

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**MORBILIDAD OBSTÉTRICA CON EL ANTECEDENTE  
DE ATENCIÓN POR COMADRONA**

**JUAN JOSÉ GARCÍA UTUY**

**Tesis  
Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

**Marzo 2018**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.012.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Juan José García Utuy

Registro Académico No.: 200630346

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **MORBILIDAD OBSTÉTRICA CON EL ANTECEDENTE DE ATENCIÓN POR COMADRONA**

Que fue asesorado: Dr. Jesen Avishaí Hernández Sí MSc.

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **marzo 2018**

Guatemala, 25 de enero de 2018



**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.**

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.**

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Quetzaltenango, 25 de septiembre de 2017

**Doctor  
Julio Cesar Fuentes Mérida  
Coordinador Específico  
Escuela Estudios de Postgrado  
Hospital Regional de Occidente  
Presente**

Respetable Dr. Fuentes:

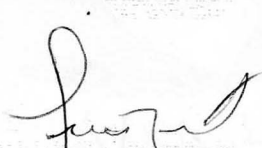
Por este medio le informo que he asesorado a fondo el informe final de Graduación que presenta el Doctor **JUAN JOSÉ GARCÍA UTUY** Carne 200630346 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“MORBILIDAD OBSTÉTRICA CON EL ANTECEDENTE DE ATENCIÓN POR COMADRONA”**

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. García Utuy, ha incluido sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

*EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA*

**“Id y Enseñad a Todos”**

  
**Dr. Jesen Avishai Hernández Sí MSc.  
Asesor de Tesis  
Escuela de Estudios de Post Grado  
Hospital Regional de Occidente**

Quetzaltenango, 25 de septiembre de 2017

**Doctor**  
**Jesen Avishai Hernández Sí**  
**Docente Responsable**  
**Maestría En Ginecología y Obstetricia**  
**Hospital Regional de Occidente**  
**Presente**

Respetable Dr. Hernández:

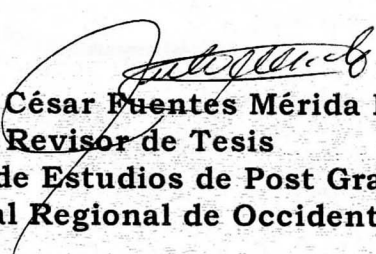
Por este medio le informo que he revisado a fondo el informe final de Graduación que presenta el Doctor **JUAN JOSÉ GARCÍA UTUY** Carne 200630346 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“MORBILIDAD OBSTÉTRICA CON EL ANTECEDENTE DE ATENCIÓN POR COMADRONA”**

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. García Utuy, ha incluido sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

*EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA*

*“Id y Enseñad a Todos”*

  
**Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.**  
**Revisor de Tesis**  
**Escuela de Estudios de Post Grado**  
**Hospital Regional de Occidente**



A: Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.  
Coordinador de Especialidades y Maestrías  
Escuela de Estudios de Postgrado

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 30 de Octubre 2017

Fecha de dictamen: 3 de Octubre de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:


JUAN JOSE GARCIA UTUY

Título

MORBILIDAD OBSTETRICA CON EL ANTECEDENTE DE ATENCION POR COMADRONA,  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

**Sugerencias de la revisión:**

- Autorizar impresión de tesis.

  
Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



## INDICE

|       |  |    |
|-------|--|----|
| I.    | INTRODUCCION _____                       | 1  |
| II.   | ANTECEDENTES _____                       | 3  |
| III.  | OBJETIVOS _____                          | 24 |
|       | 3.1 GENERAL _____                        | 24 |
|       | 3.2 ESPECIFICOS _____                    | 24 |
| IV.   | MATERIAL Y METODOS _____                 | 25 |
| V.    | RESULTADOS _____                         | 29 |
| VI.   | DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS _____ | 46 |
|       | 6.1. CONCLUSIONES _____                  | 53 |
|       | 6.2. RECOMENDACION _____                 | 54 |
| VII.  | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS _____         | 55 |
| VIII. | ANEXOS _____                             | 58 |

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POS GRADO**

**RESUMEN**

**TITULO:** MORBILIDAD OBSTETRICA CON EL ANTEDECENTE DE ATENCION POR COMADRONA, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE EN 2014.

**AUTOR:** Juan José García Utuy

**PALABRAS CLAVE:** morbilidad obstétrica, comadrona.

**OBJETIVO:** Describir características principales de morbilidad obstétrica con el antecedente de atención por comadrona en el Hospital Regional de Occidente en 2014.

**METODOLOGIA:** descriptivo – prospectivo, población: mujeres embarazadas o en puerperio que presentaron morbilidad y antecedente de atención por comadrona que acudieron al Hospital Regional de Occidente en 2014, Se revisaron 217 expedientes clínicos, los datos fueron analizados y procesados por medio de cuadros electrónicos en Excel en las que se incluyeron cada una de las variables del estudio.

**RESULTADOS:** la principal causa de morbilidad fue distocias del trabajo de parto en 38 %; el principal motivo de referencia fue que "no avanza el trabajo de parto" en 38 % ; la principal complicación obstétrica fue anemia 25 %, la vía de resolución de embarazo más frecuente fue cesárea segmentaria transperitoneal en 59 %; el mayor porcentaje de días de estancia hospitalaria fue entre 3-5 días en 48 % por el manejo de complicaciones; y el tipo de egreso más frecuente fue alta médica con mejoría en 96 %. Los datos demográficos más frecuentes fueron rango de edad entre 20-39 años en 51 %; el lugar de origen más frecuente fue Quetzaltenango en 29 %; la escolaridad más frecuente fue analfabetas en 49%, el estado civil más frecuente fue unida en 45 %; el total de la población fue amas de casa.

**CONCLUSIONES:** la principal causa de morbilidad obstétrica fue distócicas del trabajo de parto; el motivo principal de referencia fue "no avanza trabajo de parto"; la principal complicación fue anemia; la principal vía de resolución de embarazo fue partos distócicos simples; la estancia hospitalaria más frecuente fue entre 3 a 5 días, por el manejo de complicaciones obstétricas; el tipo de egreso más frecuente fue alta médica con mejoría, las pacientes tuvieron los peores datos demográficos.

**UNIVERSITY OF SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**FACULTY OF MEDICAL**  
**POS STUDIES SCHOOL DEGREE**

**SUMMARY**

**TITLE :** MORBIDITY OBSTETRICS WITH THE AGNOSTIC'S CARE BY MIDWIFE, REGIONAL HOSPITAL OF WEST IN 2014.

**AUTHOR:** Juan José García Utuy

**KEY WORDS:** obstetric morbidity, midwife.

**OBJETIVE:** Describe major characteristics of obstetric morbidity with a history of care by midwife at the Regional West Hospital in 2014.

**METHODOLOGY:** descriptive - prospective, population: women during pregnancy or puerperium presenting morbidity and story of care by midwife who attended in Regional West Hospital of in 2014, 217 files records were reviewed, data were analyzed and processed by Excel program that were included each variables.

**RESULTS:** the leading cause of morbidity was dystocia of labor in 38%; the main reference was that "it doesn't advance of labor" in 38%; the main obstetric complication was anemia 25%, the resolution of most frequent pregnancy route was cesarean by 59%; the highest percent of hospital stay was 3-5 days 48% for the management of complications; and most frequent hospital discharge was improvement in 96%. The most common demographic data were age range between 20-39 years in 51%; the most common source of workplace was Quetzaltenango in 29%; 49% was low schooling, more frequent marital status was unmarried in 45%; the total population was housewives.

**CONCLUSIONS:** labor dystocia was the main cause of obstetric morbidity; main reference was "not advancing labor"; the main complication was anemia and pregnancy resolution main road was cesarean; the most frequent hospital stay was between 3-5 days, for the management of obstetric complications; most frequent hospital discharge was improvement, patients had the worst demographics data.



## I. INTRODUCCION

Guatemala es un país multiétnico, multilingüe y pluricultural en el que cohabitan cuatro pueblos: Maya, Garífuna, Xinka y Ladino o Mestizo. En 2014 cuenta con 15,806,675 habitantes, se reportan 23,320 comadronas registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y su contribución a la maternidad saludable, con atención de 124,688 partos, que constituyen el 32,2% de los partos atendidos durante el año 2013, según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística.

En el área rural, las comadronas tanto capacitadas como tradicionales llegan atender el 55.5% de los partos, mientras que en el área urbana atienden el 31.7 %, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del año 2008. <sup>(1)</sup>

Debido a la falta de atención con pertinencia cultural y las barreras lingüísticas por parte de los proveedores de salud pública, las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas no encuentran calidad ni calidez en la atención, lo que deriva en la inasistencia de ellas a los servicios de salud, lo que hace que las pacientes busquen atención con las comadronas, quienes son personas importantes en la comunidad y que tradicionalmente han atendido a las embarazadas en su control prenatal, atención de parto y cuidados del puerperio. La misma situación sufre la comadrona por lo que no refiere a las pacientes a servicios de salud tempranamente, esto trae como resultado, un incremento en la morbilidad. <sup>(2)</sup>

El objetivo general del estudio fue describir la morbilidad obstétrica en pacientes con el antecedente de atención por comadrona, los objetivos específicos fueron describir las principales causas de morbilidad, detallar el motivo de referencia, establecer las principales complicaciones, describir la vía de resolución de embarazo, indicar días de estancia hospitalaria, establecer el tipo de egreso de las pacientes y mencionar las principales características demográficas de las pacientes.

Lo que provee datos de importancia para mejorar el sistema de salud en el Hospital Regional de Occidente y del área de salud, así como el fortalecimiento en la atención por parte de las comadronas.

Se revisaron 217 expedientes clínicos, en las que pacientes referían atención por comadrona y que presentaron algún tipo de morbilidad, entre los principales resultados: la principal causa de morbilidad fue distocias del trabajo de parto en 38 %; el principal motivo de referencia fue que "no avanza el trabajo de parto" en 38 %; la principal complicación obstétrica fue anemia 25 %, la vía de resolución de embarazo más frecuente fue cesárea segmentaria trans peritoneal en 59 %; el mayor porcentaje de días de estancia hospitalaria fue entre 3-5 días en 48 % por el manejo de complicaciones; y el tipo de egreso más frecuente fue alta médica con mejoría en 96 %. Los datos demográficos más frecuentes fueron: rango de edad entre 20-39 años en 51 %; el lugar de origen más frecuente fue Quetzaltenango en 29 %; la escolaridad más frecuente fue analfabetas en 49 %, el estado civil más frecuente fue unida en 45 %; el total de la población fue amas de casa.

## II. ANTECEDENTES

### 2.1 ESTUDIOS PREVIOS.

#### ***“complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas atendidas por comadrona”***

Se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo sobre la incidencia de complicaciones obstétricas y la evolución de las mujeres embarazadas durante algún estadio del trabajo de parto fueron atendidas por comadronas ingresadas al servicio de obstetricia del Hospital Nacional “José Felipe Flóres” de Totonicapán durante los periodos de enero 2000 a diciembre 2003.

Sus principales conclusiones:

891 mujeres embarazadas ingresaron al Hospital Nacional “José Felipe Flores” de Totonicapán, quienes previamente habían sido atendidas por comadrona, de las cuales 64 % ingreso con complicaciones obstétricas.

Las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia secundaria a retención placentaria (30 %), rasgaduras (3.9 %), atonía uterina (1%), eversión uterina (0.3%).

En el estudio titulado: ***“Conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la atención de las complicaciones de las madres y los niños tratados por las comadronas tradicionales”***, realizado en el centro de salud de área urbana Justo Rufino Barrios, municipio de Guatemala, explica: que las comadronas tradicionales demostraron un desempeño adecuado en el procedimiento durante los casos complicados de trabajo de parto y a donde referirlos, también indica que no todas las comadronas tienen los mismos conocimientos y que hay que reforzar las mismas para estandarizar los conocimientos y no poner en riesgo la salud materna e infantil.

En el estudio ***“Identificación, manejo y referencia de las complicaciones en los partos atendidos por comadronas tradicionales, adiestradas en Santa Catarina Pinula”***. El objetivo principal fue obtener información sobre las complicaciones que se les presenta a las comadronas durante y después del parto. Dicho estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal, teniendo como conclusión que los signos de peligro más frecuentes en los partos son: las hemorragias y pre eclampsia, y que el 91% de las comadronas no refiere al centro de salud a las madres gestantes en caso de algún problema, sólo si es grave y que la comadrona no pueda resolver por sus propios medios.

