

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE
MORBILIDAD NEONATAL EN COMADRONAS ADIESTRADAS"**

Estudio realizado con comadronas adiestradas
que asisten al Puesto de Salud del Municipio
de San Jacinto, Chiquimula, Marzo-Abril de
1994. Guatemala.

T E S I S

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

P O R

JOSE GILBERTO CASASOLA CONTRERAS

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1994.

Biblioteca Central

DL
05
+(6870)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 11 de mayo
DIOF-110-94

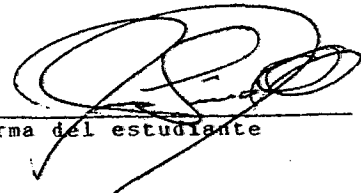
de 199 4

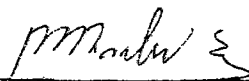
Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS JOSE GILBERTO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
CASASOLA CONTRERAS Carnet No. 88-12576
completos


Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE MORBILIDAD NEONATAL EN
COMADRONAS ADIESTRADAS"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

DR. JORGE MARIO ROSALES A.
COLEGIADO 1651


DR. HECTOR R. GARCIA SANTANA
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 2619

Revisor
Firma y sello

Registro Personal 6639

Dr. Héctor René García Santana.

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: JOSE GILBERTO CASASOLA CONTRERAS

Carnet Universitario No. 82-1276

Previo a optar al Título de Médico Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el informe del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE MORTALIDAD NEONATAL EN COMADRONAS ADIESTRADAS"

Avalado por profesor(es) y revisor por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION


Guatemala, 11 de mayo de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Raúl Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

Dr. Jaime Sánchez Cabrera Franco
0



INDICE DE CONTENIDOS

	No. de pag.
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	6
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI. METODOLOGIA	25
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	30
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	44
IX. CONCLUSIONES	48
X. RECOMENDACIONES	49
XI. RESUMEN	50
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
XIII. ANEXOS	53

I. INTRODUCCION

Guatemala posee un sistema de salud que no está en capacidad de brindar adecuada cobertura en cuestión de servicios médicos a la población de zonas rurales, es por ello que existe y se utiliza el importante recurso que representan las parteras tradicionales, denominadas en nuestro medio comadronas, cuya existencia está cultural e históricamente determinada.

El presente estudio tiene como propósito principal el determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre morbilidad neonatal poseen las comadronas adiestradas del Municipio de San Jacinto, Chiquimula. El mismo es de tipo descriptivo-prospectivo, los datos que se presentan se obtuvieron a través de entrevistas individuales con cada comadrona, utilizando una boleta de recolección de datos para llevar a cabo una entrevista semiestructurada.

La investigación demuestra que los conocimientos de las comadronas adiestradas sobre morbilidad neonatal son muy limitados, y que las actitudes y prácticas que al respecto tienen no modifican por lo general el curso de las enfermedades, así mismo resalta el hecho de la inadecuada referencia de neonatos enfermos a los centros de asistencia médica. Se busca a través de esta investigación, conocer puntos débiles en la atención pediátrica temprana por parte del sistema de salud, dar las pautas para su corrección y con ello contribuir a disminuir la morbimortalidad infantil en nuestro país.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Actualmente, en los países de América Latina como en otras partes del mundo que poseen bajas coberturas o ausencia de servicios médicos en las zonas rurales, se recurre a la asistencia obstétrica y pediátrica tradicional a través de las parteras empíricas denominadas en nuestro medio como comadronas. (5)

En nuestro país la existencia de comadronas se remonta hasta tiempos prehispánicos, en que a las mismas se les consideraba colaboradoras de la diosa maya de la luna, parto y fertilidad Ixchel. (7)

Muchas madres no tienen acceso a una asistencia sanitaria moderna, se estima que 60-80% de los nacimientos registrados tienen lugar fuera de los centros de asistencia médica. El adiestramiento y utilización de parteras empíricas por los sistemas de salud, tiene en Guatemala una larga historia que data desde el año de 1935. (5,13)

Desde la convención de Alma Ata en que se estableció la política de salud de la Organización Mundial de la Salud denominada "Salud para todos en el año 2000", se definió la estrategia de Atención Primaria en Salud; a partir de entonces se ha tomado interés en los programas de adiestramiento de comadronas. El Ministerio de Salud Pública de Guatemala ha revalorizado también las prácticas obstétricas tradicionales llevadas a cabo por comadronas adiestradas, reorganizando el recurso disponible y brindándoles participación en el primer nivel de atención del Programa Nacional de Salud Materno-infantil. (5,8,9)

Las parteras tradicionales desempeñan actividades de servicio hacia la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como asistencia al neonato que presenta alguna morbilidad, prestando siempre asistencia sanitaria esencial utilizando métodos de medicina tradicional. (5,9)

Por otra parte la mortalidad infantil en nuestro país alcanza cifras verdaderamente elevadas en el orden de 84-92 por

mil nacidos vivos registrados, la mayor parte de las defunciones se registran durante el periodo neonatal, partiendo del hecho de que más del 65% de los nacimientos son atendidos por personal no especializado, principalmente comadronas, y que son éstas quienes brindan atención a los neonatos durante sus primeros 40 días de vida, existe una clara relación entre mortalidad infantil y asistencia pediátrica temprana no calificada. (12)

El presente estudio busca determinar los conocimientos que sobre morbilidad neonatal poseen las comadronas que asisten al Puesto de Salud del Municipio de San Jacinto, Chiquimula, así como sus actitudes y prácticas al respecto, encaminado a buscar soluciones factibles a los problemas de salud que aquejan nuestra población.

III. JUSTIFICACION

La reducción de la mortalidad infantil es el objetivo primordial de OMS-UNICEF como parte de la estrategia de "Salud para todos" y "Supervivencia Infantil". En la mayor parte de comunidades en desarrollo, aproximadamente la mitad de las muertes en infantes ocurren en el primer mes de vida y usualmente durante la primera semana. (12)

Todos los años mueren en el mundo 13 millones de niños antes de alcanzar la edad de cinco años, además 500,000 mujeres mueren anualmente a consecuencia del embarazo y del parto; la tecnología actual permitiría evitar la mayor parte de esas muertes al tiempo que podría reducirse la morbilidad materno-infantil; sin embargo, la mayor parte de la población no tiene acceso a la asistencia sanitaria moderna, al grado que en nuestro país el 68% de los partos son atendidos por comadronas. (5,10,12,13)

En general, los partos tienen lugar en condiciones precarias, las consecuencias de un cuidado materno de mala calidad es reflejado en un alto riesgo de disminución de supervivencia del recién nacido. (5,13)

En las comunidades rurales de Guatemala, por tradición los partos son atendidos por comadrona, y ésta queda al cuidado tanto de la madre como del recién nacido; existe también la costumbre de no movilizar a la madre y recién nacido de la vivienda hasta cumplidos 40 días post-parto, por este motivo, toda morbilidad que pudiera presentarse durante este período queda bajo el cuidado de la comadrona. (6,12,17)

La mortalidad infantil en nuestro país es de 84-92 por mil nacidos vivos registrados, tasa por arriba de las metas propuestas para América Latina por el programa de la Organización Mundial de la Salud; el municipio de San Jacinto, en el departamento de Chiquimula, presenta una tasa de mortalidad infantil de 78 por 1000 nacidos vivos registrados, con una tasa de mortalidad neonatal de 47 por 1000 nacidos

vivos registrados. (5,10,14)

Tomando en cuenta la alta mortalidad infantil registrada a expensas casi por completo de mortalidad neonatal y conociendo la relación existente entre calidad de atención del parto y neonato con la morbimortalidad materno-infantil, se justifica la realización de un estudio que permita determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas hacia la morbilidad neonatal, con el objeto de implementar políticas y estrategias tendientes a proporcionar un adecuado adiestramiento a las parteras tradicionales, contribuyendo de esta manera a una reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil.

IV. OBJETIVOS

GENERALES:

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre morbilidad neonatal poseen las comadronas del municipio de San Jacinto, Chiquimula.
- Determinar la eficacia de el programa de adiestramiento a comadronas del municipio de San Jacinto sobre aspectos de cuidado neonatal.
- Contribuir a la reducción de la morbimortalidad infantil en el municipio en estudio.

ESPECIFICOS:

- Identificar la morbilidad neonatal que con más frecuencia se presenta y es atendida por comadronas.
- Describir los procedimientos terapeuticos empleados por las comadronas para cada entidad en particular.
- Identificar prácticas erróneas de las comadronas en la atención de morbilidad neonatal.
- Contribuir a fortalecer el programa de adiestramiento a comadronas del municipio de San Jacinto.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

1. PARTERAS TRADICIONALES

a. DEFINICION:

La Organización Mundial de la Salud, de acuerdo con los programas de salud materno infantil y de planificación familiar, ha aceptado en la gran mayoría de países en vías de desarrollo el uso de parteras tradicionales, a las cuales define como: "Una persona, por lo general mujer, que asiste a la madre durante el embarazo y parto, que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo partos por sí misma o trabajando con otras parteras tradicionales." (6,13)

Esta definición ha permanecido aceptada por la mayoría aunque no describe a la partera tradicional que ha recibido entrenamiento adicional, extendiendo su responsabilidad y trabajando como personal de salud calificado; tampoco toma en cuenta el hecho de que las parteras tradicionales prestan sus cuidados básicos a las mujeres no sólo durante el embarazo y parto sino también durante el puerperio, así como a los recién nacidos. (6,8,13)

Ampliando la definición, la Organización Mundial de la Salud, opta por reconocer tres tipos básicos de parteras tradicionales, el primer tipo es el ya mencionado, el segundo tipo es la "partera de familia" que se constituye en la partera tradicional que ha sido elegida por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros. (6,13)

Por último la partera tradicional "adiestrada", que es una partera tradicional o una partera de familia que ha seguido un cursillo de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria para mejorar su competencia. El periodo efectivo de adiestramiento por lo general no suele pasar de un mes. (13,17)

b. ASPECTOS HISTORICOS:

Desde tiempos prehispánicos, en nuestro país se ha contado con la presencia de parteras tradicionales conocidas en nuestro medio como "comadronas". La medicina tradicional es parte de una rica herencia histórica en donde

los conocimientos se fundamentan en tradiciones que han pasado de una generación a otra. En la cultura maya a las comadronas se les consideraba colaboradoras de la diosa de la luna, parto y fertilidad Ixchel, a quien acudían todas las embarazadas manifestando plegarias en su templo para que les ayudara en el parto. (5,7)

Al igual que los denominados Chilanes, las comadronas se les consideraba auxiliares de los dioses, formando parte de un grupo social especial, que sin pertenecer a los estratos de la nobleza y sacerdotes gozaban de distinciones y prerrogativas.

