “Es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se brindan a las mujeres embarazadas, con el objetivo de detectar tempranamente las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y preparar el plan de parto, que incluye la elaboración de un plan de emergencia ante una complicación”. (art. 5, inciso e, p. 10)

Según la OPS/OMS (2019). Las actividades principales en el control prenatal deben ser la identificación del riesgo, prevención y manejo de las patologías relacionadas con el embarazo, plan educacional y promoción en salud. Los principales objetivos del control prenatal son;

- Atención integral de las embarazadas.
- Disminuir la morbilidad materna
- Disminuir la morbilidad perinatal.

El control prenatal consiste en una serie de entrevistas y visitas programadas de la gestante con el médico, con el fin de llevar un control de la evolución del embarazo y así lograr un parto adecuado. La finalidad del control prenatal es lograr detectar patologías maternas subclínicas, haciendo un diagnóstico y dando un tratamiento tempranamente para evitar así consecuencias mayores en la madre y en el feto. También, tiene otros objetivos como preparar a la madre psicológica y físicamente para el parto, dar plan educacional acerca de salud familiar y crianza del niño. Para que la atención prenatal sea la adecuada debe cumplir con ciertas características que son;

- Debe ser precoz
- Periódico Integral
- Amplia cobertura

La atención precoz o temprana; se debe empezar lo antes posible, es importante que se inicie en el primer trimestre de embarazo ya que esto ayuda a la prevención, protección y tratamiento temprano de cualquier complicación, que es el objetivo principal del control prenatal.

Atención periódica; la continuidad de los controles prenatales va a depender del riesgo que presenta la embarazada. Las que presentan un alto riesgo deben tener controles más frecuentes, las de bajo riesgo necesitan con menos frecuencia visitar al médico, se habla que la cantidad ideal de consultas durante la mitad del embarazo son 5 entre las 23 y 27 semanas y una cita cada mes a partir de las 27 semanas. (p. 21)

No es necesario contar con mucho equipo ni una clínica muy grande, pero si es fundamental una buena historia clínica, con un examen físico sistemático, una atención prenatal en cantidad y calidad adecuada ayuda a disminuir la mortalidad y morbilidad materna y fetal. En el primer control prenatal es necesario un examen físico obstétrico detallado e integral, también realizar exámenes de rutina como el Papanicolaou, odontológico, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, hemoglobina, serología de sífilis, examen de orina y demás pruebas que nos ayuden a descartar cualquier enfermedad que amenace a la evolución del embarazo.

En todas las consultas sin importar el número de visita que sea se debe evaluar ganancia de peso, medir presión arterial, crecimiento fetal y altura uterina. También es importante que la madre esté adecuadamente inmunizada como por ejemplo con toxoide tetánico, evaluar estado nutricional en la gestante es fundamental para lograr un desarrollo adecuado del feto.

2.2.2.1. Beneficios del control prenatal

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales de salud brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. (OMS, 2016, p. 1)

Entre las recomendaciones que deben darse a las embarazadas están;

- Guiar a la mamá acerca de la alimentación, nutrición e higiene de los alimentos.
- Informar a la embarazada acerca de los medicamentos que se pueden y no utilizar durante la gesta y la lactancia.
- Explicarle a la madre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y cuál es la técnica adecuada de amamantamiento.
- Orientar a la madre acerca de que cuidados debe tener en el embarazo, explicándole como identificar los signos de peligro para buscar ayuda inmediata, así como que conozca a los lugares que debe acudir.

- Que la embarazada conozca cómo identificar los signos de inicio de trabajo de parto y la conducta a tomar delante los mismos.
- Explicarle cuales son los cuidados que debe tener con el recién nacido y que conozca los signos de alarma que necesitan visita médica urgente.
- Que las madres conozcan sobre cambios psicológicos y físicos que pueden atravesar durante el embarazo.
- Concientizar acerca de la importancia del apoyo de la pareja y la familia.

2.2.2.2 Enfoque de riesgo en la Atención Perinatal

Enfoque de Riesgo. Una forma lógica y racional de abordar los problemas de la salud perinatal. Es la aplicación del enfoque de riesgo determinando que el embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido sean atendidos en el nivel de complejidad que su grado de riesgo lo requiera.

Un factor de riesgo es toda característica de una persona o grupo que está asociado a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de este proceso; riesgo es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño, y daño es el resultado, afección o situación no deseada en función del cual se mide el riesgo. Siempre que hablamos de riesgo, en este contexto, significamos riesgo de padecer tal o cual daño (resultado no deseado). Una embarazada de 15 años, presenta un factor de riesgo (edad menor de 18 años) que aumenta su probabilidad (riesgo) de tener un niño prematuro (daño o resultado no deseado). (Suarez, E., 1982, p. 483)

La salud perinatal es un proceso esencial para la salud reproductiva, cuyo objeto es garantizar a las mujeres una maternidad saludable y sin riesgos que permita contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La mortalidad Materno-Infantil es un problema de salud pública de origen multifactorial, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de la salud, así como factores socioeconómicos, culturales, incluyendo la condición nutricional y sanitaria de la población.

En este sentido cuando las mujeres se embarazan y no se encuentran preparadas, puede presentar alteraciones de tipo biológico, psicológico y social, convirtiéndose en un embarazo de alto riesgo, con mayor morbilidad materna, así como perinatal. Las principales causas de muerte materna son; enfermedad hipertensiva aguda del embarazo (eclampsia y preeclampsia), hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, en conjunto representan el 68% del total de las defunciones maternas.

En las instituciones de la salud a nivel nacional, las complicaciones durante el embarazo y el parto están basadas en las condiciones biológicas y no solo incluyen factores relacionados con la atención profesional o con la capacidad resolutive de estas. La calidad de la atención durante, después del periodo del trabajo de parto y del parto es la más simple e importante intervención para prevenir la morbimortalidad materna y del recién nacido. Por ello, mejorar la calidad de atención es una necesidad que se acrecienta en todos los niveles de atención para diseñar y desarrollar intervenciones específicas que garanticen la salud del binomio madre-hijo.

Estudios revelan que las embarazadas presentan complicaciones y la presencia de los signos de alarma ante la carencia de un programa integral de apoyo y la falta de atención adecuada y oportuna; mientras otros revelan lo contrario.

2.2.4 Valoración del riesgo durante el embarazo

Un factor de riesgo perinatal es una característica o circunstancia social, médica, obstétrica o de otra índole que, incidiendo sobre la gestación, se asocia a una morbilidad y mortalidad perinatal y materna superior a la de la población general. Por tanto, el principal objetivo de la valoración del riesgo perinatal en la primera y sucesivas consultas prenatales es promover y fomentar la salud de la mujer y su descendencia, emprender acciones preventivas concretas en función de los riesgos identificados con el fin de disminuir esa morbi-mortalidad aumentada.

Aunque existe una buena relación entre la existencia de factores de riesgo durante la gestación y el desarrollo de complicaciones, pueden ocurrir problemas en las embarazadas sin factores de riesgo. Bajo riesgo no significa ausencia de riesgo, ni alto riesgo significa que aparezca la patología y es imprescindible advertir que, a pesar de un estricto y planificado control prenatal, no puede garantizarse un hijo perfecto.

Tampoco se debe estigmatizar a las gestantes que tienen un factor de riesgo concreto. Hay distintas aproximaciones al control del embarazo en función de los distintos protocolos autonómicos o locales y de los medios disponibles. Para algunos centros es más operativo establecer diferentes escalones de riesgo (Bajo - Moderado - Alto) con el fin de establecer los distintos circuitos de control del embarazo. Otros centros no establecen esta diferenciación asistencial, sino que

individualizan la asistencia de la gestante en función de factores de riesgo objetivables, especialmente en el primer trimestre.

Establecer listados rígidos de factores de riesgo puede hacer que un porcentaje elevado de la población entre en un grupo de gestantes de “alto riesgo” sin serlo realmente y, por otra parte, nunca sería lo suficientemente exhaustivo. Así, es recomendable que cada centro u organización establezca unos criterios consensuados de niveles de riesgo y planificar el control de embarazo en función de estos y de los recursos asistenciales disponibles.

2.2.5. Señales de peligro durante el embarazo

2.2.5.1 Señales de Peligro

Peligro se define como, fuente, situación o acto con potencial para causar daño en términos de daño humano o deterioro de la salud, o una combinación de estos. La señal advierte un riesgo de peligro. (Diccionario, 2005)

El embarazo es uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer, si bien la espera del niño o niña implica cambios psicológicos y corporales en la madre, existen situaciones de riesgo que se deben conocer para tomar medidas de prevención y control.

Esta etapa, transcurre generalmente sin mayores complicaciones, sin embargo, hay que tener en cuenta que, aunque es un proceso natural, surgen factores médicos (como anomalías congénitas) o sociales (como la edad de la madre), que pueden presentar un riesgo para la salud de la madre y del niño. (saludcomfamiliar, 2020)

Embarazo de riesgo es aquel en el que, por incidir durante la gestación, determinados factores sociales, médicos, obstétricos o de otra índole se produce una morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población general. La calificación de embarazo de riesgo viene determinada por una evaluación individualizada de cada gestante deberán tenerse en cuenta una serie de características de cada pareja y su entorno. Para etiquetación definitiva debemos valorar, en primer lugar, las circunstancias personales de la gestante y su pareja, por lo que haremos una historia clínica completa en que la anamnesis será primordial; posteriormente, se practicará evaluar la capacidad física y psíquica de la gestante para tolerar la gestación y el parto.

También se ha de tener el concepto de que no existen, actualmente, embarazos sin riesgo. Las causas que provocan un embarazo de alto riesgo pueden darse antes de la concepción o durante el periodo de gestación; por lo general, solo un 10% de los embarazos se consideran de alto riesgo.

2.2.5.2. Riesgo Reproductivo

Riesgo Reproductivo es la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo. En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un daño o hecho a la salud (enfermedad o muerte) y factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido; en otras palabras, riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. (López, R, 1992, p. 112).

2.2.6. Factores de riesgo en el embarazo

Toda mujer embarazada menor de 20 y mayor de 35 años. Toda mujer embarazada que se detecte en el servicio o en la comunidad con sobrepeso, diabetes, hipertensión arterial, anemia, desnutrición, VIH positivo, malaria múltipara o espacios intergenésico reducidos, ITS. Entendemos por embarazo de alto riesgo aquel en el que la madre, el feto o los dos tienen probabilidades de padecer algún tipo de complicación tanto durante el periodo de gestación como en el parto, llegando incluso a correr peligro la vida de ambos.

El Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver (NICHD, por sus siglas en inglés) señala que, los factores que generan riesgo para el embarazo mencionan dos categorías;

2.2.6.1 Edad

Numerosos estudios establecen una clara relación entre la edad materna y la morbimortalidad materna e infantil. La mortalidad perinatal e infantil siguen una tendencia en forma de "U" o ")" cuando se correlaciona con la edad materna, las tasas más bajas corresponden a embarazadas entre

los 20 a 29 años y las más altas, a mujeres de menos de 20 y de más de 35 años. Los indicadores perinatales reflejan peores resultados en las madres más jóvenes que en las edades subsiguientes.

La tasa de mortalidad perinatal de las adolescentes es de dos a tres veces mayor que la de los niños de madres entre los 20 a 30 años. Las diferencias en la mortalidad perinatal resultan de una mayor frecuencia de recién nacidos de bajo peso al nacer con problemas de prematuridad asociados a cuadros de hipertensión arterial. El bajo peso al nacer es de 2 a 6 veces más frecuente en madres adolescentes.

- Primer embarazo después de los 35 años. Las madres primerizas de más edad pueden tener embarazos normales, pero las investigaciones indican que estas mujeres corren más riesgo de tener;
- Un parto por cesárea (cuando el recién nacido nace a través de una incisión quirúrgica en el abdomen de la madre).

Además, encontró evidencia de que el embarazo en mujeres jóvenes estuvo asociado con una mayor frecuencia de muertes causadas por anticonceptivos orales, abortos espontáneos especialmente del segundo trimestre anomalías cromosómicas, defectos al nacimiento, especialmente asociados con trastornos cromosómicos. (López, R., 1992, p. 112, 113)

2.2.6.2 Condiciones del embarazo

- Embarazo múltiple. Los embarazos de mellizos, trillizos o más fetos, conocidos como embarazos múltiples, aumentan el riesgo de los bebés de nacer prematuros (antes de las 37 semanas de gestación). Tener un recién nacido después de los 30 años y tomar medicamentos para la fertilidad son factores que se han asociado con los embarazos múltiples. Tener tres o más bebés aumenta la probabilidad de que la mujer necesite un parto por cesárea. Es más probable que los mellizos o trillizos tengan un menor tamaño que los fetos únicos. Si los bebés de un embarazo múltiple nacen de forma prematura, son más propensos a tener dificultades respiratorias.

- **Diabetes gestacional.** La diabetes gestacional, también conocida como diabetes mellitus gestacional (GDM por sus siglas en inglés) o diabetes durante el embarazo, es la diabetes que se desarrolla por primera vez cuando la mujer está embarazada. Muchas mujeres pueden tener embarazos saludables si siguen el plan de dieta y tratamiento indicado por un profesional de la salud para controlar su diabetes. La diabetes gestacional no controlada aumenta el riesgo de tener un trabajo de parto y un parto prematuros, preeclampsia y presión arterial alta.
- **Preeclampsia y eclampsia.** La preeclampsia es un síndrome marcado por un aumento súbito de la presión arterial en una mujer embarazada después de las 20 semanas de embarazo. Puede afectar los riñones, el hígado y el cerebro de la madre. Si no se trata, la enfermedad puede ser mortal para la madre y/o el feto y causar problemas de salud a largo plazo. La eclampsia es una forma más grave de preeclampsia, marcada por convulsiones y coma en la madre. (Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver, NICHD, 2018, p. 2)

2.2.6.3. Complicaciones en el embarazo

Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, del niño o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. Tenga en cuenta que, ya sea una complicación frecuente o rara, existen formas de manejar los problemas que surgen durante el embarazo.

Según la OMS, el 15% de los embarazos presentan una complicación seria y hasta un 40% pasan por algún problema de salud que puede ir desde algo sencillo hasta mayores complicaciones. Por ese motivo es importante que la población conozca las señales de alarma que se pueden presentar durante el embarazo, el parto o el puerperio y que tomen acciones inmediatas para proteger la vida de la madre y del ser que está por llegar mediante la ayuda y consejo de un profesional de manera urgente.

El desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, post parto y del recién nacido o intervenciones y acciones; Maternidad Saludable (información, educación y comunicación) IEC, a la población mediante guías que identifiquen signos y señales de peligro IEC: verbal, escrita, visual, radio tv, local nacional y otros. Si durante el embarazo usted observa alguno de los síntomas que describimos a continuación, comuníquelo inmediatamente al personal de salud que lleva el control;

- Dolor de cabeza severo
 - Zumbidos o pitidos constantes
 - Hinchazón de cara, brazos y piernas
 - Salida de líquidos o sangrados vaginales.
 - Visión borrosa (viendo estrellitas)
 - Fiebre
-
- Dolor en la boca del estómago
 - Dolor o ardor al orinar
 - El niño no se mueve
 - Convulsiones

En un embarazo normal no debe haber sangrados. Todo sangrado durante el embarazo (poca o mucha cantidad) es peligroso para la embarazada y su niño. La mujer embarazada debe acudir al servicio de emergencia más cercano para ser evaluada y si es muy abundante el sangrado deberá llamar a la línea única de emergencias.

2.2.6.3.1 Salida de líquido amniótico

La pérdida de líquido amniótico corresponde una rotura prematura de membranas, puede ocurrir en cualquier momento, a partir del segundo trimestre y antes del trabajo del parto. Las membranas ovulares intactas son una barrera contra el ascenso de gérmenes que están presentes en el cuello del útero y la vagina. Cuando la bolsa se rompe estos gérmenes invaden el líquido amniótico y

pueden provocar una infección en el bebé. Otros factores asociados son: el polihidramnios, el embarazo gemelar y múltiple, las malformaciones uterinas, la placenta previa, los tumores uterinos. Las cuales tiene complicaciones como; Corioamnionitis, endometritis, sepsis, shock séptico y desprendimiento prematuro de placenta.

2.2.6.3.2 Hemorragia vaginal

Perdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo, parto o puerperio; proveniente de los genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o hacia el exterior (a través de los genitales externos).

pérdida de sangre que tenga el potencial de producir o que produzca inestabilidad hemodinámica o una pérdida de sangre estimada de más de 500 ml después del parto vaginal o mayor a 1000 ml después de una cesárea, incluso una pérdida menor pero asociada a signos de choque.

La hemorragia posparto se puede clasificar como primaria o secundaria, según el tiempo en el que se presente la misma: primaria si ocurre en las primeras 24 horas después del parto (también conocida como temprana) o secundaria cuando ocurre después de las 24 horas, hasta las 12 semanas después del parto (conocida como tardía). (MSPAS, 2019, p. 3)

2.2.6.3.3 .Edema

El edema clínicamente significativo de la cara y las manos ocurre en aproximadamente el 50% de las mujeres embarazadas, mientras que el edema de los miembros inferiores no asociado a hipertensión ocurre en el 80% de las embarazadas. Son múltiples los factores que contribuyen a su aparición: aumento de la retención hídrica, de la permeabilidad capilar y del flujo sanguíneo; disminución de la presión osmótica del plasma. Si el edema compromete la cara, las extremidades superiores y se presenta un aumento exagerado de peso, especialmente en el tercer trimestre de la gestación, debemos pensar y descartar un síndrome hipertensión del embarazo. Por lo cual es importante la asistencia al hospital de inmediato.

2.2.6.3.4. Trastornos visuales o auditivos

Los síntomas en visión y audición tienen relevancia si se relacionan con cefalea intensa, escotomas, etc., este síntoma nos puede guiar para descartar preeclampsia. Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación; este síntoma nos puede ayudar para mantenerse alerta ya que puede ser un indicador que el trabajo de parto ya va a comenzar y el bebé sufriría Prematurez. Es importante que la paciente sobre todo en las primerizas conozca como son las contracciones y sus características como; dolorosas, frecuentes y regulares. (p. 43)

2.2.5.6.5 Cefalea

Síntoma que ocurre debido al desorden que sufre el sistema nervioso central por la preeclampsia. La cefalea persistente, síntoma que se asocia en un 31% al Síndrome de HELLP. (p. 45)

2.2.6.3.6 Movimientos fetales

La percepción materna de los movimientos fetales entre las 18 y 22 semanas de amenorrea. Es un síntoma clínico que se utiliza para el diagnóstico de la condición fetal. Este síntoma debe ser evaluado en cada control prenatal desde que es percibido por la madre. Su presencia es un signo de vida fetal. El aumento de la actividad fetal, especialmente postprandial, es un signo de salud, mientras que su disminución es un signo de sospechoso de hipoxia fetal.

2.2.6.3.7. Dolores intensos en el abdomen

Dolor en la parte superior del abdomen y detrás del esternón. Se asocia a un signo premonitorio de preclampsia y eclampsia. (p. 43)

2.2.6.3.8. Convulsiones

Es uno de los signos de alarma de importancia clínica si se asocia a presión alta, siendo indicador de eclampsia, que pone en riesgo la salud de la madre y del producto. La convulsión ecláptica no puede distinguirse de un ataque de gran mal epiléptico. Los movimientos convulsivos se inician generalmente alrededor de la boca, bajo la forma de rictus faciales. Rápidamente, todo el cuerpo se pone rígido, en una contracción muscular generalizada.

Esta fase tónica dura de 15 a 20 segundos. Súbitamente se entre en una fase clónica, en que la mandíbula comienza a abrirse y cerrarse con violencia; lo mismo ocurre luego con todos los músculos del cuerpo, que se contraen y relajan alternadamente; esta fase puede durar 1 minuto. La crisis convulsiva es seguida de un estado de coma, que dura un periodo variable según el tratamiento instaurado. Es importante considerar como eclampsia la presencia de convulsiones en un embarazo avanzado y en el trabajo de parto, mientras no se demuestre lo contrario. (Bravo, L., 2015, p. 44)

2.2.6.3.9 Fiebre

Se refiere al aumento de la temperatura del cuerpo, constituyéndose en un signo que indica una infección. Fiebre (temperatura axilar mayor o igual a 38° C). Se define, así como a la elevación de la temperatura corporal en una persona la que puede ser provocada por una infección urinaria, corioamnionitis, neumonía entre otros.

2.2.6.3.10 Infecciones en vías urinarias

Las infecciones de vías urinarias y genitales son muy comunes durante la vida de una mujer. Durante el embarazo estas infecciones pueden presentarse con síntomas como dolor y ardor al orinar, mal olor en la orina, secreciones vaginales o ningún síntoma. Las infecciones de vías urinarias o genitales pueden producir disminución en el crecimiento de tu bebé y que el parto se dé antes de tiempo; por eso es importante acudir al control prenatal para poder detectarlas a tiempo y recibir el tratamiento médico adecuado. Este es uno de los chequeos que el médico realizará durante los controles prenatales.

Algunas infecciones de vías urinarias pueden desencadenar cuadros infecciosos que ponen en riesgo tu vida y la de tu niño. Acude a los controles prenatales, observa estos síntomas y comunícaselo a tu doctor. (MSPAS, 2009, P 38)

2.2.6.3.11 Anemia

La anemia es una complicación muy frecuente en el embarazo y se refiere a la falta de ciertos nutrientes específicos en la sangre, lo cual a su vez disminuirá la velocidad y adecuado crecimiento y desarrollo de tu bebé. Además, muchas veces en el parto se pierde gran cantidad de sangre; si tienes una anemia severa que no fue controlada a tiempo, esta pérdida sanguínea puede ser letal. Mientras más temprana sea identificada la anemia, menos complicaciones se presentarán para ti y del niño.