El estudio titulado: ***“Prácticas utilizadas por comadronas durante la atención del trabajo de parto, realizado en el municipio de San Martín Sacatepéquez, Quetzaltenango y San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, Guatemala”***. Tuvo como objetivo describir las prácticas que aplican las comadronas durante la atención del trabajo de parto, utilizando una metodología de tipo descriptivo con técnicas cualitativas, teniendo como conclusión, que todas las comadronas utilizan plantas medicinales para la atención del trabajo de parto, indica también que el 69% de las comadronas han encontrado complicaciones durante la atención del parto, como: las hemorragias y la retención de placenta y todas las entrevistadas refieren a las pacientes con complicaciones a un nivel superior de resolución centros de salud y hospitales. Reportaron de igual manera que no reciben ayuda institucional para resolver las complicaciones y de las que reportaron recibir ayuda, 53% indicó haberla recibido de hospitales.

## 2.2 CONTEXTO EN GUATEMALA.

Guatemala es un país multiétnico, multilingüe y pluricultural en el que cohabitan cuatro pueblos: Maya, Garífuna, Xinka y Ladino o Mestizo. Según las últimas proyecciones del 2014, emitidas por el Instituto Nacional de Estadísticas, el número de habitantes para el país es de 15,806,675, del total de la población 48,8% son hombres y 51,2% son mujeres.<sup>(2)</sup>

A nivel nacional el porcentaje de población que se identifica como indígena es de 40%. La República es mayoritariamente rural debido a que el 51% de la población habita en esta área.

## 2.3 COMADRONAS.

El papel histórico de la comadrona Maya en Guatemala tiene aspectos tanto prácticos como sobre-naturales. Tradicionalmente la comadrona tiene un nivel alto en su comunidad, ya que se creía que había sido elegida por Dios, a través de sueños y señales para ser comadrona. Ellas realizan masajes abdominales manipulando la posición del feto como fuera necesario para lograr que se presentara en posición cefálica, hacen recomendaciones de dietas, prescribían remedios de hierbas según fuera necesario y promovían el uso de baño de vapor. Durante el trabajo de parto, el papel de la comadrona es de gran parte apoyo, el parto es atendido en posición de rodillas y cordón umbilical es cortado después de la expulsión de la placenta, usualmente con un instrumento para cortar al rojo vivo o

simplemente quemaba con candela, las tareas pos natales incluían un baño de vapor ceremonial entre 8 y 40 días después del nacimiento.

El Gobierno de Guatemala introdujo las regulaciones para dar licencia a las comadronas en 1953 y principio a realizar programas de capacitación a principios de 1955. Organizaciones internacionales han apoyado la capacitación en alguna época.

La comadrona tradicional es una persona de la comunidad que ha sido capacitada y adiestrada, recibe la autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para dar atención a la gestante en el embarazo, parto y puerperio y a la vez brindar orientación a la mujer en los aspectos de salud, riesgo reproductivo, educación sexual y planificación familiar y crianza del niño; por lo que ella debe de ser la intermediaria entre la gestante y los establecimientos de salud, para la referencia de embarazos de alto riesgo. <sup>(3. 4)</sup>

Generalmente visitan a las embarazadas en sus hogares cada 15-20 días, entre las actividades que realizan se encuentran los masajes abdominales, de espalda y piernas, muchas veces dentro del temascal o baño de vapor tradicional y culturalmente es aceptada por la comunidad. <sup>(5,6)</sup>

Para los pueblos indígenas, la salud equivale a la coexistencia armoniosa de los seres humanos con la naturaleza, para la búsqueda de una vida en equilibrio, donde articulan elementos físicos, mentales, espirituales y emocionales, tanto desde la perspectiva de las personas como de las comunidades, incorporando componentes políticos, económicos, sociales y culturales y en tal sentido, para las comadronas la atención de la salud de las mujeres, es fundamental para la preservación de la vida.

Actualmente la actividad más conocida de la comadrona es la atención del parto con prácticas tradicionales, lo que a veces genera rechazo de parte del personal de salud debido a la incomprensión de dichas prácticas.

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 hiciera, tenía prohibido atender partos. La sección F, artículo 15, Decreto No. 74, de fecha 9 de mayo de 1955, autorizaba al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 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 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 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.

Dentro del ámbito nacional no se ha reconocido a cabalidad la labor que realizan en la población las 23,320 comadronas registradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y su contribución a la maternidad saludable, con atención de 124,688 partos, que constituyen el 32,2% de los partos atendidos durante el año 2013, según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística. Debemos señalar también, que en el occidente del país la participación de ellas en la atención es aún mayor, pues hasta un 79% de los partos son atendidos en casa de la mujer o en casa de la comadrona.

### 2.3.1 CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LA COMADRONA TRADICIONAL

Las características que generalmente tiene la comadrona tradicional son las siguientes:

- a. Es originaria de su comunidad en donde presta sus servicios, posee conocimientos, habilidades y prácticas en la atención del parto, por lo que es elegida dentro de su familia o comunidad para la atención de parto.
- b. Es analfabeta, pero en el contexto actual no siempre es así, es aceptada y reconocida por su comunidad, identificándose en la aplicación de sus conocimientos empíricos, en la atención del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.
- c. Habla el mismo idioma de las mujeres embarazadas, por lo que facilita la comunicación entre ellas.
- d. Se les paga la atención del parto en efectivo o se les da donativos, dependiendo el estado económico de la familia.

- e. Comparten las mismas costumbres y creencias de la comunidad y esto les genera confianza a las mujeres, por lo que acuden a ellas para la atención de su parto.
- f. Persona reconocida por su comunidad como líder y consejera en la atención del embarazo, parto y puerperio.
- g. Respetan las costumbres, creencias y tradiciones de las mujeres embarazadas que han adquirido de generación en generación. <sup>(7)</sup>

### 2.3.2 REQUISITOS QUE DEBEN DE TENER LAS COMADRONAS TRADICIONALES PARA QUE PUEDAN EJERCER SU FUNCIÓN DENTRO DE LA COMUNIDAD

- a. La comadrona tiene que ser reconocida por la comunidad de origen.
- b. Tiene que estar registrada oficialmente en el Distrito Municipal de Salud.
- c. Debe ser originaria del municipio.
- d. Oscilan entre las edades de 18 a 65 años.
- e. Que identifiquen las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.
- f. Hablar el idioma maya del municipio, para facilitar la comunicación.
- g. Que tengan experiencia mínima de dos años en la atención de partos.
- h. Asistir a 5 capacitaciones programadas por la enfermera de distrito durante un año, para que les sea otorgado el carnet que las acredita como comadronas. <sup>(8)</sup>

### 2.3.3 COMADRONAS GUATEMALTECAS, UNA POLITICA PARA RECONOCER SU ROL Y APORTE

Verónica Simán, representante de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estuvo presente en la actividad de oficialización de la “Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025”, la cual contó con la participación de Comadronas de los departamentos del país, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); y la Secretaria Presidencial de la Mujer (SEPREM).

La oficialización de la Política, permite reconocer la información que fue recogida en un proceso participativo con miles de comadronas de los cuatro pueblos: Maya, Garífuna, Xinca y Mestizo, acerca de su rol de liderazgo social y comunitario, así como sus acciones de consejería, apoyo a las familias y mujeres, y como proveedora de servicios de salud, hacia mujeres y hombres en los procesos reproductivos.

En el año 2010 fue promulgada la Ley para la Maternidad Saludable, que en su artículo 17 establece que el “Ministerio de Salud de forma coordinada debe formular una Política

Nacional de Comadronas que incluya la definición de su rol, funciones y relacionamiento con los servicios de salud.

La presentación de esta política nacional que llevó un proceso de trabajo liderado por el Ministerio de salud, permite cumplir con lo estipulado en la ley, pero que además se convierte en ese instrumento de trabajo a futuro donde la coordinación y articulación de saberes se regula. El proceso también contó con el acompañamiento de la Defensoría de la Mujer Indígena, DEMI y la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, SEGEPLAN; apoyo de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en temas de salud y desarrollo, que aseguraron la coordinación y participación de las comadronas; así como de la Secretaria Presidencial de la Mujer que abogó por este proceso y la oficialización de la Política. Al centro del proceso, las comadronas de todos los Pueblos y de distintos puntos del país que compartieron las vivencias, retos y desafíos de su rol social y comunitario.

“Este es un logro importante para el país, y nos alegra como agencia de cooperación técnica, haber podido acompañar este proceso. Sin embargo, todo este esfuerzo sería en vano si no se logra llevar a la práctica. Ese es el gran desafío ahora, romper los prejuicios. Nos queda el reto de hacerla operativa y así contribuir a que las mujeres de Guatemala, con el apoyo de las comadronas, puedan ejercer sus derechos reproductivos y que todo embarazo sea deseado y cada parto sea seguro. Fondo de Población de las Naciones Unidas está dispuesta a apoyar esta nueva etapa”, Indicó la Representante de Fondo de Población de las Naciones Unidas, Señora Verónica Simán.

La Política Nacional orienta a reconocer a las Comadronas en el marco de las buenas prácticas y contribuciones a la población, principalmente a la Maternidad Saludable, a través de:

- a) Promover y divulgar los saberes de las comadronas.
- b) Establecer y fortalecer la relación de las comadronas con el sistema de salud nacional.
- c) Fortalecer institucionalmente la atención de la salud materna neonatal con pertinencia cultural.
- d) Fortalecer la labor de las comadronas como agentes de cambio.

De acuerdo con la política, el Ministerio de Salud es responsable del seguimiento, evaluación participativa y rendición de cuentas. Así mismo, promoverá espacios de diálogo,



intercambio, análisis de información y resultados relativos a la implementación de la misma, con las Comadronas y otros actores clave de la comunidad dependencias del MSPAS, sociedad civil y academia. <sup>(9)</sup>

En Quetzaltenango en 2014 hay Más de 1,500 comadronas hay actualmente en el departamento, ellas son quienes en su mayoría atienden a mujeres de las áreas rurales en donde no hay ningún puesto de salud <sup>(10)</sup>

#### 2.3.4 ATENCION DEL PARTO:

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

La atención del parto en condiciones normales tiene como propósito vigilar y proporcionar la atención a la madre y recién nacido durante el parto, para identificar en forma temprana cualquier tipo de complicaciones que pudieran presentarse. <sup>(18)</sup>

La Comadrona Tradicional según las normas de atención del Ministerio de salud pública atenderá únicamente los partos sin factores de riesgo.

También realizara interrogatorio y examen físico de la gestante con énfasis en:

- Identificación de riesgo obstétrico.
- Determinar la situación y presentación fetal.
- Presentación, intensidad y frecuencia de contracciones, presencia de movimientos fetales.
- Ruptura espontánea de membranas, en caso positivo, tiempo transcurrido.
- Hemorragia vaginal y tiempo transcurrido. <sup>(19)</sup>

#### 2.3.5 ATENCION DEL PARTO TRADICIONAL ANTE EL INSTITUCIONAL

Conocimiento científico: es lo cierto, lo verdadero de las cosas por sus principios y causas, este conocimiento únicamente admite principios axiomáticos y verdades rigurosamente demostrables.

Conocimiento empírico: es el que se basa únicamente en la práctica o rutina, los datos vienen de nuestros sentidos sin intervención original alguna de la razón; es decir pensar que todos nuestros conocimientos según exclusivamente sensitivos. Constituye la observación de los hechos y la experimentación de las cosas útiles.

Práctica: se dice de los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo, experimentado, versado, y diestras en la atención a la mujer embarazada; piensan o actúan ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente el completo bienestar físico, mental y social de la mujer embarazada.

Produce un provecho en el ejercicio de sus habilidades conforme a las reglas establecidas por el MSPAS y adquieren destrezas conforme vayan practicando y ejercitando la atención brindada en los controles, en el uso continuado se puede decir que es la costumbre o estilo de aconsejar a las mujeres de sus comunidades y que con la dirección del personal de salud institucional por cierto tiempo que tiene que hacer para habilitarse y ejercer públicamente su capacitación, y al transcurrir el tiempo ponen en práctica sus ideas, planes, proyectos, etc. en relación al brindar una atención a la mujer embarazada libre de riesgos.

El MSPAS tiene el deber de monitorear la práctica de las comadronas, para que la atención brindada sea libre de riesgos en lo posible.

Lo expresado sobre conocimiento contribuye grandemente a entender y comprender el porqué de esta teoría, la cual debe tomarse muy en cuenta para que los procesos de enseñanza y aprendizaje sean efectivos.