A la comadrona de aquellos tiempos se le describe como una mujer de edad avanzada que gozaba de mucho prestigio por sus conocimientos, con ellos examinaban a la mujer embarazada y brindaban cuidados durante el embarazo, parto y puerperio, sus recursos eran limitados y se auxiliaban con ritos mágicos y hierbas medicinales. (7,8)

Las comadronas tienen en Latinoamérica una vieja tradición al igual que en otras partes del mundo, y se les encuentra por todos lados excepto donde la población se encuentra muy dispersa. Aunque últimamente en algunas zonas urbanas que cuentan con eficientes y modernos servicios de salud el número de comadronas está disminuyendo, en la gran mayoría de zonas rurales, éstas se conservan e incrementan las actividades que han desempeñado durante largos años. (6,13)

Al igual que muchas tradiciones populares, las comadronas han resistido el paso de los años; larga historia tienen también el adiestramiento y utilización de parteras empíricas por los sistemas nacionales de salud, tal es el caso de nuestro país en que la existencia de programas de adiestramiento se remonta desde el año de 1935. (17)

La baja cobertura o aún la ausencia de servicios médicos en la mayoría de zonas rurales de nuestro país conlleva que los programas de control pre y posnatal efectivos se vean limitados al igual que la atención del parto. Aunado a ello existen barreras culturales y económicas que impiden la utilización de

los servicios existentes, especialmente llegado el momento del parto, acto que entre los pobladores rurales se ve revestido de acciones y significados simbólicos que lo vuelven un acontecimiento familiar al igual que en tiempos prehispánicos. (17)

c. CARACTERISTICAS GENERALES:

La comadrona en términos generales es usualmente una mujer de edad mayor, muchas veces ha pasado ya la menopausia y ha tenido uno o más niños. Habita en la comunidad en la que presta sus servicios y opera en una relativamente restringida zona, limitada a su propia comunidad y algunas veces a las adyacentes. (6)

El rol de las comadronas incluye todo lo relacionado con el nacimiento y esta es la esfera en la cual ellas muestran mayor poder y autoridad. Muchas de sus creencias hacia el ciclo reproductivo son dependientes de aspectos místicos y religiosos, éstas son reforzadas por rituales que son desarrollados con ceremonias tradicionales orientadas a impedir daños a la salud de la madre y el producto del embarazo.

Las comadronas se adhieren rigidamente a las reglas dietéticas de la comunidad y asumen un importante rol en la transmisión de ideas concernientes a la naturaleza y efecto de los alimentos. La comadrona es comunmente una connotada naturista con amplios conocimientos sobre el uso de hierbas y raíces. Infusiones de hierbas son frecuentemente prescritas para aliviar molestias durante el embarazo, acelerar el parto, detener partos prematuros o para tratar dismenorrea o algunas tipos de molestias relacionadas. (6,15)

Tipicamente la comadrona no es ilustrada y no posee un entrenamiento formal. Ella ha aprendido su oficio de algún miembro de su familia o ha formado parte de un grupo bajo tutelaje de una comadrona anciana. Probablemente sus primeros clientes provinieron de su propia familia y amigos cercanos. Su reputación, una vez establecida con el círculo familiar hace que pueda ser llamada por otras mujeres ajenas a su grupo

inmediato. Como una regla casi sin excepción, ella toma como clientes a las hijas de las mujeres atendidas por su tutora e instructora.

Las características mencionadas corresponden en términos generales a todas las comadronas de América Latina; en nuestro país se han realizado pocos estudios tendientes a mostrar las características de las mismas, y los que se han llevado a cabo comprenden únicamente áreas del altiplano de la república en donde, todas las comadronas son mujeres, con edades por arriba de los 45 años; al compararlas con otras mujeres de la comunidad, aparecen de constitución más fuerte. La mayoría de las comadronas provienen de familias donde ha habido otras comadronas, lo cual sugiere un aprendizaje informal sobre esa práctica. Empiezan a atender partos alrededor de los 30 años, la mayoría son analfabetas y en el caso específico del altiplano, casi no hablan español. Se constituyen como miembros muy respetados en sus comunidades, gozan del respeto acordado a las personas mayores así como a su profesión. (7,17)

d. PRACTICAS:

Se describirán en primer plano las prácticas comunes a las comadronas en América Latina y posteriormente las de las comadronas guatemaltecas del altiplano que son quienes han sido estudiadas.

Entre las características comunes a las comadronas latinoamericanas, tenemos que: como una regla, los partos tienen lugar en los hogares de sus clientes, a donde las comadronas van cuando son notificadas que la labor ha iniciado y donde permanecen hasta que el nacimiento ha tenido lugar. (6)

El número de partos que las comadronas atienden varía de el sitio geográfico, la densidad de población y las formas de transporte disponibles. Las comadronas urbanas atienden un promedio de 20 o más partos al mes en tanto que la rural probablemente no atiende más de cinco dependiendo de la densidad poblacional, y en comunidades donde es costumbre el que la madre sea atendida sólo por una familiar el número de

partos puede ser tan bajo como cinco por año. (6)

La vida de trabajo de una comadrona, cuando su práctica comienza después de la menopausia, es de alrededor de 10 a 15 años, aunque gran parte de ellas inician sus prácticas de atención de partos alrededor de los 30 años. (6)

El cuidado prenatal es prestado siempre en forma de advertencias e instrucciones, "Que hacer o comer" o más frecuentemente "que no hacer y que no comer". Los masajes abdominales son comunes así como la administración de hierbas medicinales para el dolor, debilidad o molestias, hay métodos tradicionales para determinar la fecha del parto. Las ceremonias que se llevan a cabo juegan un verdadero papel en el cuidado prenatal y dan a la madre una sensación de seguridad que la hace confiar aún más en las prácticas de la comadrona. (6)

El parto consiste en procedimientos tendientes a acelerar la expulsión del bebé, remover la placenta y disminuir la hemorragia, estos consisten en aplicar calor al abdomen materno, mantener ciertas posiciones, presión externa sobre el abdomen y tapar el canal del parto para disminuir la hemorragia y asegurar la contracción uterina. (6)

Una vez que el nacimiento ha tenido lugar, el cordón umbilical es cortado con cualquier instrumento disponible, ya sea un trozo de bambú o la hoja afilada de alguna planta, algunas utilizan dos piedras para aplastar el cordón, otras viejas navajas o tijeras, todos estos instrumentos raramente están limpios y nunca esterilizados. El largo de el cordón está de forma general culturalmente establecido, el mismo es cubierto con materiales que varían desde la ceniza hasta el estiércol de vaca. La ausencia de adecuados procedimientos de resucitación así como el alto riesgo de infección son las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal. (6)

La placenta es usualmente enterrada en el lugar del nacimiento y en muchas culturas es considerado un ritual muy significativo que influenciará en la futura vida del recién

nacido. La gran mayoría de culturas mantienen a la madre y al recién nacido recluidos o semirecluidos por periodos que varían de los 10 a los 40 días. Hay restricciones en la alimentación para la madre y la alimentación de pecho para el niño es siempre alentada, pero algunas veces no por mucho tiempo, el período de reclusión es comunmente finalizado con un baño ritual de agua especialmente preparada. (6)

El rol de la comadrona no está limitado únicamente al momento de la concepción, también incluye consejos y tratamientos sobre infertilidad, evitar abortos o medidas para evitar los embarazos. Su influencia se ve en varios aspectos de la comunidad, orienta a la familia sobre problemas de salud, ve a los niños cuando estos se enferman, conduce rituales cuando las niñas presentan su menarquía, realizan rituales de boda, circuncidan a los varones, ayudan en el trabajo de los hogares de sus clientas en el postparto. (6)

En nuestro país las comadras se han estudiado principalmente en el área del altiplano y sus principales prácticas son las siguientes: la comadrona proporciona la atención prenatal, que comienza cuando la mujer tiene 6 ó 7 meses de embarazo, para el caso de las primigestas, la suegra solicita los servicios de la comadrona; las mujeres con hijos la llaman ellas mismas. Las visitas aumentan en frecuencia de una a dos veces al mes, a visitas semanales y hasta diarias a medida que se acerca el día del nacimiento. Durante estas visitas la comadrona determina la posición del feto observando y sintiendo la forma y tamaño del abdomen y da masajes con aceites para asegurar una posición o corregir una anormal, a veces estos masajes se realizan en el baño de vapor denominado temaxcal. (7,17)

Entre las recomendaciones que las comadronas dan a sus pacientes, figura la de satisfacer todos los antojos de comidas que tengan, para no abortar, o comer un poquito de sal cuando los antojos no puedan ser satisfechos. Deben evitar el trabajo duro y no cargar objetos pesados cuando el embarazo está

avanzado. No deben salir a la calle a medio día cuando el sol es más fuerte porque podría debilitarlas, o al oscurecer cuando malos espíritus las podrían hacer caer. Tampoco deben ver la luna, porque el niño podría nacer con nistagmo. También se cree que la vida del feto puede peligrar si la mujer sufre una emoción fuerte. (17)

Las comadronas atienden los partos en las casas de las pacientes, cuando la mujer empieza con molestias, su esposo u otro pariente le llama, ésta acude con prontitud y pregunta cuándo comenzaron los dolores y la frecuencia de los mismos. Hasta entonces conduce un examen vaginal para saber "si el cuerpo de la mujer se está abriendo". Algunas poseen maletines proporcionados en los cursos de adiestramiento, cuyo contenido se ha modificado porque los materiales originales como alcohol, guantes, nitrato de plata para los ojos o cinta de castilla, se les han terminado. (17)

Durante el trabajo de parto permiten que la mujer camine dentro de la casa, se siente o acueste, la ruptura de membranas ovulares y la salida de líquido amniótico la toman como señal de la proximidad del parto. La posición adoptada por la mujer en el momento del parto es decidida por ellas mismas, ya que muchas sienten que acostadas no pueden hacer fuerza para la expulsión del niño y preferentemente se acucillan en el suelo o en la cama. El esposo u otro pariente la ayudan sosteniéndola por la espalda. El grupo familiar presente por lo general está conformado por el esposo, la madre, la suegra y otros parientes. (17)

La comadrona da masajes en el abdomen de la parturienta e indica cuando pujar, estando atenta a la coronación de la cabeza del niño, en el momento de la expulsión lo recibe en un "trapo" que ella lleva, lo limpia y espera a que salga la placenta para cortar el cordón umbilical, actualmente el cordón lo cortan con tijeras, a "dos dedos" del cuerpo y lo atan con hilo o pita, cubren el ombligo del niño con un fragmento de tela y una faja y algunas le aplican ceniza.

