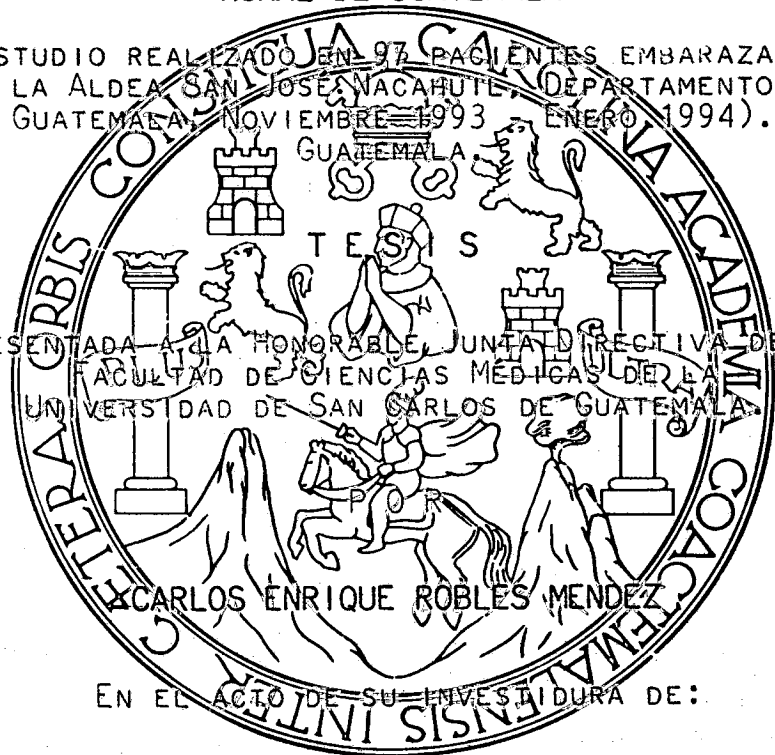


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MODELO DE ATENCION DEL PARTO EN UNA COMUNIDAD
RURAL DE GUATEMALA

(ESTUDIO REALIZADO EN 97 PACIENTES EMBARAZADAS
EN LA ALDEA SAN JOSE VACA HUEL, DEPARTAMENTO DE
GUATEMALA, NOVIEMBRE 1993 - ENERO 1994).

PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



EN EL ACTO DE SU INVESTITURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Servicios de Salud
9a. Avenida 14-65, Zona 1 Tels. 21801 al 3 y 536071 al 5
Guatemala, C. A.

NUM. 595/93.
REF. JEGF/bnb.

Al contestar sírvase mencionar el
Número de referencia de esta nota.

DL
05
TL(7288)

29 de Diciembre de 1,993.

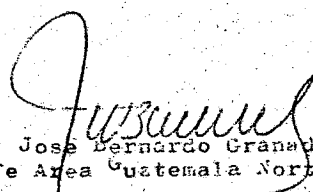
Bachiller
Carlos Enrique Robles Mendez
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad San Carlos de Guatemala
Ciudad

Br. Robles:

Por este medio me dirijo a usted, para notificarle que, procedí a revisar la documentación presentada por usted a esta Jefatura, la cual desde todo punto de vista llena requisitos técnicos, para realizar dicho estudio, el cual será de utilidad a la Jefatura, para ir mejorando la calidad de atención, así como la orientación que tendrá que dar al personal no institucional como son las comadronas tradicionales.

Por lo que me permito hacer de su conocimiento que se autoriza la realización de dicha investigación, con el único requerimiento, que el resultado del mismo, que en esta Jefatura por lo anteriormente expuesto.

Sin otro particular me suscribo, atentamente.


Dr. José Bernardo Granados Figueroa.
Jefe Área Guatemala Norte.

c.c. archivo.



SALUD PARA TODOS LOS GUATEMALTECOS



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 9 de agosto


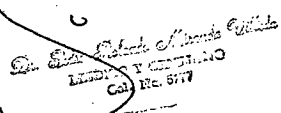
de 1994

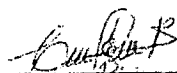
Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

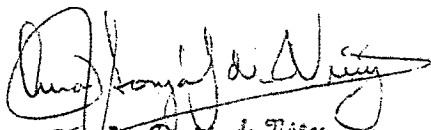
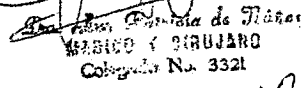
Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS CARLOS ENRIQUE
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
ROBLES MENDEZ Carnet No. 87-12693
completos


Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"MODELO DE ATENCION DEL PARTO EN UNA POBLACION RURAL DE
GUATEMALA"

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 científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Asesor
Firma y sello personal



Firma del estudiante


Revisor
Firma y sello personal



Revisor
Firma y sello personal
Registro Personal 1014A

Jr. JUSTO ORLANDO ESCOBAR MEZA
Médico y Cirujano
Col. No. 2306

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

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

El (La) Bachiller: CARLOS ENRIQUE ROBLES MENDEZ

Carnet Universitario No. 87-12693

Ha presentado para su Examen General Publico, previo a optar al

Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

"MODELO DE ATENCION DEL PARTO EN UNA POBRACION RURAL DE
GUATEMALA"

Trabajo asesorado por: DR. PEDRO ROLANDO MERANDA VILLEDA

y revisado por: DRA. ANA PATRICIA DE NUNEZ
DR. JOSE ORLANDO ESCOBAR MEZA

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 9 de agosto de 1994

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESIONASE:

Dr. Edgar Axel Oliva González

Dr. Edgar Axel Oliva González

INDICE

	Pag.
I. Introducción	1
II. Definición del Problema	3
III. Justificación	5
IV. Objetivos	7
V. Revisión Bibliográfica	8
VI. Metodología	41
VII. Aspectos éticos de la investigación	45
VIII. Plan para la recolección de los datos	46
IX. Ejecución de la investigación	46
X. Presentación de Resultados	49
XI. Análisis, discusión e interpretación de los resultados	71
XII. Conclusiones	85
XIII. Recomendaciones	87
XIV. Resumen	89
XV. Referencias Bibliográficas	91
XVI. Anexos	93