Las prácticas constituyen la explicación del conocimiento, la práctica significa el hacer algo, elaborar, ejercitar, accionar, es en otras palabras el que hacer del ejercicio de una disciplina, de un oficio apoyándose en la teoría del conocimiento.

Se considera que dicho conocimiento debe relacionarse con lo real que deben poseer las comadronas tradicionales, el conocimiento debe ser eminentemente práctico, repetitivo, supervisado y monitoreado por el personal de enfermería para lograrlo es fundamental apoyarse en: la capacitación es el proceso mediante el cual un grupo de comadronas (mujeres que atienden partos en su comunidad) se reúne durante 15 días en el distrito de Salud (Centro de Salud) para recibir conocimiento sobre alto riesgo obstétrico y perinatal con la metodología participativa. Se tiene un período de observación en área hospitalaria, donde cada una de las comadronas tienen la oportunidad de observar los cuidados que le brindan a las mujeres en el pre y post parto durante la alimentación, y también los cuidados higiénicos; al finalizar este período se les extiende un diploma de constancia y su respectivo carné de comadrona tradicional capacitada, avalado por el Ministerio de Salud y Asistencia Social. <sup>(20)</sup>

### 2.3.6 CUIDADOS HIGIÉNICOS DE LA COMADRONA TRADICIONAL EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

La Comadrona Tradicional deberá tomar en cuenta los cuidados higiénicos para la atención del parto limpio. Para asegurarse que esto se cumpla, la Comadrona Tradicional deberá hacer lo siguiente:

- Lavarse cuidadosamente las manos con agua y jabón.
- Lavar con agua tibia y jabón el estómago, cadera, genitales y piernas de la parturienta.
- En la cama donde atenderá el parto, tender un nylon y sobre él colocar una sábana o lienzos limpios; estos se deben cambiar cada vez que se mojen o ensucien.
- Tener lista una hoja de Gillete nueva o hervir la tijera por 15 minutos y no sacarla del agua hasta que la vaya a utilizar.
- Hervir la cinta de castilla junto con la tijera.

### 2.3.7 COMADRONAS DE QUETZALTENANGO

En Quetzaltenango en 2014 hay más de 1,500 comadronas, ellas son quienes en su mayoría atienden a mujeres de las áreas rurales en donde no hay ningún puesto de salud. La tasa de mortalidad materna en el país es alta, las comadronas ayudan a que esto disminuya. En la celebración del día de la comadrona tradicional doña Antonia García, quien es presidente de 9 comunidades del municipio de Cantel mencionó "las comadronas siempre hemos sido víctimas de discriminación y no nos dan la importancia, pero creemos que nuestro trabajo es indispensable para disminuir los casos de muerte materna en el país, tengo más de 25 años de ser comadrona y nada ha cambiado". <sup>(20)</sup>

### 2.3.8 APOYO DE LAS ONG'S A LAS COMADRONAS DE QUETZALTENANGO

Las embarazadas han aceptado ser atendidas por comadronas porque ellas integran aspectos importantes de la vida familiar, tales como ser atendidas en sus hogares, el acompañamiento de la suegra y/o madre en el momento del parto, el suministro de infusiones de hierbas "para que el cuerpo no se enfríe" después del parto y para "bajar la leche". El esposo y otros miembros de la familia pueden acompañar a la parturienta, aunque no en la sala de partos.

### 2.3.9 CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL, PROMOCIÓN, INVESTIGACIÓN, Y EDUCACIÓN DE SALUD (PIES) DE OCCIDENTE

Su propósito es contribuir a la solución de la seria problemática de salud que afrontan los pueblos del altiplano occidental del país. Actualmente cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales, entre ellos médicos, antropólogo, trabajadores sociales, psicólogo, odontólogo, enfermeras, agentes locales de salud, con experiencia, capacidad y compromiso para enfrentar los retos asumidos. Este equipo recibe el apoyo de asesores con amplia experiencia en salud y desarrollo comunitario. Los propósitos y objetivos de PIES, han sido revalorados en función de los Acuerdos de Paz, suscritos a finales de 1996 y del proceso de reforma del sector salud iniciado en Guatemala en 1995. Está localizado en la parte central del casco urbano del municipio de Quetzaltenango, funciona como parte de los objetivos y acciones de la organización no gubernamental.

El Centro fue inaugurado el 8 de septiembre de 1998 con los objetivos siguientes:

- a) Que la población pueda contar con un servicio materno infantil geográficamente accesible.
- b) Que las comadronas del área puedan contar con un espacio en la atención de salud materno infantil, en condiciones higiénicas, socioeconómicas y culturalmente adecuadas.
- c) Que las prácticas obstétricas-pediátricas tradicionales utilizadas por las comadronas pueden articularse a la práctica médica del sistema oficial de salud.

#### 2.3.10 COORDINADORA DEPARTAMENTAL DE COMADRONAS TRADICIONALES DE QUETZATENANGO (CODECOT)

A principios del año 2001, las comadronas tradicionales de base inician un proceso de organización propio en diferentes comunidades y municipios del departamento de Quetzaltenango, llegando a conformar una organización de segundo nivel comités municipales de comadronas. El 13 septiembre del 2002 se constituye legalmente la Coordinadora Departamental de Comadronas Tradicionales de Quetzaltenango CODECOT por iniciativa de las comadronas, que durante muchos años se han dedicado a brindar el servicio de atención a mujeres embarazadas y a niños y niñas. Dicha iniciativa surge de un proceso de análisis sobre la situación actual que enfrentan los grupos y comités de comadronas al estar trabajando de manera dispersa y manejadas por diferentes instituciones y ONG's que trabajan en el área. Objetivos de la organización:

- a) Contribuir a mejorar la atención materna e infantil en las comunidades rurales del altiplano occidental mediante la implementación de programas y proyectos de salud, con la participación de las comadronas y otros agentes tradicionales en salud.

- b) Fortalecer CODECOT mediante procesos de formación y capacitación en salud, organización comunitaria y equidad de género, para contar con recursos humanos capacitados que generen propuestas de incidencia en las políticas públicas de salud.
- c) Proponer y participar en acciones de promoción y atención en salud con comités locales, concejos municipales, instancias departamentales, regionales y nacionales, gubernamentales y no gubernamentales para prevenir enfermedades.
- d) Atención directa materno infantil en las comunidades.
- e) Gestionar y coordinar con instituciones gubernamentales y no gubernamentales programas de capacitación técnica a los grupos de comadronas.
- f) Capacitar a grupos de comadronas en aspectos organizativos y equidad de género.
- g) Gestionar y ejecutar proyectos y programas de salud, en las comunidades rurales.
- h) Promover el conocimiento teórico y práctico de la medicina natural y maya.
- i) Participar en espacios locales, municipales, departamentales, regionales y nacionales para incidir en las políticas públicas de salud. <sup>(29)</sup>

#### 2.4 REFERENCIA DE PACIENTES ATENDIDAS POR COMADRONA

Debe referir al servicio de salud más cercano si hay hemorragia vaginal, ruptura prematura de membranas, presentaciones anormales, trabajo de parto prolongado, convulsiones y/o incompatibilidad céfalo-pélvica.

Así mismo deberá referir al servicio de salud si existe retención de placenta total o parcial, hemorragia y/o infección vaginal y/o fiebre en los siete días después del parto. <sup>(24)</sup>

Según la revisión realizada en el libro de referencias de la comadrona adiestrada de labor y partos del Hospital Regional de Occidente en 1998 indica: Que del 100 % de referencias realizadas por la comadrona tradicional en general el 30 % pertenecen al área rural de Quetzaltenango. Entre las causas más frecuentes (algunas presentaron 2 situaciones) son: primigestas 16 %, trabajo de parto prolongado 13 %, placenta previa 3 %, ruptura prematura de membranas ovulares 3 %, presentación podálica 3 %. Es de mencionar que las pacientes resolvieron positivamente el proceso del parto.

Según otro estudio realizado en 2011 se documentó que las principales causas de referencia de comadronas fue que “bebe no nace” en 22.5 % seguido de debilidad de la paciente en 19 % y dolores de parto en 16 %.

Las comadronas tradicionales deberían sólo alentar la atención del parto por personal calificado: Dado que las parteras tradicionales tienen cercanía cultural con las mujeres, están en condiciones incomparables para motivar y ayudar a las mujeres y a sus familias a planificar la atención del parto por un agente de salud calificado. A condición de que la partera tradicional tenga en claro sus funciones y responsabilidades, y de que haya entablado una relación positiva con los demás miembros del personal de partería, es posible esperar resultados beneficiosos (UNFPA, 2011).

2.4.1 SEÑALES DE PELIGRO: Ante la aparición de cualquiera de estas señales, las comadronas deberán referir a los servicios de salud:

- Sangrado vaginal
- Contracciones
- Epigastralgia
- Dolor abdominal intenso
- Hipertensión
- Edema en miembros inferiores
- Mareos
- Vértigo
- Visión borrosa
- Ruptura de membranas ovulares
- El trabajo de parto pre termino
- Falta de movimientos fetales durante más de 12 horas seguidas
- Fiebre o escalofríos

## 2.5 MORBILIDAD MATERNA.

Dentro de esta secuencia un embarazo puede ser considerado como no complicado, complicado (morbilidad), severamente complicado (morbilidad severa) o como con una complicación que amenaza la vida de la gestante. <sup>(11)</sup>

En los casos de morbilidad, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10 recomienda establecer:

Causa principal de morbilidad: definida como la afección primaria causante de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo la gestante, o la lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la morbilidad.

Si hay más de una afección caracterizada, debe seleccionarse la que se considera la mayor causante del uso de recursos.

Otras causas: aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento de la gestante. Las que hayan afectado a la gestante pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar. Se realizará una clasificación en directas o indirectas, según la causa:

Causas directas: es producida por complicaciones del embarazo, parto y/o puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o por una cadena de eventos resultantes de uno de ellos. Ejemplo: pre-eclampsia.

Causas indirectas: es producida por enfermedades preexistentes o enfermedades que se desarrollan durante el embarazo y no se deben a causas obstétricas directas, pero que son agravadas por el embarazo. Ejemplo: cardiopatía.

Millones de mujeres en el mundo padecen actualmente enfermedades de corta o larga duración, atribuibles al embarazo, al parto o al puerperio. Aproximadamente el 10 % fallecen, muchas de las que sobreviven sufren lesiones y discapacidades, que con frecuencia acarrearán consecuencias para toda la vida. <sup>(12)</sup>

La morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) es un indicador muy asociado a la muerte materna y es considerada una alternativa válida para utilizarla como indicador de la calidad de los cuidados maternos.

El interés creciente de integrar al estudio de la mortalidad materna, el análisis de la morbilidad materna extremadamente grave, permite identificar los factores de riesgos presentes en las gestantes, desde un embarazo sin complicaciones hasta la muerte, pues se presenta en un mayor número de casos y con el manejo de aquellos que evolucionaron favorablemente después de la gravedad extrema, se pueden evitar nuevos casos de muerte. <sup>(13)</sup>

Según definición brindada por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) se conoce la morbilidad materna extremadamente grave o severa como "la

complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte".<sup>(14)</sup> La vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema, es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones regionales de OPS / OMS para mejorar la salud materna y lograr reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en el año 2015 como unos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).<sup>(15)</sup>

## 2.6 MORBILIDAD EN PACIENTES CON ANTEDECENTE DE ATENCION POR COMADRONA

Las comadronas reconocen en su mayoría los riesgos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y proporcionan la asistencia adecuada que está entre sus posibilidades, esto debido a conocimientos recibidos en capacitaciones.

La comadrona tradicional adiestrada viene desempeñando un servicio adquirido mediante la misión que se le ha encomendado según sus creencias religiosas, son aceptadas por la comunidad en general, gozando de prestigio y liderazgo conforme van ejerciendo la partería.

La comadrona tradicional maneja un vocabulario muy técnico debido al número de adiestramientos y la cercanía que tienen al centro de salud y acceso a capacitaciones por parte de Centro de Salud y la que brinda ONG PIES de Quetzaltenango directamente con comadronas y que trabaja con ellas activamente.

Es de resaltar que a pesar de su cosmovisión maya, está introduciendo entre su práctica, técnicas hospitalarias como el uso de perilla, guantes, e incluso antibióticos para combatir infecciones y lo más importante es que han aprendido a dar referencia a otro nivel de atención.