La anemia es un trastorno en el que el número y tamaño de los eritrocitos, o bien la concentración de hemoglobina, caen por debajo de un determinado valor de corte disminuyendo así la capacidad de la sangre para el transporte de oxígeno en el organismo. La anemia es un indicador de mal estado de nutrición y de salud. (OMS, 2017, p 1)

2.3 Demoras

2.3.1 Primera Demora

El desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, post parto y del recién nacido. o Intervenciones y acciones: Maternidad Saludable (información, educación y comunicación IEC a la población mediante guías que identifiquen signos y señales de peligro) IEC: verbal, escrita, visual, radio tv, local nacional y otros. (MSPAS, 2,010)

2.3.2 Segunda Demora

Aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y ejercer la toma de decisión por sí misma, sino que debe ser decidido por su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros.) o Intervenciones y acciones: promocionar con la comunidad la creación de planes de emergencia familiar que permita estar preparados al presentarse complicaciones y tomar decisiones y acciones oportunas. Concientización a la pareja por medio de IEC: verbal, escrita, visual, radio, tv, local, nacional y otros. (p.11)

2.3.3 Tercera Demora

Se refiere a los limitantes que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud. Intervenciones y acciones: Asegurar el traslado de la futura madre en riesgo, implementación de casas maternas, (Hogares Maternos) cercanas al centro de atención de la salud, aseguramiento de centros de atención obstétrica.

Formación y funcionamiento del Plan Comunitario (Comités de Emergencia, Redes de Paternidad y Maternidad Responsable, organizaciones juveniles entre otras).

2.3.4 Cuarta Demora

Se refiere a una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado. o Intervenciones y acciones; manejo de emergencia obstétricas y garantizar la competencia técnica de los proveedores institucionales para la atención de parto limpio y seguro, atención oportuna del posparto y del recién nacido, con calidad, calidez, dignidad y humanismo. (p.12)

2.4 Atención calificada del parto

Se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo/a, reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, atención del parto, atención del recién nacido y en el periodo del post parto. La atención del parto conlleva la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y culturales de la mujer, durante el proceso del parto.

El parto comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa el producto de la concepción (Recién nacido, placenta completa más membranas ovulares)

2.4.1 Periodos del parto

- Período de dilatación cervical. Comienza con la primera contracción uterina del verdadero trabajo de parto (4 cms. de dilatación) y termina con la dilatación completa.
- Periodo de descenso y expulsión. Comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del neonato.

2.5 Atención del parto con pertinencia cultural

Valey, I. y Sis, B. (2017). Consultores de Sistematización de experiencias de la Pertinencia Cultural. Señalan que, “La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de “derecho a la diferencia” y quiere decir “adecuado a la cultura”. “En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas”. (p. 9)

Interculturalidad en salud. “Desarrolla el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población”. (p. 10)

Proyecto Derechos de Salud Reproductiva de Mujeres Indígenas y Marginadas de Centroamérica (2017). Tanto las Normas del MSPAS como la Ley de Maternidad Segura permite a la paciente ingresar a sala con la persona que escoge – sea familiar o Comadrona. Se ha notado que reduce la barrera emocional entre usuaria y servicio de salud pública, y forma parte de los derechos de la mujer. En nuestro contexto, es una práctica que reduce la oposición de una familia referir a la madre al servicio en el caso de complicaciones. Mediante el acompañamiento, coordinación y capacitación que HPA (Health Poverty Action) ha brindado a los diferentes distritos de salud, se ha logrado que la comadrona entre y acompañe a su paciente en la sala de partos.

En ausencia de la comadrona, el personal de salud ha permitido la entrada del esposo o madre de la paciente; aunque estos casos han sido mínimos, regularmente ha sido la comadrona quien ha acompañado estos casos. Sin embargo, en algunos centros de atención, no dejan entrar a la comadrona para que acompañe el proceso de parto. De igual forma, ha resultado más difícil a entrada de familiar, en algunos casos lo permiten muy poco. Los centros de atención, no cuentan con suficiente personal, por ello que algunas comadronas dicen depende de quién está de turno, algunos dicen que entren la familia, pero otros dicen que no. (p. 14)

2.5.1 Exámenes vaginales

Si en el primer examen el cuello uterino no está dilatado, puede que no sea posible diagnosticar el trabajo de parto y esté en fase latente. Si persisten las contracciones, examine nuevamente a la mujer después de 4 horas para detectar cambios en el cuello uterino. Si hay borramiento y dilatación, la mujer está en trabajo de parto; Si no hay ningún cambio, el diagnóstico es de falso trabajo de parto. Los exámenes vaginales se deben realizar al menos una vez cada hora en el primer período del parto y registrarlos gráficamente en el partograma.

2.6. Historia de la Comadrona en Guatemala

El Pop Wuj, algunos consejos de Ancianos del departamento de Quetzaltenango consideran como la primera comadrona a Chiricam Ixmucane y se le considera como la -Abuela del Sol, de la claridad y es así como se le considera como 2 veces abuela. Existen varios motivos por la cual la abuela comadrona inicia su trabajo; por un lado, se identifica como un Don, en otros por medio de dificultades que pasa la persona; la futura comadrona enfrenta una serie de problemas en su vida, como consecuencia de no aceptar su destino que en la mayoría se ve como un regalo. (MSPAS, p. 11)

En ocasiones la comadrona ha tenido que pasar por varios sufrimientos antes de ejercer su don, esto se debe a que no sabe cuál es su misión en la vida o no conoce su Don, al no conocerlo no practica su profesión y es la razón de sus sufrimientos. Dependiendo del día de su nacimiento y su nawal, podrá comprender cuál es su profesión, algunas veces va acompañado de sueños constantes y de diferentes mensajes como sueños con diversidad de flores y colores. Dependiendo de sus sueños y la orientación que le den, dependerá el grado de influencia en su comunidad. Las comadronas que sueñan con flores de los cuatro colores (rojo, negro o morado, amarillo y blanco) gozan de un liderazgo, respeto y simpatía. (MSPAS, p. 12).

De acuerdo a una percepción generalizada, la comadrona la forma otra comadrona. Sin embargo, en algunos casos el primer parto atendido se da obligado por las circunstancias; no se encontraba la comadrona que atendía a la mujer embarazada o no llegaba a tiempo, se prefería que alguien de la familia o de confianza la atendiera. La importancia de la comadrona se debe a que tiene la

capacidad de solucionar problemas emergentes; atender partos, se le encuentra a cualquier hora, habla el idioma, está presente en cualquier caso de emergencia.

Las comadronas son 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. En el ámbito comunitario, es una lideresa consultada para cuestiones de salud de la familia, responsable de dar los lineamientos comunitarios sobre la atención y trato a las mujeres en las familias y comunidad. (p. 13)

2.7. Comadronas

La Política Nacional de comadronas de los Cuatro Pueblos (MSPAS, 2015-2025). Señala que, Las comadronas son en las comunidades el referente principal para la mujer en edad fértil, la embarazada, la parturienta y la puérpera, quienes confían, le piden consejo y atención de salud para ellas y para la o el recién nacido, siempre están disponibles de día y de noche, desplazándose a la vivienda de las mujeres sin importar las distancias.

Las comadronas o parteras tradicionales en Guatemala son mujeres que se dedican a atender partos, mayoritariamente en comunidades lejanas y aisladas en donde los servicios de salud estatales no llegan, sin embargo, también se les puede encontrar en las áreas marginadas de las ciudades. Muchas de esas mujeres han comenzado con el oficio de comadrona debido a la necesidad que se presenta en una comunidad en el momento de asistir un parto, también han comenzado con el oficio por la revelación de algunos designios que forman parte de la cultura maya. Después de algunos años de trabajo empírico en la comunidad atendiendo partos, la mayoría de las comadronas toman

los cursos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para poder dedicarse al oficio con un aval de parte de los servicios de salud estatales. Debido a la diversidad cultural existente en Guatemala, el oficio de comadrona adquiere ciertas connotaciones específicas en cada uno de los grupos étnico-lingüísticos. (MSPAS, 2015, p. 18)

Una comadrona sabe de medicina tradicional y tiene ciertos conocimientos de obstetricia y ginecología dentro de las diferentes comunidades de un país. Es una persona que ha completado con éxito los estudios diseñados para la labor y ha adquirido las titulaciones requeridas para colegiarse y/o practicar la partería legalmente y con licencia. Es reconocida como una profesional responsable y con capacidad de responder de sus actos, la cual trabaja acompañando a las mujeres para darles el cuidado, apoyo y consejos durante el embarazo, el parto y el posparto.

La comadrona se encarga del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, así como de la asistencia al parto y del seguimiento del posparto. También están capacitadas para prestar atención ginecológica a mujeres sanas, asesorar en la planificación familiar y atender a las mujeres durante la menopausia.

2.7.1 Comadrona tradicional

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), define a las comadronas tradicionales como; una persona que asiste a la madre durante el parto (generalmente mujer), que inicialmente adquirió sus conocimientos y habilidades, atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales; sin embargo se debe incluir las prestaciones de cuidados básicas a las madres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido, la distribución de métodos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, como la identificación y envío de pacientes de elevado riesgo hacia los centros de atención de salud más cercanos.

La atención de la comadrona abarca la atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido. Incluye medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo, la detección de anomalías, la búsqueda de asistencia médica si es necesario, y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica.

Una comadrona para poder ejercer dentro de su comunidad tiene que estar autorizada por el MSPAS, que les proporciona un carnet, que debe ser actualizado cada año. Las comadronas tradicionales son personas muy activas dentro de su comunidad en la atención a la mujer desde la detección de los signos y síntomas de un embarazo, las captan y le dan seguimiento hasta que llegue el momento del parto. La mayoría de ellas son terapeutas o curanderas en la atención de algunas enfermedades del recién nacido, como: mal de ojo, susto, mollera caída y pujo.

Estos conocimientos han sido adquiridos de manera empírica de generación en generación a través de la transmisión oral y observacional que forma parte de la cultura maya, también por medio de las capacitaciones que el Ministerio de Salud imparte a través del personal de enfermería y del Programa de Salud Reproductiva. La comadrona es un ser valioso, por lo que el MSPAS, la toma como parte del equipo básico e indica que la salud de las mujeres desde el embarazo, parto y puerperio está en manos de las comadronas tradicionales en todo el país; porque la mayoría de ellas son las que atienden el mayor porcentaje de partos en su comunidad. (OMS, 2019)

A razón de esto es que las comadronas tienen que estar capacitadas y autorizadas en la atención del embarazo, parto y puerperio, que sepan reconocer los signos de peligro en esas tres etapas, que es fundamental para la prevención y reducción de la mortalidad materna y neonatal. (p. 1)

2.7.2 Características de las comadronas

- En general, la comadrona es una mujer madura que tiene hijos vivos y forma parte de la comunidad en que presta sus servicios.
- A menudo es analfabeta, habla el idioma local y no sólo comprende el sistema cultural y religioso, sino que forma parte integrante del mismo.
- La Comadrona Tradicional suele ser una mujer ponderada e inteligente, elegida por las mujeres de su familia o aldea a causa de sentido práctico y experiencia.

- Tienen una personalidad dinámica y disfrutan de una autoridad reconocida en la comunidad.
- Su ejercicio profesional constituye una forma de práctica privada en la que ellas mismas discuten su retribución con la clientela. A veces se les paga o se dan donativos, en general, su retribución entraña un alto grado de estima en el seno de la comunidad.
- En las sociedades en la que se ha elegido a una Comadrona tradicional de familia, no se acepta a ninguna comadrona que no pertenezca a esta por grande que sea su destreza o su prestigio. En cambio, cuando no sucede así, la comadrona extrae su clientela de toda la aldea, y si su reputación es excepcional, pueden llegarle mujeres de todo el distrito.

2.7.3 Requisitos para ejercer como comadrona tradicional

- Registrada oficialmente en el Distrito Municipal de Salud.
- Originaria del municipio.
- Edad de 18 a 65 años.
- Reconocida por la comunidad de origen.
- Capacitada por la Enfermera Profesional del Distrito Municipal.
- Que identifique claramente las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.
- Hablar el idioma maya del Municipio.
- Experiencia mínima de dos años en atención de partos.
- Asistir a las 5 sesiones del programa de capacitación durante un año para que le sea otorgado el carnet que la acredita como tal. (Barrientos, A., Delgado, A., Reinoso, C., Kopp, R. et al, 2011, p. 13).

2.7.4 Rol de la comadrona

El quehacer de la comadrona se respalda de acuerdo al derecho que toda persona tiene a su identidad cultural, su lengua y sus costumbres, que se regula en el artículo 58 de la Constitución de Guatemala. (MSPAS, 2015, p. 5)

El rol de comadrona se adquiere a partir de los diferentes dones que la persona porta, es común encontrar que la mayoría de comadronas son portadoras de tres dones, de ahí la importancia y jerarquía de las comadronas y su adscripción a la institucionalidad de los Ajq'omonel. Las personas que poseen esta combinación de dones asumen inicialmente como comadronas, guías espirituales y guiadoras de espíritus de los difuntos, otras como curanderas y establecedoras del equilibrio y armonía de los cerros valles. En Guatemala, existen comadronas del pueblo ladino que dicen tener el don y la misión de apoyar en la atención de la salud de las mujeres y de las familias. El MSPAS hace coordinaciones con comadronas de los pueblos existentes.

Desde la concepción cultural la comadrona debe ser; mujer, madre, tener hijos o hijas, dejar de tener hijos para que su energía no transgreda a sus pacientes y ser abuela. Asimismo, debe poseer pleno conocimiento de los rituales sagrados de la placenta, tratamiento del trozo del hilo umbilical (mux, ch'up) y de los ciclos calendáricos mayas. (Asociación Pies de Occidente, 2016, p. 24)

El MSPAS (2015), señalan que, como proveedoras de orientación sobre la salud sexual y reproductiva en las comunidades a mujeres en edad fértil, en la prevención de embarazos en adolescentes y especialmente en menores de 14 años, que además son acciones que pueden tener un efecto fundamental en la reducción de la muerte materna neonatal.

La comadrona, ejerce los servicios básicos delegados al primer nivel de atención, los cuales incluyen; control prenatal, identificación y referencia de complicaciones obstétricas, consejería dentro de la comunidad, consejería en planificación familiar y el acompañamiento de la mujer embarazada a los servicios de salud, entre otros. (p. 18)

2.7.4.1 Responsabilidades y actividades de la Comadrona

Para que la mujer embarazada tenga una maternidad sana, según el manual práctico de la comadrona, debe realizar las actividades siguientes;

- Orientar a la mujer para que tome sus propias decisiones, en especial para que pueda decidir si quiere o no ser mamá.

- Hablar a la mujer embarazada sobre el control prenatal en el servicio de salud.
 - Informar sobre cualquier embarazo al servicio de salud, para registrar a la mujer en el censo de embarazadas.
 - Atender el parto normal y asegurar que sea un parto limpio.
 - Cuidar la salud de la mujer y el recién nacido después del parto.
 - Enseñar sobre los embarazos de riesgo y las señales de peligro a la mujer, el esposo y la familia, para que la mujer pueda recibir atención en un servicio salud.
 - Coordinar con la mujer, el esposo, la familia y los comités comunitarios el Plan de Emergencia.
-
- Recomendar a la mujer con un embarazo de riesgo para que se traslade a una casa materna antes de la fecha del parto, para que esté cerca del servicio de salud y no alejada en la comunidad.
 - Coordinar en el servicio de salud más cercano, la atención a las referencias de mujeres con embarazo de riesgo o alguna señal de peligro.
 - Llevar un registro de la atención prenatal, partos y control de recién nacidos. Estas notas las usará para informar sobre la salud de la mujer o recién nacido en el servicio de salud.
 - Dar seguimiento al tratamiento médico que el servicio de salud da a la mujer o recién nacido.
-
- La atención a mujeres embarazadas requiere de mayor atención y cuidados, especialmente en el momento de dar a luz. Los avances médicos y la tecnología han venido a revolucionar la atención materna durante las etapas pre y post parto, sin embargo, estos aún no han logrado llegar a todas las áreas del país, en distintos lugares dentro del interior de la república las abuelas comadronas son las encargadas de asistir ese hermoso proceso.
-
- Normalmente, una comadrona se encarga de atender un embarazo de bajo riesgo, que sólo es necesario atender con los conocimientos adecuados en nacimientos y alumbramientos.
 - Se basan en una atención y asistencia personalizada en la mujer embarazada, en donde no se implementa una ayuda sin medicamentos, tratando de implementar las estrategias y métodos naturales.

- La función tradicional de la comadrona varía mucho según las circunstancias culturales locales y las funciones de los demás agentes de salud existentes en la región. Su función está asociada al ejercicio de la comadrona tradicional en la asistencia de la madre y la familia en el momento del parto. Esta labor por lo general, comprende la extracción del feto, la sección y la limpieza del cordón umbilical y la eliminación de la placenta. Comprende, además, los cuidados del niño y de la madre, con inclusión de baños y masajes, ayuda doméstica y el asesoramiento durante el embarazo y el puerperio. La comadrona tradicional puede desempeñar otras funciones de conformidad con las costumbres locales y sus propios conocimientos e intereses.

2.7.5 Las comadronas y los servicios de salud

La relación entre las comadronas y los servicios de salud se ha venido estrechando en los últimos años, aunque continúa siendo usualmente muy vertical y autoritaria, por lo que son pocos los servicios de salud en los que se les trata como verdaderos miembros del equipo de salud. Los servicios de salud parecen haber ordenado y mejorado las capacitaciones mensuales que ofrecen a las comadronas y de su asistencia depende que se les entregue y valide el carnet de acreditación, el cual es necesario para poder inscribir a los recién nacidos en el Renap. (MSPAS, 2,006, p. 11, 12, 13)

Se espera que las comadronas participen en seminarios, charlas o capacitaciones para mejorar su práctica y particularmente para incrementar las referencias. El personal del sistema de salud oficial reconoce que las comadronas no son bien recibidas en los centros de salud ni en los hospitales por diversas razones; celos profesionales, discriminación étnica, señalamientos y regaños que tienden a menospreciar sus habilidades y criticar sus prácticas.

La comadrona puede orientar a las madres sobre los diferentes métodos que existen para evitar los embarazos y puede referir a las señoras a los servicios de salud para una adecuada selección del método anticonceptivo. En las comunidades donde existe un centro de salud, podrá capacitarse para que animen a las señoras a acudir a este en busca de anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos o intervenciones de esterilización.

Con los servicios de salud dependencia del MSPAS tiene responsabilidades que atender;

- Participar en las reuniones y capacitaciones en las fechas programadas por el personal institucional, para actualizar sus conocimientos y mejorar su competencia laboral.
- Detectar a las mujeres embarazadas y promover su asistencia a un servicio de salud más cercano a su comunidad, para su control prenatal, postnatal y atención al recién nacido/a.
- Identificar señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, para referirlas de inmediato a los centros de atención más cercano.
- Brindar consejería durante el embarazo, parto y puerperio utilizando los materiales educativos del MSPAS.

- Identificar a las embarazadas y mujeres lactantes para inscribirlas en el servicio de salud.
- Promover la aplicación del esquema de inmunización a las madres embarazadas, mujeres en edad fértil y en el recién nacido.
- Promover alimentación y nutrición adecuada de la mujer embarazada.

- Atender parto limpio y seguro de acuerdo a los lineamientos técnicos otorgados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, atender los partos en un ambiente cómodo con adecuaciones propias a su labor en la comunidad.
- Promover la lactancia materna exclusiva, que es indispensable para una buena nutrición del recién nacido y le ayuda a evitar muchas enfermedades.
- Tiene acompañamiento de los proveedores de salud y desarrolla el trabajo con calidad y calidez, dándole continuidad a la madre y recién nacido durante el periodo del puerperio.

- Proporciona a las usuarias acompañamiento y atención del parto con respeto de acuerdo a su cultura, idioma, generando confianza ante la expectativa que normalmente genera el parto y respeta la decisión de la mujer de adoptar la posición de preferencia para el momento del parto.
- Debe estar bien presentable con su traje limpio, pelo recogido de preferencia cubierto, uñas cortas y limpias.

- Servir de traductora para favorecer la comunicación con los proveedores de salud, en el idioma de la usuaria que se atiende.
- Realizar masaje uterino después de la expulsión de la placenta y tracción del cordón con asistencia del proveedor de salud calificado.
- Atender los partos normales sin complicaciones e informar al jefe de turno cualquier alteración de los signos vitales y/o signos de peligro, que se presenta durante la atención del parto. (Barrientos, A., Delgado, A., Reinoso, C., Kopp, R. et al, 2011, p. 14, 15)

2.8 Marco legal de la comadrona tradicional

La Política Nacional de Comadronas de los Cuatro pueblos de Guatemala (MSPAS, 2015-2025). Afirma, En el marco del derecho interno del Estado de Guatemala, el cuidado de la salud de la madre, del neonato y del infante es el fin primordial de este proceso. Su fundamento en la Constitución Política de la República de Guatemala, se regulan en los artículos 1, 2, 3 y 52. El quehacer de la comadrona, se respalda en que toda persona tiene derecho a su identidad cultural, su lengua y sus costumbres, lo cual está regulado en el artículo 58 de la Constitución de Guatemala. Asimismo, el artículo 66, hace referencia a la protección de los grupos étnicos, al reconocimiento y el respeto de sus formas de vida, costumbres, tradiciones, organización social y su vestimenta.

De igual manera, los artículos 93, 94, 95 y 98 enfatizan sobre el derecho a la salud; en tal sentido, se llama a respetar las diferencias culturales de las personas y sus pueblos. Esta visión se fortalece en el Marco de los Acuerdos de Paz que reconoce el compromiso del Estado de fomentar el estudio y rescate de la medicina tradicional indígena. (p. 8)

Orienta a reconocer a las comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala, en el marco de las buenas prácticas y contribuciones a la población, principalmente a la maternidad saludable, a través de;

- La Promoción y divulgación de los saberes de las comadronas;
- Establecer y fortalecer el relacionamiento de las comadronas con el sistema de salud nacional;

- Fortalecimiento institucional para la atención de la salud materna neonatal con pertinencia cultural;
- Fortalecer la labor de las comadronas como agentes de cambio. (MSPAS, 2015, p. 13)

La Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos, da cumplimiento a lo que establece el Decreto número 32-2010 del Congreso de la República, Ley para la Maternidad Saludable, e incluye las necesidades e intereses planteados por las comadronas.

Históricamente en Guatemala, las autoridades gubernamentales aprobaron el trabajo de las comadronas por medio de los artículos 98 y 99 del Decreto Gubernamental, de fecha 16 de abril de 1935, que delegaban a la Dirección General de Servicios de Salud la responsabilidad de conceder permisos a las comadronas, a través de examen, para la atención del parto.