I. INTRODUCCION

Actualmente en Guatemala la atención del parto se ha concentrado en el área urbana, a través de los hospitales nacionales y de referencia nacional; ésto ha provocado un congestionamiento tan marcado que ya no se puede brindar la misma calidad de atención que se merece a cada paciente embarazada que lo necesita. En la localidad de San José Nacahuil, una comunidad tan cercana de Guatemala, a solo 20 kms. pero a la vez tan lejana por ser de difícil acceso, se ha planteado por la misma población el problema de los partos en casa ya que tiene un número elevado de enfermedades en el puerperio tanto en la madre como en el recién nacido, tomando partido y sugiriendo la implementación de una sala para la atención del parto dentro de la misma comunidad, siendo participe del mismo la comadrona tradicional adiestrada. A través de los dirigentes de la comunidad y el personal del puesto de salud, y con la ayuda de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, se implementó esta sala de parto en una clínica del puesto de salud y se inició la atención de los mismos.

La respuesta de la población embarazada fue muy baja, lo cual fue desconcertante por lo que se realizó este estudio con miras a encontrar el porque de la misma.

Los resultados de la investigación reflejaron que las principales causas del rechazo del proyecto son por falta de una buena información del mismo ya que de las respuestas obtenidas unicamente un 33% del total de pacientes encuestadas contestaron afirmativamente sobre el conocimiento y aceptación del mismo y justificaron su respuesta de la siguiente forma: es mejor la atención en un área limpia y especialmente para el parto y se previenen complicaciones. Mientras que el restante 67% de las embarazadas encuestadas contestaron que si saben de la existencencia de una sala de partos pero no saben las ventajas que ofrece y por tanto mantienen la postura que el parto domiciliario es mejor por su comodidad, por tradición y por el menor esfuerzo al no desplazarse después del parto. Se plantean alternativas posibles que pueden mejorar esta postura y lograr la aceptación de la atención deseada con la consiguiente mejora en la cobertura y calidad de la atención al grupo materno-infantil.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En Guatemala la población se encuentra dividida en 2 grandes grupos: INDIGENA (concentrados en el área rural) y NO INDIGENA (concentrados en el área urbana). El segundo generalmente tiene acceso a servicios de Salud sofisticados (hospitales de referencia nacional o privados); mientras que el primero no los cuenta. A partir de esto, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promueve la atención en Salud en el área rural a través de los Puestos de Salud en cada localidad. Como consecuencia se instauran nuevas políticas de salud según la demanda de cada población en particular, según sus necesidades y recursos. Este es el caso de San José Nacanuil, una comunidad 100% indígena que conserva la mayoría de tradiciones y costumbres de este grupo étnico. Dentro de estas contempla la atención del parto intradomiciliario el cual se ha dado hasta la actualidad bajo la responsabilidad de la Comadrona Tradicional, sin tener para ello medidas de asepsia y antisepsia mínimas para garantizar la prevención de enfermedades que se producen en el binomio madre-hijo durante el parto y posterior a éste.

Como consecuencia del parto domiciliario, sin las condiciones adecuadas, se han observado diferentes complicaciones en la puerpera y recién nacido. En base a éstos problemas y con mira a lograr la atención del parto en mejores condiciones y a solicitud de un grupo de Promotores de Salud de esta comunidad y la colaboración de 2 de las 4 comadronas que laboran en la

atención del parto (adiestradas en el Centro de Salud de San Pedro Ayampúc) y gracias a la colaboración de instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales (iglesia católica, promotores de salud, M.S.P.A.S.) se ha construido y equipado una sala para la atención del parto con las medidas higiénicas mínimas dentro de las instalaciones del Puesto de Salud de la Comunidad. Se ha hecho promoción y divulgación sobre la existencia y conveniencia del uso adecuado de este recurso, pero sólo se habían atendido un número de 6 partos en un periodo de 2 meses desde su inicio. Los partos fueron atendidos así: 2 por Médicos EPSR, 2 por comadrona tradicional adiestrada, 1 por promotora de Salud supervisada, y 1 por auxiliar de enfermería; todos ellos sin ninguna complicación y con un control prenatal estricto. (según normas acordadas por el personal del Puesto de Salud, Promotores de Salud y autorizadas por la Jefatura del Área Guatemala Norte).

En vista de la poca utilización de este recurso, considerando la alta tasa de natalidad regional 34.14 X mil y fecundidad de 97.58 X mil, se realizó el presente estudio para acercarse al pensamiento de la población respecto a la utilización del recurso propuesto por el M.S.P.A.S. como modelo de la atención del parto a nivel de una comunidad rural, ello como consecuencia de la solicitud originada de una parte de representantes de la misma comunidad a un problema ya existente y con miras a resolver; se detallan los resultados en el contenido de esta investigación.

III. JUSTIFICACIONES

San José Nacahuil es una población con una elevada tasa de Fecundidad (97.58 x mil) y Natalidad (34.14 x mil), con una cobertura de la atención del parto del 93% por comadrona rural de las cuales 2 recibieron adiestramiento en Centro de Salud de San Pedro Ayampuc y 2 no lo recibieron, y únicamente realizan su trabajo por experiencias previas y ya han sido aceptadas por la comunidad; un 6% son atendidos en centro de referencia hospitalaria nacional y un 1% es atendido por el personal del Puesto de Salud de la Comunidad. (según estadísticas del Puesto de Salud).

Los partos que son atendidos por comadrona se dan en el domicilio de la parturienta sin condiciones adecuadas para el parto, generalmente en el suelo, con un petate como colchón para la madre y unos lienzos de tela limpios para el bebé. Esta situación predispone a la ocurrencia de mayor morbilidad y mortalidad en el recién nacido y la puerpera, que por supuesto no es detectada tempranamente y por lo tanto el tratamiento de las mismas es tardío cuando se produce. Esta morbilidad y mortalidad podría prevenirse si se logra el convencimiento paulatino de la población en el uso adecuado de la sala de partos del puesto de salud con la colaboración del grupo de promotores de Salud interesados en la promoción y aceptación del proyecto y las 2 comadronas que apoyan el mismo. Esta promoción podría realizarse

durante el control prenatal al cual asisten la mayor parte de las embarazadas de la comunidad acompañada por su comadrona para una consulta conjunta.