Después de vestir y envolver al niño, la comadrona se lo entrega a los parientes y se dedica a limpiar a la mujer y cambiar su ropa, al niño lo colocan después en la cama al lado de su madre. Las comadronas consideran como complicaciones del parto cualquier presentación anormal y el atraso en la expulsión de la placenta, casos que supuestamente refieren al hospital, sin embargo en la práctica las complicaciones casi nunca llegan al hospital porque la familia prefiere esperar la "voluntad de Dios", considerando que el viaje al hospital supone bajar a la mujer el pueblo, gastos en tiempo, esfuerzo y dinero y, a menudo, el encuentro con personal hospitalario poco comprensivo y prácticas culturalmente inaceptables, finalmente cuando la familia decide llevar a la enferma al hospital, inevitablemente muere, reforzando aún más sus temores. (17)

Con respecto al recién nacido, hay signos indicativos de que está bien, tales como cuando se ve rojo y alerta, por otra parte se piensa que hay niños que nacen enfermos y que es poco lo que la comadrona o la madre pueden hacer, por lo que no consultan. Los mortinatos y niños con defectos congénitos los atribuyen a una conducta imprudente de la madre durante el embarazo. (17)

Las comadronas no dan consejos sobre la lactancia, asumiendo que la madre amamantará a su hijo; la mayoría recomiendan que se le dé al recién nacido cucharaditas de agua tibia con azúcar mientras "baja" la leche. En general se recomiendan en el postparto alimentos "calientes" (caldo de gallina, atol, café, cerveza caliente, sopa de pescado, etc.) y se proscriben los alimentos "fríos" (frutas, hierbas, pescado, cerdo). Dentro de la primera semana postparto, la comadrona visita diariamente a la madre y niño, la examina y al recién nacido le limpia el muñón del cordón umbilical hasta que se desprende. Se supone que la madre debe permanecer en cama y no salir de casa durante 8 días, así como no salir al pueblo hasta pasados 40 días luego del parto. Pocas veces se culpa a la comadrona cuando algo malo pasa durante el embarazo o el parto;

la familia toma en esos casos un punto de vista fatalista y atribuye el problema a fuerzas externas o al destino de la mujer. (6,17)

2. PROGRAMA DE CAPACITACION DE COMADRONAS

a. ANTECEDENTES:

Desde principios de la década de los 70, la Organización Mundial de la Salud ha instado activamente a las naciones a iniciar programas para entrenamiento y utilización de comadronas como extensiones formales e informales de sus servicios de salud materno-infantil. (6)

En Guatemala, programas de adiestramiento existen desde 1935 aunque de manera informal. En 1960 el Ministerio de Salud Pública crea los programas de adiestramiento de comadronas, reconociendo el valor de estos recursos para la promoción de los mínimos servicios de salud. Dicho programa estaba orientado a mejorar los conocimientos y habilidades de las comadronas empíricas para poder prestar mejor atención en el parto; evitando prácticas y hábitos perjudiciales a la salud de la madre y el niño.

En 1978, el programa fue revisado, pero no se le realizaron cambios sustanciales. En 1990, el Ministerio de Salud junto con UNICEF iniciaron el primer curso de capacitación de comadronas con enfoque participativo, el cual se encuentra aún en fase de implementación. (7,8,15)

b. OBJETIVOS:

1) Orientar a la comadrona sobre su función en el sistema nacional de salud, a través del conocimiento del mismo, para ofrecer una mejor atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido. (10,11)

2) Contribuir a la disminución de la morbilidad materna e infantil mediante una adecuada atención por parte de las comadronas. (10)

c. PLANIFICACION:

El programa de capacitación de comadronas está a cargo del Departamento Materno Infantil, de las jefaturas de área y de distrito y de los puestos de salud.

A nivel nacional, el Departamento Materno Infantil coordina el programa, asigna el financiamiento y otros recursos para su ejecución, supervisión y evaluación. Asesora y desarrolla actividades educativas para el personal responsable de la capacitación y actualización.

A nivel de área, la enfermera graduada es la responsable de organizar las actividades, financiamiento, material y equipo, por distritos de salud; lleva el registro de comadronas en el área y participa del nivel anterior.

En el nivel distrital, la enfermera graduada se encarga de planificar y coordinar, supervisa las actividades del programa y de las comadronas. A nivel del Puesto de Salud, el auxiliar de enfermería es responsable de captar a las comadronas no capacitadas, registrar a las adiestradas y coordinar con el registrador civil de la localidad los nacimientos atendidos por comadronas.

d. PERSONAL DOCENTE:

La persona encargada de dar formación a las comadronas tradicionales no capacitadas es la enfermera graduada del Centro de Salud con participación activa de los auxiliares de enfermería, bajo la supervisión médica del Jefe de Distrito.

e. REQUISITOS:

El Ministerio de Salud Pública aplica los siguientes criterios a las comadronas que desean formar parte del programa de adiestramiento:

- a) edad no menor de 25 años ni mayor de 60 años.
- b) estado de buena salud comprobado por certificado médico extendido en el Centro de Salud.
- c) poseer experiencia previa, habiéndose dedicado antes a la atención de partos.

f. CONTENIDO:

La Organización Mundial de la Salud propone los siguientes contenidos para un curso de adiestramiento de comadronas tradicionales, tomando en cuenta que los mismos pueden modificarse de acuerdo con las necesidades de cada región. Estos son:

Cuidado Prenatal:

- Identificación del embarazo y detección de progreso anormal del mismo.
- Proveer consejos a la madre gestante acerca de la dieta y preparación de alimentos.
- Advertir a la madre acerca de la adecuada higiene personal y doméstica, importancia del descanso y sueño.
- Enseñar a valorar los servicios prenatales.
- Identificación de las principales molestias del embarazo, tratarlas o referirlas a un servicio de salud cuando éstas sean severas.
- Identificación de factores de riesgo y signos de peligro, referir a estas pacientes para su seguimiento.
- Referencia de los embarazos normales a un servicio de salud para chequeo prenatal de rutina.

Parto:

- Identificación del inicio de trabajo de parto.
- Manejo del trabajo de parto normal.
- Manejo de la separación y expulsión de la placenta.
- Identificación de circunstancias anormales durante el parto, proveer tratamiento de emergencia y referencia a un servicio de salud.

Cuidado del recién nacido:

- Provisión de cuidados iniciales, atención del inicio de la respiración normal, cuidado del cordón y ambiental.
- Identificación de anomalías, provisión de tratamiento de emergencia y referencia.

- Provisión de asistencia a la madre para iniciar la relación madre-hijo, incluyendo el inicio de la alimentación con leche materna.

Cuidado postparto:

- Identificación de cambios normales en útero, abdomen y senos.
- Lactancia materna.
- Identificación, tratamiento y referencia de complicaciones que afecten a la madre o al recién nacido.
- Educación a la madre sobre higiene personal, dieta y lactancia materna prolongada.
- Educación a la madre sobre reanudación de relaciones sexuales, menstruación y posibilidades de concepción.

Cuidados Neonatales:

- Identificación de circunstancias que disminuyen el bienestar del infante y educación a los padres.
- Identificación del progreso anormal del infante, referir los casos a un servicio de salud.
- Identificación de infecciones comunes, desordenes de la infancia, proveer tratamiento y referir los casos para su seguimiento a un servicio de salud.
- Educación a la madre acerca de cuidados infantiles en el primer año de vida incluyendo inmunizaciones, dieta, higiene, primeros auxilios y control del niño sano.

Planificación Familiar:

- Identificación de familias que se interesen y necesiten planificación familiar.
- Informar a las madres y las parejas sobre los beneficios de espaciar embarazos, métodos anticonceptivos y provisión de los mismos.
- Referir a las madres a clínicas de planificación.
- Enseñar a las parejas los efectos secundarios de el uso de contraceptivos.
- Identificar y referir a los servicios de salud a las mujeres con problemas de infertilidad.

Salud Pública:

- Participación en los esquemas nacionales de salud.
- Reportar los nacimientos y muertes para el registro o persuadir a los padres de hacerlo. (6)

El Ministerio de Salud Pública ha modificado este programa para suplir las necesidades de nuestro país, por lo que el contenido del curso que se imparte a las comadronas por parte de las enfermeras graduadas de los Centros de Salud consta de nueve unidades:

Unidad I "Introducción"

Orienta a la comadrona sobre su función en el sistema nacional de salud, describe los tres niveles de atención y su organización, se mencionan las acciones concretas de una comadrona como lo son: control prenatal, atención del parto, del recién nacido y del puerperio, detección y referencia de casos de alto riesgo, promoción de los programas de atención primaria en salud.

Unidad II "Costumbres y tradiciones relacionadas con el embarazo, parto, puerperio y recién nacido"

Conlleva el analizar las costumbres y tradiciones propias de las comadronas, respetando las mismas, enfatizando la utilización de prácticas inocuas y eliminando progresivamente las que se consideran nocivas.

Unidad III "Higiene"

Incluye los aspectos básicos sobre higiene tanto a nivel personal como de los alimentos y vivienda.

Unidad IV "Equipo de Trabajo"

Capacita a la comadrona para el adecuado manejo y mantenimiento del equipo básico para la atención del parto, expone el equipo ideal que debiera tener toda comadrona.