La comadrona tiene una identidad personal con el trabajo que desempeña, relacionándolo con una gama de valores y acciones que aplica y va enriqueciendo a través de la espiritualidad transmitida y guiada por el ser Divino que es Dios, ejerciendo sus actividades basadas en las creencias que forman parte de la cosmovisión maya.<sup>(16)</sup>



**2.6.1 PARTO PROLONGADO:** El parto prolongado es un parto que tarda más de 12 horas desde el inicio del trabajo de parto, puede ser porque la mujer posea una pelvis distócica, mala presentación fetal, un embarazo gemelar, feto con circular al cuello o por contracciones irregulares y/o poca in

tensidad, por lo que no puede llevarse a cabo el parto eutócico. La mujer sufre demasiado y corre el riesgo de adquirir infección, puede quedar con problemas o morir. Es necesario que las comadronas refieran a la paciente inmediatamente a un centro de atención de salud, al detectar esta señal de peligro. al tiempo que dura el trabajo de parto, el cual debe contabilizarse desde el inicio del trabajo de parto hasta la resolución del mismo, que en su totalidad puede tomarse entre 8 a 12 horas en una primigesta y de 6 a 8 horas en una multípara.

De acuerdo a los datos obtenidos el 50% de las comadronas entrevistadas, no reconoce el tiempo que dura el trabajo de parto, en una multípara y en una primigesta. Una de las causas que interfieren en el tiempo de espera, es el factor familiar porque algunas comadronas esperan hasta 24 horas o más, para que se resuelva el parto, lo cual genera aumento de las complicaciones hasta la muerte materna. <sup>(17)</sup>

**2.6.2 RUPTURA DE MEMBRANAS OVULARES:** Es necesario que la comadrona enseñe a las mujeres embarazadas a detectar esta señal de peligro, si le está saliendo líquido por la vagina, que si siente como un torrente de agua tibia o como un pequeño goteo continuo, probablemente en mayor cantidad cuando tose o estornuda. Para prevenir la sepsis en la madre y el neonato, la comadrona o personal institucional del primero y segundo nivel deben referir al hospital a cualquier mujer que haya sufrido una ruptura de membranas.

Es importante que la comadrona conozca que se deben realizar estudios complementarios cuando hay ruptura de membranas ovulares en los que además hay fetidez o fiebre, referirla inmediatamente a un servicio de salud hospitalario.

**2.6.3 ACCIDENTES DEL PARTO:**

**2.6.3.1 DESGARRO VAGINAL:** puede abarcar desde la mucosa vaginal hasta todos los planos de la vagina según la gravedad del evento, en algunas ocasiones afecta a los órganos vecinos (vejiga y dilataciones violentas en vaginas fibrosas, con cicatrices de partos anteriores, por fetos voluminosos o a mala técnica en la atención del parto.

2.6.3.2 EL DESGARRO CERVICAL: se produce como consecuencia del pasaje de la cabeza fetal por el cérvix no dilatado totalmente o a causa de pujos prematuros como en partos atendidos por comadrona que desconocen el momento en el cual le deben decir a las pacientes que empiecen a pujar puede traer como complicación hemorragia grave o infección en el puerperio.

2.6.3.3 DESGARROS VULVOPERINEALES: existen cuatro tipos de desgarros perineales, de acuerdo al grado de extensión:

Primer grado: cuando afecta únicamente la piel

Segundo grado: cuando afectan la musculatura perineal.

Tercer grado: cuando incluyen al esfínter externo del ano.

Cuarto grado: cuando está tomada la mucosa rectal.

2.6.3.4 RUPTURA UTERINA: es un accidente del parto con graves repercusiones, puede producirse en forma espontánea, traumática u operatoria.

Entre las causas determinantes se describe en el cuadro del parto obstruido generalmente por estrechez pelviana.

Causas predisponentes: multiparidad, hipoplasia y malformaciones del útero, cicatrices por cesáreas, y los procesos inflamatorios agudos y subagudos a nivel del útero.

2.6.3.5. RETENCION PLACENTARIA: Diez, M. refiere que la tercera etapa del trabajo de parto o periodo de alumbramiento, debe durar entre 5 a 30 minutos, el cual consiste el desprendimiento y expulsión de la placenta. Lo anterior se confirma solo en un 90% debido a que las comadronas entrevistadas esperan “de 15 a 30 minutos” para que se de este periodo. El 10% espera de “de 15 minutos a 2 horas”. Por otro lado una de las comadronas menciona esperar “de 15 minutos a 2 horas”, por lo que está corriendo el riesgo la vida de la madre y en algún momento puede haber aumento de complicaciones hasta la muerte materna por esperar mucho tiempo el periodo de alumbramiento. <sup>(21)</sup>

#### 2.6.3.6 LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO POR COMADRONAS TRADICIONALES

La Comadrona Tradicional tiene la función de brindar atención a la puérpera con las finalidades de:

- Identificar y prevenir las complicaciones maternas.
- Ayudar y apoyar a la paciente para que recupere el estado previo al embarazo.

- Enseñar a la paciente a atenderse a sí misma y al recién nacido. <sup>(22)</sup>

#### 2.6.3.7 IMPORTANCIA DE LA VIGILANCIA DEL PUERPERIO POR COMADRONAS TRADICIONALES

Deberá ejercerse una estrecha vigilancia, sobre todo durante las primeras dos horas del puerperio, poniendo énfasis en el control de la pérdida sanguínea, la frecuencia del pulso, la tensión arterial y la formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard.

Este último es un índice de buena hemostasia y se comprueba por medio de la palpación, al percibir al útero a nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos y una consistencia firme y elástica, que cambia periódicamente hasta ponerse dura cuando sobrevienen las contracciones.

2.6.3.8 CAUSAS HEMORRAGICAS: Entre las causas de hemorragia posparto la comadrona en su mayoría reconoce que es por la retención de restos placentarios y como consecuencia es uno de los problemas causantes de infección pos parto, esto indica, que ellas han estado relacionando e identificando las complicaciones obstétricas mediante la adquisición de conocimientos constantes y reconocimiento de riesgos y entre las acciones que realizan esta dar referencia al hospital, lo que permite vislumbrar que las madres deben y necesitan tener una atención especializada e inmediata.

El fracaso se debe por varias situaciones entre ellas la falta de control prenatal, falta de cumplimiento de las indicaciones de la comadrona, sus servicios son requeridos a última hora, por lo tanto no tienen responsabilidad con las complicaciones que se pudieran presentar, además refieren miedo de ir al hospital.

Cuando la fisiología del parto es respetada, el riesgo de hemorragia pos parto se reduce y no es necesario el manejo activo. Pero también sabemos que no importa cuán fisiológico sea un parto, la hemorragia pos parto se va a producir en algunas mujeres y la comadrona tendrá que manejarlo de alguna manera. Hoy en día algunas comadronas llevan consigo medicamentos para poder manejar distintos problemas que puedan surgir, pero hay lugares en donde los medicamentos no están disponibles o no se permite el uso por comadronas. Cuando ello ocurre hierbas medicinales y distintos métodos manuales de compresión uterina son herramientas útiles para detener hemorragia, en lo que se refiere.

El 70 % de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina, haciendo la vasoconstricción el principal objetivo de las hierbas medicinales que se van a utilizar para detener el sangrado. Debido a que cuando el útero está vacío se contrae de forma más eficiente, para que se produzca la vasoconstricción, es preciso que el primer objetivo sea el alumbramiento de la placenta.

El primer paso para asegurarnos de que se produce una separación y alumbramiento de la placenta es no hacer nada, simplemente mantener el cordón umbilical intacto y preservar la privacidad y la intimidad. El corte tardío del cordón umbilical reduce la probabilidad de que se produzca hemorragia.

**2.6.3.9 SINDROMES INFECCIOSOS:** En las infecciones pos parto las comadronas identifican como causantes: poca higiene en lugar de atención del parto al igual que los retos placentarios, algunas desconocen la causa pero es reconocida como un peligro para la madre.

Las acciones que realizan en la mayor parte de los casos es dar referencia inmediatamente para la madre reciba atención médica, algunas comadronas antes de dar referencia dan baños con yerbas medicinales, y en algunos casos indican antibióticos.

**2.6.3.10 INFECCION PUERPERAL:** se denomina infección puerperal a los estados mórbidos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del parto.

Factores predisponentes: rotura prematura de membranas ovulares, trabajo de parto prolongado, las hemorragias profusas y deshidratación, el parto patológico sus accidentes y sus distocias y las intervenciones que se realizan para solucionarlos.

Se conoce acerca de ciertas prácticas predisponentes por parte de las comadronas como tacto vaginal reiterado en malas condiciones de asepsia, descuido de las reglas de higiene para atención del parto, falta de equipo mínimo, pasar algunos animales (gatos) u otros objetos en la vulva para acelerar el trabajo de parto.

Algunas comadronas no identifican la causa de dichos procesos, sin embargo reconocen que se trata de un peligro para la madre, por lo que realizan referencia a centros de atención médica, previo a referencia dan baños con yerbas medicinales, en algunos casos indican antibióticos.

2.6.3.11. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: Las causas atribuidas a los trastornos hipertensivos del embarazo según la comadrona son: que se tenga alguna anormalidad del cuerpo, aumento en el consumo de sal, la relacionan con la anemia, falta de alimentos y vitaminas, debido a la falta de recursos económicos lo cual no permite que las madres embarazadas tenga una buena nutrición incidiendo en un desgaste físico causado por el trabajo en exceso que realizan, en tanto la mayoría de ellas da referencia al Hospital y Centro de Salud y no atienden el parto por el riesgo que puede presentarse anteriormente indican dieta sin sal, atoles, verduras, frutas, indicando reposo con los pies en alto.

La comadrona al identificar hipertensión, cefalea, edema en cara o pies (sipoj), mareos y vértigo (sutut wach), nauseas, sangrado en la nariz, visión borrosa, sudoración fuerte, es probable que se trate de pre eclampsia, que es una complicación en el que aparecen muchos síntomas, que las comadronas y las pacientes identifican con la expresión Yojanem o Yowajik (descontrol general del cuerpo).<sup>(23)</sup>

## 2.7 COMPLICACIONES OBSTETRICAS

Según datos descritos en estudios hechos en pacientes atendidos por comadronas, entre las principales complicaciones obstétricas se encontraron en la comadrona tradicional capacitada se ha mencionado anemia, infección puerperal y rasgadura grado I.

La anemia fue la causa más frecuente de morbilidad pos parto, en relación con esta morbilidad se puede mencionar que solo el 20 % se puede relacionar con la atención del parto, el 80 % restante no se sabe exactamente que porcentaje de pacientes presentaba anemia antes del embarazo y parto.se encontraron rasgaduras grado I principalmente en pacientes nulíparas y secundíparas (Rodríguez 2011).

La comadrona debe identificar a la mujer embarazada con complicaciones en el embarazo o parto y referirla tempranamente al centro de salud, puesto de salud u hospital de referencia para la atención del embarazo o parto. Debe observar y preguntar si la mujer ha presentado, hemorragia vaginal, edema en cara y manos, salida de líquido por la vagina, movimientos fetales, debe de evaluar, una mala presentación fetal, antecedente de cesárea anterior, asegurando el traslado inmediato de la embarazada con el apoyo de la familia.<sup>(25)</sup>

En síntesis la comadrona debe estar capacitada para:

- Educar a la madre sobre los signos de alarma en el embarazo, posibles complicaciones que se pueden presentar al momento de este.
- Explicar a la embarazada, las razones por las cuales debe ir al centro o puesto de salud inmediatamente, para que el chequeo correspondiente. La cita a control durante el inicio del embarazo y durante el tercer trimestre del embarazo, para la identificación de factores de riesgo que puedan complicar el embarazo o parto.

## 2.8 ESTANCIA HOSPITALARIA

La principal razón para la hospitalización durante el periodo posparto es identificar las complicaciones maternas y neonatales posparto, pero el tiempo que debe esperarse antes del alta hospitalaria es un tema que ha sido de particular importancia en la atención en salud.

Desde el decenio de 1950 se ha observado una disminución gradual en el tiempo que las madres permanecen en el hospital luego del parto, pasando de un periodo de hospitalización de entre 8 y 14 días en pacientes con un parto vaginal sin complicaciones, a periodos de dos a tres días, o incluso menores. En algunas partes de Estados Unidos, la estancia hospitalaria es de 12 a 24 horas en pacientes con parto vaginal sin complicaciones, y de 48 a 72 horas en aquellas que tuvieron una cesárea sin complicaciones.