Este Decreto manifestaba también que, cualquier comadrona que fuera convocada para asistir a un curso de capacitación y no lo hiciere, tenía prohibido atender partos. La sección F, artículo 15, Decreto No. 74, de fecha 9 de mayo de 1955, autorizaba al MSPAS a “extender” certificados de autorización a las comadronas tradicionales, para la atención del parto, después de realizar un examen de aptitud. A partir de la creación de la División de Salud Materno-Infantil del MSPAS en

1969, se dio un mayor enfoque al programa de capacitación de comadronas y años más tarde se logra concretar con el Decreto número 32-2010 del Congreso de la República, La Ley para la Maternidad Saludable. (MSPAS, 2015, p. 14)

La Ley para la Maternidad Saludable decreto 32-2010, en su artículo 17, faculta la formulación de una política nacional en coordinación con las comadronas, que sea sustentable, viable, adecuada a las condiciones del país y que tome en cuenta la pertinencia cultural de los pueblos Maya, Garífuna, Xinka y Mestizo, las condiciones actuales del sistema de salud, a la vez que contribuya a desarrollar y potenciar el rol de las comadronas, sus funciones, el relacionamiento con los servicios de salud, así como establecer un programa de transición para las comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico. (MSPAS, 2012, p 7)

Cobra particular relevancia lo estipulado en el Código de Salud, Decreto 90-97 del Congreso de la República de Guatemala, en sus artículos 1, 2 y 18, La Ley de Desarrollo Social, decreto 42-2001 en su artículo 25, que se refieren; al Derecho y Protección a la salud y Art.26, numeral 5, La Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Decreto Número 11-2002, cita en su artículo 26, que establecen la protección del derechos a la salud integral, la maternidad saludable y la atención de las mujeres y sus hijas e hijos como un asunto de urgencia nacional, que amerita la complementariedad de esfuerzos interinstitucionales con las diferentes estructuras de decisión, tal como lo estipula el Código Municipal y la Ley Orgánica de Presupuesto. (p 7)

El Plan Nacional de Desarrollo K'atun, Nuestra Guatemala 2032 (PND) constituye el marco estratégico y orientador de las políticas de desarrollo del país, el cual busca garantizar a las personas el acceso a la protección social universal, servicios integrales de calidad en salud, educación, servicios básicos, entre otros, para asegurar la sostenibilidad de sus medios de vida mediante intervenciones de política pública universales pero no estandarizadas, que reconocen las brechas de inequidad y las especificidades étnico culturales. (MSPAS, 2015, p. 16).

Asimismo, reconoce la importancia de vincular a los actores comunitarios en el logro de las metas, particularmente las que están vinculadas al sector salud: reducción de la mortalidad materna, infantil, de la niñez y de la población en general; asegurar servicios de salud sexual y reproductiva con pertinencia cultural, sexual, etaria y de género; detener la epidemia de VIH. Plan Nacional de Desarrollo K'atun, Nuestra Guatemala 2032, (2014, p. 182). En este sentido, la Política Nacional de Comadronas se vincula fehacientemente a las siguientes prioridades, metas y lineamientos del PND;

- Brindar la atención adecuada a las madres, niños e infantes para reducir la mortalidad materna, infantil y de la niñez; contempla entre sus lineamientos; fortalecer la vigilancia en salud, con la participación de los actores comunitarios, especialmente de las comadronas, para la detección de las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio y en el recién nacido.

- La transformación del modelo de atención en salud para reducir la morbilidad y mortalidad de la población en general; dando como lineamiento: articular el servicio institucional con el trabajo de lideresas y líderes comunitarios de la salud (promotores y comadronas).
 - En cuanto a la universalización de la salud sexual y reproductiva de la población en edad fértil, con énfasis en la educación sexual para adolescentes y jóvenes; el plan establece como lineamiento; articular institucionalmente las redes de comadronas y de maternidad y paternidad responsables.
- (p 17)

2.9 Participación de la comadrona tradicional en la reducción de la mortalidad materna en Guatemala

OMS (2010). Afirma que, como parte de los procesos implementados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para mejorar la atención de las mujeres embarazadas y reducir las muertes maternas en el país, es elaborado el Protocolo para la Vigilancia de la Embarazada y de la Muerte de Mujeres en Edad Fértil (de 10 a 54 años).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día pierden la vida 1,500 mujeres a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. Según los registros del MSPAS, en Guatemala, en los últimos nueve años a muerte 2,431 mujeres a causa de complicaciones relacionadas con el parto, muchas de las cuales son prevenibles.

El Protocolo que fue distribuido a los trabajadores de la red de servicios de salud permite desarrollar una vigilancia activa de las señales de peligro en mujeres embarazadas para facilitar su referencia oportuna a un servicio de salud y evitar las muertes. Como parte de este proceso, el MSPAS capacita al personal sanitario para poder aplicar los pasos que se establecen en la guía, y aplicar un sistema de verificación del uso de este Protocolo.

Esta guía técnica fue elaborada con los aportes del Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS, Sistema Integral de Atención en Salud y con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia de

Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El documento integra una ficha elaborada por la OMS que ayuda a identificar a las mujeres embarazadas en riesgo e identifica los puntos críticos para la atención de ésta, desde el nivel comunitario hasta la red de servicios de salud.

Balladelli, P. (2014). Señala que, “La mortalidad materna nos preocupa a todos. Su reducción a la mitad es una meta del Milenio con la que el país se comprometió y es la prioridad para OPS/OMS. Para lograr esta Meta estamos sufriendo un serio atraso a nivel de toda America Latina, debemos realizar un manejo del tema diferencial y de tipo intercultural de la salud materna en Guatemala, realizando el análisis de las muertes por eslabones críticos, que estas guías ahora permiten. Solo así se podrá direccionar acciones a nivel comunitario como a nivel del sistema de salud institucional para maternidad segura”.

Toda mujer embarazada se considera de riesgo, no obstante, hay condiciones que demandan una vigilancia oportuna, como en el caso de las madres adolescentes, o las mayores de 35 años, con antecedentes de preclampsia o eclampsia, o cesáreas previas. Estas condiciones se ven agravadas si la persona está en áreas remotas, como ocurre en la mayoría de comunidades del país. Las mujeres más afectadas por las muertes maternas son pobres, viven en el área rural y son indígenas. (p. 1)

Gamazo, C., (2017). La mortalidad materna sigue siendo alta. En 2015, Guatemala contó con 431 muertes derivadas del parto, 88 por cada 100.000 habitantes, según registros del Ministerio de Salud. Unas cifras 7,5 veces más altas a las de muertes maternas en países desarrollados.

“Sabemos que el Ministerio de Salud no tienen la cobertura para poder llegar a todas las comunidades del país. Viendo esa necesidad, y reconociendo que la abuela comadrona ejerce un trabajo muy importante, consideramos que las mujeres tienen el derecho de poder optar por ir al servicio de salud o ser atendidas por comadronas o parteras”, explica coordinadora de la Unidad de Atención de la Salud de los pueblos Indígenas e Interculturalidad del Ministerio de Salud. (El País, p. 2)

La OMS (2016). Señala que, el principal objetivo del Departamento de Salud Reproductiva es mejorar la salud materna y neonatal. La meta es reducir la mortalidad materna proporcionando orientación y fomentando las intervenciones clínicas y programáticas de eficacia demostrada. Su piedra angular es la estrategia de Atención Integrada del Embarazo y el Parto (IMPAC), que ofrece orientación e instrumentos para aumentar el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad. Además, el Ministerio de Salud fomenta la atención especializada a todos los partos. Ha elaborado módulos educativos para la formación de parteras, y en las regiones de la OMS se han impartido cursos de formación de instructores en partería. Asimismo, fomenta la participación individual, familiar y comunitaria en actividades destinadas a aumentar el acceso a una asistencia de calidad. (p. 1)

Según Gamazo, C., (2017). Las comadronas reciben capacitaciones mensuales en el Ministerio de Salud de Guatemala; es un requisito para que obtengan un carnet que les permitirá atender partos e inscribir niños en el Registro Nacional de Personas. (RENAP) Desde que las capacitaciones comenzaron, solo las comadronas que acuden reciben un carnet, y solo con carnet pueden atender partos e inscribir a los recién nacidos en el Registro Nacional de Personas. En algunos municipios, estas capacitaciones han ido mejorando y se imparten en las lenguas mayas.

En otros, sigue imperando el racismo y una visión vertical de la salud. Así, aunque, según la Política Nacional de Comadronas, el Estado está obligado a permitir que las comadronas realicen su trabajo; la discriminación, el racismo y el machismo, siguen presentes como un punto nodal para la relación del Estado y las parteras. Y ese sentimiento, de infravaloración de su trabajo, es la clave para comprender la demanda interpuesta ante el Estado. (p. 2)

Según el MSPAS (2015). La salud y desarrollo de las mujeres es importante para el progreso de nuestro país, la disminución de la mortalidad materna es un indicador de desarrollo social. Este evento puede prevenirse, abordándolo desde el enfoque de las 4 demoras, la principal causa de muerte es la hemorragia, le siguen la infección, preeclampsia y eclampsia y los abortos. La mortalidad materna va acompañada generalmente de la muerte de los hijos pequeños,

principalmente de las hijas, destruyéndose el núcleo familiar y perdiendo un eslabón importante en el desarrollo de las comunidades.

Teniendo implicaciones sociales y económicas. Es importante la atención integral de las niñas, adolescentes, y futuras madres, así como de las mujeres en condición de embarazo, parto y puerperio, para garantizar la salud de la mujer. Es necesario promover el control prenatal temprano, un parto limpio y seguro, así como cuidados del puerperio, para identificar tempranamente factores de riesgo, signos y síntomas de peligro y prevenir las complicaciones de manera oportuna, involucrando a la mujer y su familia para lograr condiciones de salud adecuadas para la madre y el neonato. Se debe considerar en la atención prenatal que “Todo embarazo conlleva Riesgo” debiendo informar de signos y señales de peligro a la embarazada y su familia para contribuir a un traslado oportuno. (p. 12)

Las demoras o eslabones críticos llamados actualmente se definen como; factores que interfieren de manera negativa en la vida de un binomio durante la atención del embarazo, parto y puerperio, al detectar cualquier signo de peligro, haciendo que la atención no sea de calidad y eficacia para la madre y el neonato. Estas demoras al no ser atacadas de inmediato o si es posible con anterioridad puede afectar de una manera brusca en la vida de la mujer y su hijo, ya que corren el riesgo de que los dos mueran en segundos o minutos.

- Primera demora; falta de reconocimiento de señales de peligro.
- Segunda demora; falta de toma de decisiones para búsqueda de ayuda.
- Tercera demora; falta de acceso a una atención oportuna.

2.10 Prácticas de cuidados culturales en gestantes indígenas

Friesen, L., Mazariegos, C., Barrera, A. y Reyes, A. (2019). Según la percepción de las comadronas y usuarias, el personal no conoce de sus prácticas culturales y requiere de más capacitaciones para brindar una mejor calidad de atención con pertinencia cultural. La parcial aceptación de las prácticas interculturales deriva de la reciente priorización de la atención del parto vertical por parte de la dirección. El constante rechazo hacia la interculturalidad del sistema de salud influye en la

población, debido a que las comadronas perciben discriminación hacia su participación en la atención del parto y, por tanto, no desean utilizar el servicio de salud.

Una de las barreras principales que detiene el proceso de implementación de las prácticas interculturales es la falta de recursos económicos, lo que repercute en la falta de personal para el acompañamiento durante todo el proceso de parto y puerperio y en la falta de fondos necesarios para cubrir los gastos en medicamentos y alimentación de la paciente. Tanto las comadronas como las usuarias expresaron inconformidades con el desabastecimiento de insumos pues se les exige la compra de alimentos y medicamentos para recibir atención, lo cual resulta en una disminución de la afluencia de pacientes y de la demanda de atención. (p. 68)

Las comadronas aseguran que rezan y se encomiendan a Dios antes de todos los partos en su casa; muchas veces también lo hacen después, para agradecer un parto sin complicaciones. Las plegarias pueden ser individuales o involucrar a la familia de la parturienta. Yo, de mi parte primero entro a orar, y digo la palabra de Dios, le pido a Dios para que se libre la madre. Recomendarse a Dios, vas a dar a luz, vas a librar, solo Dios conoce, porque yo no puedo hacer nada sin él, solo te voy a ayudar, confiando en Dios. Y nació un varoncito. Hay quienes unos ocho días antes de que se compongan hacen oración y ya con los dolores también se ponen a rezar para que se alivie rápido.

A veces los hermanos son los que dirigen la oración y ya en el momento del parto soy yo quien dirige. Solo yo hago la oración, sin candelas ni flores. Cuando nace, el niño se alza al cielo y se da las gracias y se hace según la religión de la familia. A veces se hace una celebración ceremonial y la familia contrata a un guía espiritual. Es muy alegre, antes había un árbol sagrado y le pedían sabiduría al árbol para que el niño fuera inteligente, para que los niños adquirieran la sabiduría para defenderse del mal. Pero ahora se murió el árbol y ya no sabe la gente cómo defenderse. Con las nuevas religiones se están perdiendo manos y le dicen que no vaya a ser perezosa.

A los niños les dan piochas. Cuando nació mi niño, mis familiares entraron con lapicero, mazorca, morral, y se lo pasaban en la mano al niño para que fuera un buen trabajador, que haría trabajos de hombre, y también el lapicero para que fuera buenas estudiantes y la Biblia para que respetara la

palabra de Dios. Todo esto lo hizo la comadrona y los abuelos le fueron pasando los objetos. A las niñas les dan los palos de tejer.

Después, a los tres o cuatro días, tiran el ombligo al río o lo meten en el fuego del chuj, sí es como se hace; los evangélicos hacen su culto, los católicos encienden una candela, los costumbristas, según el día del nacimiento: el guía espiritual es quién, pero también depende de la paga, porque la costumbre se celebra en las montañas, aunque ahora ya hay un lugar en el pueblo donde los guías espirituales pueden hacer su costumbre y pasar xicay. (Saravia, M., 2016, p. 6)

2.11 Plan de Emergencia

El plan de emergencia es la planificación y organización humana para la utilización óptima de los medios técnicos previstos con la finalidad de reducir al mínimo las 11 posibles consecuencias humanas y o económicas que puedan derivar ser la situación de emergencia; este plan integra un conjunto de estrategias que permiten reducir la posibilidad de ser afectados si se presenta la emergencia.

La distinción se desprende que el plan de emergencia persigue optimizar los recursos disponibles, por lo que su implantación implica haber otorgado previamente al establecimiento de reclusión de la infraestructura, de medios materiales o técnicos necesarios en función de las características propias de la instalación y de la actividad que él mismo realiza. Ello a su vez comportado haber previamente, realizado una identificación y análisis de los riesgos o deficiencias del establecimiento de reclusión, imprescindible para conocer la dotación de los medios de prevención protección que se precisan en el mismo.

La implantación de un plan de emergencia es siempre exigible técnicamente cuando se trate de instalaciones en que se dé una grave situación de riesgo o bien en las instalaciones en que aun no siendo elevado el nivel de riesgo, si podrán serlo las consecuencias humanas con materiales que se producirían. Se aplica de distinta manera en función a la magnitud del incidente y del lugar donde se origina; cuando el peligro es interior y no es controlable las instalaciones hacen referencia a la evacuación del edificio; si es peligro exterior, se hace referencia al confinamiento. (MSPAS, 2006)

2.11.1 La Comadrona y el Plan de emergencia familiar

El plan de emergencia familiar es un plan o guía que permite organizar y planificar las acciones a desarrollar antes, durante y después de una emergencia o una amenaza eminente, con el fin de estar preparados y así prevenir un desastre o una emergencia mayor. Por lo tanto, esta sencilla herramienta permite y ayuda a salvar la propia vida y la del grupo familiar y probable la de los seres queridos. Es importante que este plan se realice en conjunto con la familia y se comparta con la comunidad más cercana o vecinos. (Coomeva, 2019, p. 1)

El plan de emergencia familiar se lleva a cabo para prevenir junto con la comadrona, la pareja y la familia las posibles situaciones que se pueden presentar y qué se puede hacer durante el embarazo, parto, post-parto y al recién nacido.

Este plan lo deben de conocer la comadrona y los miembros de la familia, para saber qué va hacer la familia si se presentaran señales de peligro en cualquier momento de los mencionados anteriormente. Se debe de ir planificando en forma sencilla y oportuna este plan de emergencia familiar, realizando preguntas a la madre y a la familia, las preguntas a plantear;

- Donde va a nacer su niño. (Casa, centro de salud, hospital)
- Cuánto dinero va a necesitar.
- Quién va a recibir al niño (Comadrona, médico).
- Quién la acompañará si tiene señales de peligro (Esposo, suegra, hermana, otros).
- Qué medio va a utilizarse para transportarse (carro, camioneta, ambulancia, otros).
- Quién va a cuidar de sus hijos y la casa (Mamá, hermanos, vecinos).
- Ha tenido comunicación con los líderes de la comunidad para que le brinden apoyo.
- Ha preparado la ropa para el niño que va a nacer.

Otros aspectos que considere son necesarios incluir. A la madre se le debe explicar que es bueno prepararse para cualquier problema durante el embarazo junto con su familia y ellos decidirán qué hacer para contribuir a la salud materna infantil de su familia.

2.11.2 La Comadrona y el Plan de emergencia comunitario

El plan de emergencia comunitario es la planificación que se hace con la comunidad con la participación de todos los grupos organizados, comadronas tradicionales, comisión de salud, promotores, equipo básico institucional, que existan dentro de una comunidad. Tomando como base el diagnóstico y análisis de sus problemas en salud para la toma de decisiones, con énfasis en el proceso de embarazo utilizando el plan para cualquier emergencia que pone en peligro la vida de la madre y el niño y tomar en cuenta los siguientes pasos;

- Paso 1. Organización para la acción comunitaria. Se debe investigar si existe un comité de salud dentro de la comunidad, si ya existe iniciar contactos y compromisos con autoridades, grupos locales, personal de salud, grupos organizados, grupos de mujeres, comadronas y los hombres de la comunidad.
- Paso 2. Promoviendo el diálogo comunitario. Reconociendo los problemas y buscando soluciones”. Es importante tener la información actualizada de la sala situacional de la comunidad, conociendo cuántas embarazadas se atendieron el año anterior y cuántas se complicaron, cuántas murieron y cuál fue la causa, qué se puede hacer para evitar que sigan muriendo, las mujeres, los niños y las niñas, y si existe un plan de emergencia para apoyarles y qué contiene dicho plan.
- Paso 3. Planificando todos junto. El plan comunitario debe definirse conjuntamente, el cual servirá para salvar la vida a la madre-niño o personas que estén en peligro. En esta planificación lo más importante es saber y tomar en cuenta; a dónde ir, cuánto dinero se tiene listo, quién la acompañará y cómo se va a trasladar. Buscar al comité de la comunidad para que ayude en caso de emergencia. Quién cuidará de la casa y los otros hijos.
- Paso 4. Acción y promoción colectiva. Poniendo en marcha y dando a conocer el plan de emergencia. La comunidad organizada es la responsable de darlo a conocer por medio de reuniones con grupos, anunciarlo por alto parlante, actos religiosos y culturales, mensajes por la radio, ubicar carteles en puntos clave de la comunidad, etc., usando los medios de comunicación al alcance.

- Paso 5. Monitoreo y evaluación participativa. Conocer los logros, con base a los resultados, si es necesario, volver a planificar. Los aspectos que se deben conocer después de implementado el plan son;

- Cuántas personas fueron beneficiadas.
- Qué favoreció para que el plan funcionara.
- Qué aspectos se deben mejorar.
- Obstáculos encontrados.
- Otros que sean importantes para ver el beneficio logrado con el plan. (MSPAS, 2,006, p. 11, 12, 13)

2.12. Uso del Partograma en el Centro Hospitalario

Su uso es obligatorio en todo trabajo de parto, El uso del Partograma es obligatorio para el personal de salud institucional en todo trabajo de parto independientemente de posición que la usuaria elija. El registro gráfico en la partograma, empieza en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación. Registre lo siguiente en la partograma

Información sobre la paciente. Nombre completo, antecedentes obstétricos, gestas, para, abortos, cesáreas, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso y el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas. (MSPAS, 2011, p. 15)

- Frecuencia cardiaca fetal (FCF). Registre cada media hora.
- Líquido amniótico. Registre el color del líquido amniótico en cada examen vaginal;

I. membranas intactas.

C. membranas rotas, líquido claro.

M. líquido con manchas de meconio.

S. líquido con manchas de sangre.

Moldeamiento

- Suturas lado a lado.
- Suturas superpuestas, pero reducibles.
- Suturas superpuestas y no reducibles.

Dilatación del cuello uterino. Evalúe en cada examen vaginal y marque con una equis cruz (X). Sobre la línea de alerta a partir de los 4 cm de dilatación, comience el registro en el partograma.

- Línea de alerta. Se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperado, a razón de 1 cm por hora.
- Línea de acción. Es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.
- Evaluación del descenso mediante palpación abdominal. Se refiere a la parte de la cabeza (dividida en partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (0) en cada examen vaginal. A 0/5, el sincipucio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis.
- Horas. Tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

- Tiempo. Registre el tiempo real. extrapolado.
- Tiempo. Registre el tiempo real.
- Contracciones. Registre gráficamente cada media hora, palpe el número de contracciones a los 10 minutos y la duración de las mismas en segundos.

Menos de 20 segundos

Entre 20 y 40 segundos

Más de 40 segundos (p 16)

- Oxitocina. Cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos.
- Medicamentos administrados. Registre cualquier medicamento adicional que se administre.
- Pulso. Registre cada 30 minutos y marque con un punto
- Presión arterial. Registre cada 4 horas y marque con flechas.

- Temperatura. Registre cada 2 horas
- Proteína, acetona y volumen. Registre cada vez que se produce orina, Para determinar volumen de orina y Obtener una muestra al ingreso para detectar proteinuria, glucosuria y cetonuria. (p. 16)

2.11.1 Progreso del primer periodo del trabajo de parto

Los hallazgos que sugieren un progreso satisfactorio en el primer período del trabajo de parto son;

- Las contracciones regulares, de frecuencia y duración que aumentan en intensidad progresivamente
- Una dilatación del cuello uterino de al menos 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino sobre la línea de alerta o a la izquierda de la misma)
- El cuello uterino bien adosado a la parte fetal que se presenta
- El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado.