Pero es necesario conocer los factores que favorecen tanto al acercamiento como al rechazo del proyecto, y a partir de ello tomar las medidas pertinentes para lograr un cambio de actitud en la población en beneficio del binomio madre-hijo y de la comunidad misma, tomando en cuenta el aspecto etnico, tradiciones y cosumbres y lograr mejores resultados considerando la participación activa de la comunidad.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Determinar la respuesta de la población de San José Nacahuil al proyecto de Sala de Partos del Puesto de Salud de esta localidad.

B. ESPECIFICOS:

1.- Identificar en las pacientes embarazadas el número que han recibido información y promoción de la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil.

2.- Identificar en las pacientes embarazadas los factores o condiciones que favorecen la aceptación de la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil, o el rechazo del mismo.

3.- Determinar en las pacientes embarazadas el número que en algún momento de su vida han tenido atención hospitalaria o similar al momento del parto.

4.- Determinar en las pacientes embarazadas el número que desean ser atendidas en la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ANTECEDENTES:

El oficio de asistir partos es tan antiguo como la humanidad. Este ha ido evolucionando y perfeccionándose cada vez más (13, 9).

Primero fue la intervención cariñosa del esposo, de la madre o de la pariente; después los solícitos auxilios de la amiga y la confidente, que con su sola presencia, con sus consejos y experiencias o con alguna ligera intervención, aliviarían a la parturienta haciendo inconscientemente de comadronas o parteras, y de allí más tarde al fin, los cuidados del extraño que, práctico en el arte, empezaba a formar el obrión del futuro ejercicio de la Obstetricia. (13)

En Guatemala el 80% de los partos son asistidos por comadronas. Según estimaciones del gobierno de Guatemala, su capacidad de atención obstétrica es del 20% de todos los nacimientos. Se puede asumir, entonces, que la comadrona es y continuará siendo el elemento clave en cualquier esfuerzo que se realice para reducir la morbilidad Materno-infantil en este país, debido a su intervención en la atención del 80% de los partos. (3)

Es hasta el año 1935 que en Guatemala se autoriza la

práctica legal de las comadronas por parte de la Dirección General de Servicios de Salud, previo Adiestramiento.

Actualmente dentro de las políticas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está el incorporar a la partera tradicional a los servicios de atención Materno-Infantil (3).

Actualmente en los países en desarrollo existe un sistema dual de medicina, uno científico moderno representado por médicos egresados de las universidades. Por otro lado existe la medicina tradicional, tanto urbano como rural, lo conforma gran variedad de practicantes en las que se incluyen a las parteras y comadronas tradicionales. (12)

B. ASISTENCIA AL PARTO HOSPITALARIO:

Durante el último mes de embarazo, el médico evalúa la posibilidad del parto vaginal; detecta los factores de riesgo de la paciente e instruye a la paciente sobre complicaciones posibles y sobre las señales que la ayuden a determinar la iniciación del trabajo de parto y por lo tanto del momento de buscar la atención adecuada.

1) INGRESO EN EL HOSPITAL:

Normalmente la paciente que ha controlado su embarazo debidamente ha sido ya advertida a cerca de las eventualidades ante las que debe ingresar al hospital.

Los signos del trabajo de parto que la madre debe diferenciar son:

a.- Pérdida hemática vaginal profusa: Se advierte a la paciente a cerca de la normalidad en la aparición de pequeñas cantidades de sangre y moco, debidas a las modificaciones plásticas del cuello a la vez que se le pone en guardia ante cualquier pérdida hemática, especialmente si se tiene la posibilidad de inserción anómala en la placenta.

b.- Rotura de Membranas: En este aspecto conviene indicar a la paciente la necesidad de acudir al hospital ante toda pérdida vaginal de líquido amniótico y se le explica sus características (olor, color, etc.) sea cual fuere la cantidad de la pérdida. Se le subraya la conveniencia de su ingreso aún en ausencia de contracciones uterinas.

c.- Contracciones Uterinas: Así mismo es importante dar a conocer a la paciente la actividad normal del útero durante el embarazo y sobre todo al término de éste.

Conviene a su vez explicar las características de las contracciones (frecuencia, intensidad, localización, etc.) e identificar el momento y conveniencia de acudir al hospital

cuando estas contracciones tengan (aunque sea desde el punto de vista de la paciente) un ritmo e intensidad establecidos durante 35-45 minutos.

d.- Existen otras circunstancias acerca de las que hay que advertir a la paciente como motivo de ingreso: Fiebre superior a 37.5 grados centígrados oral, ausencia de movimientos fetales, epigastralgia marcada, además cefalea intensa, edema de miembros inferiores, visión borrosa. (5, 16, 18)

C. DIAGNOSTICO DEL PARTO:

1) SIGNOS DE LA INMINENCIA DEL TRABAJO DE PARTO:

Conforme se aproxima el término, la primigrávida experimenta el encajamiento. Cuando esto ocurre, siente una disminución de la presión en la parte superior del abdomen. El médico o enfermera pueden reconocer el descenso del feto en la pelvis si efectúan una exploración abdominal del pubis y un examen pélvico. La cabeza fetal que antes se podía mover fácilmente hacia delante y atrás, ahora está fija e inmóvil. Con el examen pélvico se determina el encajamiento cuando la cabeza fetal se encuentra en una altitud de 0 a +1. Casi siempre el descenso fetal ocurre de dos a cuatro semanas antes del comienzo del parto en las primigrávidas, no así en las multiparas en las que el encajamiento se produce generalmente antes que se inicie al trabajo de parto. Cuando la parturienta expulsa moco o sangre, el trabajo de parto empieza en pocas horas. El sangrado y "tapón mucoso" se deben al aumento de la dilatación y borramiento del

cuello con expulsión de moco cuando se comprimen las glándulas cervicales. (3)

2. CONTRACCIONES DEL PARTO REAL:

Se interrogará sobre: a) El momento de comienzo de las contracciones; b) Características y curso de las mismas desde su inicio; c) Momento de rotura de las membranas ovulares. (18)

Las características del falso parto son: Se producen a intervalos irregulares, los intervalos son prolongados, no se mantiene la intensidad, el cuello no se dilata y suelen desaparecer con la sedación.