Unidad V "Atención del embarazo"

Prepara a la comadrona con conocimientos básicos sobre la atención del embarazo. Estudia los órganos reproductivos

femeninos y masculinos, la concepción, el embarazo con sus molestias más frecuentes, identifica factores de riesgo y referencia de las pacientes que los presentan.

Unidad VI "Atención del parto"

Capacita a la comadrona para que brinde una mejor calidad de atención del parto y del recién nacido. Describe las tres etapas del parto, lo que se debe hacer en cada una de ellas. Enfatiza en las señales de peligro y en el hecho de no tratar de atender partos que exponen la vida del niño o la madre. También enseña las señales de peligro del neonato y cuándo referirlo. Aprende los procedimientos legales de un mortinato y como registrar los nacimientos.

Unidad VII "El Puerperio"

Presenta cuidados para el niño y la madre durante el postparto, da lineamientos de planificación familiar para que la comadrona pueda orientar a la madre y referirla a un servicio de salud para una adecuada selección del método a seguir ya que a pesar de que se les brinda instrucción no se les permite el suministro de métodos anticonceptivos.

Unidad VIII "El recién nacido"

Da a la comadrona los lineamientos para los cuidados inmediatos y mediatos del recién nacido en lo que se refiere a vestido, higiene, manejo del cordón y alimentación (lactancia materna). Así mismo la capacita para la referencia de la madre e hijo a un servicio de salud para quedar inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo junto con la administración de inmunizaciones.

Unidad IX "Elementos básicos de nutrición"

Proporciona a la comadrona conocimientos básicos sobre alimentación balanceada en el embarazo y puerperio, además ratifica la importancia de la lactancia materna y cuándo se debe recomendar el destete.

3. MORBILIDAD NEONATAL

Se encuentra mundialmente aceptado el concepto de período neonatal aquel que comprende los primeros 28 días de vida. Este período se reviste de importancia si se parte de que en la mayoría de países en desarrollo, aproximadamente la mitad de la mortalidad infantil ocurre en el primer mes de vida, el período neonatal. La Organización Mundial de la Salud reporta que en países en que la mortalidad infantil varía desde 32 a 135 por 1000 nacidos vivos, las muertes neonatales representan entre el 42 al 63% y aún más si se toma en cuenta el subregistro que de las mismas existe. (13)

Si la morbimortalidad post-neonatal (la que ocurre entre el primer mes y primer año de vida) es resultado directo de lo que acontece al infante conforme se desarrolla, la morbimortalidad neonatal y perinatal están fuertemente ligadas al ambiente fetal intraútero (relacionado de forma directa con la salud materna) y lo sucedido inmediatamente después del parto, es en este período de la vida que la madre forma por entero su ambiente y por ello el adecuado cuidado materno es la más importante y efectiva vía de prevenir la enfermedad y la muerte. (13)

Las causas de mortalidad neonatal son aquellas mismas que las de mortalidad perinatal en su mayoría; éstas incluyen bajo peso al nacer, infecciones y secuelas de trauma al nacimiento.

Las infecciones neonatales están comunmente relacionadas con prácticas poco higiénicas de atención del parto, o bien pueden resultar de infecciones del líquido amniótico o del cordón por una prolongada labor, muchas de estas infecciones pueden causar neumonías o sepsis en los recién nacidos. (13)

El tétanos neonatal es talvez una de las más importantes causas de morbimortalidad infantil en países en vías de desarrollo; higiene estricta durante el parto al igual que la inmunización materna han demostrado ser medidas efectivas para su control. (13)

Las muertes relacionadas con trauma al nacimiento son el

resultado de prolongada labor de parto, contracciones inefectivas, desproporción fetopélvica, malposición fetal o desprendimiento de la placenta; muchos de estos problemas pueden ser predecidos y manejados adecuadamente en un servicio de salud, por lo que se debe insistir en un adecuado sistema de referencia en donde los partos sean atendidos por comadronas tradicionales. (13)

Existen factores que confieren al recién nacido un alto riesgo de morbilidad, los más importantes de éstos son:

- Nacimiento antes de la 37 o después de la 42 semana de gestación.
- Peso al nacer menor de 2,500 gramos o mayor de 4,000 gramos.
- Desviaciones en el peso esperado para cada edad.
- Historia previa de fetos o hermanos muertos en el período neonatal o con enfermedades graves.
- Mal estado al nacer (Apgar al nacimiento de 0-4) o necesidad de reanimación.
- Historia materna de infección u otras enfermedades durante el embarazo.
- Embarazo múltiple o nueva gestación en los seis meses siguientes al último embarazo.
- Complicaciones obstétricas como hidramnios, abrupcio placentae, placenta previa o presentación anormal.
- Malformación importante.
- Anemia o incompatibilidad de grupo sanguíneo. (2,4)

Se denomina pretérmino a todo recién nacido vivo con menos de 37 semanas de gestación a partir del último período menstrual. Históricamente, la prematuridad venia determinada por un peso al nacimiento de 2,500 gramos o menos, en la actualidad se conocen como "recién nacidos de bajo peso al nacimiento" y son quienes durante el primer año de vida presentan el mayor riesgo de morbilidad. (2,4)

La inmadurez tiende a incrementar la gravedad de la mayoría de las enfermedades neonatales. Las principales causas de muerte son: enfermedad de membrana hialina, hemorragia

intraventricular, sepsis, asfixia, traumatismo obstétrico y malformaciones. La patología de mayor importancia clínica asociada a prematuridad es la dificultad respiratoria, apnea recurrente, hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, anemia, edema, alteraciones neurológicas relacionadas con anoxia cerebral, inestabilidad circulatoria, hipotermia, sepsis bacteriana y coagulación intravascular diseminada. (2,4)

a. Manifestaciones clínicas de enfermedad durante el período neonatal:

Las enfermedades en el recién nacido presentan un número limitado y relativamente inespecífico de signos y síntomas clínicos. (2)

La cianosis central generalmente indica insuficiencia respiratoria, si el origen es pulmonar, la respiración tiende a ser rápida, pudiéndose acompañar de retracción torácica; si la causa es central (hemorragia intracraneal) o anoxia, las respiraciones tienden a ser irregulares, lentas y débiles. Una cianosis persistente sin dificultad respiratoria sugiere cardiopatía congénita o metahemoglobinemia. También la cianosis puede ser signo de presentación de bacteremia, hipoglicemia, meningitis, shock o persistencia de la circulación fetal. (2)

La palidez está presente en anemia y hemorragia, así como sugiere hipoxia, hipoglicemia, sepsis o shock. (2,4)

Las convulsiones, por regla general indican alteración del sistema nervioso central, pueden ser además el primer signo de una bacteremia u otras infecciones graves; las mismas deben diferenciarse de los temblores, que no tienen significancia patológica y que se caracterizan por interrumpirse al sujetar la extremidad, desencadenarse preefentemente por estímulos sensoriales y no ir acompañados de movimientos anormales de los ojos. La apnea puede ser la primera manifestación de actividad convulsiva sobre todo en el pretérmino. (2,4)

La letargia puede ser manifestación de asfixia, hipoglicemia, sedación, malformación cerebral y si aparece después del segundo día sugerirá principalmente una infección.

La irritabilidad es signo de malestar asociado a procesos abdominales, irritación meníngea, infecciones, glaucoma congénito u otras noxas. Así mismo la hiperactividad puede indicar hipoxemia, neumotórax, enfisema, hipoglucemia, hipocalcemia, lesión cerebral, o tirotoxicosis. (2)

El rechazo de la alimentación se presenta en la mayoría de los neonatos enfermos y debe orientar a infecciones u otros procesos, la fiebre debe orientar hacia infecciones graves aunque muchas veces estos procesos se acompañan de hipotermia inexplicable lo cual se asocia con sepsis. (2,4)

La apnea recurrente es el cese de la respiración durante más de 20 segundos acompañado de cianosis o bradicardia y exige una investigación inmediata. (2,4)

La ictericia en las primeras 24 horas de vida se puede deber a eritroblatosis fetal, sepsis, citomegalovirus, toxoplasma o rubeola congénita. (4)

La ictericia después de las primeras 24 horas de vida, puede ser fisiológica o bien puede ser patológica ocasionada por sepsis, anemia hemolítica, trastornos metabólicos, hepatitis, atresia biliar o infecciones. (2,4)

Los vómitos sugieren obstrucción intestinal o aumento de la presión intracraneal; pueden ser signos inespecíficos de sepsis; cuando están impregnados de sangre denotan grave enfermedad y cuando son biliosos, obstrucción por debajo de la ampolla de Vater. (2)

La diarrea puede ser síntoma de sobrealimentación, gastroenteritis aguda, malabsorción o inespecíficamente, infección; también se relaciona con trombosis mesentérica, enterocolitis necrotizante, hernia estrangulada, invaginación, torsión ovárica o testicular. (2,4)

La distensión abdominal es, por regla general, un signo de obstrucción intestinal o de masa abdominal; también se observa en enteritis, ileo por sepsis, dificultad respiratoria o hipopotasemia. (2,4)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo descriptivo-prospectivo.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se seleccionaron a todas las comadronas que se encuentran registradas en el Puesto de Salud del Municipio de San Jacinto y en el Centro de Salud del Municipio de Quezaltepeque, Chiquimula; que se encuentran activas en su profesión.

C. TAMANO DE LA MUESTRA:

Se tomó el 100% de las comadronas registradas para el Municipio de San Jacinto, esto es por el método de inducción perfecta.

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

1.- Criterios de Inclusión:

- a. Ser comadrona adiestrada en el Centro de Salud de Quezaltepeque y Puesto de Salud de San Jacinto.
- b. Prestar servicios en el Municipio de San Jacinto.
- c. Encontrarse activas en su oficio.
- d. Encontrarse registradas en el Centro de Salud.

2.- Criterios de exclusión:

- a. Se excluye de el estudio a las comadronas no registradas, que no hayan recibido adiestramiento o se encuentran inactivas en su oficio.

E. VARIABLES A ESTUDIAR:

1.- EDAD:

DEFINICION CONCEPTUAL: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

DEFINICION OPERACIONAL: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la comadrona al momento de la entrevista.

ESCALA DE MEDICION: años.

INSTRUMENTO PARA LA MEDICION: Boleta de recolección de datos y entrevista.