2.11.2 Progreso del segundo periodo del trabajo de parto

Los hallazgos del partograma sugieren un progreso satisfactorio cuando;

- El descenso constante del feto por el canal de parto
- El inicio de la fase expulsiva (deseo de pujar)

Los hallazgos del partograma sugieren un progreso insatisfactorio cuando;

- La ausencia de descenso del feto por el canal de parto
- La falta de expulsión durante la fase avanzada (expulsiva)

2.11.3 Signos de alarma

Evaluar el partograma para detectar signos de sufrimiento materno y/o fetal, por ejemplo;

- Si el pulso de la mujer se está acelerando, puede estar deshidratada, fiebre o con dolor. Asegúrese de que reciba una adecuada hidratación vía oral o IV.
- Si la presión arterial de la mujer desciende, sospeche hemorragia sobre todo la presión sistólica menor de 90 mmHg
- Si hay acetona en la orina de la mujer, sospeche una nutrición deficiente o deshidratación, hidrate vía oral y/o administre dextrosa IV.

- Variaciones de frecuencia cardiaca fetal y clasifique como sufrimiento fetal. Fase taquicardia, si la frecuencia cardiaca fetal se encuentra por arriba de 160 latidos por minuto y Fase bradicardia, si la frecuencia cardiaca fetal se encuentra por debajo de 120 latidos por minuto.

Cuando el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en la fase expulsiva del segundo período, aliente a la mujer para que adopte la posición que prefiera para que puje.

La episiotomía ya no se efectúa como procedimiento de rutina, a menos que tenga una indicación precisa;

- Parto vaginal complicado o distócico (parto de nalgas, distocia de hombro, uso de fórceps o aspiración por vacío)
- Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados
- Sufrimiento fetal. (p.18)

2.12.4 Expulsión de la cabeza

- Pídale a la mujer que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del feto.
- Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de una mano contra la cabeza del niño para mantenerla flexionada (hacia abajo).
- Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del recién nacido se expulsa.
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del recién nacido, pídale a la mujer que deje de pujar.
- Aspire y limpie flemas primeramente la boca y luego la nariz del recién nacido.
- Palpe con los dedos alrededor del cuello del recién nacido para verificar si encuentra el cordón umbilical.
- Si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello, pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del recién nacido.
- Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncele dos veces y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.

2.12.5 Finalización del parto

- Permita que la cabeza del feto gire espontáneamente
- Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del recién nacido. Dígale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.
- Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez, mueva hacia abajo la cabeza del recién nacido para extraer el hombro anterior. (Si hay dificultad en la expulsión de los hombros, sospeche una distocia de hombros, signo cuello de tortuga)
- Levante la cabeza del feto hacia delante para extraer el hombro posterior.
- Sostenga el resto del cuerpo del feto con una mano mientras ésta se desliza hacia fuera. (.19)

2.13 Cuidados Rutinarios del Recién Nacido

Los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento de un niño o una niña son de crucial importancia, pues inicia una etapa de adaptación a un ambiente desconocido, que le representa dificultades en aspectos de temperatura, oxigenación y empezar a utilizar una fuente nutricional totalmente ajena a su experiencia de 40 semanas de gestación.

Todo esto puede ser superado sin mayor dificultad cuando todos los mecanismos y capacidades fisiológicos del neonato están intactos; sin embargo, amenazas externas y deficiencias propias de su condición pueden transformar este fenómeno del nacimiento en un riesgo que atente contra su vida o su salud. La atención, entonces, se orienta a disminuir al mínimo las posibilidades de enfermedad y muerte del neonato, para lo cual es necesario:

- Vigilar y favorecer su respiración espontánea, reflejada en un esfuerzo respiratorio regular, un color de piel sonrosada y un llanto vigoroso;
- Prevenir pérdidas de calor por conducción, evaporación, radiación y convección;
- Prevenir y controlar infecciones, especialmente de los ojos y el cordón umbilical, así como el lavado de manos antes y después de su manipulación;
- Asegurar amamantamiento materno inmediato y alojamiento conjunto pues el contacto piel a piel, continuo e ininterrumpido, optimiza el inicio de la lactancia materna.

- Estas acciones deben ser registradas en el expediente clínico, así como el sexo, el peso al nacer, la talla y el perímetro cefálico en cms, el APGAR al minuto y los cinco minutos, la realización o no de reanimación respiratoria, el examen físico, la administración de 1 mg. de vitamina K, via Intramuscular (IM) y la profilaxis de oftalmía bacteriana. (p.27)

2.14 Principales Señales de Peligro de mortalidad perinatal

Es una forma muy simple para analizar la mortalidad perinatal y neonatal tardía. Se fundamenta en el riesgo como una medida que refleja la probabilidad de ocurrencia de un evento a la salud en un periodo de tiempo, ayudando a identificar las áreas con problemas y a elaborar un plan de intervenciones. Este enfoque usa elementos claves de información que puedan ser recopilados a nivel de los servicios de salud.

La importancia de analizar las muertes fetales y neonatales radica en que se obtiene información relacionada La matriz permite analizar la mortalidad perinatal clasificando el momento de la muerte de tal manera que se distinga entre mortinatos y fallecidos después del nacimiento en el sitio de ocurrencia. Se reconocen tres periodos para decir la defunción; con la salud materna, cuidados de la madre y el recién nacido, lo que permite identificar los factores de riesgo, las fallas que determinan la muerte perinatal y neonatal tardía y con base a esto, determinar las acciones correctivas para mejorar la salud de este grupo vulnerable. La edad al morir y el peso al nacer representan datos vitales para hacer una correlación con los factores determinantes relacionados.

Al combinar dos variables (peso al nacer y edad al morir), se crea una matriz simple para el análisis de riesgo que ayuda a decir el problema de salud del neonato, como se observa a continuación; Durante el embarazo. Comprende desde las 22 semanas de gestación o > 500 gramos de peso hasta el inicio del trabajo de parto.

Durante el trabajo de parto. Comprende inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento.

Muertes neonatales. A su vez puede dividirse en;

- Inmediata
- Temprana
- Tardía

Así mismo se escogen tres categorías para los grupos de pesos:

- Muy bajo peso al nacer; menor de 1,500 gramos.
- Bajo peso al nacer; peso comprendido entre 1,500 a 2,499 gramos
- Peso normal; peso igual o mayor a 2,500 gramos.

Cada periodo de riesgo está asociado con sus propios factores de riesgo y las medidas para prevenirlas.

2.14.1 Atención posparto inmediato

- Administre 10 unidades de oxitocina IM, inmediatamente después del nacimiento y luego de haber descartado la presencia de un segundo feto.
- Coloque al recién nacido sobre el abdomen de la madre, piel a piel y cúbralo adecuadamente. Seque al recién nacido por completo, límpiele los ojos y evalúe su respiración.
- Entre los dos y tres minutos luego del nacimiento pince y corte el cordón (cuando deje de latir).
- Haga tracción controlada del cordón umbilical y contratación de la cara anterior del útero, hasta que salga completamente la placenta y membranas.
- Haga masaje uterino abdominal, cuando haya salido la placenta.

- La mayoría de los recién nacidos comienzan a llorar o respiran espontáneamente
- Si el recién nacido llora o respira (elevación del tórax por lo menos 30 veces por minuto), déjelo con la madre.
- Si el recién nacido no comienza a respirar dentro de los 30 segundos pida ayuda y adopte los pasos necesarios para reanimar al recién nacido. (p. 19)

- Asegúrese de que el recién nacido se mantenga tibio y en contacto piel-a-piel con el pecho de la madre. Envuelva al bebé con un paño suave y seco, cúbralo con una manta y asegúrese de que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor.
- Si la madre no está bien, pida que un asistente atienda al recién nacido.
- Prevea la necesidad de reanimación del recién nacido y prepare un plan para conseguir ayuda.

2.14.2 Administración de oxitocina

- Dentro del minuto después del nacimiento del recién nacido, palpe el abdomen para descartar la presencia de otros fetos y administre 10 unidades de Oxitocina IM (2 ampollas de 5 UI c/u o ampolla prellenada de 10 UI cada una (donde éste disponible))
- La oxitocina produce efecto de 2 a 3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se debe usar en todas las mujeres que tuvieron un parto (Vaginal o por Cesárea). Si no se dispone de oxitocina, administre ergonovina, 1 ampolla IM. (0.2 mg).
- No administre ergonovina a mujeres con Pre eclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vascular.
- Si no cuenta con oxitocina o Ergonovina, el uso de Misoprostol (400 microgramos) sublingual, se convierte en una alternativa aceptable. (p. 20)

2.14.3 Tracción controlada del cordón umbilical y contra tracción el útero

- Aproximadamente entre 2 y 3 minutos después del nacimiento, pinzar y cortar el cordón umbilical. Sostenga el cordón pinzado cerca del perineo con una mano.
- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, sobre la cara anterior del útero, aplicando presión ligera y ejerza tracción controlada del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (de 2 a 3 minutos).
- Cuando el útero se redondee o se alargue el cordón, haga tracciones el cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano, continúe aplicando presión sobre el útero por encima del pubis. (p. 21)

2.14.4 Nunca aplique tracción al cordón umbilical sin aplicar la presión por encima del pubis con la otra mano

- Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas.

- Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino y utilice una pinza para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. Si falta una porción de la superficie materna o hay desgarro de membranas ovulares, sospeche retención de fragmentos placentarios.
- Si se ha producido una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición.
- Si se ha arrancado el cordón umbilical o hay retención placentaria, puede ser necesaria la remoción manual de la placenta, realícela. Si está capacitado y cuenta con los recursos necesarios, de no ser así estabilice a la paciente y refiérala.

2.14.5 Masaje uterino abdominal

- Luego de la salida de la placenta, dar masaje de inmediato en el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga.
- Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas post parto.
- Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino. (p. 21)

2.14.6 Examen de los desgarros

- Examine a la mujer cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino, vagina y/o perineo.
- Suture la episiotomía.

2.15 Parto Vertical/Natural

Parto vertical/natural es aquel parto que se atiende en posición sentada, hincada, de cuclillas, en sus diferentes variantes, dentro de la Red de Servicios del Ministerio de Salud, con adecuaciones culturales dentro de la institución con orientaciones occidentales. El parto es atendido por personal institucional, pero realizando adecuaciones culturales como; derecho a elegir la posición para ser atendido el parto, acompañamiento de un familiar (madre, suegra, esposo o por la comadrona) en el servicio y durante la atención del parto, ingesta de bebidas y comidas adecuados a la cultura,

baños calientes, destino de la placenta según las normas culturales de los pueblos originarios. (p. 22)

- Indicaciones

Usuaria sin complicación obstétrica

Presentación cefálica del feto.

2.15.1 Contraindicaciones

Las contraindicaciones para la atención del parto natural son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación de cesárea, entre ellas las más frecuentes son;

- Cesárea anterior.
- Desproporción céfalo-pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálica.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Inadecuado trabajo de parto
- Macrosomía fetal.
- Prematurez
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa ó desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura prematura de membranas sin encajamiento n Embarazo post término.
- Pre-eclampsia, eclampsia.
- Antecedente de parto complicado.

2.15.2 Posiciones en el período expulsivo

En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo expulsivo está enfocada a la atención del recién nacido o recién nacida, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, a detectar y atender cualquier complicación que pudiera surgir en

estos momentos. Debe permitirse que la posición de la mujer cambie, buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida. (p. 23)

2.15 Modelo de Enfermería de Madeleine Leininger

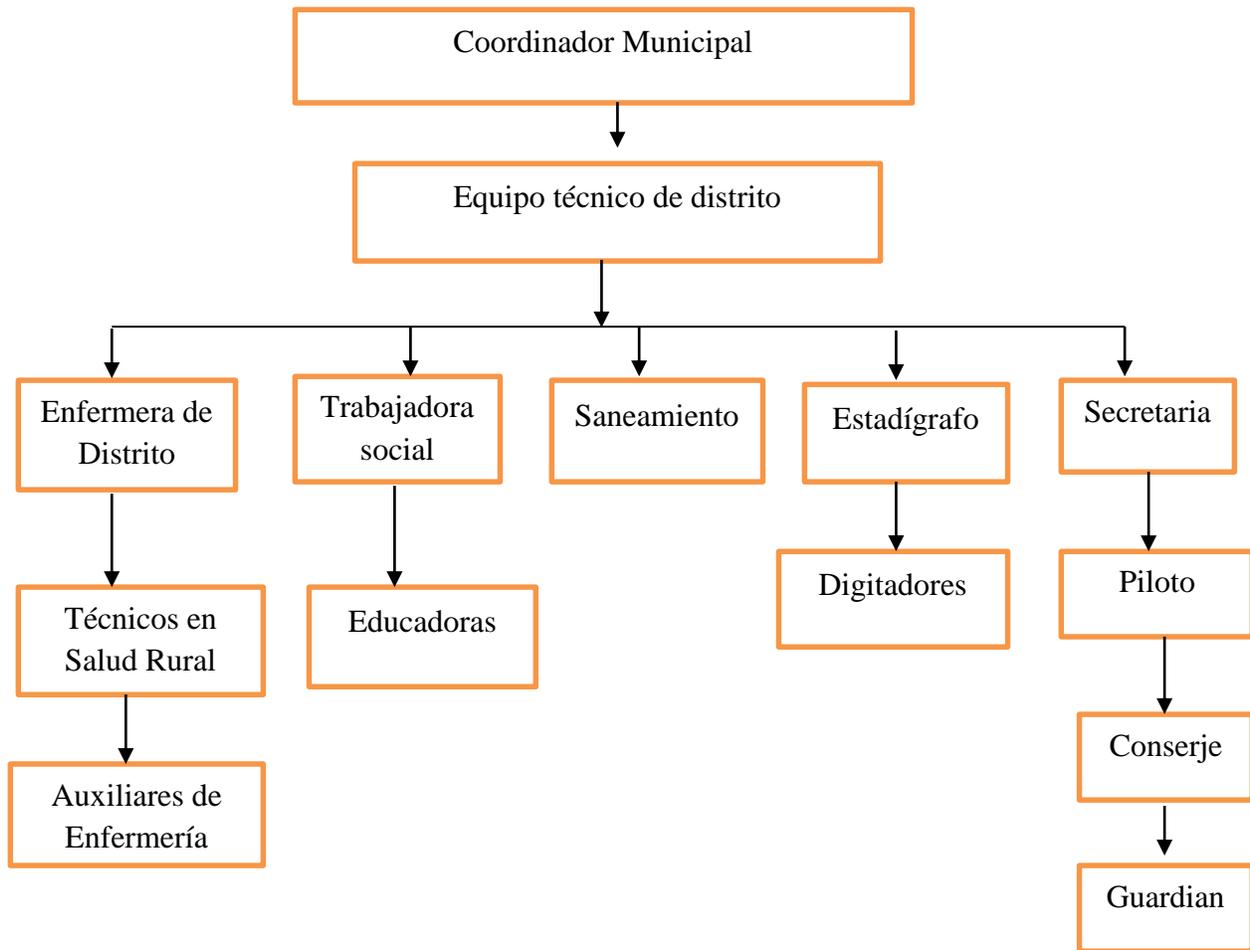
En opinión de Madeleine Leininger una teoría de Enfermería debe tener en cuenta el descubrimiento creativo de los individuos, las familias y los grupos, con sus prácticas asistenciales, valores, expresiones, creencias y acciones basadas en sus estilos de vida y su cultura, para procurar una asistencia de enfermería eficaz, satisfactoria y coherente desde el punto de vista cultural. Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, que se basa en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás.

La finalidad de la teoría de la enfermería transcultural consiste en descubrir los puntos de vista endémicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales. La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de los pacientes. Una de las razones principales de los estudios de la teoría de los cuidados transculturales es explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural.

Así también, el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas. (Coy, E., 2014, p. 25)

2.17 Estructura Organizacional de la Institución

Figura # 1



El Centro de Salud de Nueva esperanza está ubicado al Sur de Sayaxché a la orilla de la carretera de la franja transversal del Norte, a dos cuadras de la tienda maya que se encuentra ubicada en la calle principal.

El Centro de Salud cuenta con 14 personas distribuidos en los diferentes departamentos cada uno tiene sus propias funciones, así mismo se atiende aproximadamente 20 personas en cada jornada, no solo de la Nueva Esperanza sino también de comunidades aledañas.

2.17.1 Misión

Brindar una adecuada capacitación a las Comadronas, para que brinden una atención con calidad a las embarazadas que acuden a sus servicios.

2.17.2 Visión

Ser una organización fortalecida con reconocimiento político, social e institucional a nivel nacional e internacional, impulsando acciones de capacitación a las comadronas tradicionales, con eficiencia y eficacia, para contribuir a la atención de un parto limpio y seguro en la comunidad.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo General

Describir los conocimientos en la detección de señales de peligro en el embarazo que poseen las comadronas de la comunidad de Nueva Esperanza.

3.1.2 Objetivos Específicos

3.1.2.1 Determinar el conocimiento que poseen las comadronas tradicionales en la actuación del plan de emergencia familiar y comunitario en la embarazada.

3.1.2.2 Determinar si las comadronas tradicionales activan el plan de emergencia comunitario cuando detectan señales o signos de peligro durante el embarazo.

3.1.2.3 Establecer la capacidad de las comadronas para reconocer las señales de peligro durante el embarazo.

3.2 Variables y su Operacionalización

Tabla # 1
Variable y su operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Instrumento y Preguntas
Conocimientos sobre señales de peligro en el embarazo que poseen las comadronas tradicionales de la comunidad Nueva Esperanza del municipio de Sayaxché, Petén	Son todas las bases teóricas que poseen las comadronas tradicionales sobre las acciones que brindan a las embarazadas cuando le realiza el control prenatal.	Saber, conocer e identificar las señales de peligro en el embarazo por aprendizaje durante capacitaciones que el personal de salud le impartió.	Características personales	Cuántos años tiene. Estado civil Qué grado de escolaridad tiene. Ocupación Qué Religión tiene. Grupo étnico
	Una partera tradicional es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos	Es la experiencia que la comadrona tradicional ha adquirido durante los años que ella lleva asistiendo a las embarazadas de su comunidad.	Conocimientos como comadrona tradicional.	Cuántos años tiene de ejercer como Comadrona. En qué año recibió capacitación de Comadronas. Tiene carné actualizado de Comadrona.

	<p>iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales.</p>			<p>Cuántas embarazadas atendió en el año 2,018.</p> <p>Está reconocida como Comadrona Tradicional por parte del MSPAS.</p>
	<p>Las comadronas orientan a la embarazada para que asista a sus controles prenatales en un servicio de salud para la identificación de señales de peligro</p>	<p>Son todas las acciones que las comadronas realizan en la atención del embarazo para que ninguna embarazada se le complique en el momento del parto.</p>	<p>Conocimientos</p>	<p>Cuántas señales de peligro en el embarazo conoce usted.</p> <p>Usted lleva a la embarazada al servicio de salud para que le realicen control prenatal.</p> <p>Cuántas visitas le realiza a la embarazada.</p>
	<p>Competencias y experiencias de las comadronas a los signos de</p>	<p>Las comadronas están orientadas para referir inmediatamente</p>	<p>Señales de peligro en el embarazo.</p>	<p>Se le han complicado alguna vez los</p>

	<p>peligro durante el embarazo que en algunas ocasiones son causa de muerte materna.</p>	<p>a la embarazada a un servicio de salud al momento de identificar señales de peligro.</p>		<p>partos que atiende.</p> <p>Atiende los partos de las primigestas.</p> <p>Embarazadas de que edades atiende en su hogar.</p> <p>Cuántas referencias a realizado al hospital de las embarazadas que atiende.</p> <p>Motivo por los que ha referido a las mujeres embarazadas.</p>
			Plan de Emergencia Familiar.	Conoce el Plan de Emergencia Familiar.
			Plan de Emergencia Comunitario	Participa en el Plan de Emergencia de su Comunidad

Fuente: elaboración personal. 2020

3.3 Población y Muestra

Comadronas de la comunidad de Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché del departamento de Petén.

Muestra

15 comadronas de la comunidad de Nueva Esperanza.

3.4 Los sujetos de estudio

La unidad de análisis del estudio fueron las comadronas del casco urbano de Sayaxché, Petén.

Comadronas tradicionales que asisten a capacitaciones al Centro de Salud de Nueva Esperanza del municipio de Sayaxché, quienes atienden partos.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1 Criterios de inclusión

- Consentimiento de la comadrona para participar en el estudio.
- Comadronas que llevan ejerciendo por más de diez años.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Comadronas que no desearan participar de la investigación.
- Comadronas que tienen menos de diez años de ejercer.

3.6 Diseño de la Investigación

El estudio es de tipo descriptivo porque a través de los resultados obtenidos permitió describir los conocimientos sobre las señales de peligro en el embarazo que poseen las comadronas. Tiene un enfoque cuantitativo porque los datos fueron obtenidos en cantidades numéricas que permitieron utilizar la estadística descriptiva. Es de corte transversal porque tiene tiempo de inicio en el mes de enero a mayo 2020.

La prueba piloto se realizó en el casco urbano de Sayaxché, por tener características similares a la del estudio. Se utilizó como instrumento de recolección de información un cuestionario de 20 ítems de preguntas cerradas, previamente validado en el estudio de piloto, y reformadas algunas preguntas que no eran de fácil comprensión por las comadronas. Se brindó ayuda en casos especiales de comadronas que no saben leer y escribir.

3.7 Análisis Estadístico

Aprobado el protocolo por la asesora y revisora asignadas por la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Panamericana, se elaboró el anteproyecto de investigación de acuerdo a lineamientos de tesis. El estudio se llevó a cabo con 15 comadronas de una población de 1563. La operacionalización de campo se llevó a cabo en la Comunidad de Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén, en el mes de abril del año 2020. Antes de iniciar la recolección de información se realizaron los trámites respectivos para obtener el permiso de la institución. Para recolectar la información sobre conocimientos del tema se elaboró una encuesta compuesta de 20 preguntas cerradas, basadas en los indicadores que facilitaron obtener más información.