3. EXAMEN EXTERNO:

a.- Pulso Radial: La frecuencia cardíaca materna puede variar durante las contracciones uterinas por los cambios circulatorios y por el aumento del tono simpático debido al dolor producido por las mismas.

b.- Presión Arterial: También puede modificarse con las contracciones uterinas, un aumento de la presión arterial sistémica, puede presentarse también hipotensión cuando se adopta el decubito dorsal. Para obtener los valores basales de la presión arterial esta se medirá siempre fuera de las contracciones y con la gestante sentada o en decúbito lateral; la inclinación hacia el lado izquierdo parece más lógica. (3)

En algunos casos aislados la gestante no ha tenido control

prenatal en el hospital, por lo que la anamnesis se desarrollará en forma completa.

c.- Maniobras de Leopold: Dichas maniobras se deben realizar para identificar posición, situación y presentación fetal. (16, 18)

d.- Temperatura: Fiebre superior a 37.5 grados centígrados sin etiología extraobstétrica es una señal importante a tener en cuenta investigar y a la vez ingresar a la paciente a donde corresponda por la condición séptica.

e.- Auscultación con el estetoscopio obstétrico: Informará sobre la normalidad de los latidos cardiacos fetales (120-160 x minuto). Si se dispone de un sistema de sonido Dopler, será útil en obesas y en variaciones posteriores. (16,18)

f.- Exámen Vaginal: Si no se ha producido hemorragia, se lleva a cabo un exámen vaginal en condiciones de antisépsia. Para que éste sea útil y no repetirlo más de lo necesario deberá ser completo e informará sobre: 1) la amplitud y la elasticidad del periné, la bulba y la vagina; 2) la situación, el grado de reblandecimiento, borramiento y dilatación del cuello; 3) el grado de amplitud de la cúpula vaginal y del segmento inferior; 4) la existencia o no de la bolsa de las aguas, y en caso afirmativo sus características; 5) los caracteres de la presentación de lo referente a actitud, posición, variedad de posición y altitud (en relación a los planos de Hodge); 6)

procidencias; 7) los caracteres de la pelvis y del arco de pubis y en las primíparas la medida del diámetro promontosubpubiano; 8) los signos de proporción o desproporción cefalopélvica; 9) presencia de meconio o sangre. (16, 18)

Los tactos vaginales deberán ser además de completos, lo menos numerosos posibles, y rigurosamente asépticos (lavado y antisépsia de los genitales de la parturienta y de las manos del examinador, y la utilización de lubricante y guantes estériles.)
(18)

4) OTRAS INDICACIONES:

a.- Enema Evacuante: Para impedir la acción inhibitoria de la repleción rectal sobre la contractibilidad uterina, así como para evitar la contaminación del campo con material fecal, sobre todo durante la expresión del recto que tiene lugar al expulsar la presentación.

b.- Micción o Sondaje Vesical: Si la paciente no orina espontáneamente se deberá efectuar sondeo vesical.

c.- Ducha Vaginal.

d.- Rasurado y Pincelado de los Genitales Externos con Solución antiséptica Suave. (5)

e.- Se ordenará la permanencia en cama si la bolsa de las aguas

está rota y la presentación no está encajada. Si la presentación está encajada la paciente puede caminar.

f.- Si para el parto falta mucho tiempo la paciente puede ingerir comidas ligeras.

D. ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO:

Son tres las etapas del trabajo de parto. La primera se inicia con el trabajo de parto verdadero y termina cuando está dilatado el cuello por completo. La segunda etapa se inicia con la dilatación completa y termina con el nacimiento del lactante. La tercera empieza al expulsar al lactante y termina al expulsar la placenta. Algunos clínicos identifican una cuarta etapa del trabajo de parto. Durante esta etapa, que dura 4 horas después de la expulsión de la placenta, el útero se contrae de manera eficaz para controlar la hemorragia en el sitio que se encontraba implantada la placenta. (10)

1. PRIMERA ETAPA O PERIODO DILATANTE:

Después del ingreso se completa el examen físico general, el médico debe llegar a la conclusión inequívoca sobre la normalidad del embarazo; si se trata de una gestante que por su control prenatal la hemos catalogado como de alto riesgo es conveniente hacer un control más estricto. Se mantiene en el área obstétrica practicándole una amnioscopia u cardiotocografía externa si las

membranas están íntegras y microtoma de sangre fetal para control de equilibrio ácido-básico y cardiocografía interna si las membranas están rotas y la dilatación lo permite. (5, 10, 16)

En los casos normales si el trabajo de parto está iniciándose, permitiremos que la paciente pase a su habitación, que deambule o que adopte la posición que desee, la presencia de sus familiares hará más placentera la espera. (1)

La primera etapa del trabajo de parto se divide en: fase latente y fase activa. la primera empieza con la iniciación de las contracciones regulares y se encuentra representada por la inclinación plana de la dilatación cervical hasta de tres a cuatro centímetros aproximadamente.

La fase latente promedia 8.6 horas, pero no debe excederse de 14 horas. (16)

Durante la fase activa el cuello uterino se dilata desde los 3 a 4 cms iniciales (fase latente) hasta alcanzar los 10 cms. de diámetro. (Dilatación completa). Lo que indica la terminación de la primera etapa. El descenso del feto es progresivo.

El período activo se inicia con la fase de desaceleración al cambiar la dilatación cervical desde una inclinación plana (como en la fase latente) hasta alcanzar una curva hacia arriba.