En las pacientes que tuvieron parto vaginal, tradicionalmente se ha definido el alta temprana como el alta hospitalaria en un tiempo menor a las 48 horas posparto, pero en la práctica, las definiciones de lo que constituye el alta temprana varían entre los diferentes países. Esta variación se refleja en las publicaciones sobre alta temprana en las que las participantes que recibieron fueron dadas de alta a las 12 horas posparto, y tan tarde como tres a cuatro días luego del parto fueron consideradas en la misma categoría de alta temprana <sup>(26)</sup>

La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria, calificándose como prolongada a aquella que sobrepasa el estándar (>9 días) considerado para un hospital de tercer nivel. La estancia hospitalaria prolongada (EHP) está asociada al diagnóstico médico y al servicio de especialidad donde se encuentra el paciente. Una estancia prolongada puede deberse a inadecuado diagnóstico o tratamiento, pacientes en estudio más allá de

los tiempos prudentes, tratamientos fisioterapéuticos, rehabilitación o radioterapia, ineficiencia de los servicios de apoyo al diagnóstico, problemas de organización en el trabajo médico y/o tardanzas en el suministro de medicamentos a la sala, entre otros. <sup>(21)</sup>

## 2.9 TIPO DE EGRESO DE PACIENTES

**Egreso Hospitalario:** Se define como egreso hospitalario al retiro de un usuario de los servicios de internamiento de un hospital ya sea por alta de mejoría, alta voluntaria, traslado.

**Egreso por mejoría:** es el alta de una paciente de una institución de salud cuando su recuperación es satisfactoria.

**Alta Voluntaria:** Conjunto de actividades que se realizan cuando el paciente expresa su deseo de abandonar el hospital o se niega a recibir el tratamiento prescrito, en contra de la opinión facultativa.

**Egreso por traslado:** es el alta del paciente por transferencia a otra institución de salud.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 General.**

Describir la morbilidad obstétrica en pacientes con el antecedente de atención por comadrona en el Hospital Regional de Occidente en 2014.

#### **3.2 Específicos.**

3.2.1. Describir las principales causas de morbilidad de las pacientes.

3.2.2. Detallar los principales motivos de referencia de las pacientes.

3.2.3. Establecer las principales complicaciones de las pacientes.

3.2.4. Describir la vía de resolución de embarazo de las pacientes.

3.2.5. Indicar días de estancia hospitalaria de las pacientes.

3.2.6. Establecer el tipo de egreso de las pacientes.

3.2.7. Mencionar las principales características demográficas de las pacientes.



## **IV. MATERIAL Y METODOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo – Prospectivo

### **4.2 UNIVERSO**

Mujeres embarazadas o en puerperio con morbilidad obstétrica y antecedente de atención por comadrona que acudieron al Hospital Regional de Occidente en 2014.

### **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes que presentaron morbilidad obstétrica y que tenían antecedente de ser atendidas por comadrona.

### **4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Pacientes con antecedente de atención por comadrona sin morbilidad obstétrica.

### **4.5 ÉTICA MÉDICA:**

Se trata de un estudio descriptivo, en el que se incluyó a todos los grupos de estudio, sin distinción étnica, se realizó consentimiento informado, se obtuvo autorización de comité de docencia e investigación Hospital Regional de Occidente.

### **4.6 MÉTODO:**

Se utilizó boleta recolectora de datos, se incluyeron variables importantes de estudio, como datos sociodemográficos, motivos de referencia, morbilidad presentada, y el tipo de complicación que se presentó, vía de resolución de embarazo, estancia hospitalaria y tipo de egreso; con la cual se obtuvo información de expedientes clínicos, de pacientes con antecedente de atención por comadrona que presentaron morbilidad obstétrica, que acudieron a la emergencia del Hospital Regional de Occidente, los datos obtenidos fueron introducidos en un paquete estadístico y los datos fueron llevados a cuadros y tablas para análisis y discusión, se realizó cruce de las variables más importantes, de los cuales se obtiene información que es importante para mejorar la atención en el Hospital Regional de Occidente.

Para la realización de la presente investigación se contó con el apoyo del honorable Dr. Jesen Hernández como asesor y al honorable Dr. Julio Fuentes Mérida como revisor.

#### 4. 7 OPERATIVIZACION DE VARIABLES.

| <i>VARIABLE</i>       | <i>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</i>   | <i>DEFINICIÓN OPERACIONAL</i>  | <i>TIPO DE VARIABLE</i> | <i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>   |
|-----------------------|--|--|-------------------------|---|
| MORBILIDAD OBSTETRICA | Afección primaria causante de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo la gestante, o la lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la morbilidad. | Pacientes con morbilidad obstétrica y antecedente de atención por comadrona. | Cualitativa             | -distocias del trabajo de parto.<br>-mala presentación fetal<br>-hemorragia pos parto<br>-parto extra hospitalario<br>-ruptura de membranas ovulares<br>-retención placentaria<br>-hipertensión arterial<br>-cesáreas previas<br>-óbito fetal |
| MOTIVO DE REFERENCIA  | procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive.   | Razón por la cual la paciente acudió o fue llevada a servicio de salud.      | Cualitativa             | Indicada por la paciente  |

|                         |  |   |             |  |
|-------------------------|--|---|-------------|--|
| COMPLICACION OBSTETRICA | se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y puerperio   | Complicación documentada en las pacientes con antecedente de atención por comadrona | Cualitativa | Según clasificación de datos clínicos y estudios complementarios |
| VIA DE RESOLUCION       | Vía de nacimiento del recién nacido, puede ser vía vagina o abdominal.   | Vía de nacimiento requerido para garantizar bienestar materno- fetal                | cualitativa | Parto eutócico<br>Parto distócico                                |
| ESTANCIA HOSPITALARIA   | Días de permanencia hospitalaria decretados por los médicos o solicitados por los pacientes  | Días de permanencia en un Hospital hasta obtener mejoría o alta voluntaria          | nominal     | 1-2 días<br>3-5 días<br>6-10 días                                |
| TIPO DE EGRESO          | Se define como egreso hospitalario al retiro de un usuario de los servicios de internamiento de un hospital ya sea por alta de mejoría, alta voluntaria, traslado. | Indicado por el médico o solicitado por la paciente                                 | nominal     | Mejoría<br>Alta voluntaria                                       |

|                         |   |  |             |   |
|-------------------------|---|--|-------------|---|
| DATOS DEMO-<br>GRAFICOS | Es la clasificación de sus habitantes según variables de persona. | Características importantes que sirven para clasificar factores de riesgo. | Cualitativa | -edad<br>-origen, residencia y procedencia<br>-escolaridad<br>-estado civil<br>-ocupación<br>-paridad |
|-------------------------|---|--|-------------|---|

## V. RESULTADOS

**CUADRO No. 1**  
**MORBILIDAD**

| MORBILIDAD                                      | PACIENTES | PORCENTAJE |
|---|-----------|------------|
| DISTOCIAS DEL TRABAJO DE PARTO                  |           |            |
| -DETENCION DE LA DILATACION            54       | 82        | 38         |
| -DETENCION DEL DESCENSO                28       |           |            |
| MALA PRESENTACION FETAL                         | 21        | 10         |
| HEMORRAGIA POS PARTO                            | 21        | 10         |
| ATONIA UTERINA                                  | 20        | 9          |
| RUPTURA DE MEMBRANAS OVULARES                   | 18        | 8          |
| RETENCION PLACENTARIA                           | 17        | 7          |
| HIPERTENSION ARTERIAL                           |           |            |
| -PREECLAMPSIA SEVERA                    10      | 14        | 6          |
| -ECLAMPSIA                                    4 |           |            |
| CESAREAS PREVIAS                                | 14        | 6          |
| OBITO FETAL                                     | 10        | 5          |
| TOTAL   | 217       | 100        |

Fuente: Historias clínicas HRO.

**CUADRO No. 2**  
**MOTIVO DE REFERENCIA**

| MOTIVO DE REFERENCIA                 | PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| "NO AVANZA TRABAJO DE PARTO"         | 82        | 38         |
| HEMORRAGIA GENITAL                   | 24        | 10         |
| "NO SALE PLACENTA"                   | 17        | 8          |
| "BEBE NO ESTA EN POSICION NORMAL"    | 16        | 7          |
| "SALIDA DE LIQUIDO VAGINAL"          | 13        | 6          |
| "DESMAYOS"                           | 12        | 6          |
| "DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES" | 11        | 5          |
| "FIEBRE"                             | 10        | 5          |
| "DOLOR DE CABEZA"                    | 10        | 5          |
| "EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES"       | 7         | 3          |
| "AGOTAMIENTO MATERNO"                | 7         | 3          |
| "CONVULSIONES"                       | 4         | 2          |
| "CESAREA PREVIA"                     | 4         | 2          |
| TOTAL                                | 217       | 100        |

Fuente: Historias clínicas HRO.

**CUADRO No. 3**  
**COMPLICACIONES OBSTETRICAS**

| COMPLICACION             | PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------------------|-----------|------------|
| ANEMIA                   | 29        | 25         |
| ENDOMETRITIS POS PARTO   | 21        | 17         |
| SHOCK HIPOVOLEMICO       | 17        | 15         |
| RASGADURAS PERINEALES    | 11        | 9          |
| EDEMA VULVAR             | 11        | 9          |
| SINDROME DE HELLP        | 10        | 9          |
| ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO | 9         | 8          |
| EDEMA CEREBRAL           | 4         | 3          |
| RUPTURA UTERINA          | 4         | 3          |
| TOTAL                    | 116       | 100        |

Fuente: Historias clínicas HRO.

**CUADRO No. 4**

**RESOLUCION DE EMBARAZO**

| TIPO DE RESOLUCION     | PACIENTES | PORCENTAJE |
|------------------------|-----------|------------|
| PDS + CSTP             | 127       | 59         |
| PES EXTRA HOSPITALARIO | 56        | 25         |
| PES HOSPITALARIO       | 30        | 13         |
| LPE (ruptura uterina)  | 4         | 3          |
| TOTAL                  | 217       | 100        |

Fuente: Historias clínicas HRO.



**CUADRO No. 5**

**DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA**

| DIAS  | PACIENTES | PORCENTAJE |
|-------|-----------|------------|
| 1 -2  | 95        | 44         |
| 3-5   | 105       | 48         |
| 6-10  | 17        | 8          |
| TOTAL | 217       | 100        |

Fuente: Historias clínicas HRO.

**CUADRO No. 6**  
**TIPO DE EGRESO**

| EGRESO                  | PACIENTES | PORCENTAJE |
|-------------------------|-----------|------------|
| ALTA MEDICA CON MEJORIA | 209       | 96         |
| ALTA VOLUNTARIA         | 8         | 4          |
| TOTAL                   | 217       | 100        |

Fuente: Historias clínicas HRO.

**CUADRO No. 7**

**EDAD**

| EDAD       | PACIENTES | PORCENTAJE |
|------------|-----------|------------|
| < 14 AÑOS  | 0         | 0          |
| 15-19 AÑOS | 79        | 36         |
| 20-39 AÑOS | 110       | 51         |
| > 40 AÑOS  | 28        | 13         |
| TOTAL      | 217       | 100        |

Fuente: historias clínicas HRO.

**CUADRO No. 8****ORIGEN, RESIDENCIA Y PROCEDENCIA**

| LUGAR               | PACIENTES | PORCENTAJE |
|---------------------|-----------|------------|
| QUETZALTENANGO      | 64        | 29         |
| SAN ANDRES XECUL    | 36        | 17         |
| SALCAJA             | 33        | 15         |
| SAN JUAN OSTUNCALCO | 28        | 13         |
| PALESTINA           | 12        | 6          |
| CABRICAN            | 9         | 4          |
| ZUNIL               | 7         | 3          |
| SAN MARTIN          | 5         | 2          |
| CAJOLA              | 5         | 2          |
| SAN CARLOS SIJA     | 5         | 2          |
| HUITAN              | 5         | 2          |
| OLINTEPEQUE         | 4         | 2          |
| NUEVA CONCEPCION    | 4         | 2          |
| TOTAL               | 217       | 100        |

Fuente: historias clínicas HRO.

**CUADRO No. 9**

**ESCOLARIDAD**

| ESCOLARIDAD   | PACIENTES | PORCENTAJE |
|---------------|-----------|------------|
| ANALFABETA    | 107       | 49         |
| PRIMARIA      | 71        | 33         |
| BASICO        | 32        | 15         |
| DIVERSIFICADO | 7         | 3          |
| TOTAL         | 217       | 100        |

Fuente: Historias Clínicas del HRO.