Previo de realizar el estudio para el trabajo de campo se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes. Los datos que se recolectaron fueron sometidos a análisis estadístico de acuerdo al orden y frecuencia en que presentaron, se ordenaron y tabularon los datos que se obtuvieron, se procedió a elaborar los cuadros estadísticos lo que facilitó el análisis y se obtuvieron los resultados del estudio, posteriormente se realizaron las conclusiones y recomendaciones.

3.8 Aspecto Ético Legales

3.8.1 Permiso Institucional

Antes de iniciar la recolección de información se realizaron los trámites respectivos para obtener el permiso de la institución. Se les informó a los sujetos de estudio sobre el propósito y los beneficios, el derecho a la confidencialidad y abandonar el estudio si así lo quisieran.

3.8.2 Consentimiento Informado

Se les informó a todos los sujetos de estudio sobre los objetivos de la investigación en qué consistirá su participación, en su idioma y así como su importancia de su colaboración y libertad de expresión y posteriormente se les solicitó la firma del consentimiento informado.

3.8.3 Anonimato y Confidencialidad

Se informó a los sujetos de estudio que sus nombres no serían revelados en ningún momento y que la información se utilizaría únicamente para fines de investigación para contribuir al mejoramiento de los conocimientos en relación a los signos y señales de peligro durante el embarazo.

3.8.4 Beneficencia

Seguir este principio se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al individuo. Por tanto, se les informó a las comadronas que el estudio no tiene como fin hacer daño.

3.8.5 Autonomía

Este principio supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. Mantener la autonomía estima considerarlo capaz para la toma de decisiones; por ello es necesario establecer una relación interpersonal con las comadronas sin coacción, ni persuasión, donde prevalezca la información, respuesta a las dudas y la consideración de los aspectos a valorar en la encuesta.

Capítulo 4

Análisis y Presentación de Resultados

Conocimientos sobre señales de peligro en el embarazo que poseen las comadronas de la comunidad de Nueva Esperanza, Sayaxché, Petén.

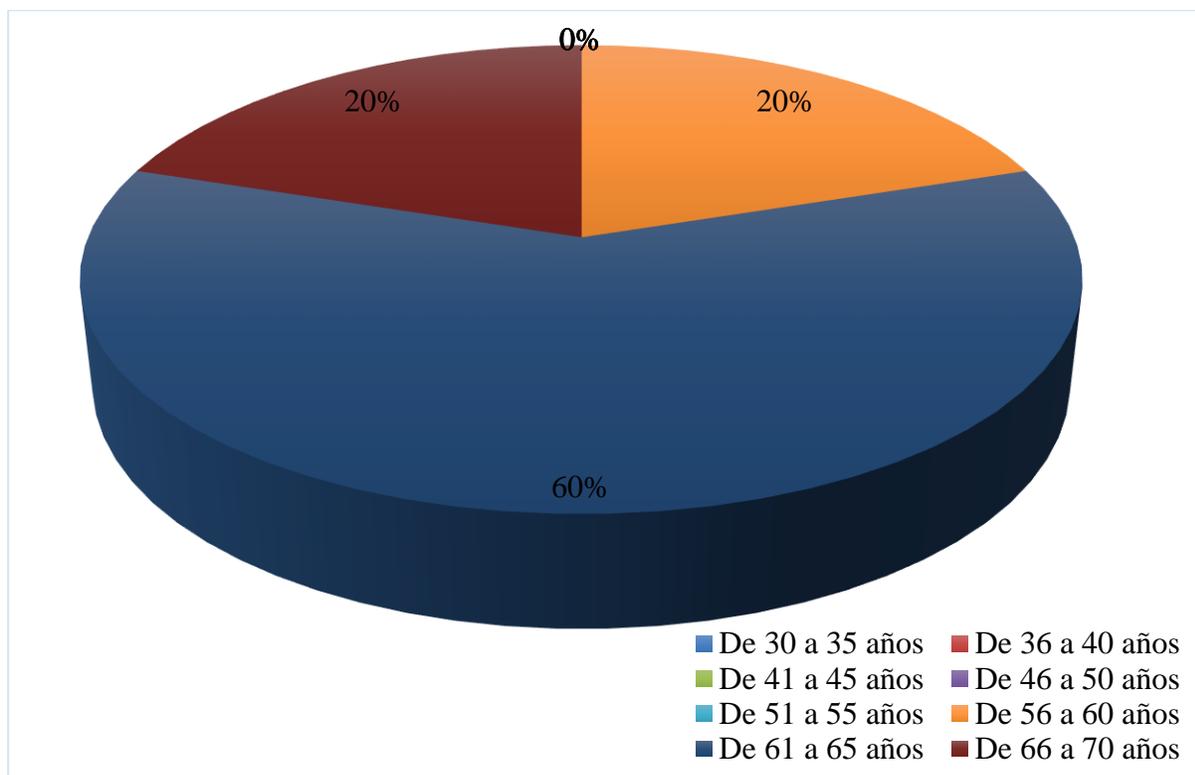
Al evaluar los resultados, de las 15 comadronas entrevistadas que es el 100%, se concluye que las comadronas capacitadas por el MSPAS del municipio de Sayaxché, el 93% es analfabeta por lo que esto incide en un bajo nivel de conocimiento sobre señales de peligro en el embarazo, y el 60% de las comadronas llevan ejerciendo las de 30 años, el 100% de las comadronas cuenta con carné actualizado por lo tanto todas están reconocidas por el Ministerio de Salud, pero solo el 73% conocen solo tres señales de peligro lo que interfiere en la atención del parto, y el 40% de las comadronas no lleva a las embarazadas a un servicio de salud, el 80% de las comadronas conoce el plan de emergencia familiar, pero no están involucradas en el plan de emergencia comunitario, y el 93% de las comadronas siguen atendiendo primigestas.

Es de suma importancia que la Comadrona Tradicional participen en las jornadas de control prenatal que se realiza en los servicios de salud para que ella pueda interactuar en las acciones realizadas con la embarazada, que identifique la prioridad del plan de emergencia familiar así también los pasos que se debe de seguir durante la detección de signos y señales de peligro ya que un 93% de las comadronas no conocen los pasos de este plan. Se considera que el plan de emergencia familiar es una herramienta útil para la embarazada y su familia. Se sugiere que se debe fortalecer a las comadronas tradicionales en cuanto a que participen en el plan de emergencia comunitario porque solo un 20% está involucrado.

Es necesario realizar programas de salud que beneficien a las gestantes y eviten una muerte fetal, involucrar a todos los actores sociales de la comunidad a la que pertenece, con el fin de evitar contratiempos en el momento de una complicación o al detectar signos de peligro materno-fetal.

Gráfica # 1

Cuántos años tiene



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

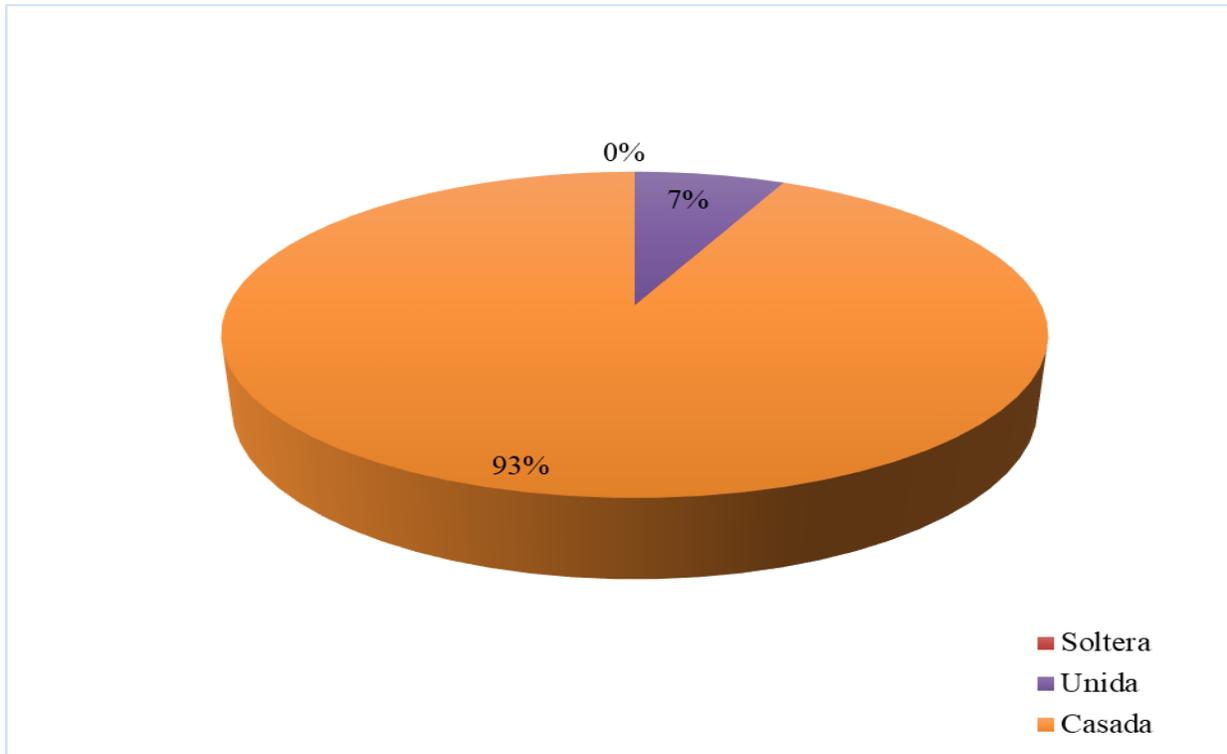
De acuerdo con la edad, 9 de las comadronas que representan el 60% oscilan entre las edades de 61-65 años, 3 comadronas el 20% entre las edades de 66 a 70 años, 3 comadrona entre las edades de 56-60 años.

El Pop Wuj, algunos consejos de Ancianos del departamento de Quetzaltenango consideran como la primera comadrona a Chiricam Ixmucane y se le considera como la -Abuela del Sol, de la claridad y es así como se le considera como 2 veces abuela. (MSPAS, 2011, p. 11)

Es importante resaltar que el área rural de Nueva Esperanza del municipio de Sayaxché, cuenta en su mayoría con comadronas de tercera edad, lo que en algún momento puede restar habilidades en la actuación ante las señales de peligro durante la evaluación a las embarazadas.

Gráfica # 2

Estado Civil



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

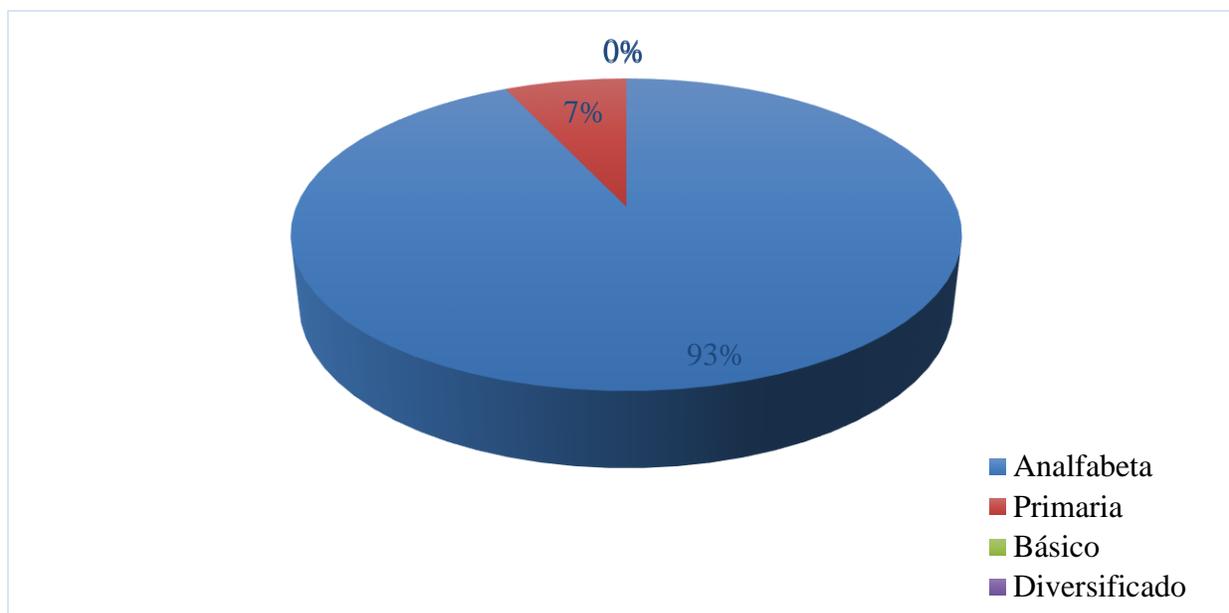
Del total de las comadronas entrevistadas, 14 representan el 93% son casadas, y el 7% lo representa 1 comadrona. Comparando estos datos se puede decir que el estado civil de las comadronas representa que la mayoría son casadas por sus creencias.

Las comadronas son 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. (MSPAS, 2011, p. 13)

Por las creencias que tienen las comunidades toda mujer debe de contraer matrimonio, para estar bien con Dios y con la misma comunidad porque para ellos esto significa pureza.

Gráfica # 3

Grado de escolaridad



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

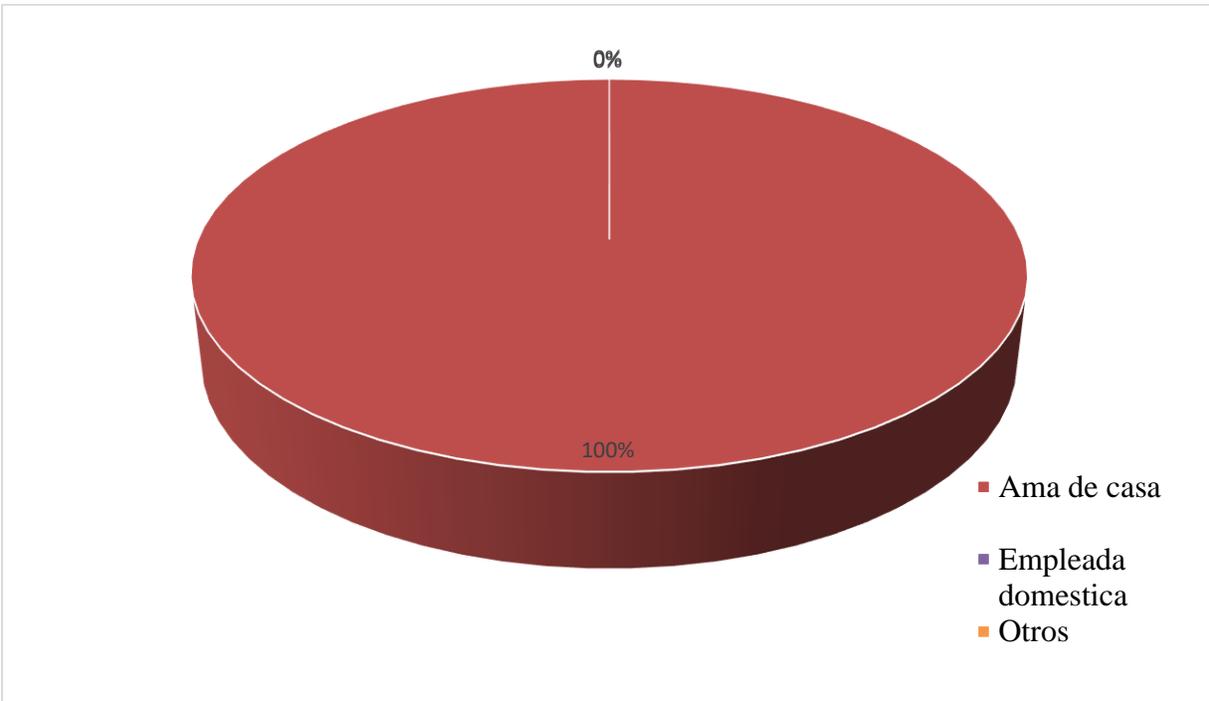
Del total de las comadronas entrevistadas, 14 representan el 93% son analfabetas, el 7% lo representa 1 comadrona que tienen el nivel primario. Comparando estos datos se puede decir que el grado de escolaridad puede interferir en el proceso de aprendizaje durante las capacitaciones y como consecuencia, el no saber transmitir la información a las usuarias.

La OMS (2019), define a las comadronas tradicionales como; una persona que asiste a la madre durante el parto (generalmente mujer), que inicialmente adquirió sus conocimientos y habilidades, atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales; sin embargo, se debe incluir las prestaciones de cuidados básicas a las madres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido.

Las comadronas de las áreas rurales la mayoría de ellas es analfabeta por las circunstancias de donde vive, realmente en años anteriores no existían las escuelas es por eso que no saben leer ni escribir, así mismo el MSPAS, decidió imprimir el libro para comadronas especialmente para las que no saben escribir.

Gráfica # 4

Ocupación



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

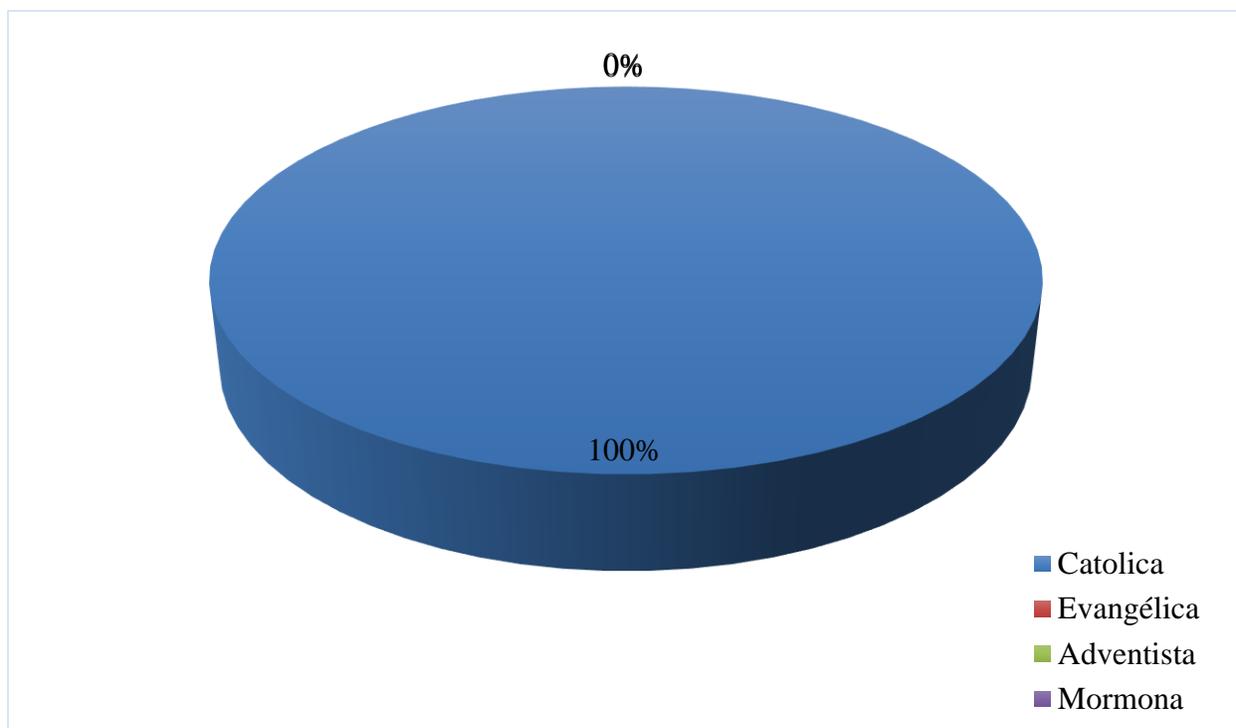
Del total de comadronas entrevistadas el 100% representa que son amas de casa por lo general siempre están a la orden de las embarazadas.

Después de algunos años de trabajo empírico en la comunidad atendiendo partos, la mayoría de las comadronas toman los cursos proporcionados por el MSPAS, para poder dedicarse al oficio con un aval de parte de los servicios de salud estatales. Debido a la diversidad cultural existente en Guatemala, el oficio de comadrona adquiere ciertas connotaciones específicas en cada uno de los grupos étnico-lingüísticos. (MSPAS, 2,015, p. 18)

Por lo general las comadronas siempre se encuentran en su vivienda, porque ellas informan que es el único ingreso que ellas tienen es por eso que rara vez no las encuentran las mujeres embarazadas.

Gráfica # 5

Qué Religión tiene



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

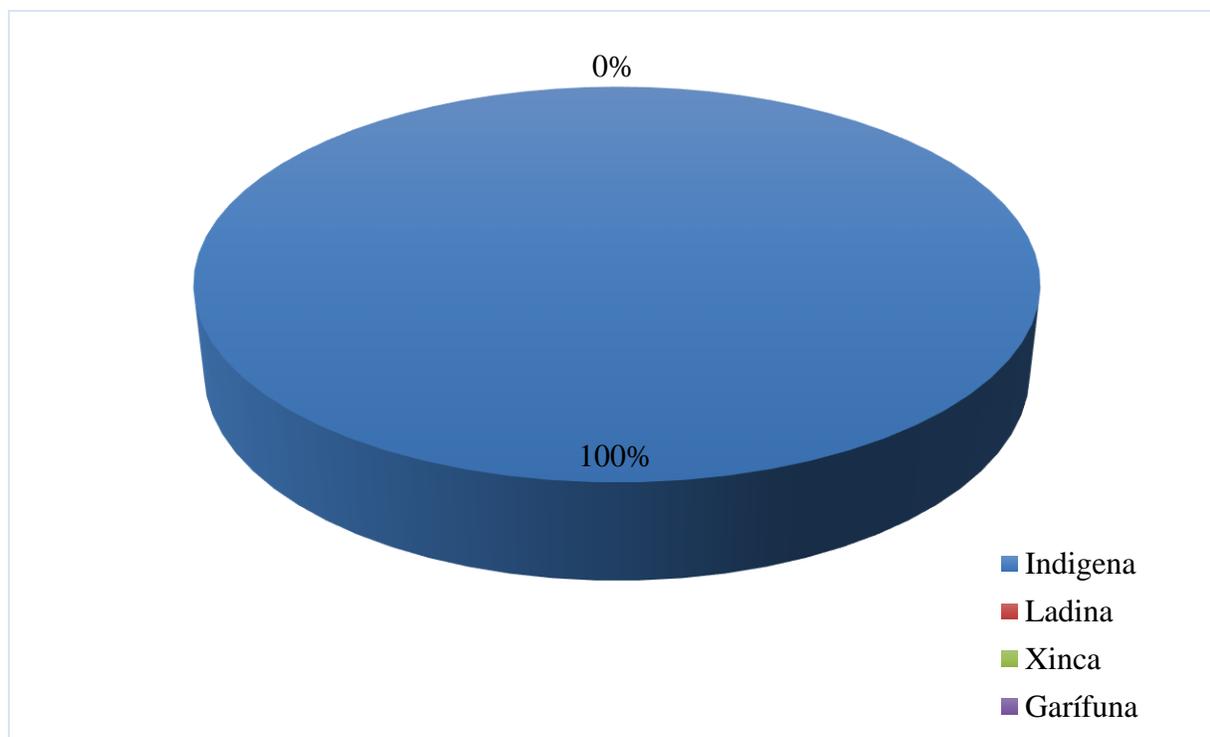
El 100% de las comadronas entrevistadas pertenecen a la religión católica, dando a conocer que mantienen su creencia en Dios. Por lo que podemos observar que las comadronas del área rural la mayoría son de religión católica.