La fase de inclinación máxima cubre el periodo durante el cual la dilatación cervical progresa de 3 a 4 cms. aproximadamente hasta alcanzar 8 cms. de diámetro. La dilatación cervical debe ser por lo menos 1.2 cms. por hora en las nulíparas y de 1.5 cms. por hora en las multiparas. (16) (18)

Durante la fase activa las contracciones se vuelven más frecuentes, duran más y se incrementan de intensidad. (10)

2. CONTROLES DURANTE EL PERIODO DE DILATACION:

Quien se disponga a atender el parto deberá tener el concepto de que desde el inicio su actitud no será pasiva. Se debe esmerar en todo momento en descubrir las desviaciones del mismo para corregirlas o contribuir al mejor desarrollo de sus fenómenos. Para la obtención de un parto con mínimos riesgos, se requiere tomar una serie de medidas sistemáticas. (18)

El control de la evolución del periodo de dilatación tendrá tres principales directivas; vigilancia de la actividad contractil del útero, vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal, vigilancia de la dilatación cervical y del descenso de la presentación. (5)

Para evaluar las contracciones uterinas, el examinador determina su inicio, con la palma de la mano apoyada suavemente

sobre el útero, y a partir del mayor grado de firmeza que alcanza se mide el tono, la duración se mide desde el comienzo del endurecimiento hasta su relajación y la intensidad de las mismas.

(16, 18)

Si durante las contracciones se palpan partes fetales se dice que el tono es normal, la frecuencia de las mismas es de 2 a 7 en dos minutos, con una duración normal de 30 a 60 segundos. La intensidad se nombra como baja cuando el útero se deprime en la acmé de la contracción y alta cuando no se puede deprimir durante toda la contracción. (18)

La frecuencia de las contracciones debe ser evaluada durante lapsos de 10 minutos, cada 30 minutos. (5)

La vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal, se realiza al mismo tiempo que se controla la contractilidad uterina, es decir cada 30 minutos, tanto entre las contracciones como durante las mismas, especialmente en su acmé y en su fase de relajación. De este modo se registrará la frecuencia cardíaca fetal basal y sus variaciones asociadas a las contracciones.

Se denomina DIP a una caída transitoria de la FCF causada por una contracción uterina, la variación de la frecuencia cardíaca fetal puede ser entre la contracción que es un DIP tipo 1, que aparece habitualmente después de la rotura de la bolsa de las aguas y cuando la dilatación cervical ha sobrepasado los 5

cms. y la presentación el segundo plano de Hodge. La presencia de DIPS tipo 1 durante el parto no parece ser un signo de hipoxia o acidosis fetal u depresión del mismo. Se debe comprobar que la frecuencia cardiaca fetal se mantiene entre 120 y 160 latidos por minuto. (18)

Actualmente existen monitores electrónicos que nos confieren gran ayuda por su precisión y sencillez de manejo, que nos permiten controlar: la actividad uterina, FCF, P/A y frecuencia cardiaca materna. Un registro gráfico continuo nos informara acerca de la actividad uterina y de la evolución de la frecuencia cardiaca fetal, advirtiéndonos sobre su normalidad o poniéndonos en guardia en hipertónias uterinas, desaceleraciones, etc. (5)

La tecnología apropiada que se utiliza para vigilar el bienestar materno-fetal no interfiere con la fisiología del período de dilatación y sí le da seguridad al binomio Madre-Feto, y evita maniobras innecesarias que interfieren en el proceso natural del parto. (21)

El tercer aspecto que tras controlar la actividad uterina y la FCF, debemos tomar en cuenta durante el período de la dilatación es la progresión de la presentación el descenso de la misma para así conocer la progresión del trabajo de parto y para ello disponemos del tacto vaginal, que deberá practicarse sin un intervalo establecido, sino cuando esté indicado. Se evalúa

por el descenso y rotación de la presentación y el grado de dilatación del cuello uterino. En una embarazada sin patología, con proporción cefalopélvica y contractilidad uterina dentro de lo normal, generalmente son necesarios dos a tres tactos por vía vaginal durante todo el periodo de dilatación. (18)

En cada tacto se constatará el borramiento y la dilatación del orificio cervical en cms., el estado de las membranas ovulares, y si están rotas las características del líquido amniótico (aspecto, cantidad, olor.) además se evalúa el plano de Hodge y la variedad de la presentación. (10)

La última parte de la fase activa en el periodo de la dilatación se denomina de desaceleración, en la cual la dilatación cervical se vuelve lenta al progresar desde los 8 a 10 cms. e incrementarse el descenso fetal. La fase de desaceleración no debe durar más de tres horas en las nulíparas y no más de una hora en las múltiparas, si dura más de este tiempo se considera que un parto está detenido. (5, 10)

Se puede realizar la rotura artificial de las membranas ovulares cuando la dilatación esté entre 4 y 5 cms., con el objeto de acortar la duración del periodo de dilatación siempre y cuando la cabeza fetal esté encajada. (18)

Evidentemente el tacto vaginal nos proporcionará información importante sobre la progresión del trabajo de parto pero no hay

que olvidar que se debe realizar en las máximas condiciones posibles de asépsia y restringirse en lo posible. (5)

En el transcurso del primer periodo, las contracciones se vuelven más frecuentes, duran más se incrementa su intensidad. Al entrar la mujer en el principio de la fase activa su ansiedad tiende a incrementarse, al percibir la intensificación bastante constante de las contracciones y el dolor. Empieza a temer que perderá el control, y quizá manifieste mecanismos para poder afrontarlo. Al entrar en la fase activa quizá se ponga inquieta y cambie a menudo de posición. El temor expresado más a menudo en ese momento es el del abandono, se vuelve ahora de gran importancia que la enfermera esté cerca como respaldo y el alivio de la persona que apoya a la mujer. En el momento en que esta entra en la fase activa tiende a encontrarse ensimismada y a menudo está cansada. Al mismo tiempo la persona de apoyo puede sentir la necesidad de descansar o de caminar un poco. Debe tranquilizarce a la mujer diciéndole que nunca se quedará sola, siempre se le dirá en donde se encuentra la persona de apoyo. La mujer puede temer también desgarrarse o quedarse abierta a causa de la fuerza de las contracciones. Muchas mujeres experimentan una presión tan intensa en el abdomen que creen que éste les estallará con fuerza; el asistente en la atención del parto les explicará que nunca ocurre estallamiento. En el momento que la mujer llegue a la fase de desaceleración es probable que se aisle y se ensimisme. Quizá dude cada vez más sobre su capacidad de afrontar el trabajo de parto. La fase de desaceleración se