2.- TIEMPO DE EJERCICIO DE PROFESION:

DEFINICION CONCEPTUAL: Tiempo durante el cual se ha trabajado de manera habitual en un oficio.

DEFINICION OPERACIONAL: Tiempo de desempeño de oficio como comadrona independientemente de la fecha de adiestramiento.

ESCALA DE MEDICION: años.

INSTRUMENTO DE MEDICION: Boleta de recolección de datos y entrevista.

3.- ESCOLARIDAD:

DEFINICION CONCEPTUAL: Conjunto de los cursos o años que un estudiante ha recibido en una escuela o centro de estudios.

DEFINICION OPERACIONAL: Cursos o años que la comadrona ha aprobado como parte de su educación.

ESCALA DE MEDICION:

- Ninguna
- Alfabeta
- Hasta tercero primaria
- Primaria completa
- Ciclo Básico
- Diversificado

4.- CONOCIMIENTOS:

DEFINICION CONCEPTUAL: Poseer noción y entendimiento de las cosas, adquirido gracias a la práctica, observación y estudio.

DEFINICION OPERACIONAL: Noción y entendimiento que sobre morbilidad neonatal poseen las comadronas, adquiridos gracias a la práctica, observación y estudio.

INSTRUMENTO DE MEDICION: Boleta de recolección de datos y entrevista.

5.- ACTITUDES:

DEFINICION CONCEPTUAL: Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona y postura que se toma ante hechos determinados.

DEFINICION OPERACIONAL: Conjunto de operaciones y tareas propias de las comadronas y sus posturas ante la morbilidad neonatal que se les presenta.

INSTRUMENTO DE MEDICION: Boleta de recolección de datos y entrevista.

6.- PRACTICAS:

DEFINICION CONCEPTUAL: Costumbre o estilo, método que se sigue en la realización de actividades.

DEFINICION OPERACIONAL: Costumbre o estilo, método que siguen las comadronas en la atención de sus actividades.

INSTRUMENTO DE MEDICION: Boleta de recolección de datos y entrevista.

F. RECURSOS:

RECURSOS HUMANOS:

- Director Centro de Salud de Quezaltepeque.
- Secretaria Centro de Salud de Quezaltepeque.
- Médico EPS Puesto de Salud de San Jacinto.
- Técnico en Salud Rural, Puesto de Salud, San Jacinto.
- Secretario, Municipalidad de San Jacinto.

RECURSOS MATERIALES FISICOS:

- Boleta de recolección de datos.
- Registro civil de Municipalidad de San Jacinto.
- Archivo del Centro de Salud de Quezaltepeque.
- Archivo del Puesto de Salud de San Jacinto.
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca del Hospital Roosevelt.
- Biblioteca del INCAP.
- Biblioteca de la Dirección General de Servicios de Salud.
- Computadora Personal SX 386, 24 Meahertz.
- Procesadora Brother GX-8000
- Material de escritorio.

RECURSOS MATERIALES ECONOMICOS:

- Material de escritorio:	Q.	50.00
- Gastos de Papelería:	Q.	50.00
- Cinta para impresora:	Q.	60.00
- Transporte:	Q.	400.00
- Alimentación:	Q.	300.00
- Impresión de Informe Final:	Q.	1,500.00

G. ASPECTOS ETICOS:

- Se entrevistó únicamente a quienes quisieron colaborar en forma voluntaria.
- Se detalló el objeto de la entrevista.
- Se evitó influir en las respuestas.
- Las entrevistas se llevaron a cabo de forma individual y privada.

H. PLAN PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS:

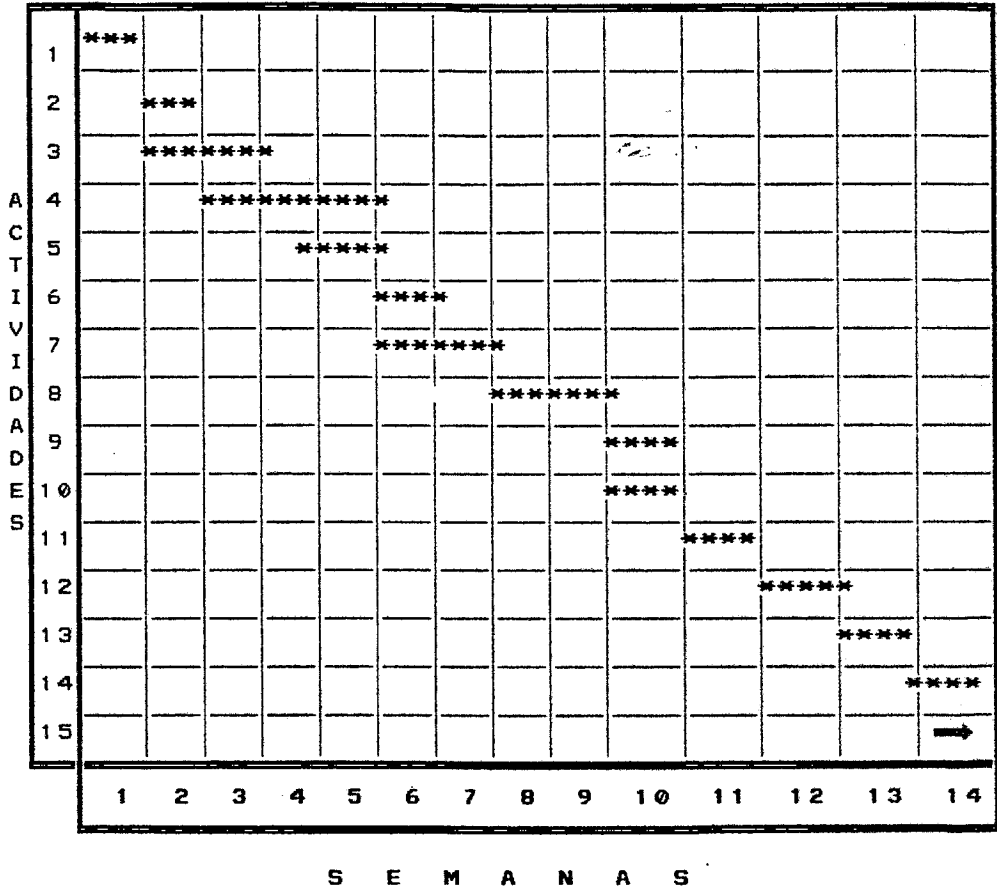
Para poder obtener la información se utilizaron boletas de recolección de datos, las cuales constaron de preguntas dirigidas en su primera parte y preguntas abiertas a ser llenadas mediante el método de entrevista semiestructurada en la segunda parte.

Se entrevistaron a las comadronas en sus viviendas contando para ello con la colaboración del Técnico en Salud Rural del Puesto de Salud del Municipio que proporcionó la información acerca de la ubicación de las viviendas.

I. EJECUCION DE LA INVESTIGACION: El cronograma de actividades fue el siguiente:

- 1.- Selección del tema del Proyecto de Investigación.
- 2.- Elección de Asesor y Revisor.
- 3.- Recopilación de material bibliográfico.
- 4.- Elaboración del Proyecto de Investigación conjuntamente con el asesor y revisor.
- 5.- Aprobación del Proyecto por la Jefatura de Distrito de Salud de Quezaltepeque.
- 6.- Aprobación del Proyecto por la Unidad de Tesis.
- 7.- Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recolección de la información.
- 8.- Ejecución del Trabajo de campo.
- 9.- Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas.
- 10- Análisis y discusión de resultados.
- 11- Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 12- Presentación del Informe Final para correcciones.
- 13- Aprobación del Informe Final.
- 14- Impresión del Informe Final y trámites administrativos.
- 15- Examen Público de defensa de la Tesis.

GRAFICA DE GANTT



6 21 2 5 1

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos a partir de la entrevista a las comadronas adiestradas del Municipio de San Jacinto, Chiquimula, son los siguientes:

Se entrevistó a un total de 35 comadronas, correspondiendo al 100% de las registradas en los listados existentes en el archivo del Puesto de Salud de San Jacinto.

CUADRO 1

COMADRONAS ADIESTRADAS DEL MUNICIPIO DE SAN JACINTO, CHIQUIMULA
AGRUPADAS POR EDAD

EDAD	N	%
25 - 34	7	20
35 - 44	9	25.6
45 - 54	1	2.8
55 - 64	9	25.6
65 - 74	7	20
75 o mas	2	5.7
TOTALES	35	100.0

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS Y ENTREVISTA

La edad de las comadronas entrevistadas osciló entre los 26 y 77 años, con una media de 50 años, el 53% de las mismas son mayores de 50 años y el 47% son menores de esa edad. Los grupos etáreos de 35 a 44 años y 55 a 64 años sitúan a la mayor parte de las entrevistadas.

CUADRO 2

COMADRONAS ADIESTRADAS DEL MUNICIPIO DE SAN JACINTO, CHIQUIMULA
AGrupadas POR TIEMPO DE EJERCICIO COMO COMADRONAS EN AÑOS

TIEMPO DE EJERCICIO	N	%
0 - 4 años	7	20
5 - 9 años	4	11.4
10 - 14 años	9	25.7
15 - 19 años	5	14.3
20 - 24 años	0	0
25 - 29 años	5	14.3
30 - mas	5	14.3
TOTALES	35	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS Y ENTREVISTA

El tiempo de ejercicio de la profesión de comadronas varió desde los 2 hasta las 50 años entre las entrevistadas, con un promedio de 16 años, el mayor número se situó en dos grupos, en las comadronas con 10 a 14 años de desempeñar sus funciones y aquellas con más de 25 años en la atención de partos.

CUADRO 3

COMADRONAS ADIESTRADAS DEL MUNICIPIO DE SAN JACINTO, CHIQUIMULA
 AGRUPADAS POR TIEMPO DE HABER RECIBIDO CURSO DE CAPACITACION
 COMO COMADRONAS, EN AÑOS

TIEMPO DE HABER RECIBIDO CURSO DE CAPACITACION	N	%
0 - 4 años	14	40
5 - 9 años	5	14.2
10 - 14 años	15	42.5
15 - 19 años	0	0
20 - 24 años	0	0
25 - 29 años	0	0
30 - mas	1	3
TOTALES	35	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS Y ENTREVISTA

El tiempo de haber recibido el curso de capacitación como comadronas por parte del Centro de Salud de Quezaltepeque, osciló entre los 2 y 30 años con una media de 8 años, la mayor parte de las comadronas recibieron dicho curso entre 10 y 14 años atrás, representando un 42.5% del total.