Las comadronas aseguran que rezan y se encomiendan a Dios antes de atender los partos en su casa; muchas veces también lo hacen después, para agradecer un parto sin complicaciones. Las plegarias pueden ser individuales o involucrar a la familia de la parturienta. Yo, de mi parte primero entro a orar, y digo la palabra de Dios, le pido a Dios para que se libre la madre. (Saravia, M., 2016, p. 6)

En la comunidad de Nueva Esperanza, por sus creencias y costumbres el 100% de las comadronas son católicas y por lo general tienen la costumbre de que la embarazada la tienen en la cocina y a la par le tienen una fogata para que ellas suden y saquen todo lo malo de su cuerpo.

Gráfica # 6

Grupo étnico



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

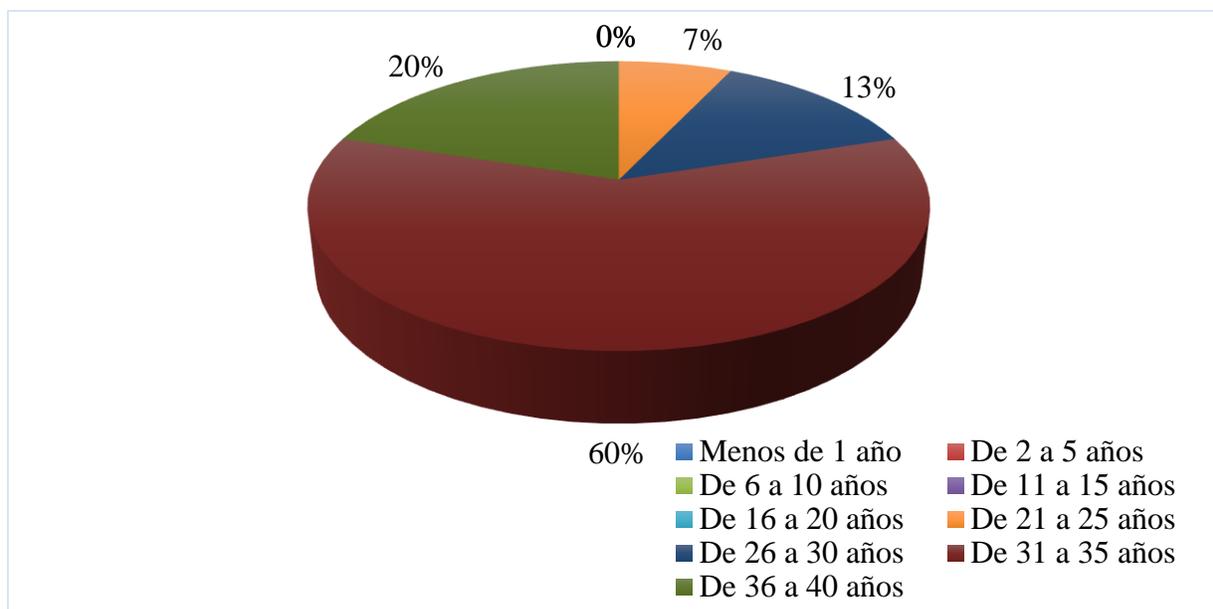
Las 15 comadronas representan el 100%. Es un resultado racional debido a que, en el área rural de la comunidad de Nueva Esperanza la población es indígena, en alguna forma es una limitante entre el personal de salud y las comadronas en el proceso enseñanza-aprendizaje.

El quehacer de la comadrona se respalda de acuerdo al derecho que toda persona tiene a su identidad cultural, su lengua y sus costumbres, que se regula en el artículo 58 de la Constitución de Guatemala. (MSPAS, 2015, p. 5)

A las embarazadas que son indígenas solo acuden con las comadronas que son de la misma etnia de ellas es por eso que no les gusta asistir a los servicios de salud porque el médico que atiende es ladino y tienen temor a que no les entienda su idioma.

Gráfica # 7

Cuántos años tiene de ejercer como comadrona



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

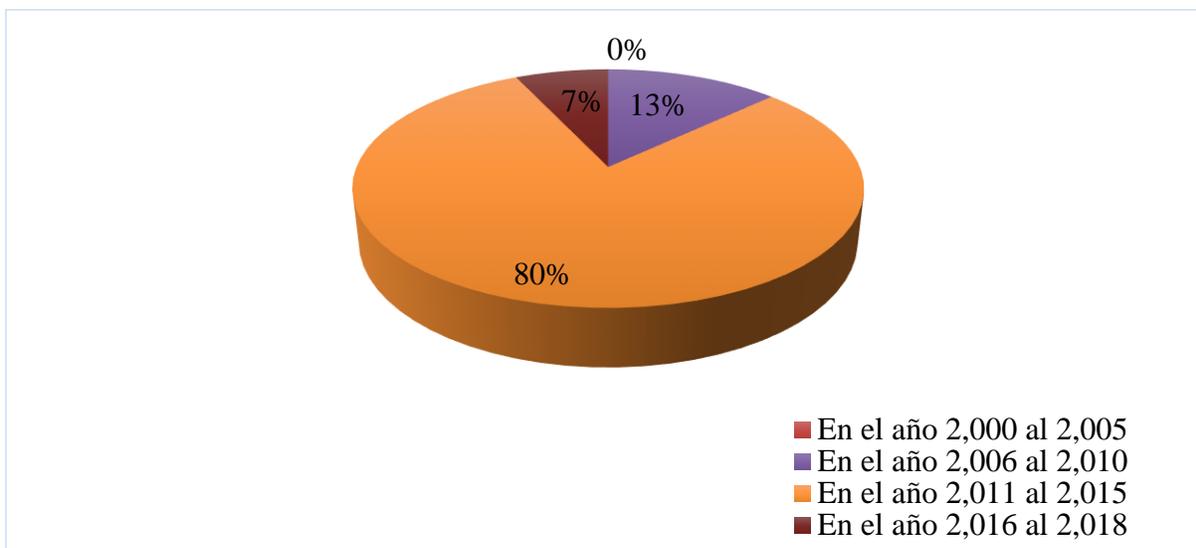
9 de ellas representa el 60% quienes llevan ejerciendo más de 31 años, el 20% lo representan 3 comadronas quienes llevan ejerciendo de 36 a 40 años, un 13% lo representan 2 comadronas quienes llevan ejerciendo de 26 a 30 años y el otro 7% lo representa 1, de 21 a 25 años de ejercer.

Desde la concepción cultural la comadrona debe ser; mujer, madre, tener hijos o hijas, dejar de tener hijos para que su energía no transgreda a sus pacientes y ser abuela. Asimismo, debe poseer pleno conocimiento de los rituales sagrados de la placenta, tratamiento del trozo del hilo umbilical (mux, ch'up) y de los ciclos calendáricos mayas. (Asociación Pies de Occidente, 2016, p. 249)

En la comunidad las comadronas son conocidas como la abuela de toda la comunidad, por los años que lleva ejerciendo como tal, y la mayoría de los habitantes son asistidos por ellas. Es importante resaltar que los años de ejercicio es un factor determinante en la atención del parto debido a sus experiencias, en esta grafica se demuestra que la mayoría de comadronas tiene años de atender partos.

Gráfica # 8

En qué año recibió capacitación de comadronas



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

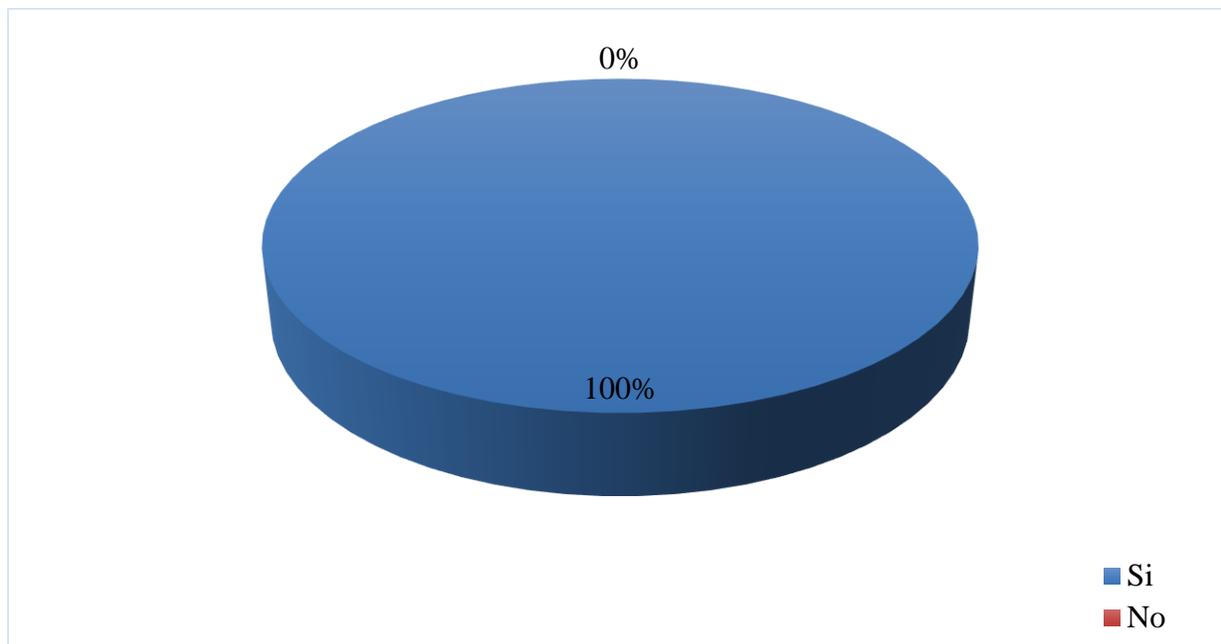
Las 12 comadronas recibieron capacitación entre el año 2,011 al 2,015 o sea el 80%, 2 comadronas entre el año 2,006 al 2,010 que representa el 13% y 1 comadronas entre el año 2,016 al 2,018 que representa un 7%. Es

Los servicios de salud parecen haber ordenado y mejorado las capacitaciones mensuales que ofrecen a las comadronas y de su asistencia depende que se les entregue y valide el carnet de acreditación, el cual es necesario para poder inscribir a los recién nacidos en el Renap. (MSPAS, 2,006, p. 11, 12, 13)

En el año 2015 todas las comadronas recibían un estipendio por asistir a las capacitaciones, pero desde que el Ministerio de Salud lo quitó la mayoría de las comadronas no acuden a las capacitaciones por el gasto que les implica el movilizarse para asistir a la capacitación. Cabe resaltar que los años en que se ha capacitado a la comadrona tradicional es un factor importante porque la edad que tienen ya no retiene la información que les brinda el personal de salud.

Gráfica # 9

Tiene carné actualizado de comadrona



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

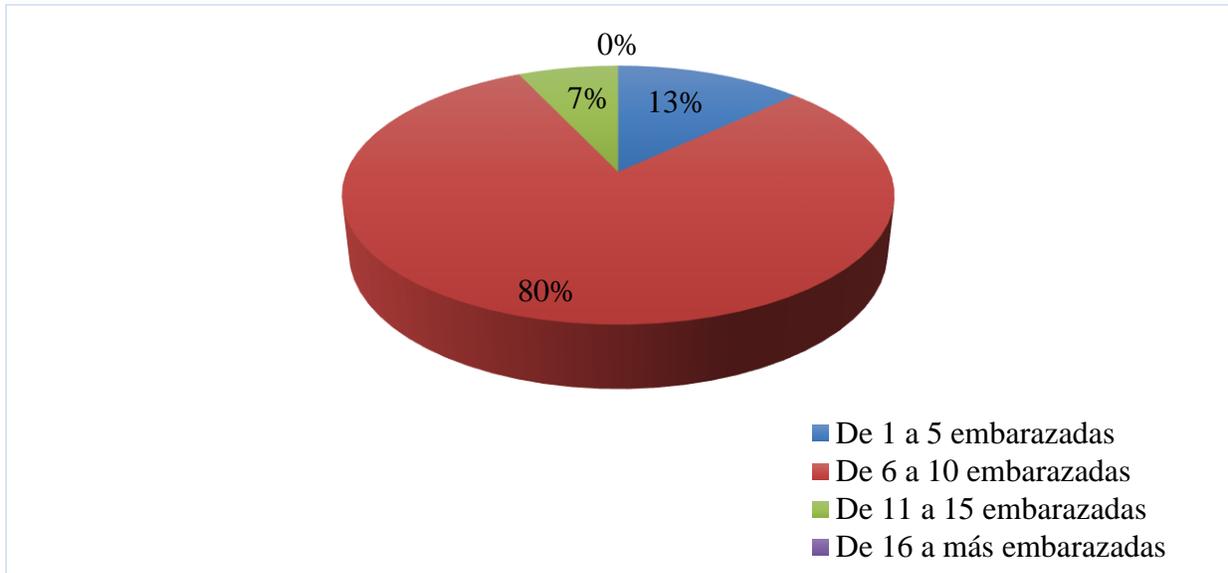
En base al carné actualizado el 100% de las comadronas tienen el carné actualizado para continuar asistiendo partos en la comunidad. Esto refleja que por ser líder ellas actualizan el carné y por la cantidad de partos que atienden.

Una comadrona para poder ejercer dentro de su comunidad tiene que estar autorizada por el MSPAS, que les proporciona un carnet, que debe ser actualizado cada año. Las comadronas tradicionales son personas muy activas dentro de su comunidad en la atención a la mujer desde la detección de los signos y síntomas de un embarazo, las captan y le dan seguimiento hasta que llegue el momento del parto. (OMS, 2019, p.1)

En el año 2019 se retomó las capacitaciones a las comadronas en sus comunidades para evitar el gasto de transporte y toda comadrona que asista, se le actualiza su carné para continúe asistiendo los partos.

Gráfica # 10

Cuántas mujeres embarazadas atendió en el año 2018



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

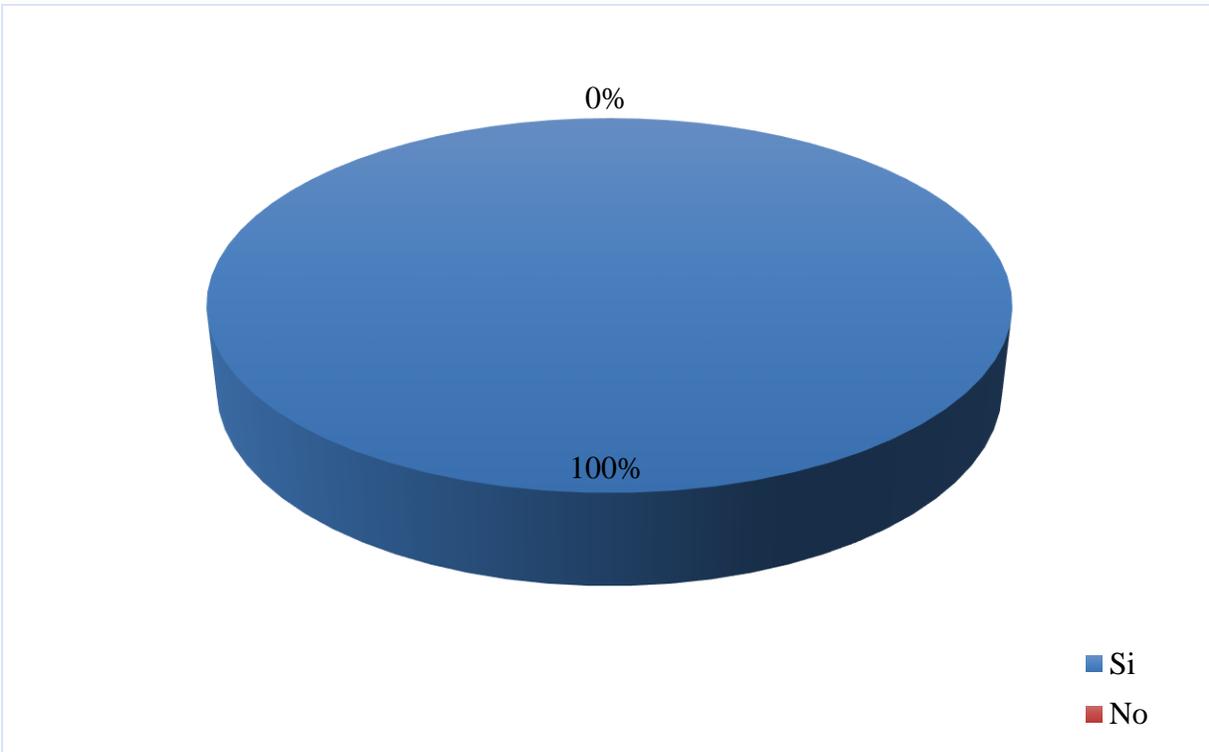
Referente a cuantas embarazadas fueron atendidas en el año 2018 por comadronas; el 80% de las comadronas han atendido entre 6 a 10 embarazadas, el 13% de las comadronas ellas han atendido entre 1 a 5 embarazadas y el 7% de las comadronas han atendido entre 11 a 15 embarazadas, esto indica que con las capacitaciones que se les ha brindado se ha obtenido más referencias por parte de ellas hacia el hospital.

Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero-materno, así como los importantes 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. (Sanabria, L., 2,008, p. 8)

La mayoría de comadronas actualmente ya casi no atiende los partos en la comunidad por las muertes maternas que han sucedido actualmente, por lo que deciden referirlas al hospital de Sayaxché

Gráfica # 11

Está reconocida como Comadrona Tradicional por parte del MSPAS



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

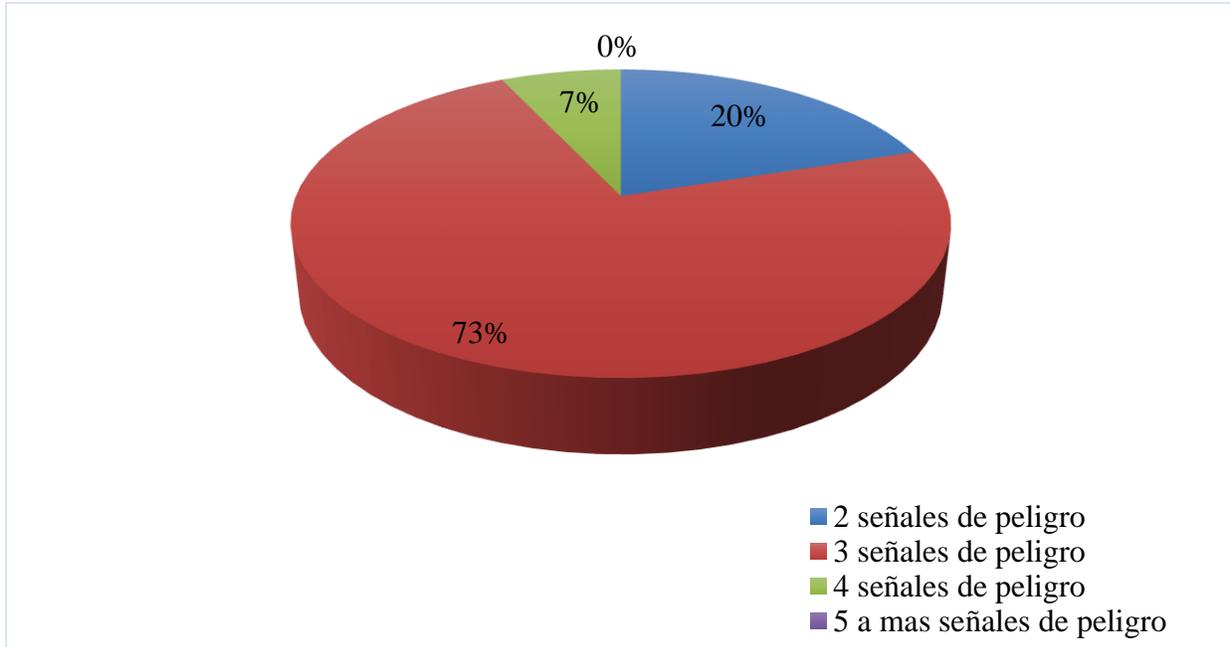
En la gráfica se muestra que el 100% de las comadronas están reconocidas por el Ministerio de Salud Pública. Esto es importante en la atención de las embarazadas como también en el parto, porque no lo hacen empíricamente.

Decreto No. 74, de fecha 9 de mayo de 1955, autorizaba al MSPAS a “extender” certificados de autorización a las comadronas tradicionales, para la atención del parto, después de realizar un examen de aptitud. (MSPAS, 2015-2025).

Las comadronas por ser un líder en la comunidad, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social las reconoce como parte de la familia salubrista por brindar atención a las embarazadas en sus comunidades.