**CUADRO No. 10**

**ESTADO CIVIL**

| ESTADO CIVIL | PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|
| UNIDA        | 97        | 45         |
| CASADA       | 82        | 38         |
| SOLTERA      | 38        | 18         |
| TOTAL        | 217       | 100        |

Fuente: historias clínicas del HRO.

**CUADRO No. 11**

**OCUPACION**

| OCUPACION   | PACIENTES | PORCENTAJE |
|-------------|-----------|------------|
| AMA DE CASA | 217       | 100        |
| TOTAL       | 217       | 100        |

Fuente: historias clínicas HRO.

**CUADRO No. 12**

**PARIDAD**

| PARIDAD        | PACIENTES | PORCENTAJE |
|----------------|-----------|------------|
| PRIMIPARA      | 94        | 43         |
| SECUNDIPARA    | 53        | 25         |
| MULTIPARA      | 37        | 17         |
| GRAN MULTIPARA | 33        | 15         |
| TOTAL          | 217       | 100        |

Fuente: historias clínicas HRO.



## TABLAS

**Tabla No. 1**

### CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

| Variable               | Categoría              | Frecuencia | %    |
|------------------------|------------------------|------------|------|
| Escolaridad            | Analfabeta             | 107        | 49%  |
|                        | Primaria               | 71         | 33%  |
|                        | Secundaria             | 32         | 15%  |
|                        | Diversificado          | 7          | 3%   |
| Estado civil           | Soltera                | 38         | 18%  |
|                        | Unida                  | 97         | 45%  |
|                        | Casada                 | 82         | 38%  |
| Ocupación              | Ama de Casa            | 217        | 100% |
| ORP                    | Quetzaltenango         | 64         | 29%  |
|                        | Salcajá                | 33         | 15%  |
|                        | San Juan Ostuncalco    | 28         | 13%  |
|                        | Palestina              | 12         | 6%   |
|                        | Cúprica                | 9          | 4%   |
|                        | Zunil                  | 7          | 3%   |
|                        | San Martín             | 5          | 2%   |
|                        | San Carlos Sija        | 5          | 2%   |
|                        | Cajolá                 | 5          | 2%   |
|                        | Olintepeque            | 4          | 2%   |
|                        | Huitán                 | 5          | 2%   |
|                        | San Andrés Xecul       | 36         | 17%  |
|                        | Nueva Concepción       | 4          | 2%   |
|                        | Paridad                | Primípara  | 92   |
| Secundípara            |                        | 54         | 25%  |
| Múltipara              |                        | 38         | 18%  |
| Gran Múltipara         |                        | 33         | 15%  |
| Resolución de Embarazo | CSTP                   | 127        | 59%  |
|                        | PES Hospitalario       | 30         | 14%  |
|                        | PES Extra hospitalario | 56         | 26%  |
|                        | LPE (Ruptura Uterina)  | 4          | 2%   |
| Tipo de egreso         | Medica                 | 209        | 96%  |
|                        | Alta voluntaria        | 8          | 4%   |

Fuente: expedientes clínicos

**Tabla No. 2****CARACTERISTICAS CLINICAS**

| <b>Variable</b>          | <b>Categoría</b>                   | <b>Frecuencia</b>  | <b>%</b> |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------|----------|
| Morbilidad Obstétrica    | detención de la dilatación         | 54                 | 25%      |
|                          | detención del descenso             | 28                 | 13%      |
|                          | mala presentación fetal            | 21                 | 10%      |
|                          | hemorragia pos parto               | 21                 | 10%      |
|                          | atonía uterina                     | 20                 | 9%       |
|                          | ruptura de membranas ovulares      | 18                 | 8%       |
|                          | retención placentaria              | 17                 | 8%       |
|                          | cesáreas previas                   | 14                 | 6%       |
|                          | óbito fetal                        | 10                 | 5%       |
|                          | pre eclampsia severa               | 10                 | 5%       |
|                          | eclampsia                          | 4                  | 2%       |
| Motivo de Referencia     | no avanza trabajo de parto         | 82                 | 38%      |
|                          | hemorragia genital                 | 24                 | 11%      |
|                          | no sale placenta                   | 17                 | 8%       |
|                          | bebe no está en posición normal    | 16                 | 7%       |
|                          | salida de líquido vaginal          | 13                 | 6%       |
|                          | Desmayos                           | 12                 | 6%       |
|                          | disminución de movimientos fetales | 11                 | 5%       |
|                          | dolor de cabeza                    | 10                 | 5%       |
|                          | Fiebre                             | 10                 | 5%       |
|                          | edema en miembros inferiores       | 7                  | 3%       |
|                          | agotamiento materno                | 7                  | 3%       |
|                          | convulsiones                       | 4                  | 2%       |
|                          | cesárea previa                     | 4                  | 2%       |
|                          | Complicación                       | sin complicaciones | 101      |
| anemia                   |                                    | 29                 | 13%      |
| endometritis pos parto   |                                    | 21                 | 10%      |
| shock hipovolémico       |                                    | 17                 | 8%       |
| rasgaduras perineales    |                                    | 11                 | 5%       |
| edema vulvar             |                                    | 11                 | 5%       |
| síndrome de HELLP        |                                    | 10                 | 5%       |
| alumbramiento incompleto |                                    | 9                  | 4%       |
| edema cerebral           |                                    | 4                  | 2%       |
| ruptura uterina          |                                    | 4                  | 2%       |

Fuente: expedientes clínicos

**TABLA No. 3**

**EDAD Y ESTANCIA HOSPITALARIA**

| <b>Variable</b>               | <b>Media</b> | <b>Desviación</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> |
|-------------------------------|--------------|-------------------|---------------|---------------|
| Edad en años                  | 24.84        | 8.568             | 15            | 45            |
| Estancia hospitalaria en días | 3.226        | 1.6272            | 2.0           | 10.0          |
| Total                         |              |                   |               |               |

Fuente: expedientes clínicos

**TABLA No. 4**  
**CRUCE DE VARIABLES**

| Variable     | Categoría           | Morbilidad Obstétrica      |        |                        |        | mala presentación fetal |        |
|--------------|---------------------|----------------------------|--------|------------------------|--------|-------------------------|--------|
|              |                     | Detención de la dilatación |        | Detención del descenso |        | No.                     | %      |
|              |                     | No.                        | %      | No.                    | %      | No.                     | %      |
| Escolaridad  | Analfabeta          | 34                         | 44.7%  | 21                     | 27.6%  | 21                      | 27.6%  |
|              | primaria            | 1                          | 100.0% | 0                      | 0.0%   | 0                       | 0.0%   |
|              | secundaria          | 19                         | 100.0% | 0                      | 0.0%   | 0                       | 0.0%   |
|              | diversificado       | 0                          | 0.0%   | 7                      | 100.0% | 0                       | 0.0%   |
| Estado civil | Soltera             | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 0                       | 0.0%   |
|              | Unida               | 53                         | 55.2%  | 28                     | 29.2%  | 15                      | 15.6%  |
|              | Casada              | 1                          | 14.3%  | 0                      | 0.0%   | 6                       | 85.7%  |
| Ocupación    | Ama de Casa         | 54                         | 52.4%  | 28                     | 27.2%  | 21                      | 20.4%  |
| ORP          | Quetzaltenango      | 53                         | 85.5%  | 9                      | 14.5%  | 0                       | 0.0%   |
|              | Salcajá             | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 7                       | 100.0% |
|              | San Juan Ostuncalco | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 1                       | 100.0% |
|              | Palestina           | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 0                       | 0.0%   |
|              | Cabrican            | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 0                       | 0.0%   |
|              | Zunil               | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 0                       | 0.0%   |
|              | San Martín          | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 2                       | 100.0% |
|              | San Carlos Sija     | 0                          | 0.0%   | 1                      | 100.0% | 0                       | 0.0%   |
|              | Cajolá              | 1                          | 100.0% | 0                      | 0.0%   | 0                       | 0.0%   |
|              | Olintepeque         | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 0                       | 0.0%   |
|              | Huitan              | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 0                       | 0.0%   |
|              | San Andrés Xecul    | 0                          | 0.0%   | 18                     | 62.1%  | 11                      | 37.9%  |
|              | Nueva Concepción    | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 0                       | 0.0%   |
| Paridad      | Primípara           | 54                         | 58.7%  | 28                     | 30.4%  | 10                      | 10.9%  |
|              | Secundípara         | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 5                       | 100.0% |
|              | Multipara           | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 1                       | 100.0% |
|              | Gran Multipara      | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%   | 5                       | 100.0% |

Fuente: expedientes clínicos

|                        |                                    | Morbilidad Obstétrica      |        |                        |       |                         |        |
|------------------------|------------------------------------|----------------------------|--------|------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Variable               | Categoría                          | Detención de la dilatación |        | Detención del descenso |       | mala presentación fetal |        |
|                        |                                    | No.                        | %      | No.                    | %     | No.                     | %      |
| Resolución de Embarazo | CSTP                               | 54                         | 52.4%  | 28                     | 27.2% | 21                      | 20.4%  |
|                        | PES Hospitalario                   | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | PES Extra hospitalario             | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | LPE (Ruptura Uterina)              | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
| Tipo de egreso         | medico con mejoría                 | 54                         | 52.4%  | 28                     | 27.2% | 21                      | 20.4%  |
|                        | alta voluntaria                    | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
| Motivo de Referencia   | no avanza trabajo de parto         | 54                         | 65.9%  | 28                     | 34.1% | 0                       | 0.0%   |
|                        | bebe no está en posición normal    | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 16                      | 100.0% |
|                        | hemorragia genital                 | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | edema en miembros inferiores       | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 3                       | 100.0% |
|                        | agotamiento materno                | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 2                       | 100.0% |
|                        | desmayos                           | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | fiebre                             | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | salida de liquido vaginal          | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | no sale placenta                   | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | dolor de cabeza                    | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | convulsiones                       | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | cesárea previa                     | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | disminución de movimientos fetales | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
| Complicación           | sin complicaciones                 | 42                         | 52.5%  | 19                     | 23.8% | 19                      | 23.8%  |
|                        | endometritis pos parto             | 6                          | 85.7%  | 1                      | 14.3% | 0                       | 0.0%   |
|                        | shock hipovolémico                 | 5                          | 100.0% | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | edema vulvar                       | 1                          | 11.1%  | 8                      | 88.9% | 0                       | 0.0%   |
|                        | rasgaduras perineales              | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 2                       | 100.0% |
|                        | alumbramiento incompleto           | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | anemia                             | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | síndrome de HELLP                  | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | edema cerebral                     | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |
|                        | ruptura uterina                    | 0                          | 0.0%   | 0                      | 0.0%  | 0                       | 0.0%   |

Fuente: expedientes clínicos

## VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Se realizó un estudio descriptivo en el que el objetivo principal fue describir la morbilidad obstétrica en pacientes con antecedente de atención por comadrona en el Hospital Regional de Occidente en 2014, como objetivos específicos se describió las causas de morbilidad obstétrica, motivo de referencia, complicaciones obstétricas, la vía de resolución de embarazo, días de estancia hospitalaria, el tipo de egreso y datos demográficos de importancia.

Se incluyeron a 217 pacientes quienes presentaron morbilidad obstétrica y tenían antecedente de atención por comadrona, se incluyó a pacientes embarazadas, en trabajo de parto o puerperio. El estudio se realizó en el periodo de enero a diciembre de 2014, se utilizó boleta recolectora de datos.

En cuanto a la morbilidad obstétrica se observó principalmente distocias del trabajo de parto, como detención de la dilatación seguida de detención del descenso, ambas con un porcentaje de 38 %, esto es debido a que la mayoría de pacientes que acuden a los servicios de una comadrona, han llevado control prenatal por ellas, y les han indicado que al iniciar los dolores de parto las llamen para asistir el trabajo de parto, al no avanzar trabajo de parto las comadronas deciden referirlas al Hospital Regional de Occidente, aunque la mayoría de mujeres resuelve parto en casa, y eso lo demuestran las estadísticas nacionales (Instituto Nacional de Estadística 2013), se encuentra en relación a un estudio realizado en 2011 en el Hospital Regional de Occidente, titulado condiciones de ingreso de pacientes referidas por comadrona, en el que las distocias del trabajo de parto se encontraron entre las tres principales causas de referencia, al igual que en otro estudio del Proyecto Mother Care realizado en 2007, en el que el principal motivo de referencia fue distocia del trabajo de parto.