CUADRO 4

ESCOLARIDAD DE LAS COMADRONAS ADIESTRADAS DEL MUNICIPIO
DE SAN JACINTO, CHIQUINULA

ESCOLARIDAD	N	%
NINGUNA	23	65.7
ALFABETA	5	14.3
3o. PRIMARIA	2	5.7
PRIMARIA	5	14.3
CICLO BASICO	0	0
DIVERSIFICADO	0	0
TOTALES	35	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS Y ENTREVISTA

En cuanto a la escolaridad de las comadronas entrevistadas, se encontró que el 65.7% son analfabetas, el 14.3% son alfabetas, el 5.7% cursó hasta el tercer grado de educación primaria y el 14.3% terminó sus estudios en la escuela primaria. Ninguna de las entrevistadas ha tenido estudios superiores a estos.

CUADRO 5

NUMERO DE PARTOS ATENDIDOS EN TOTAL Y POR AÑO EN RELACION CON EL
TIEMPO DE EJERCICIO DE PROFESION EN COMADRONAS ADIESTRADAS DEL
MUNICIPIO DE SAN JACINTO, CHIQUIMULA

TIEMPO DE EJERCICIO COMO COMADRONA EN AÑOS	PARTOS ATENDIDOS EN TOTAL	PARTOS ATENDIDOS POR AÑO
2	20	2-3
3	10	2-3
4	5	2
4	11	1-2
4	10	2
4	15	2-3
4	10	2
5	5	1
5	7	1
6	10	4
6	15	3
10	30	5-6
10	15	3
11	20	2
11	20	2
12	50	7
13	20	2
13	25	2
14	20	1-2
14	10	1
15	40	4
15	60	7
16	35	2-3
18	30	2
18	45	3
26	50	2
27	50	5-7
28	60	6
28	65	3
28	60	3
37	90	3
38	150	30
38	50	2
39	70	2
50	700	16

CUADRO 6

MORBILIDAD NEONATAL MAS FRECUENTEMENTE ATENDIDA POR COMADRONAS
ADIESTRADAS DEL MUNICIPIO DE SAN JACINTO, CHIQUIMULA.

ENTIDAD PATOLOGICA	FRECUENCIA
ENFERMEDAD DIARREICA	16
FIEBRE	10
INFECCION RESPIRATORIA	10
PREMATURIDAD	8
BAJO PESO AL NACER	8
DIFICULTAD RESPIRATORIA	6

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS Y ENTREVISTA

La morbilidad neonatal que con más frecuencia es atendida por comadronas en el Municipio de San Jacinto, Chiquimula es la enfermedad diarreica y le siguen la fiebre, infección respiratoria superior, prematuridad, bajo peso al nacer y dificultad respiratoria.

CUADRO 7

COMPLICACION OBSTETRICA MAS FRECUENTEMENTE ATENDIDA POR COMADRONAS
ADIESTRADAS DEL MUNICIPIO DE SAN JACINTO, CHIQUIMULA.

COMPLICACION OBSTETRICA	FRECUENCIA
MALPOSICION FETAL	22
RETENCION DE PLACENTA	8
PREECLAMPSIA	6
R.P.M.O. *	4
PARTO PROLONGADO	4
HEMORRAGIA	4

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS Y ENTREVISTA

* RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES

La complicación obstétrica más frecuentemente atendida por comadronas adiestradas del Municipio de San Jacinto, Chiquimula es la malposición fetal, seguida de retención placentaria, ruptura prematura de membranas ovulares, preeclampsia, parto prolongado y hemorragia.

PREGUNTA # 6

Qué hace usted cuando se presenta cada una de estas enfermedades: Al hacer esta pregunta durante la entrevista a las comadronas, respondieron la conducta que toman ante cada entidad en particular mencionada en la pregunta # 3 y de las cuales las más comunes se presentan en el Cuadro 6, las comadronas respondieron:

Para los casos de enfermedad diarreica, el 50% de las comadronas refiere a los neonatos a un servicio de salud mientras que el otro 50% aplica tratamientos de tetraciclina, leche con anís y únicamente el 20% utiliza sueros de rehidratación oral para el tratamiento de estos casos.

Para los neonatos que cursan con fiebre el 50% administra salicilatos en dosis de 100mg cada 6 horas, el resto recomienda dietas con alimentos frios y bañarlos con "agua de florida".

Los que presentan infecciones respiratorias o dificultad respiratoria los tratan con extracto de ruda, salvia o anís.

A los neonatos que consideran prematuros la totalidad de comadronas manifiesta referirlos, mientras que a los que llaman "desnutridos" o sea de bajo peso al nacer únicamente indican a la madre que debe alimentarlos bien.

Para otras entidades se tiene que, a los neonatos irritables les calientan el cuerpo con aceite, los que luego de partos prolongados nacen con caput succedaneum les frotan aceite en la cabeza; los que presentan infecciones oculares manifiestan referirlos en su totalidad al igual que los que presentan anomalías congénitas. Los neonatos que según las comadronas padecen de tétanos neonatal los dejan que mueran.

PREGUNTA # 7

Cuándo o en que casos refiere usted al recién nacido al Puesto de Salud o al Hospital: El 5% de las comadronas manifestó referir a los neonatos cuando éstos comienzan a manifestarse enfermos, antes de que agraven el cuadro, el 25% los refiere cuando ya intentaron algún tratamiento y el paciente no mejora, el 30% refieren únicamente cuando están graves y el 30%

restante manifiestan referirlos siempre que presenten algún signo de enfermedad.

Si los niños nacen sanos y no presentan ninguna morbilidad los refieren a los 40 días para su control al Puesto de Salud.

PREGUNTA # 8

Cómo identifica las complicaciones obstétricas que mencionó en la pregunta número 4: Debido a que la gran mayoría de las comadronas mencionó como complicación de los partos que atienden la malposición fetal el 50% de ellas mencionó que realizan palpaciones mediante las cuales determinan la posición fetal, el 25% ejerce masajes además de las palpaciones y un 15% mide la altura uterina, para las demás complicaciones cada una tiene criterios particulares.

PREGUNTA # 9

Qué hace usted cuando se presenta cada una de las complicaciones obstétricas que mencionó: En el caso de malposición fetal el 25% intenta mediante masajes modificar la misma y referir a las pacientes si no lo logra, el 75% restante manifiesta referir al detectar la complicación; en los casos que los partos en presentación podálica son inminentes todas refieren dejar que el neonato salga solo sin aplicar ninguna maniobra ya que éste podría "ahogarse".

Cuando hay retención placentaria, calientan el abdomen de la madre con aceite y ejercen presión suave sobre éste sin ejercer tracción sobre el cordón.

A las madres con preeclampsia y eclampsia que las comadronas refieren como "hinchadas y con ataques" unicamente las mantienen en reposo.

En ruptura prematura de membranas ovulares, le llaman "parto en seco" pero no toman ninguna medida en particular.

A las madres con partos prolongados unicamente dan apoyo y si consideran que este se prolonga por ser "estrechas de caderas" o sea por estrechez pélvica, las refieren al hospital cuando las madres ya están agotadas. Las que presentan hemorragia abundante les taponan el canal vaginal con

fragmentos de tela.

PREGUNTA # 10

En qué casos o cuándo refiere usted a la madre al Puesto de Salud o al Hospital: Un 75% de las entrevistadas refiere al presentarse malposición fetal, un 20% en partos prolongados, otro 20% cuando a la madre en el Puesto de Salud le han indicado que tenga el parto en el Hospital, un 15% cuando la gestante lo pide, un 15% cuando la madre está enferma o débil, un 10% cuando consideran que hay estrechez pélvica y un 10% que manifiesta no referir ningún caso.

PREGUNTA # 11

A qué atribuye un recién nacido muy pequeño y delgado, y que conducta toma ante el mismo: El 47% de las comadronas respondió que era un neonato "desnutrido", el 80% lo atribuye a falta de nutrición materna adecuada, un 10% a prematuridad, un 8% a la falta de control prenatal y un 2% manifestó nunca haber visto uno.

En cuanto a la conducta que toman al presentarse un neonato de estas características el 41% lo refiere al Puesto de Salud, el 67% indican que hay que alimentar bien a la madre para que ésta alimente adecuadamente al neonato, un 25% indica suplementar vitaminas.

PREGUNTA # 12

A qué atribuye un neonato que al nacer no respira, se mueve poco y presenta coloración azul: El 60% de las comadronas manifiesta que se debe a que "se le pasó la hora", un 20% lo atribuye a un parto prolongado, un 8% a que "nacen ahogados", un 8% que no sabe por qué y un 4% considera que se debe a que la madre ingirió mucho licor.

Ante un caso similar un 53% de las comadronas respondieron que los hacen responder soplándoles suavemente en la boca, un 23% les soplan además la nariz y el oído, un 20% los limpian y secan bien estimulándoles al mismo tiempo que tratan de aspirarles las secreciones, un 15% los deja que mueran ya que

según indican para ello tienen "hora y tiempo" y si se les pasa ellas no pueden hacer nada. Unicamente un 3% indicó llevar a cabo adecuadas maniobras de resucitación.

PREGUNTA # 13

A qué atribuye usted un recién nacido que viene bañado en una sustancia espesa de color verde: Un 80% de las comadronas entrevistadas dijeron nunca haber visto algo similar, un 10% lo atribuye a suciedad de ellos mismos, un 5% ha visto pero no sabe a que atribuirlo y otro 5% lo considera debido a mal aseo de la madre.

El 20% de las comadronas que han tenido casos similares manifiestan que lo que hacen es bañarlos en agua tibia y limpiarlos bien luego de nacer.

PREGUNTA # 14

A qué atribuye un neonato con dificultad para respirar, quejido, con respiración rápida y que se le marcan las costillas al hacerlo: Un 56% de las entrevistadas no sabe, un 14% dice que es por que tienen muchas secreciones, otro 14% indica que es porque "tragaron suciedad al nacer", un 7% lo atribuyen a "hervor de pecho" por tos y fiebre, y el 9% restante creen debido a que les costó respirar al nacer.