Gráfica # 12

Cuántas señales de peligro en el embarazo conoce



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

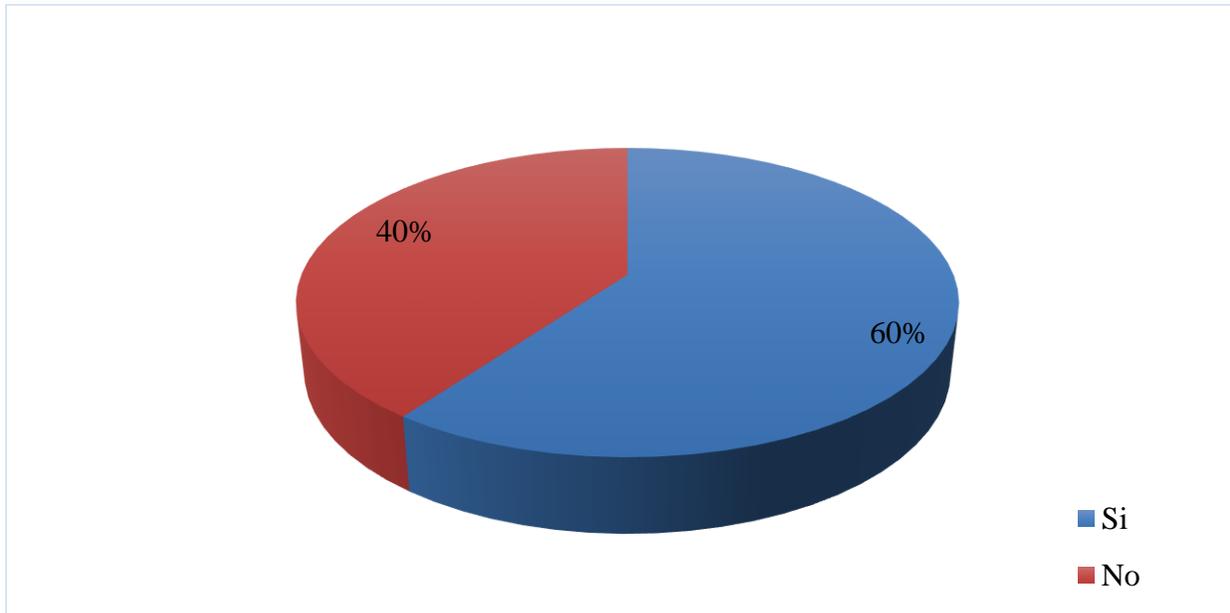
En la gráfica se muestra que el 73% solo conocen tres señales de peligro, el 20% solo conocen 2 señales de peligro, el 7% conocen cuatro señales de peligro. Por lo anterior esto da a conocer que las comadronas no poseen los conocimientos suficientes sobre las señales de peligro en el embarazo o que se les ha olvidado.

La atención de la comadrona debe estar enfocada en captar, orientar y referir a la embarazada que presente ser menor de 18 y mayor de 35 años, multiparidad, embarazos gemelares, trastornos de la visión, fiebre o cefalea, edema de cara, miembros superiores e inferiores, hemorragia vaginal, vómitos persistentes, dolores abdominales, várices y hemorroides, enfermedades eruptivas y problemas de origen dental. (OPS/OMS, 2019, p. 20)

Actualmente por el desconocimiento de las señales de peligro las comadronas son capacitadas mensualmente para evitar muertes maternas y neonatales en la comunidad.

Gráfica # 13

Lleva a la embarazada al servicio de salud para que le realicen control prenatal



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

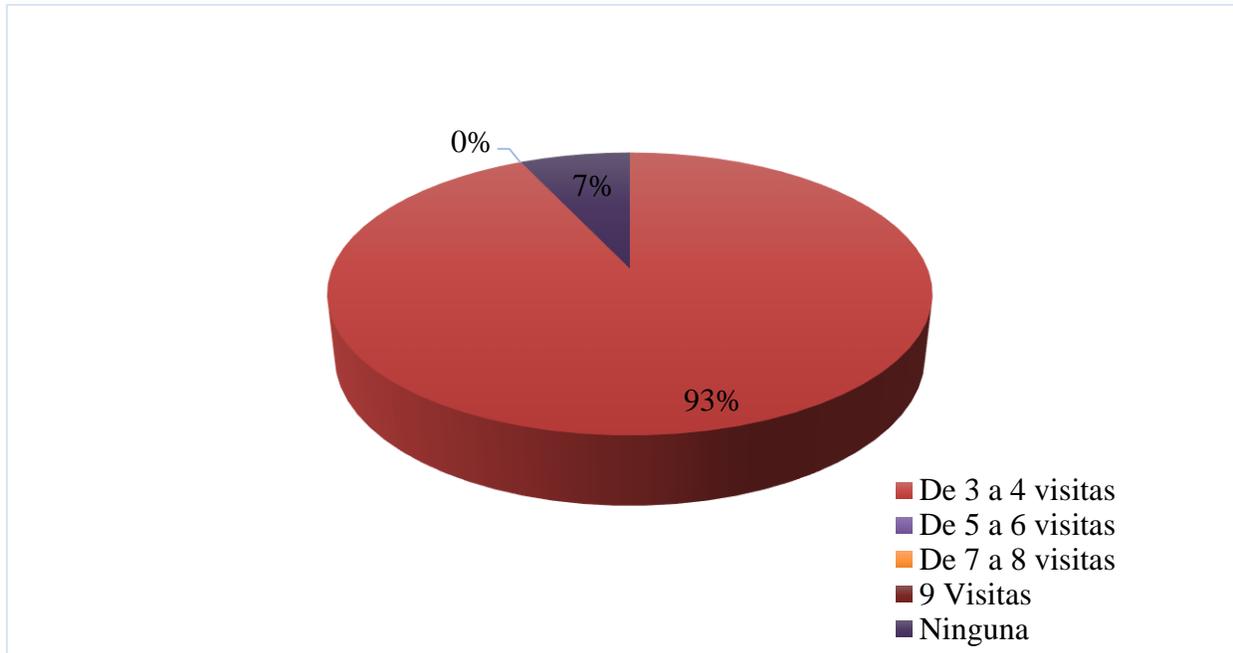
La gráfica muestra que el 60% llevan a las embarazadas al servicio de salud y el 40% no las llevan a un servicio de salud. Esto puede ser perjudicial para la mujer embarazada porque la comadrona se arriesga a que se les compliquen los partos lo que puede ocasionar la muerte de la embarazada como también del recién nacido, por lo que se debe de realizar capacitaciones para sensibilizarlas.

La comadrona tradicional debe educar a las mujeres en la importancia del control prenatal con énfasis en factores de riesgo, las inmunizaciones y vacunas, la importancia de la lactancia materna, alimentación y administración de hierro y ácido fólico, espaciamiento del embarazo, educación sexual y planificación familiar y también sobre la importancia de la higiene bucal y personal. (OPS/OMS, 2019, p. 19)

La educación que se les ha inculcado a las comadronas actualmente es de que ellas son las responsables de llevar al servicio de salud a la embarazada para que reciba una atención de calidad para evitar complicaciones en el momento del parto.

Gráfica # 14

Cuántas visitas le realiza a la embarazada



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

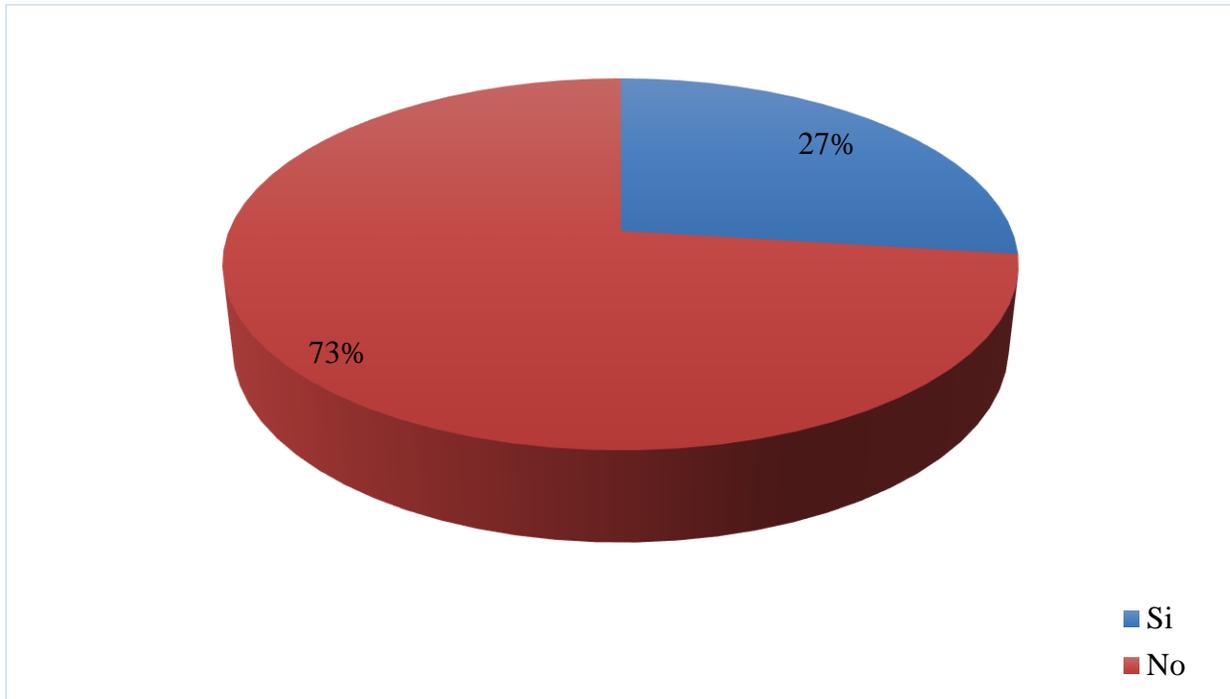
En la gráfica muestra que 14 comadronas que es el 93% le realizan visitas a las embarazadas de 3 a 4 veces durante su embarazo y 1 comadrona que es el 7% no le realiza ninguna visita a las embarazadas. Esto se debe a que las embarazadas acuden con las comadronas cuando ya tienen cinco meses de gestación y también que las comadronas prefieren que las embarazadas lleguen a su hogar.

La comadrona deberá efectuar a toda embarazada un mínimo de 5 controles y referirla para ser evaluada en el servicio de salud, como mínimo dos veces, la primera al detectar el embarazo y la segunda alrededor de las 37 semanas de gestación. (OPS/OMS, 2019, p. 20)

A raíz de las capacitaciones se les ha informado a las comadronas que en el último mes de gestación se les realice cuatro seguimientos esto es para evitar que la embarazada se complique, ya que se ha evidenciado que en ese tiempo las embarazadas presentan señales de peligro.

Gráfica # 15

Se le han complicado alguna vez los partos que atiende



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

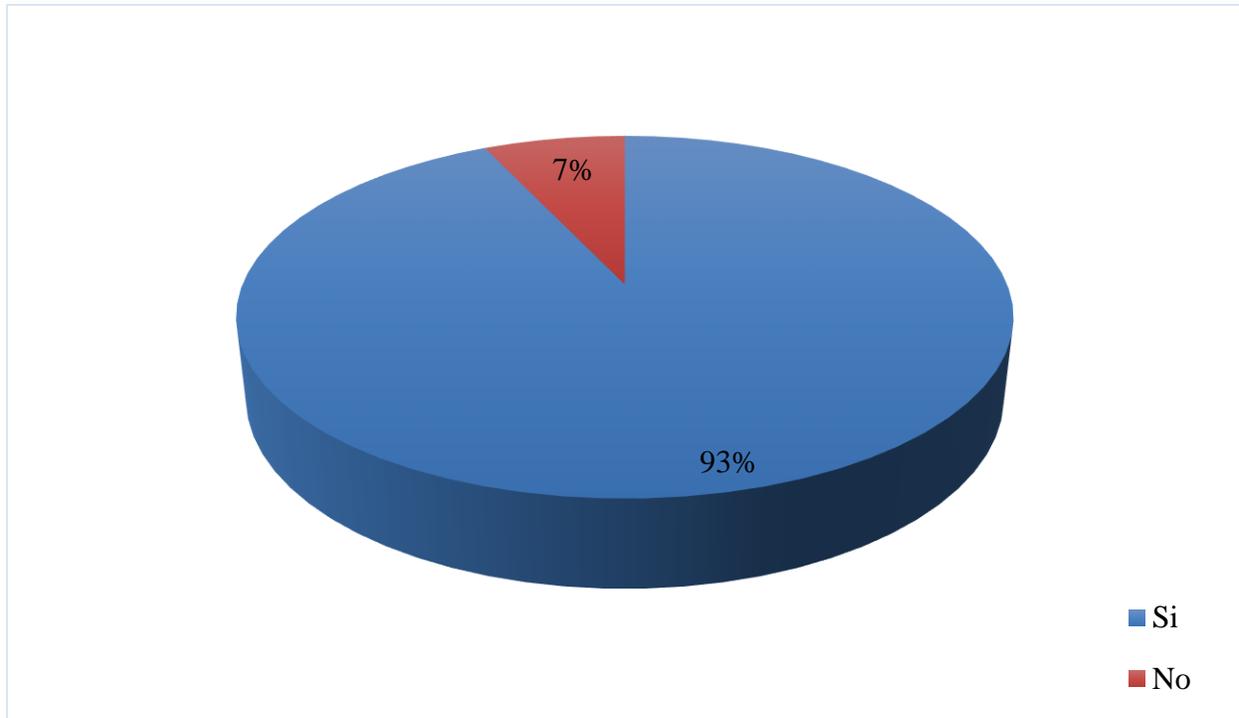
La gráfica muestra que el 73% de los partos que son asistidos por comadronas, no se les han complicado, pero un 27% hace mención que si se les han complicado los partos; de ellos han sido de las primigestas, esto se debe a la manipulación temprana de las comadronas hacia la embarazada.

Un factor de riesgo es toda característica de una persona o grupo que está asociado a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de este proceso; riesgo es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño. (Suarez, E., 1982, p. 483)

Las comadronas siguen atendiendo menores de edad lo que significa un gran riesgo de mortalidad materna y neonatal, sin embargo, las estadísticas muestran que las embarazadas que se han complicado son las menores de edad y primigestas.

Gráfica # 16

Atiende los partos de las primigestas



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

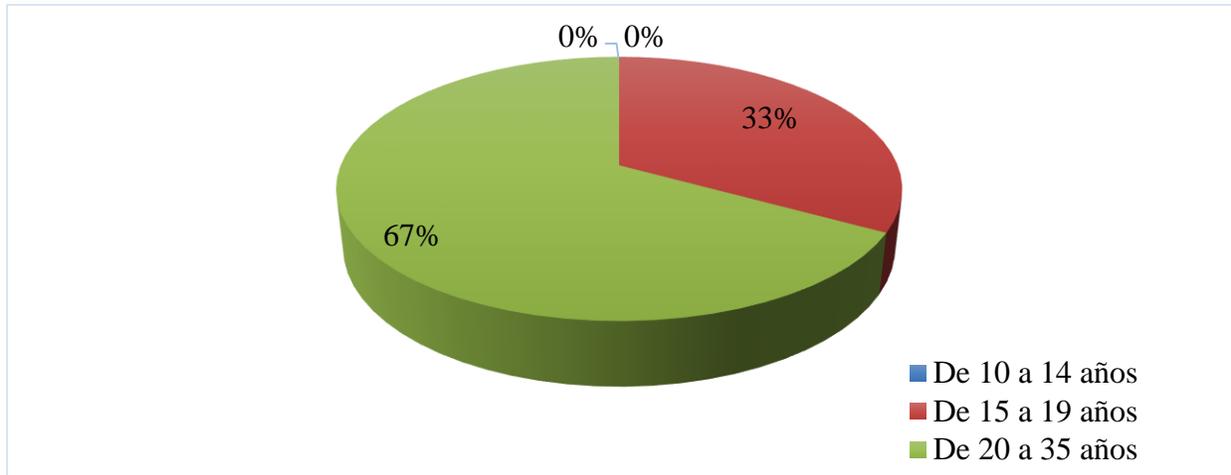
Las participantes respondieron, 14 comadronas que es un 93% atiende partos de primigestas y una comadrona que es el 7% no atiende partos de primigestas. Lo indica un problema porque las señoras se pueden desgarran y ellas no las suturan, a sabiendas que se les ha dicho que todas las comadronas que las primigestas las deben de referir al hospital.

Primer embarazo después de los 35 años. Las madres primerizas de más edad pueden tener embarazos normales, pero las investigaciones indican que estas mujeres corren más riesgo de tener; un parto por cesárea (cuando el recién nacido nace a través de una incisión quirúrgica en el abdomen de la madre). (López, R, 1992, p. 112)

Actualmente las comadronas atienden partos de primigestas en la comunidad a pesar de que siempre se les informa que las deben de referir, para evitar muertes maternas y neonatales.

Grafica # 17

Embarazadas de que edades atiende en su hogar



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

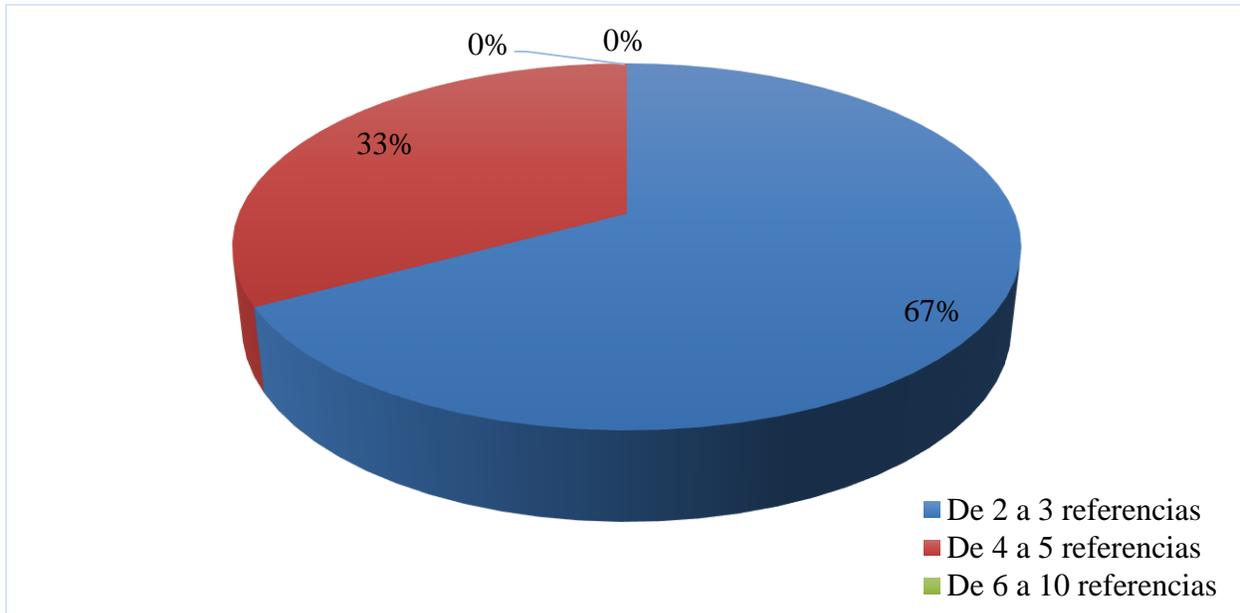
En esta gráfica muestra las edades más frecuentes de las embarazadas que atienden las comadronas en sus hogares que el 67% comprende las edades de 20 a 35 años y un 33% comprende las edades de 15 a 19 años. Lo que muestra que las comadronas siguen atendiendo embarazadas menores de edad, las que deben ser referidas a un hospital, pero sin embargo las comadronas las atienden. Sin embargo, las edades de 15 a 19 años son primigestas, quienes deben ser atendidas en un servicio de mayor resolución.

La tasa de mortalidad perinatal de las adolescentes es de dos a tres veces mayor que la de los niños de madres entre los 20 a 30 años. Además, encontró evidencia de que el embarazo en mujeres jóvenes estuvo asociado con una mayor frecuencia de muertes causadas por anticonceptivos orales, abortos espontáneos especialmente del segundo trimestre anomalías cromosómicas, defectos al nacimiento, especialmente asociados con trastornos cromosómicos. (López, R, 1992, p. 113)

Con las capacitaciones que ellas han recibido mensualmente siempre se les ha informado que las edades que no deben de atender son las menores de 20 años y mayores de 35 años, pero por miedo cuando se les realizó la entrevista ellas manifestaron que no atienden mayores de 35 años, pero en realidad es de que si las atienden.

Grafica # 18

Cuántas referencias a realizado al hospital de las embarazadas atendidas



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

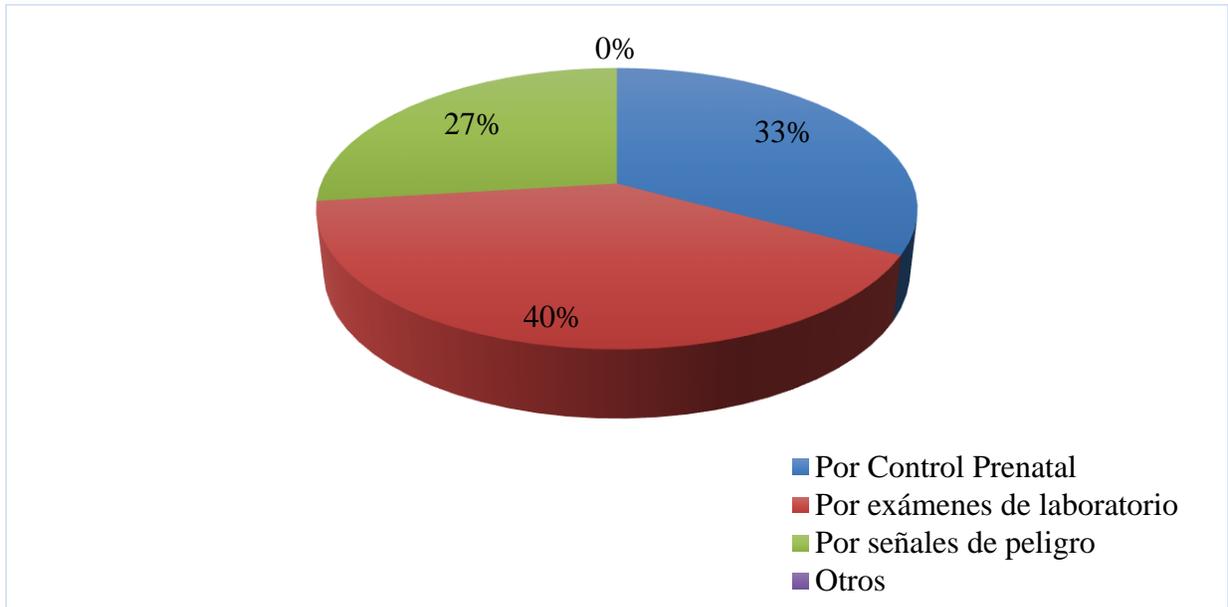
Del total de comadronas entrevistadas 10 respondieron a han referido de 2 a 3 embarazadas que representa un 67% y 5 comadronas respondieron que han referido de 4 a 5 embarazadas que representa un 33%. Lo que indica la gráfica es que la mayoría de comadronas no refiere al hospital.