acompaña con un aumento del miedo y de la irritabilidad, la paciente no quiere quedarse sola, pero tampoco quiere que le hablen o que la toquen. Sin embargo en la siguiente contracción puede gritar y pedir ayuda. Otras características que acompañan a esta fase son la hiperventilación al incrementar la mujer su frecuencia respiratoria, inquietud, dificultad para entender las instrucciones, sentido de irritabilidad e ira por las contracciones; expresiones como "Ya no soporto más" en este momento solicita que se le haga cesárea, solicitud de medicación; además eructos, náuseas, vómitos, sudorosa. La mujer que se encuentra en esta fase está ansiosa de acabar con el "asunto". (10, 16)

3. SEGUNDA ETAPA O PERIODO EXPULSIVO:

Se considera que el período expulsivo se inicia cuando se llega a la dilatación completa independientemente del descenso y termina con el nacimiento del lactante. (10, 18)

En las primigrávidas la expulsión se debe presentar luego de una hora de ocurrida la dilatación completa; en las multiparas en promedio es de 15 minutos. (10)

La seguridad del inicio del período expulsivo se obtendrá por el tacto vaginal; existen unos signos indirectos que nos harán sospechar que la dilatación se ha completado y se inicia la expulsión del feto, como son: a) aparición de contracciones más dolorosas, b) pausa intercontráctil más corta, c) amniorrexis

espontánea, d) aparición de un hilo de sangre en la bulba, dilatación anal y distensión perineal, f) la paciente refiere deseos de defecar en cada contracción. (5)

La principal función del obstetra en este periodo es proteger el periné así como evitar cualquier riesgo infectivo cuidando al máximo la asépsia y la antisépsia, asegurar que el feto se mantenga vivo (5, 18)

Se debe controlar a la vez las contracciones uterinas, así como la frecuencia cardíaca fetal que debe vigilarse estrechamente; nos ocuparemos de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca de la paciente. (16)

En nuestro medio hospitalario se coloca a la paciente en posición dorsal, se practicará un cateterismo vesical rigurosamente aséptico. Preparamos el campo operatorio de la siguiente manera: colocamos sobre la mesa el instrumental necesario para la atención del parto; compresas, gasas, (pequeñas y medianas), sonda vesical, tijeras, pinzas de Kocher (3 mínimo), pinzas de disección, porta-agujas y agujas (cilíndricas y triangulares de distinta curvatura), material de sutura, toallas estériles, equipo de revisión de post-parto, que deben incluir dos valvas de Doyen, dos pinzas de raqueta y pinzas de disección, tijera, pinza de anillos, frasco con anestesia local, jeringas estériles y procedemos así:

a.- Se colocará a la parturienta en posición dorsal, o posición lateral en los casos en que exista anomalía en los miembros que impidan el decúbito dorsal.

b.- Se practicará un cateterismo vesical rigurosamente aséptico.

c.- Se preparará el campo aséptico vulvo-perineal y vecino.

d.- Se debe recordar a la parturienta la técnica psicofísica aprendida para ese tiempo.

e.- Se procede a un tacto vaginal para comprobar el descenso de la presentación y la dilatación total del cuello uterino; entonces ya podemos indicar a la paciente que puje sincrónicamente con las otras contracciones.

f.- Cuando la cabeza fetal abomba en el perineo, nos planteamos la necesidad de realizar una episiotomía, por el riesgo de desgarro vulvo-perineal; si optamos por hacer episiotomía la haremos en la siguiente forma: Se hace una insición en la región pudenda previa infiltración con lidocaina al 1 o 2% en ambos planos superficial y profundo. La insición puede hacerse en la línea media, pero más frecuentemente se hace medio-lateral. Se realiza la insición cuando en el transcurso de una contracción la cabeza ya haya coronado (3 o 4 cms. de dilatación) de la horquilla vulvar, siguiendo un trayecto diagonal en el periné a un ángulo de más o menos 45 grados distante del ano, seccionando los músculos vulvocavernosos y transversos superficiales del

periné.

La episiotomía se repara por episiorrafía que se realiza terminado el parto. Se afrontan los tejidos iguales que se encuentran a cada lado, es decir piel con piel, mucosa con mucosa, incluyendo planos musculares. Se debe tener cuidado de no dejar espacios muertos. Se colocan puntos separados de Cat-gut crómico; una adecuada antisepsia durante su realización así como de los días posteriores es necesaria para evitar la infección. (1, 3, 6, 9)

g.- Si no hacemos episiotomía para proteger el perineo, se permite el avance de la presentación manteniendo su flexión hasta que la circunferencia sub-occipito-bregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido. (5)

Cuando la cabeza distiende el perineo durante una contracción hasta un diámetro de 5 cm. aplicar una toalla sobre la mano, se coloca en el perineo abarcando hasta el ano y ejerciendo una presión hacia arriba sobre la barbilla del feto; los dedos de la otra mano ayudan lentamente a deflexionar y desprender la cabeza fetal espontáneamente. (5, 16, 18)

h.- Una vez desprendida la cabeza fetal y efectuada su rotación externa indicamos a la madre que no puje y comprobamos la ausencia de un circular al cuello, si existe podemos deslizarlo sobre la cabeza o los hombros. Si la tensión de la misma lo

impide, se secciona el cordón entre dos pinzas de Kocher.
(5, 18).