Un 86% de las comadronas refieren estos neonatos al Puesto de Salud luego de haber intentado mejorar su condición administrándoles aceite y agua de cebada o suero de rehidratación oral, el resto unicamente los trata y no refiere.

PREGUNTA # 15

Indique a qué atribuye un neonato con coloración amarilla de la piel y que conducta toma ante el mismo: Un 86% de las comadronas dijo no saber o no haber visto un caso similar, 9% lo atribuyen a la leche, mucho calor o alguna enfermedad del nenato o de la madre y 5% lo atribuye a mucho calor.

El 72% de las entrevistadas manifestaron referir a estos pacientes al Puesto de Salud y el 28% restantes indicaron que aconsejaban a las madres ponerlos al sol sin saber porqué.

PREGUNTA # 16

Indique a qué atribuye un recién nacido con coloración azul de la piel y que conducta toma ante el mismo: El 63% de las comadronas dijeron que no sabe a que se debe, el 47% nunca ha visto uno.

Unicamente el 56% de las entrevistadas indicaron referir estos casos cuando se les presentan.

PREGUNTA # 17

A qué causa atribuye el aumento de temperatura en el cuerpo de un neonato, y qué hace cuando esto se presenta: De las comadronas entrevistadas el 70% indica que se debe a alguna infección, el 15% lo atribuye a "mucho fuego" y las restantes no saben a que se debe.

El 56% refieren a los neonatos con fiebre al Puesto de Salud, las restantes indican a las madres tratamientos tales como: salicilatos, purgas y baños, el 50% de éstas usan sueros de rehidratación oral y líquidos abundantes.

PREGUNTA # 18

Indique a qué atribuye una disminución en la temperatura del neonato y cuál es su conducta ante ello: El 71% de las comadronas no sabe a que se debe una disminución en la temperatura del cuerpo, el 14% indica que se debe a "heladez de la muerte", las restantes manifiestan atribuirlo a enfermedad peligrosa o "falta de calor" del neonato.

El 80% de las entrevistadas refiere a los neonatos con hipotermia, el 11% buscan formas de darles calor y el 9% los frota con alcohol.

PREGUNTA # 19

A qué cree usted que se debe que un recién nacido no quiera lactar y tenga disminuida la succión: El 28% de las comadronas no sabe porque sucede esto, el 23% lo atribuye a alguna enfermedad, 11% indica que se debe a enfermedad de la garganta, otro 11% piensa que es signo de gravedad del neonato, las restantes lo atribuyen a dolor abdominal o en los oídos.

El 63% de las entrevistadas refiere a estos pacientes al Puesto de Salud y las restantes instauran tratamientos tales

como calentar el estómago, cabeza y oído con aceite.

PREGUNTA # 20

Indique a qué atribuye una fontanela abombada y una deprimida y conducta toma ante esto: 80 % de las comadronas dijeron no saber a que se debe una fontanela abombada y las restantes lo atribuyen a mucho líquido. En cuanto a una fontanela deprimida el 28% consideran que se debe a deshidratación, el 51% no sabe y las restantes manifiestan que es por mover mucho al neonato.

Para neonatos con fontanela abombada, por considerar que no amerita tratamiento no toman ninguna medida, en casos de fontanela deprimida el 35% administra suero de rehidratación oral o agua de cebada, las restantes emplean medidas como golpearles los pies, subir el paladar, aplicar aceite sobre la fontanela y unicamente el 9% los refieren.

PREGUNTA # 21

Indique a que causa atribuye la diarrea en un neonato y que medidas toma ante un caso similar: El 23% de las comadronas no sabe porque presentan cuadros diarreicos, el 28% lo atribuyen a consumo de alimentos contaminados, el 31% consideran que se debe a infecciones y las restantes por falta de higiene.

Los tratamientos que instauran son: 40% administran suero de rehidratación oral y el 60% restante refieren luego de aplicar tratamientos de canela, culantro, almidón y aceite. El 80% consideran que hay que seguir alimentándolos normalmente.

PREGUNTA # 22

A qué atribuye la presencia de vómitos en un recién nacido y que conducta toma ante ello: el 28% de las entrevistadas atribuyen los vómitos a consumo inadecuado de alimento, igual cantidad lo creen debido a infección intestinal, el resto de las comadronas no saben a que se debe.

El 31% de las comadronas administran dimenhidrato en tabletas junto con suero de rehidratación oral, el 56% refieren a los pacientes el Puesto de Salud, las restantes administran tratamientos consistentes en antiácidos con limón, agua mineral

y laxantes.

PREGUNTA # 23

Indique a qué atribuye la presencia de distensión abdominal o abdomen "hinchado" en un recién nacido: el 50% de las comadronas evaluadas no saben la causa de la distensión abdominal en un neonato y el 50% restante lo atribuyen al mal paso de los alimentos por el tubo digestivo o "indigestión".

Los tratamientos que dan a los neonatos que presentan esto son: 40% refieren al Puesto de Salud, 40% administran antiácidos como hidróxido de magnesio y bicarbonato, las restantes administran "cocidos de hierbas" y laxantes.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

1.- DATOS GENERALES

A partir de los resultados obtenidos, en el aspecto edad, se tiene que aunque en otras comunidades, las comadronas por lo general sobrepasan los 50 años, en el Municipio en estudio únicamente representan el 50% de las mismas, ubicándose un 20% entre los 25 y 34 años sin que por ello gocen de menos méritos entre sus comunidades, la existencia de dos grupos de edad predominantes guarda relación con el hecho de no haberse llevado a cabo cursos de adiestramiento en el periodo intermedio, y si durante los últimos 15 años, periodo en el que se capacitó al 97% de las entrevistadas.

El tiempo de ejercicio de profesión entre las comadronas objeto de estudio, presenta grandes variaciones, lo que conlleva la existencia de comadronas jóvenes y con poca experiencia hasta ancianas con más de 50 años en la atención de partos.

El hecho de que el 65.7% de las comadronas sean analfabetas constituye una gran barrera para el adecuado adiestramiento y continuo reforzamiento de sus conocimientos, únicamente el 20% de las entrevistadas ha cursado algún grado de la escuela primaria, importante es mencionar que el 90% de las comadronas que cuentan con algún grado de formación elemental son menores de 40 años.

2.- EXPERIENCIA

En este aspecto se tiene que, las comadronas de menor edad, aunque son solicitadas para la atención de partos, no atienden la misma cantidad que las de mayor experiencia y edad, oscilando el número de partos atendidos entre 2 y 6 por año para las comadronas jóvenes y entre 15 a 30 partos anuales para las de mayor edad. La medida en que son solicitadas va aumentando gradualmente conforme aumenta el tiempo de ejercicio de la profesión y la edad de las entrevistadas.

Al relacionar la cantidad de partos atendidos con la

escolaridad de las comadronas, las comadronas analfabetas atienden un mayor número de partos que las que han recibido instrucción escolar, esto debido a que las que han tenido contacto con la educación son las comadronas de menor edad y por ende las de menos experiencia.

Las comadronas jóvenes y con mayor grado de escolaridad son las que poseen conceptos más cercanos a la realidad sobre la diversa morbilidad neonatal que enfrentan, así mismo son más abiertas a cambiar conductas, reconocer limitaciones e implementar medidas terapéuticas más eficaces.

3.- MORBILIDAD ATENDIDA

Las entidades que con más frecuencia atienden las comadronas a nivel pediátrico son: enfermedad diarreica, fiebre e infecciones respiratorias, bajo peso al nacer, prematuridad y dificultad respiratoria o asfixia perinatal; las tres primeras, representan procesos infecciosos que al ser tratados inadecuadamente en neonatos, representan alto riesgo de desarrollo de infecciones sistémicas con alto grado de mortalidad, los tres segundos, procesos de difícil manejo que también contribuyen en gran medida a las cifras de mortalidad que se observan no sólo en la comunidad en estudio sino en todo el país.

Las comadronas también atienden otros procesos en menor frecuencia, tales como: tétanos neonatal, infecciones oculares, vómitos y entidades de menor riesgo.

A nivel obstétrico, las complicaciones a las que más a menudo se enfrentan durante la atención del parto son en primer lugar la malposición fetal, que en su mayor parte constituyen presentaciones podálicas, factor importante que aumenta el riesgo del neonato a padecer algún tipo de morbilidad si el parto no es atendido correctamente, en este sentido las comadronas no aplican ninguna maniobra y permiten que recién nacido salga solo, manifiestan correctamente no estimularlo ya que esto produciría que aspiraran líquido amniótico, sin embargo desconocen que hacer cuando se produce retención de

cabeza última y los neonatos involucrados inexorablemente mueren.

Las otras complicaciones como la retención placentaria, representan un riesgo elevado para la madre al igual que preeclampsia, eclampsia, hemorragia y parto prolongado; las comadronas mencionan también con frecuencia la ruptura prematura de membranas ovulares, que conduce a infecciones que afectan tanto el bienestar fetal como materno.

Aunque tanto las comadronas jóvenes como las de mayor edad poseen conocimientos acertados y erróneos, las comadronas de mayor experiencia presentan mayor capacidad para detectar complicaciones obstétricas y dan la pauta para que las madres gestantes puedan consultar un servicio de salud más especializado.

4.- CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS

En la primera parte de la entrevista semiestructurada se interrogó a las comadronas sobre morbilidad neonatal y obstétrica en general, tanto para una como para la otra, las comadronas refieren a los pacientes hasta que estos presentan un deterioro avanzado de su salud y la mayor parte de las veces intentan modificar el curso de las enfermedades con tratamientos que son producto de creencias tradicionales, sin otro efecto positivo sobre los pacientes que el aspecto psicológico de el apoyo que las comadronas brindan. En este sentido se observa que las comadronas de menor edad y nivel más alto de escolaridad refieren en mejor forma a los neonatos enfermos que a las madres con problemas obstétricos, en tanto que las comadronas de mayor edad, casi no refieren neonatos y sí a gestantes con complicaciones ya que las detectan de forma más temprana y eficaz.

Muchas comadronas implementan en sus tratamientos, conocimientos adquiridos en los cursos de adiestramiento, aunque de forma modificada por sus propias creencias; a pesar de que en términos generales los procedimientos terapéuticos utilizados son inocuos, tampoco contribuyen a la mejoría del

estado de salud de los pacientes.