Atención periódica; la continuidad de los controles prenatales va a depender del riesgo que presenta la embarazada. Las que presentan un alto riesgo deben tener controles más frecuentes, las de bajo riesgo necesitan con menos frecuencia visitar al médico, se habla que la cantidad ideal de consultas durante la mitad del embarazo son 5 entre las 23 y 27 semanas y una cita cada mes a partir de las 27 semanas. (OPS/OMS, 2019, p. 21)

La comadrona al momento de atender un parto ella cobra por lo que no les gusta referir a las embarazadas al hospital por el motivo de que si las mandan para el hospital ellas ya no pueden cobrar la atención del parto.

Grafica # 19

Motivo por las que ha referido a las embarazadas



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

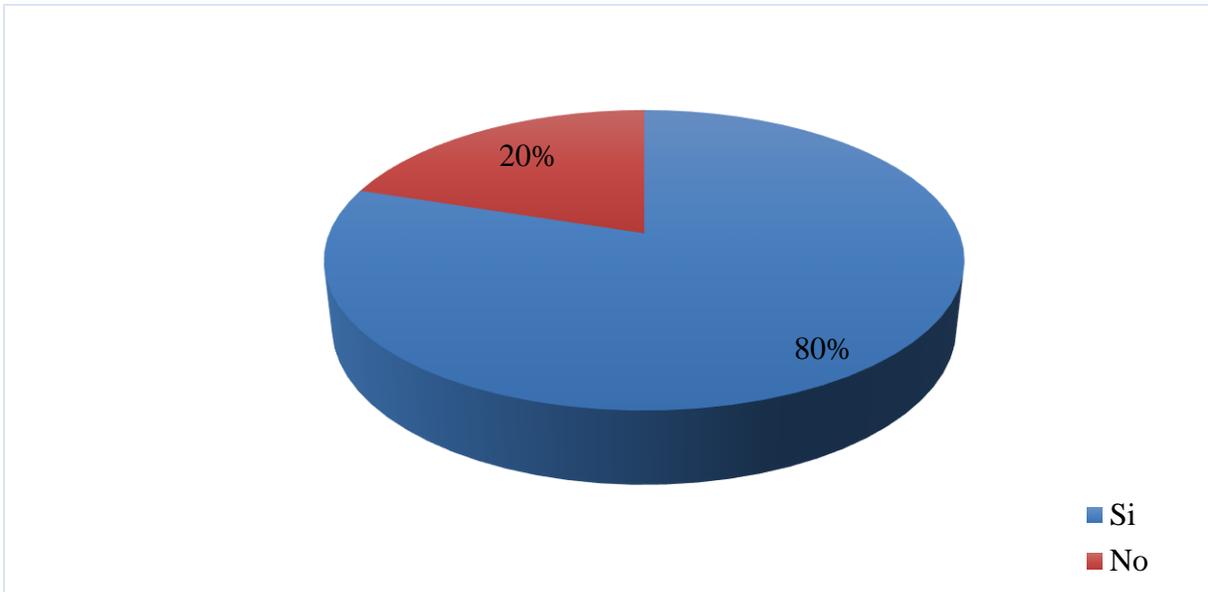
Esta gráfica muestra que 40% de las embarazadas son referidas para que le realicen los exámenes de laboratorio, el 33% son referidas por control prenatal y el otro 27% son referidas porque detectan alguna señal de peligro. Se ve que les tienen importancia a los exámenes de laboratorio lo cual es un complemento que se le debe de realizar a todas las embarazadas.

La atención de la comadrona debe estar enfocada en captar, orientar y referir a la embarazada que presente ser menor de 18 y mayor de 35 años, multiparidad, embarazos gemelares, trastornos de la visión, fiebre o cefalea, edema de cara, miembros superiores e inferiores, hemorragia vaginal, vómitos persistentes, dolores abdominales, várices y hemorroides, enfermedades eruptivas y problemas de origen dental. (OPS/OMS, 2019, p. 20)

Según mi experiencia las comadronas refieren a las embarazadas la mayoría de ellas por hemorragias y retención de placenta, aunque ellas tardan en llevarlas al hospital, por motivo de lo que cobran en la atención del parto.

Grafica # 20

Conoce el plan de emergencia familiar



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

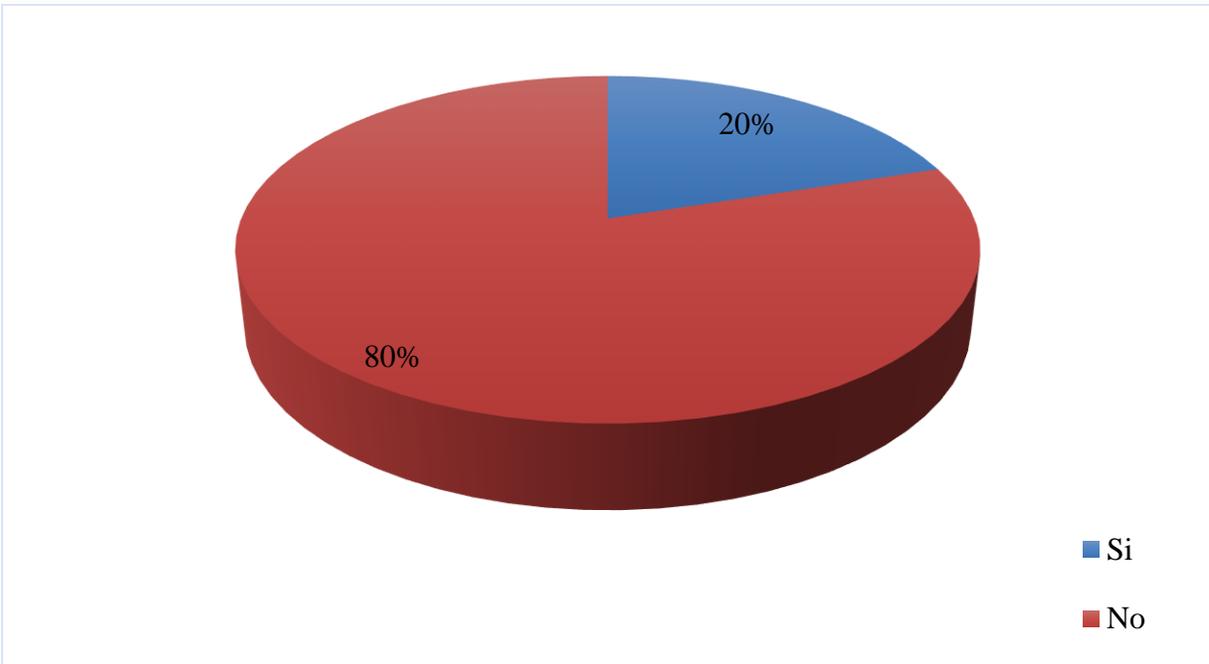
Observamos que 12 comadronas que representa el 80% si conoce del plan de emergencia familiar, pero 3 de representa el 20% que no lo conocen. Esto refleja que la mayor cantidad de comadronas si conoce el plan el que es elaborado conjuntamente con la familia, el conocimiento del plan de emergencia familiar beneficia a la embarazada porque desde que inicia el periodo de gestación la comadrona la sensibiliza a la embarazada con lo que debe de tener planificado.

El plan de emergencia familiar es un plan o guía que permite organizar y planificar las acciones a desarrollar antes, durante y después de una emergencia o una amenaza eminente, con el fin de estar preparados y así prevenir un desastre o una emergencia mayor. El plan de emergencia familiar se lleva a cabo para prevenir junto con la comadrona, la pareja y la familia las posibles situaciones que se pueden presentar y qué se puede hacer durante el embarazo, parto, post-parto y al recién nacido. (Coomeva, 2019, p. 1)

En todos los servicios de salud, llena un plan de emergencia familiar conjuntamente con la embarazada el cual es parte del expediente clínico, que se tiene en el servicio.

Gráfica # 21

Participa en el Plan de Emergencia Comunitario de su Comunidad



Fuente: Elaboración propia. Datos del cuestionario dirigido a las comadronas tradicionales, de la comunidad Nueva Esperanza, del municipio de Sayaxché, Petén. 2020.

Esta gráfica refleja que 12 comadronas que hacen el 80% no participan en el plan de emergencia comunitario y 3 comadronas que hacen el 20% si participa en el plan de emergencia comunitario. Lo indica que el plan de emergencia comunitario no funciona, el que debe de ser activado para el traslado de las emergencias que ocurran.

El plan de emergencia comunitario es la planificación que se hace con la comunidad con la participación de todos los grupos organizados, comadronas tradicionales, comisión de salud, promotores, equipo básico institucional, que existan dentro de una comunidad. Tomando como base el diagnóstico y análisis de sus problemas en salud para la toma de decisiones. (MSPAS, 2006)

El programa de Salud Reproductiva ha realizado comité de emergencia en el 80% de las comunidades del municipio de Sayaxché, con la finalidad de reducir la mortalidad materna y neonatal.

Conclusiones

Se identificó que las comadronas poseen bajo nivel de conocimiento en la detección de Señales de peligro son el 7% de ellas conocen 4 señales de peligro, respecto a las características epidemiológicas de las comadronas se identificó una edad media de 55 años de edad, prevaleciendo el analfabetismo en un 93%, y que prevalece que el 100% de comadronas son de religión católica y el 93% son casadas. Así mismo se identificó que el 100% de las comadronas son indígenas, por lo que esto es una barrera con el idioma cuando ellas reciben capacitación, también se la mayoría de comadronas tiene varios años de ejercer como tal, con respecto a las referencias a un servicio oportuno el 80% de las comadronas si las llevan.

Se determinó que el 80% de las comadronas conocen el plan de emergencia familiar, sin embargo, no lo activan cuando la embarazada presenta señales de peligro y es por ello que aun en nuestro medio no se ha podido disminuir la mortalidad materna y neonatal,

Las comadronas solo el 20% está involucrado en el comité de emergencia dentro de su comunidad y por lo tanto no acudirían a ellos para el traslado de una embarazada complicada dentro de su comunidad. Es importante recalcar en cada capacitación la importancia de la comisión de salud dentro de una comunidad para las emergencias obstétricas; se sugiere realizar y llevar a cabo una planificación para la activación del traslado de una emergencia a un nivel de atención con mayor resolución mediante una comunicación eficaz de la comadrona hacia la comisión de salud.

De acuerdo con los resultados obtenidos las comadronas tradicionales no identifican los signos y señales de peligro durante el embarazo, en su mayoría 90% mencionan el dolor de cabeza, fiebre y sangrado vaginal consideran estas únicamente como signos y señales de peligro en la gestante. Un menor porcentaje si detecta los signos y señales de peligro durante el embarazo estas comadronas son competentes permitiendo actuar con seguridad al momento que se presente una emergencia obstétrica realizarían la referencia oportunamente dentro de su comunidad.

Recomendaciones

Que el personal de salud implemente nuevas modalidades de capacitación para las comadronas tradicionales, tomando en cuenta las características que ellas poseen, debido a que son indispensables para definir las estrategias de aprendizaje.

Que el personal de los servicios de salud y de territorio debe fomentar en las comadronas tradicionales la elaboración de planes de emergencia familiar durante las consultas realizadas en los servicios de salud, para que le den seguimiento mediante visitas domiciliarias para verificar la activación que debe seguir la embarazada y su familia, como también los grupos organizados dentro de la comunidad para el traslado de emergencias.

El Programa de Salud Reproductiva debe de fortalecer a los enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería encargados de organizar los comités de emergencia en las comunidades para que involucren a las comadronas, para la activación oportuna del traslado de las embarazadas.

El personal encargado de cada territorio debe de retroalimentar a las comadronas tradicionales sobre las señales de peligro durante el embarazo, realizándolo de una forma adecuada y al nivel de ellas para que entiendan lo que se les está explicando recordando que la mayoría de ellas son analfabetas y mayores de edad.

Referencias

- Bravo, L., Molina, M. (2015) *Nivel de conocimiento sobre signos de alarma durante el embarazo en adolescentes de 15 – 18 años y gestantes añosas en el centro de salud de San Agustín de cajas 2015* (Tesis de Obstetra) Universidad Privada de Huancayo Perú.
- Morales, S. (2010) *Evaluación del desempeño de la atención prenatal, del parto y puerperio de las comadronas Tradicionales del municipio de Acatenango, Chimaltenango* (Tesis de Licenciatura), (p. 22 y 23) Chimaltenango. Recuperado de
- Macario, B. (2015) *Actuación de las comadronas tradicionales ante las señales de peligro durante la atención del parto.* (Tesis de Licenciatura) Universidad Rafael Landívar. (p. 3 y 4) Quetzaltenango.
- Barrientos, A., Delgado, A., Reinoso, C., Kopp, R., Estrada, M., Godoy, C., Luna, R. (2011) *Conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal.* (Tesis de Médico Cirujano) Universidad San Carlos de Guatemala.
- Sáenz, S. (2013) *Comadronas Tradicionales y Lactancia Materna.* (p. 6) Guatemala.
- Carlistau, E. (2017) Don de las comadronas, (s.l.)
- Herrera, E. (2014) *Conocimientos y prácticas sobre signos de peligro en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, en comadronas tradicionales.* (Tesis de Grado), (p. 5) Santa Catarina Ixtahuacán.
- Organización Mundial de la Salud (2008) *Qué es el Embarazo.* Guatemala.

Torres, S. (2015) *Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud*. (Tesis de Grado) Universidad Rafael Landívar Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010) *Plan de Acción para la reducción de Mortalidad Materna y Neonatal y mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 – 2015* De la República de Guatemala.

Sáenz, T. (2013) *Comadronas tradicionales y lactancia materna en (s.p.) Guatemala*.

Recuperado de

https://www.academia.edu/6619580/Comadronas_tradicionales_y_lactancia_materna_en_Guatemala

Mora, H. [s.a] *Manual de Plan de emergencia*. Club Universitario, Madrid. Recuperado de http://epn.gov.co/elearning/distinguidos/SEGURIDAD/45_plan_de_emergencias.html

Ministerio de salud Pública Asistencia Social (2006) *Manual para la intervención corta en la capacitación a Comadronas Tradicionales*. Guatemala. pp.11,12 y 13. Recuperado de <file:///C:/Users/2017/Documents/tesis%20comadronas.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2,008) *Intervenciones identificadas por los equipos de los distritos de salud que contribuyeron al mejoramiento de la calidad en salud materno neonatal*. Guatemala. Recuperado de

http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D118.pdf

Ministerio de salud Pública Asistencia Social (2017) *Protocolo de Mortalidad Neonatal y Perinatal Tardía* y 18. Recuperado de Guatemala. pp.17

<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Protocolos/Protocolo%20Mortalidad%20Perinatal.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011) *Guía para la Implementación Materno Infantil (2da edición) República de Guatemala Historia de la primera Escuela de Comadronas* (2011) Guatemala. Recuperado de <https://guatemaladeayer.blogspot.com/2011/05/primer-escuela-de-comadronas.html>

Castro, P. (2015) *Conocimientos y Actitudes de las Comadronas sobre signos de Peligro de muerte fetal en el Período intraparto*. Alta Verapaz (Tesis de grado), (p. 5 y 7) Alta Verapaz. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/02/Castro-Pedro.pdf>

Garcia, J. (2018) *Morbilidad obstétrica con el Antecedente de Atención por Comadrona*. (Tesis de Especialidad) Guatemala. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10899.pdf

Barrientos, A., Delgado, A., Reinoso, C., Kopp, R., Estrada, M., Godoy, C., Luna, R. (2011) *Conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal*. (Tesis de Médico Cirujano) Universidad San Carlos de Guatemala.

Anexos

Anexo 1

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud

Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud

Código_____

Encuesta

Fecha _____

Lugar: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Instrucciones: A continuación, se le presenta una serie de preguntas de opción cerradas sobre el Tema de “Conocimientos sobre señales de peligro en el embarazo que poseen las Comadronas Tradicionales”.

Se le solicita responder de manera clara, con lapicero Negro/Azul Gracias.

1. ¿Cuántos años tiene?

De 30 a 35 años De 36 a 40 años De 41 a 45 años
De 46 a 50 años De 51 a 55 años De 56 a 60 años
De 61 a 65 De 66 a 70 años

2. ¿Qué grado de escolaridad tiene?

Analfabeta Primaria Básico Diversificado

3. ¿Ocupación?

Ama de casa Empleada doméstica Otros

4. ¿Qué Religión tiene?

Católica Evangélica Adventista Mormona

5. ¿Estado civil?

Soltera

Unida

Casada

6. ¿Grupo étnico?

Indígena

Ladina

Xinca

Garífuna

7. ¿Cuántos años tiene de ejercer como Comadrona?

Menos de un año

De 2 a 5 años

De 6 a 10 años

De 11 a 15 años

De 16 a 20 años

De 21 a 25 años

De 26 a 30 años

De 31 a 35 años

De 36 a 40 años

8. ¿En qué año recibió capacitación de Comadronas?

En el año 2,000 al 2,005

En el año 2,006 al 2,010

En el año 2,011 al 2,015

En el año 2,016 al 2,018

9. ¿Tiene carné actualizado de Comadrona?

Si

No

Porque: _____

10. ¿Cuántas embarazadas atendió en el año 2,018?

De 1 a 5 embarazadas

De 6 a 10 embarazadas

De 11 a 15 embarazadas

De 16 a más

11. ¿Está reconocida como Comadrona Tradicional por parte del MSPAS?

Si

No

12. ¿Cuántas señales de peligro en el embarazo conoce usted?

2 señales de peligro 3 señales de peligro
4 señales de peligro 5 a más señales de peligro

Cuales: _____

13. ¿Usted lleva a la embarazada al servicio de salud para que le realicen control prenatal?

Si No

A qué servicio: _____

14. ¿Cuántas visitas le realiza a la embarazada?

De 3 a 4 visitas De 5 a 6 visitas De 7 a 8 visita
9 visitas Ninguna

15. ¿Se le han complicado alguna vez los partos que atiende?

Si No

16. ¿Atiende los partos de las primigestas?

Si No

17. ¿Embarazadas de que edades atiende en su hogar?

De 10 a 14 años De 15 a 19 años
De 20 a 35 años De 36 a más

18. ¿Cuántas referencias a realizado al hospital de las embarazadas qué atiende?

De 2 a 3 referencias

De 4 a 5 referencias

De 6 a 10 referencias

Ninguna

19. ¿Motivo por las que ha referido a las embarazadas?

Por Control Prenatal

Por exámenes de laboratorio

Por señales de peligro

Otros

20. ¿Conoce el Plan de Emergencia Familiar?

Si

No

21. ¿Participa en el Plan de Emergencia de su Comunidad?

Si

No

Anexo 2

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud

Licenciatura en Enfermería y Gestión de la Salud

Código _____

Fecha _____

Consentimiento Informado

Por este medio me permito informarle que estoy anuente a participar en el estudio de investigación, Tema “Conocimientos sobre las señales de peligro en él embarazo que poseen las comadronas tradicionales”.

Que desarrolla la estudiante Geidy Patricia Castillo Vidal del décimo noveno cuatrimestre de la Licenciatura en enfermería y Gestión de la Salud de la Universidad Panamericana, Sede Sayaxché Petén; y que utilizará la información para fines académicos de su formación.

Firma del participante

Firma del Investigador

Sayaxché, Petén 01 de abril de 2,019

Para: E.P. Rosa Delia Miranda Méndez
Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva
Área de Salud Petén Sur Occidente

Con un cordial saludo me dirigí a usted y al mismo tiempo desearle éxitos en sus labores que a diario realiza.

Haciendo de su conocimiento que soy Estudiante de carrera de Licenciatura en Enfermería y gestión de la Salud, de la Universidad Panamericana de Guatemala con sede en el Municipio de Sayaxché Petén.

Como parte de nuestra formación está la elaboración de Tesis, el tema en desarrollo es, conocimientos que poseen las comadronas tradicionales sobre las señales de peligro en el embarazo de la comunidad de Nueva Esperanza de Sayaxché, Petén. Por lo que me dirijo a usted para solicitar se me permita realizar la prueba piloto en el casco urbano de Sayaxché, en las fechas comprendidas del 1 al 5 de abril.

Agradeciendo de ante mano su Apoyo, me suscribo de usted,

Atentamente:

f.

EP. Geidy Patricia Castillo Vidal.



AutORIZADO.

Sayaxché, Petén 15 de abril de 2019

Para: Licenciada Anabely López Natareno
Coordinadora Distrito
Nueva Esperanza

Con un cordial saludo me dirigí a usted y al mismo tiempo desearle éxitos en sus labores que a diario realiza.

Haciendo de su conocimiento que soy Estudiante de carrera de Licenciatura en Enfermería y gestión de la Salud, de la Universidad Panamericana de Guatemala con sede en el Municipio de Sayaxché Petén.

Como parte de nuestra formación está la elaboración de Tesis, el tema en desarrollo es, conocimientos que poseen las comadronas tradicionales sobre las señales de peligro en el embarazo de la comunidad de Nueva Esperanza de Sayaxché, Petén. Por lo que me dirijo a usted para solicitar se me permita realizar la prueba de investigación en la comunidad de Nueva Esperanza, en las fechas comprendidas del 22 al 26 de abril.

Agradeciendo de ante mano su Apoyo, me suscribo de usted,

Atentamente:

f.

EP. Geidy Patricia Castillo Vidal