Aunque el resto del cuerpo con frecuencia se desprende espontáneamente, es habitual ayudar a su salida final. (18)

Tomamos la cabeza con ambas manos de los parietales anterior y posterior y traccionamos suavemente primero hacia abajo desprendiendo con ello el hombro anterior hasta sobrepasar el púbis, invertimos de inmediato el sentido de la tracción, ahora hacia arriba con lo que se desprende el hombro posterior, el resto del cuerpo por ser menos voluminoso se expulsa fácilmente.

i.- Tras la expulsión del feto se mantiene colocado verticalmente al mismo nivel que el introito vaginal, el cordón luego se secciona entre dos pinzas, generalmente de Fean, colocadas a 4 o 5 cm. del abdomen fetal; en este momento el recién nacido está separado de su madre. (5, 18)

j.- Atención Inmediata del Recién Nacido Normal: Se debe propiciar el contacto precoz con la madre después del parto, y continuar de la misma manera en los días siguientes. Las maniobras de aspiración de secreciones son innecesarias en niños normales pues dichas secreciones son deglutidas o expulsadas espontáneamente por el neonato, y se pueden provocar reflejos vagales. Se procede a la ligadura del cordón con un clamp. o en su defecto con cinta de castilla estéril. Al recién nacido se

debe tener en un ambiente térmico donde no provoque enfriamiento, se envuelve en un campo estéril y caliente, se aplica solución de nitrato de plata al 1% para prevenir la conjuntivitis. Se le practicará un examen físico general, se podrá alimentar a los 5 o 10 minutos de vida, se le administra vitamina K, y envuelto se le entrega a la madre. (18)

4. TERCERA ETAPA O ALUMBRAMIENTO:

En el transcurso de este periodo se expulsa al exterior la placenta y las membranas ovulares; se inicia breves momentos despues de la expulsión fetal. El mecanismo de desprendimiento se base en dos acciones: 1) Disminución del volumen uterino y la formación de un hematoma retroplacentario, el tiempo en el cual transcurre varia entre 5 a 30 minutos (5,16).

Detectamos si la placenta se ha desprendido evaluando los siguientes signos: a) Signo uterino, según el cual valoramos al relieve del fondo uterino a través de la pared abdominal, si la placenta no se ha desprendido el fondo uterino llega hasta el ombligo, si la placenta esta desprendida el fondo uterino se palpa de 2 a 3 traveses de dedo por encima del ombligo, una vez expulsada el fondo uterino se palpará 2 a 3 traveses de dedo por debajo del ombligo. b) Signo del Cordón umbilical o de Rustner, consiste en colocar la mano evaluadora entre el pubis y el cuerpo del útero, desplazamos el útero hacia arriba. Si con esta

maniobra se retira el Cordon la placenta todavia no se ha desprendido, cuando la placenta está desprendida del cordón queda inmóvil y fijo. c) Signo del cordón umbilical, despues de la expulsión fetal se coloca una pinza de Kocher al cordón en el sitio en que sale de la vulva, al progresar el desprendimiento la placenta se considera desprendida cuando la distancia entre la pinza y la vulva es de unos 10 cms. d) Signo placentario, la placenta que está desprendida hace cierto peso sobre el recto que es detectado por la mujer. (5)

El desprendimiento de la placenta se debe producir mediante las contracciones uterinas, por lo que no debemos tirar del cordón; la expulsión placentaria se produce por la prensa abdominal, la salida de la placenta se debe ir seguida de las membranas, si estas no salen daremos reiteradas vueltas a la placenta para despegarlas ampliamente, produciendo la expulsión, procedemos a colocar sobre un recipiente y procedemos a examinarla, que las membranas estén completas, retenciones de cotiledones, tamaño, forma, color de la placenta. (16)

Terminada la expulsión observaremos el útero si ya se ha retraído, lo cual es signo de garantía de que se detenga el sangrado. (18)

Desprendida la placenta es aconsejable efectuar una revisión uterina buscando lesiones o dehiscencias del cuerpo o del segmento inferior uterino, extraer pequeños fragmentos de

cotiledones y estimular mecánicamente la fibra muscular uterina para estimular la formación de un buen globo de seguridad, luego revisamos el cuello y la vagina en busca de rasgaduras o laceraciones, de ser necesario episiorrafía, llegando el final feliz, colocamos a la madre en posición de Fritsch, cruzando una pierna sobre la otra para dar movimiento a los músculos que permanecieron inmóviles y facilitar irrigación sanguínea y aliviar posibles calambres, y la cubrimos para que no se enfríe.

(5).

E. ATENCION DEL PARTO EN EL HOGAR

Las parejas que eligen el nacimiento en el hogar comparten ciertas actitudes y creencias en común, en general creen que tienen la responsabilidad primaria de su propia salud, y como grupo tienden a definir a la salud de manera diferente a la medicina moderna. No creen que el hospital sea, por necesidad el sitio más seguro para dar a luz, considera que el personal médico a menudo recurre a técnicas innecesarias, utilizando un lenguaje que no se entiende, tecnología que limita a la mujer la actividad, la necesidad de adoptar una posición de enfermo, rígida, sin poderse mover y en general la pérdida de individualismo. (9)

Actualmente en los Estados Unidos existe una corriente que por cuestiones sentimentales neo-románticas o de vuelta a la naturaleza, preconizan el parto a domicilio. (5)

El parto a domicilio constituye una fase importante del cuidado materno en todo el mundo, entre el 60 y 80% de los bebés que nacen en los países del mundo en desarrollo lo hacen ayudados por parteras tradicionales. Así pues la obstetricia individualizada a domicilio continuará siendo practicada sin duda alguna entre los pobres, las personas que viven en áreas rurales. Es favorecido por el transporte rápido al hospital. (2, 5, 9)

La seguridad para que el parto sea en el hogar se vuelve máxima al plantear concienzudamente las cosas, sobre todo a una adecuada planificación familiar. (3)

La familia que decide tener a su hijo en el hogar puede investigarse y aconsejarse con amplitud durante todo el embarazo.