Para los resultados obtenidos en la sección de preguntas dirigidas que incluye la boleta de recolección de datos, se tiene que las comadronas poseen conocimientos correctos en cuanto a etiología, prevención y tratamiento de entidades como el bajo peso al nacer adquiridos empíricamente, pero desconocen muchas otras, esto se da independientemente de la edad y escolaridad de las mismas.

Para el caso de la asfixia perinatal, las comadronas la atribuyen a situaciones que no pueden controlar, ya que estiman que los neonatos deben de nacer en determinado momento, y si esto no se lleva a cabo los mismo mueren debido a lo que ellas mencionan como "se les pasó la hora", independientemente de la etiología que consideren, todas sin excepción realizan maniobras tendientes a estimular adecuadamente a los neonatos con asfixia, pero ninguna de las prácticas es efectiva tal y como las llevan a cabo y con los recursos que cuentan; sin embargo, las comadronas jóvenes tienen conocimiento de la existencia de maniobras de resucitación pero no saben como llevarlas a la práctica.

Para las demás entidades sobre las que se interrogó en forma individual, las comadronas desconocen el origen de las mismas en su gran mayoría y establecen medidas terapéuticas tradicionales, un gran porcentaje de ellas, predominantemente las que han recibido los cursos de adiestramiento en los últimos 10 años utilizan medicamentos como salicilatos y antieméticos desconociendo su dosificación y efectos colaterales que pueden presentar, las de mayor edad implementan medicamentos a base de componentes naturales desconociendo también sus mecanismos de acción.

IX. CONCLUSIONES

- Los conocimientos que sobre morbilidad neonatal poseen las comadronas adiestradas del Municipio de San Jacinto, Chiquimula, son muy limitados e insuficientes para prestar una adecuada atención pediátrica temprana.
- Las actitudes y prácticas de las comadronas adiestradas de el Municipio de San Jacinto, Chiquimula hacia la morbilidad neonatal que se les presenta, vienen determinadas en su mayoría por prácticas tradicionales heredadas culturalmente y no por las estipuladas en el programa de adiestramiento para comadronas del Ministerio de Salud Pública.
- La eficacia de el programa de adiestramiento a comadronas del Municipio de San Jacinto, Chiquimula, es limitada en cuanto a los aspectos de cuidado neonatal se refiere.
- La morbilidad neonatal que con más frecuencia se presenta y es atendida por comadrona en el Municipio de San Jacinto, Chiquimula es la enfermedad diarreica.
- Los procedimientos terapeuticos empleados por las comadronas adiestradas del Municipio de San Jacinto, Chiquimula, constituyen procedimientos tradicionales que aunque en su mayor parte son innocuos, no poseen efectividad sobre las entidades sobre las cuales son utilizados.
- Los neonatos enfermos que son llevados a las comadronas no son referidos a un servicio especializado de salud en el momento oportuno y el inadecuado tratamiento de los mismos se ve reflejado en las altas tasas de mortalidad neonatal que presenta el Municipio de San Jacinto, Chiquimula.

X. RECOMENDACIONES

- Dar seguimiento y continuidad a los programas de adiestramiento de comadronas de la República y de estar manera utilizar eficientemente el recurso valioso que representan.
- Tomar en cuenta para el curso de adiestramiento de comadronas que se imparte en nuestro país los contenidos de el curso planificado por la Organización Mundial de la Salud, principalmente en los aspectos de cuidado neonatal.
- Coordinar con las comadronas un adecuado sistema de referencia de pacientes con el objeto de disminuir la mortalidad neonatal que actualmente presenta la comunidad en estudio.
- Considerar el adiestramiento de las comadronas sobre aspectos de reanimación del recién nacido, utilizando para ello técnicas sencillas y de eficacia comprobada.
- Promover la investigación y seguimiento de estudios como el presente al darse condiciones de cambio, para de esta forma poder determinar el grado de disminución en las tasas de mortalidad infantil en relación con el adiestramiento adecuado de quienes tienen a su cargo el cuidado de las madres gestantes y neonatos.

XI. RESUMEN

Se llevó a cabo en el Municipio de San Jacinto, Departamento de Chiquimula, el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las comadronas adiestradas de este Municipio sobre aspectos de morbilidad neonatal. Para ello se entrevistó a través de una boleta de recolección de datos por medio de preguntas semiestructuradas a 35 comadronas adiestradas que constituyen el 100% de las comadronas adiestradas existentes en el Municipio.

Se encontró que los conocimientos de las comadronas sobre aspectos de morbilidad neonatal son muy limitados, el programa de adiestramiento no lleva a cabo un seguimiento y actualización de las comadronas ya adiestradas, las comadronas no refieren en el momento oportuno a los neonatos que presentan morbilidad conduciendo a un deterioro mayor de su estado de salud y un posterior dificultoso tratamiento por parte de los centros de atención especializados. La morbilidad neonatal que con más frecuencia atienden las comadronas constituyen en su mayoría procesos infecciosos del tracto gastrointestinal y vías aéreas, así como prematuridad, bajo peso al nacer y asfixia perinatal, para los cuales no cuentan con el adiestramiento y conocimientos necesarios para poder enfrentar y tratar adecuadamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- APROFAM, Programa de población y desarrollo. Guatemala, 1991. 37p.
- 2.- Behrman R.E. y Vaughan V.C. Tratado de Pediatría de Nelson. Interamericana McGraw-Hill, Healthcare Group. 13a. Edición. 1989. 1689p.
- 3.- Carin del Cid M.R. Creencias y conocimientos sobre metodos anticonceptivos utilizados por comadronas adiestradas. Tesis, Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1992. 45p.
- 4.- Hodson W.A. and Truog W.E. Critical Care of the Newborn. W.B. Saunders Company, Philadelphia. 1988. 201p.
- 5.- Kroeger A. y Luna R. Atención Primaria en Salud, Principios y Métodos. OPS, Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical, Universidad de Heidelberg, Editorial Pax, México, Segunda Edición. 1992. pp5-39 y 327-339
- 6.- Leedam E. Traditional Birth Attendants. Int. Journal of Gynaecology and Obstetrics. 1985, 23: 243-303.
- 7.- Meneses Pinto C. Evaluación de los conocimientos que sobre embarazo, parto y puerperio, poseen las comadronas tradicionales adiestradas en el municipio de Villa Canales. Tesis, Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1991. 59p.

- 8.- MSPAS. UNICEF Curso de capacitación a comadronas tradicionales de Guatemala con enfoque participativo. Guatemala, Litorama. 1990. 72p.
- 9.- MSPAS Departamento Materno-Infantil. Manual de Normas y Guía de atención materno-infantil. Guatemala 1991. 233p.
- 10.- MSPAS División de Formación de Recursos Humanos. Guía del instructor para capacitación de comadronas empíricas. Guatemala, 1961. pp20-30.
- 11.- MSPAS División de formación de recursos humanos. Guía para el adiestramiento de comadronas empíricas. Guatemala, 1991. 273p.
- 12.- OMS. Parteras Tradicionales. Declaración conjunta OMS/UNICEF/FNUAP. 1993. pp1-7
- 13.- OMS. Maternal care for the reduction of perinatal and neonatal mortality. Ginebra WHO/UNICEF/FNUAP. 1986. pp 5-21
- 14.- Registro Civil, Municipalidad de San Jacinto, Chiquimula, 1993.
- 15.- Sánchez J. Actitudes y creencias de comadronas empíricas en Concepción, Chiquirichapa. Tesis, Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. 1986. 54p.
- 16.- Toro y Gisbert M. Diccionario Larousse Ilustrado Editorial Larousse, 17 Rue du Montparnasse, Paris. 1986.
- 17.- Villatoro E. Etnomedicina en Guatemala. Centro de estudios folklóricos, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1984. pp251-263.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

1.- DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____ EDAD: _____

DIRECCION: _____

TIEMPO DE EJERCICIO DE PROFESION: _____

TIEMPO DE HABER RECIBIDO CURSO DE ADIESTRAMIENTO: _____

ESCOLARIDAD: (Marcar con una X)

Ninguna: _____ Primaria Completa: _____

Alfabeta: _____ Ciclo Básico: _____

3º Prim.: _____ Diversificado: _____

II. EXPERIENCIA:

1.- ¿Cuántos partos aproximadamente ha atendido? _____

2.- ¿Cuántos partos atiende cada mes? _____

III. MORBILIDAD ATENDIDA:

3.- Mencione las enfermedades que con más frecuencia observa en los recién nacidos: _____

4.- Mencione las complicaciones que con más frecuencia se presentan en los partos que atiende: _____

IV. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS:

5.- ¿Cómo identifica las enfermedades que mencionó en la pregunta No. 3? _____

6. ¿Qué hace usted cuando se presenta cada una de estas enfermedades? _____

7. ¿En qué casos o cuándo refiere usted al recién nacido al Puesto de Salud o al Hospital? _____

8. ¿Cómo identifica las complicaciones que mencionó en la pregunta número 4? _____

9. ¿Qué hace usted cuando se presenta cada una de estas complicaciones? _____

10. ¿En qué casos o cuándo refiere usted a la madre al
Puesto de Salud o al Hospital? _____

IV. PREGUNTAS DIRIGIDAS:

A continuación se presentan varias características que pueden presentar los recién nacidos, deberá indicar a que atribuye cada una, si es necesario tratarla y cómo lo hace.

11. Recién nacido muy pequeño y delgado: _____

12. Al nacer no respira, se mueve poco y presenta color azulado: _____

13. Al nacer viene bañado en una sustancia de color verdoso: _____

14. El recién nacido presenta respiración rápida y se le marcan las costillas: _____

15. Recién nacido con coloración amarilla de la piel: _____

16. Recién nacido con coloración azul de la piel: _____

17. Aumento de temperatura en el cuerpo del recién nacido: _____

18. Disminución en la temperatura del recién nacido: _____

19. Disminución de la succión, el recién nacido no mama: _____

20. El recién nacido presenta abombada la fontanela o "mo-
llera": _____

21. El recién nacido presenta diarrea: _____

22. Presencia de vómitos: _____

23. Presencia de distensión abdominal o abdomen "hinchado":