Al ingreso se hizo una evaluación de las condiciones del trabajo de parto, algunas con distocia clínica evidente fueron resueltas por cesárea, algunas otras se les dio unas horas más de trabajo de parto, sin embargo a pesar de la conducción de trabajo de parto, fueron catalogadas como distocias del trabajo de parto y fueron resueltas por cesárea.

La mala presentación fetal una morbilidad obstétrica frecuente en 10 %, algunas de las pacientes fueron identificadas por la evaluación clínica que la comadrona realiza, se ha

observado que entre más años de experiencia tenga la comadrona, identifica mejor la presentación fetal, otras la identifican tarde durante el trabajo de parto al sentir alguna parte fetal diferente a la cabeza y algunas otras por prolapsos de miembros fetales según se indica en un estudio realizado en 2,011 “conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal”; lo mismo fue encontrado en otro estudio realizado en 2012, “conocimientos de señales de peligro de las comadronas”, en el que fue una de las principales causas de referencia de las pacientes; en otro estudio realizado en 2015, titulado “actuación de las comadronas ante las señales de peligro durante el parto”, en el que la mala posición fetal fue el segunda causa de morbilidad.

Hemorragia pos parto es una morbilidad obstétrica frecuente, esto es debido a que en muchas ocasiones se retrasa la identificación de señales de peligro, en otras se retrasa la toma de decisión de traslado, en otras existe una distancia larga entre el hogar y el Hospital Regional de Occidente, o les es muy difícil conseguir un medio de transporte; está en relación a un estudio realizado en 2,013 titulado “complicaciones pos parto de pacientes atendidas por comadrona”, en el que se presentó hemorragia posparto como principal complicación debido al retraso en el traslado de pacientes al centro asistencial.

Parto extra hospitalario es una morbilidad frecuente, debido a que muchas pacientes deciden tener su parto en casa y que sea atendido por comadrona, ya que se sienten más cómodas al estar en casa y en compañía de sus familiares. Al identificar alguna complicación las comadronas trasladan a las pacientes para evaluación, por lo que un porcentaje alto de pacientes llegan en puerperio a los servicios de salud, está en relación a un estudio realizado en 2011, en el que se evidenció que un alto porcentaje de pacientes consultaban a servicios de salud luego de tener a su bebe en casa, por la presentación de alguna complicación obstétrica.

La ruptura de membranas ovulares ha sido identificada como una señal peligro, por lo que al identificarla algunas comadronas deciden referir a la paciente, está en relación a datos obtenidos en un estudio en 2011 titulado “condiciones de ingreso de pacientes referidas por comadrona”, en el Hospital Regional de Occidente, en el que ruptura de membranas ovulares, fue unos de los principales motivos de referencia.

El motivo de referencia más frecuente fue “no avanza trabajo de parto” en 38 %, esto fue porque las comadronas envían a sus pacientes luego de pasadas ciertas horas, algunas esperan 12 horas y otras 24 horas con trabajo de parto, luego de pasado ese tiempo deciden referir a las pacientes, porque consideran que pasado ese tiempo el parto debe ser resuelto por cesárea. Está en relación a un estudio realizado en 2,011 en Hospital Regional de Occidente en el que el principal motivo de referencia fue “bebe no nace”.

Otro motivo de referencia fue hemorragia genital en 10 %, esto es debido a que la mayoría de comadronas identifica esta señal de peligro, y deciden referir a sus pacientes al identificarla, algunas otras comadronas deciden esperar cierto tiempo antes de hacer la referencia y en otras ocasiones la familia es la que decide esperar aunque la comadrona haya decidido hacer la referencia; está en relación a un estudio realizado en 2011, titulado “condiciones de ingreso de pacientes referidas por comadrona” en el Hospital Regional de Occidente en el que hemorragia genital fue la tercera causa de referencia de pacientes; se encontró otro estudio con datos similares del Proyecto Mother Care Guatemala en 2004, en el que el principal motivo de referencia fue hemorragia genital; otro estudio que está en relación a este hallazgo fue “prácticas utilizadas por comadrona” en 2010, en que fue la segundo motivo de referencia de pacientes a centros asistenciales; al igual que en el estudio realizado en 2015, titulado “actuación de las comadronas ante las señales de peligro” en el que fue el principal motivo de referencia de pacientes a centros asistenciales.

Un motivo de referencia importante fue “no sale la placenta”, la retención placentaria es una de las complicaciones más frecuentes a las que se enfrentan las comadronas, ya que algunas comadronas esperan demasiado tiempo para que salga la placenta, desde 1 hora hasta 2 horas (Lexus 2011), además que carecen de medicamentos para realizar un manejo activo del tercer estadio, está en relación a un estudio realizado en 2007 en Totonicapán, en el que fue el principal motivo de consulta; se encontró otro estudio en el que la retención placentaria fue una de las principales causas de referencia de las pacientes, y que las comadronas identifican como una señal de peligro y de referencia temprana a servicios de salud; otro estudio que está en relación a este dato es “prácticas utilizadas por comadrona” realizado en 2010, en el que la retención placentaria fue el primer motivo de referencia de pacientes a centros asistenciales.



La complicación obstétrica más frecuente fue anemia, esto es porque al tener un parto en casa, puede presentarse mayores pérdidas hemáticas debido a la falta de manejo activo del tercer estadio, o a la mayor pérdida hemática durante el traslado al centro asistencial, o secundario a atonía, retención de restos ovulares y rasgaduras cervico vaginales; algunas pacientes, ya cursaban con anemia previo al embarazo, lo que aumenta la morbilidad, sabiendo que el embarazo y el parto pueden exacerbar la pérdida de sangre durante el parto y puerperio, por lo que es importante la suplementación con hierro y ácido fólico a la embarazada, además de una dieta adecuada, se encuentra en relación a un estudio realizado en 2004, titulado “complicaciones pos parto de pacientes atendidas por comadrona”, en el que anemia fue la principal complicación en 80 % de los casos (Rodríguez 2011).

Endometritis pos parto fue otra complicación obstétrica importante en 17 %, debido a que en casa muy pocas veces se cuenta con norma higiénicas de atención de parto, muchas de las comadronas siguen atendiendo partos sin uso de guantes, tactos vaginales reiterados, trabajos de partos prolongados, ruptura de membranas ovulares, son factores que influyen en la incidencia de endometritis pos parto (Organización Panamericana de la Salud 2013); está en relación a un estudio realizado en 2004 titulado “morbilidad pos parto de pacientes atendidas por comadrona”, en que fue la segunda causa de morbilidad.

Shock hipovolémico se presentó como una complicación obstétrica en 15 %, esto fue por la falta de identificación de señales de peligro, desconocimiento en el manejo y falta de equipo por parte de las comadronas (Asociación Médicos descalzos 2011), esta patología es frecuente debido al tiempo de traslado, la cantidad de hemorragia que se pierde durante trabajo de parto en el que generalmente no se realiza manejo activo del tercer estadio; está en relación a un estudio realizado en 2011, titulado “condiciones de ingreso de pacientes referidas por comadrona” en se encuentra entre las principales causas de morbilidad.

Rasgaduras perineales fue otra complicación obstétrica frecuente en 9 %, debido a que las comadronas no realizan episiotomía y la técnica utilizada por la comadrona en la atención de parto. Entre menos experiencia tenga la comadrona tiene rasgaduras más graves (Lexeus 2011); está en relación a un estudio morbilidad pos parto en pacientes atendidas por comadrona en 2004, en el que se observa que las rasgaduras perineales se encuentra entre las más frecuentes, sobre todo en pacientes primigestas, quienes está estipulado por

partes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que sean atendidas en su totalidad en servicios de salud pública, sin embargo esto no se ha cumplido a cabalidad, de las rasgaduras perineales la más frecuente encontrada fue la grado I.

En cuanto a la resolución de embarazos de pacientes con morbilidad y antecedente de atención por comadrona, se observó principalmente cesáreas segmentarias transperitoneales en 59 %, está en relación a la morbilidad, en la que la más frecuente fue distocias del trabajo de parto, esto es porque la mayoría de pacientes referidas por comadrona en trabajo de parto, regularmente estuvo varias horas con la comadrona, y al no avanzar trabajo de parto deciden referirlas, generalmente esperan 24 horas de trabajo de parto, pasado ese tiempo deciden referirlas, al ser evaluadas se documentó distocia del trabajo de parto utilizando criterios clínicos.

Cabe destacar que hubieron una 4 rupturas uterinas, 2 por trabajos de partos obstruidos con mala presentación fetal, y 2 por antecedente de cesárea previa, de pacientes que acudieron con comadrona para atender su parto, fueron referidas de emergencia al notar las comadronas que “bebe no está en posición normal” y al ver hemorragia genital en abundante cantidad en pacientes con cesárea previa.

En cuanto a los días de estancia hospitalaria de pacientes con morbilidad obstétrica y antecedente de atención por comadrona se evidenció que la mayoría de pacientes estuvo hospitalizada entre 3-5 días en 48 %, esto debido al tiempo de manejo de las complicaciones de las pacientes, el tipo de egreso fue con alta médica con mejoría en 96 % (Clínica Prado, Colombia 2013).

Las pacientes embarazadas, parto o puerperio que acuden a comadronas para atención, generalmente son originarias de comunidades rurales, debido a la cultura y tradición consideran adecuada la atención por comadrona, debido a que ella conoce la forma de vivir de las pacientes y tradicionalmente ha atendido los partos de las mujeres de la comunidad, generalmente son personas con poca educación que viven en pobreza, poca unidad familiar, y son amas de casa.

La edad de las pacientes se puede observar que la mayoría de pacientes se encontró en rango de 20-39 años en 51 %, con una media de 24 años, un mínimo de 15 años y un

máximo de 45 años, este hallazgo estuvo en relación a los datos obtenidos en un estudio realizado en el Hospital de Totonicapán en 2003, se demostró que la edad más frecuente de complicaciones obstétricas de pacientes atendidas por comadrona fue 20-30 años de edad con un 24.5 %, se puede catalogar a este rango de edad como un grupo de alto riesgo, para el monitoreo de complicaciones obstétricas.

La escolaridad de las pacientes se puede observar que el 49 % de las pacientes son analfabetas, esto demuestra a que la mayoría de pacientes analfabetas no identifican señales de peligro y resuelven su parto como tradicionalmente lo han hecho sus familiares, con estos datos se puede observar que el nivel educativo esta en estrecha relación con la presencia de morbilidad obstétrica. Un estudio realizado en el Hospital Provincial General Docente Riobamba Ecuador en 2013, en el que se demostró que no hay una educación adecuada en pacientes que presentan morbilidad.

El estado civil de las pacientes se puede observar que el 45 % de las pacientes estaba unida, seguido de casada en 37.68 % del que se puede deducir la inestabilidad familiar, está en relación a lo descrito en estudios sobre morbilidad en el que las pacientes con mayor incidencia de morbilidad son las madres solteras (et al Chocron 2014).

La ocupación de las pacientes en 100 % eran amas de casa, lo que demuestra la dependencia de la pareja o la familia en la toma de decisiones en cuanto al cuidado prenatal, atención de parto y puerperio.

La paridad de las pacientes se puede observar que las que tenían parto por primera vez fueron las que más complicaciones presentaron en 43 %, existe una asociación entre ser primípara y morbilidad lo que fue corroborado en este estudio. (Qui et al 2015, Morgan et al 2011, Morales 2016); se encuentra en relación a un estudio realizado en 2015 titulado “actuación de las comadronas ante las señales de peligro en el parto”, en el que la mayoría de pacientes fueron primigestas.

El lugar de origen de las pacientes se puede observar que el mayor porcentaje de pacientes en 29 % son de Quetzaltenango, seguido por San Andrés Xecul en 17 %, Salcajá en 15 %, esto debido a la cercanía que tienen estos lugares a el Hospital Regional de Occidente

en donde se brindó atención a todas las pacientes referidas por comadrona y que presentaron morbilidad obstétrica.

En Quetzaltenango en 2014 hay más de 1,500 comadronas, quienes contribuyen a maternidad saludable, ellas son quienes en su mayoría atienden a mujeres de las áreas rurales en donde no hay ningún puesto de salud, en la celebración del día de la comadrona tradicional doña Antonia García, quien es presidente de 9 comunidades del municipio de Cantel mencionó "las comadronas siempre hemos sido víctimas de discriminación y no nos dan la importancia, pero creemos que nuestro trabajo es indispensable para disminuir los casos de muerte materna en el país, tengo más de 25 años de ser comadrona y nada ha cambiado"; es de suma importancia cambiar esa mentalidad que se tiene hacia las comadronas, por parte de trabajadores de salud pública, es importante que al llegar con una paciente al servicios de emergencia se le explique el estado de la pacientes, y que pueda participar del manejo de complicaciones de las pacientes a fin de crear una relación armoniosa entre personal de salud pública y comadronas. <sup>(20)</sup>

Las comadronas de Quetzaltenango fueron las que más pacientes refieren al Hospital Regional de Occidente "San Juan de Dios", se sabe que tienen un nivel de educación más alto, en otras prácticas como uso de temascal y posición para el parto, poseen más conocimiento que las comadronas tradicionales, esto se evidenció en un estudio realizado en 2011, "evaluación de Capacitación de Comadronas Tradicionales" del Proyecto Mother Care/Guatemala, que poseen mayor conocimiento en señales de peligro, parto y posparto, por lo que hay mayor referencia de pacientes atendidas por ellas.

## **6.1 CONCLUSIONES**

- 6.1.1 Las principales causas de morbilidad obstétrica en pacientes con antecedente de atención por comadrona fueron detención de la dilatación, detención del descenso y mala presentación fetal.
- 6.1.2 Los principales motivos de referencia fueron “no avanza trabajo de parto”, “bebe no está en posición normal” y hemorragia genital.
- 6.1.3 Las principales complicaciones fueron anemia, endometritis pos parto y shock hipovolémico.
- 6.1.4 La principal vía de resolución de embarazo fue partos distócicos simples más cesárea segmentaria transperitoneal.
- 6.1.5 La estancia hospitalaria más frecuente fue entre 3 a 5 días, por el manejo de complicaciones obstétricas.
- 6.1.6 El tipo de egreso más frecuente fue alta médica con mejoría.
- 6.1.7 Entre las principales características demográficas se encontraron con mayor frecuencia pacientes entre 20-39 años, de Quetzaltenango, analfabetas, unidas, amas de casa y primíparas.

## **6.2 RECOMENDACIÓN**

- 6.2.1 Es de suma importancia el papel que las comadronas realizan en la atención de la mujer embarazada en Guatemala, por lo que es importante realizar más estudios relacionados a comadronas así mismo fomentar la educación continua de comadronas, brindar equipo médico-quirúrgico y entrenamiento de las comadronas para mejorar las conductas relacionadas con la salud y del embarazo; además del seguimiento y evaluación de conductas tomadas por comadronas, con el objetivo de mejorar la atención materna.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. INHEM, comadronas. 2012 Segunda reimpresión, UNICEF. 2013
2. Política nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala Julio René Rodríguez MSPAS. 2015
3. Vigil De Gracia P, Suárez Rojas J, Ramos E, Reyes O, Collantes J, Quintero A, et al. Incidencia de pre eclamsia y síndrome de Hellp y su asociación con mortalidad en Latinoamérica ; 129(3): 219-22. 2015
4. Colectivo de autores. Enfermedad hipertensiva en el embarazo. En: Manual de diagnóstico y tratamiento, Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; p. 289-305. 2012
5. Organización Panamericana de Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10), Sistema Regional de Datos Básicos en Salud, Perfil de Salud de País. OPS/OMS, (2011)
6. Republica de Guatemala, Ministerio de Salud Pública, articulo, reducción de la mortalidad materna 2015.
7. Chávez Colón, Keren Susana. “Conocimientos y prácticas de las comadronas tradicionales del centro de salud de Antigua Guatemala acerca del control prenatal”. [en línea] noviembre de 2012. [citado el: 29 de 3 de 2014.] [Http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/karen%20susana%20chavez%20colon.pdf](http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/karen%20susana%20chavez%20colon.pdf).
8. Barrientos Girón, Astrid Mariam, Delgado Solares, Alejandra María y Reinoso Reynoso, Cindy Yesenia y otros. “Conocimientos de las comadronas sobre señales de peligro de mortalidad perinatal”. octubre de 2011. [citado el: 26 de abril de 2014.] [Http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8834.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8834.pdf).
9. Comadronas guatemaltecas Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2015, [http://www.ufpa.org.gt/content/comadronas-guatemaltecas- 3](http://www.ufpa.org.gt/content/comadronas-guatemaltecas-3)

10. STARR RV, ZURAWSKI J, ISMAIL M. evaluación preoperatoria y riesgo de endometritis. ;105 (5 Pt 1):1024-9 Ginecología y Obstetricia 2015.
11. Emiliana Peña\* Maritza Martínez Principales complicaciones obstétricas en un Hospital General con servicio de obstetricia, distrito nacional, México 2015.
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2009 [monografía en Internet]. Nueva York: UNICEF; 2008. [Citado Mayo 2012].
13. Ministerio de la Protección Social. Capacitación e implementación en la metodología de la vigilancia de la mortalidad materna extrema externa en diez direcciones territoriales de salud. Bogota.gov.co. Bogota:Secretaria Distrital de Salud; 2012.
14. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM. WHO revisión sistemática de morbilidad maternal y mortalidad. Reprod Health.. 2010 Aug 17 [citado mayo 2011 ];1(1):3-4.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2009 [monografía en Internet]. Nueva York: UNICEF; 2008. [Citado junio 2012].
- 16.- Creencias y práctica de las comadronas adiestradas del área rural del municipio de Quetzaltenango, Pascuala Vin Telles 2011.
17. Contreras García, Jesvia Zulena. "Conocimientos que poseen las mujeres embarazadas que asisten a la clínica de control prenatal del centro de salud de Amatitlán sobre el trabajo de parto y parto". [en línea] noviembre de 2011. [citado el: 26 de abril de 2014.] [Http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/lesvia%20zulena%20contreras%20garc%c3%ada.pdf](http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/lesvia%20zulena%20contreras%20garc%c3%ada.pdf).
18. El Manual Merck. 11ª ed. España, Elsevier. pp 1945-2144. 2012.
- 19.- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía del Docente Para Capacitación de Comadronas. 150 p 2010.



20 a Álvarez López, Magdalena Cicely. "Prácticas de las comadronas en la atención a embarazadas en el municipio de San Martín Zapotitlan". [Tesis Licenciatura en Enfermería]. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez, Facultad de Enfermería, 2014.

21. Díez Domingo, M. Isabel. Fernández Jiménez, J. Luis. López Sánchez, Susana. Martín Álvarez, Ricardo. Martínez Santiago, Alejandra. Romero Hernández, Marta. Uceda Gómez, Pilar. Manual de enfermería. España : . 978-9972-625-60-2. Ilex editores, 2011

22.- Varney, H., Kriebs, J., Gregor, Partería Profesional de Varney. 4ª ed. México. Organización Panamericana de la Salud. 1448 p. C. 2013.

23.- conocimiento Tradicional de las Comadronas sobre Salud Reproductiva. Escrito por Asociación Médicos Descalzos, Cristina Chávez Alvarado, Pablo Barone, Felipe Pol Morales, Elvira Morales Pantó. Octubre 2012

24.- "Conocimientos que poseen las comadronas tradicionales adiestradas, sobre el control prenatal, atención al parto y puerperio inmediato." Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_7947.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_7947.pdf) > Biblioteca USAC. PDF. 21/04/2015

25. Factores que determinan la decisión de la mujer para ser atendida por comadrona o médico. Municipio de Fraijanes, Guatemala. TESIS DE GRADO SUSSAN LUCÍA REYES MARTÍNEZ CARNET12819-07 (2013)

26.- Efectos del alta hospitalaria temprana en el periodo postparto en la Clínica del Prado, Medellín, Colombia. Clínica del Prado Universidad ces. Corr Inicio: septiembre de 2009; finalización: junio de 2012.

27.- Revista de Medicina Humana - Vol. 6, N° 2: 3-12 Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis NN. Sáenz3<. Universidad Ricardo Palma 2013.

28.- Condiciones de ingreso de pacientes referidas por comadrona, Hospital Regional de Occidente, Sacayón Sapon, 2015.

29.- Prácticas utilizadas por comadronas, Quetzaltenango, Mendoza Miranda, 2010.

## VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
 ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADO



### BOLETA RECOLECTORA DE DATOS

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Expediente clínico: \_\_\_\_\_ Número de Boleta \_\_\_\_\_

#### 1.- morbilidad obstétrica

|                                |                          |                               |                          |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Distocias del trabajo de parto |                          | Ruptura de membranas ovulares | <input type="checkbox"/> |
| -Detención de la dilatación    | <input type="checkbox"/> | Retención placentaria         | <input type="checkbox"/> |
| -Detención del descenso        | <input type="checkbox"/> | Hipertensión arterial         |                          |
|                                |                          | -pre eclampsia severa         | <input type="checkbox"/> |
| Mala presentación fetal        | <input type="checkbox"/> | -eclampsia                    | <input type="checkbox"/> |
| Hemorragia pos parto           | <input type="checkbox"/> | Cesáreas previas              | <input type="checkbox"/> |
| Parto extra hospitalario       | <input type="checkbox"/> | Óbito fetal                   | <input type="checkbox"/> |

#### 2.- motivo de referencia

|                                      |                          |                                |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| “no avanza trabajo de parto”         | <input type="checkbox"/> | “agotamiento materno”          | <input type="checkbox"/> |
| “hemorragia vaginal”                 | <input type="checkbox"/> | “fiebre”                       | <input type="checkbox"/> |
| “desmayos”                           | <input type="checkbox"/> | “dolor de cabeza”              | <input type="checkbox"/> |
| “no sale placenta”                   | <input type="checkbox"/> | “edema en miembros inferiores” | <input type="checkbox"/> |
| “disminución de movimientos fetales” | <input type="checkbox"/> |                                |                          |
| “salida de líquido vaginal”          | <input type="checkbox"/> | “convulsiones”                 | <input type="checkbox"/> |

### 3.- complicación obstétrica

|                        |                          |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| anemia                 | <input type="checkbox"/> | síndrome de HELLP        | <input type="checkbox"/> |
| shock hipovolémico     | <input type="checkbox"/> | alumbramiento incompleto | <input type="checkbox"/> |
| rasgaduras perineales  | <input type="checkbox"/> | edema vulvar             | <input type="checkbox"/> |
| endometritis pos parto | <input type="checkbox"/> | edema cerebral           | <input type="checkbox"/> |

### 4.- tipo de resolución de embarazo

|                  |                          |                        |                          |
|------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| PES Hospitalario | <input type="checkbox"/> | PES extra Hospitalario | <input type="checkbox"/> |
| CSTP             | <input type="checkbox"/> | LPE (ruptura uterina)  | <input type="checkbox"/> |

### 5.- Estancia Hospitalaria (días)

|      |                          |
|------|--------------------------|
| 1 -2 | <input type="checkbox"/> |
| 3-5  | <input type="checkbox"/> |
| 6-10 | <input type="checkbox"/> |

### 6.- tipo de egreso

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Alta médica con mejoría | <input type="checkbox"/> |
| Alta voluntaria         | <input type="checkbox"/> |

### 7.- datos demográficos

| EDAD       | ESCOLARIDAD   | ESTADO CIVIL | OCUPACIÓN       |
|------------|---------------|--------------|-----------------|
| < 14 años  | Analfabeta    | Unida        | Ama De Casa     |
| 15-19 años | Primaria      | Casada       | Secretaria      |
| 20-40 años | Básico        | Soltera      | Perito Contador |
| > 40 años  | Diversificado |              |                 |
|            | Universitario |              |                 |

| ORP                 |                          |                 |                          |
|---------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Quetzaltenango      | <input type="checkbox"/> | Zunil           | <input type="checkbox"/> |
| San Andrés Xecul    | <input type="checkbox"/> | San Martin      | <input type="checkbox"/> |
| Salcajá             | <input type="checkbox"/> | San Carlos Sija | <input type="checkbox"/> |
| San Juan Ostuncalco | <input type="checkbox"/> | Cajolá          | <input type="checkbox"/> |
| Palestina           | <input type="checkbox"/> | Huitán          | <input type="checkbox"/> |
| Cabricán            | <input type="checkbox"/> | Olintepeque     | <input type="checkbox"/> |
| Nueva Concepción    | <input type="checkbox"/> |                 |                          |

| PARIDAD        |                          |
|----------------|--------------------------|
| Primípara      | <input type="checkbox"/> |
| Secundípara    | <input type="checkbox"/> |
| Múltipara      | <input type="checkbox"/> |
| Gran Múltipara | <input type="checkbox"/> |

### **PERMISO DE AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“MORBILIDAD OBSTÉTRICA CON EL ANTECEDENTE DE ATENCIÓN POR COMADRONA”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.