Las madres deben someterse a exploración física concienzuda en los que se deben incluir exámenes de laboratorio para valorar su estado de salud. (2)

La presencia de los siguientes factores puede impedir que el parto sea en el hogar (Puesto de Salud):

- Edad menor de 16 años o mayor de 49 años.
- Peso menor de 45 kg. o mayor de 90 kg.
- Antecedentes de trabajo de parto prolongado.
- CST previa.
- Problema hemorrágico en el parto anterior.
- Abortos repetidos.
- Incompatibilidad de Rh previa.
- Paridad mayor de 5.
- Malpresentación del feto.
- Nacimiento de un lactante previo antes de las 38 semanas o mayor de 42 semanas.
- Presencia de alguna enfermedad materna: preeclampsia, eclampsia, diabetes, cardiopatía, enfermedades

respiratorias, polihidramnios, hemorragia vaginal, infección por herpes virus tipo II, venereas, etc.

- Factores psicológicos de riesgo.
- Embarazo múltiple.

El parto intradomiciliario ofrece algunas ventajas como lo son: el parto se realiza generalmente en condiciones más fisiológicas, la familia puede tener un efecto psíquico favorable, el recién nacido no se aparta por mucho tiempo de su madre, el costo de la atención es inferior a que si se realizara en un hospital, si se siguen medidas asépticas estrictas la sépsis puerperal es poco probable o menos grave (en el hogar no existen los mismos gérmenes multiresistentes que hay en los hospitales), en los hospitales se reservan las camas para los partos complicados. (2)

Algunas desventajas: En ciertas ocasiones embarazos normales que se espera tengan una resolución normal, suelen resultar complicados. Es muy difícil poder decir cuando ocurrirá una prolongación del segundo período, o una hemorragia del puerperio, precidencias a romperse la fuente, complicaciones obstétricas o pediátricas, se carece de personal capacitado para su resolución inmediata, si se presenta un especialista a casa, rara vez conoce el curso del embarazo y los problemas previos. Lo anterior evidencia la importancia que tiene el hecho de que la persona que atiende a la parturienta tenga conocimiento completo de la paciente. (2, 17)

Uno de los requisitos más importantes para el nacimiento en el hogar es que la mujer se encuentre en un estado de excelente salud, la educación y orientación de la familia son aspectos importantes de esta asistencia, y se pueden lograr eficazmente mediante una serie de clases para el nacimiento. (3)

Se insiste en los siguientes aspectos: nutrición, ejercicio, técnicas de respiración y relajación, cambios fisiológicos normales durante el embarazo y trabajo de parto. (3, 5)

1. PRINCIPIOS PARA LA ATENCION DEL PARTO A DOMICILIO

Idealmente, la evaluación preparto debe ser realizada por un obstetra calificado para eliminar aquellos casos anormales, un médico debe evaluar regularmente a las candidatas para el parto intradomiciliario. Si la paciente va a ser atendida por partera es conveniente sea vista conjuntamente por el médico y ella. A las 36 semanas del embarazo aproximadamente, el obstetra especialista examinará a la paciente, incluyendo exploración vaginal. (2)

2. REQUERIMIENTOS LA PARA ATENCION DEL PARTO EN EL HOGAR

Se requieren sábanas, fundas de almohada y cobertores limpios en cantidad suficiente para llenar las necesidades durante el trabajo de parto. Otros artículos: jabón, lienzos, toallas de secar, un paquete de algodón absorbente (500 g.), una silla, dos bandejas estériles, una olla y dos jarras estériles (una para agua caliente y otra para agua fría). Un trozo de madera para colocar bajo el colchón (cama de partos) para elevar las caderas de la paciente. Los utensilios que se utilicen deben estar adaptados a la realidad de la comunidad para que no tengan efectos negativos, que no interfieran en la fisiología del parto ni en las relaciones familiares. (2, 4, 21)

Generalmente el sitio que se elige para el trabajo de parto es la habitación de la paciente, ésta deberá encontrarse limpia, iluminada y atractiva, el cuarto debe librarse de insectos y los vectores existentes. (2)

Es conveniente disponer de una habitación destinada al recién nacido que esté bien ventilada, caliente, asoleada, limpia y tranquila. Se dispondrá de una bañera para bañar al bebé. En lo que respecta a la ropa se incluirá: pañales, camiseta, camisones, (la ropa de algodón es preferible a la de lana), sábana, mantas de franela. Toda la ropa se lavará y planchará, y deberán guardarse calientes en una bolsa de plástico.

3. EQUIPO MEDICO Y DE LA PARTERA PARA EL PARTO DOMICILIARIO

MALETIN DEL MEDICO:

a.- Materiales:

- 2 pares de guantes de hule, estériles si es posible, (si no lo son pueden hervirse antes del parto).
- 2 cepillos de mano estériles y una barra de jabón germicida o detergente.
- 1 bata, 1 gorro y una mascarilla estériles.
- 1 cinta umbilical y un apósito estériles.
- 1 delantal de hule o plástico.
- 1 hoja de registro para el trabajo del parto y otra para el certificado de nacimiento.
- 1 sábana grande y estéril para cubrir a la paciente.
- 1 sábana para colocar el instrumental.
- Destrostix para determinar las concentraciones de glucosa.
- multistix, para determinar proteínas en orina.

b.- Medicamentos:

- Meperidina, ampulas de un ml. para analgesia
- Maleato de ergonovina, tabletas de 0.2 mg. para hemorragia del puerperio.
- Un tranquilizante (hidroxicina) para potencializar la analgesia.
- Fenobarbital, tabletas para sedación.
- Solución de sulfato de magnesio, dos ampulas de 10 ml.
- Carbonato de Calcio, un gramo en 10 ml. de sol. al 10% para

uso intravenoso si se presenta depresión respiratoria por el sulfato de magnesio.

- Clorhidrato de Procaïnãmida, 120 ml al 1% para anestecia local.
- Solución antiséptica.
- Providona-Yodo (cepillar y limpiar durante 10 min.).
- Nitrato de Plata, sol. 1% para aplicación ocular.

c.- Instrumentos:

- 1 bisturí, 1 par de tijeras.
- 1 pinzas de disección sin dientes y 1 con dientes.
- 3 pinzas de anillos.
- 1 pinza uterina.
- 2 valvas vaginales anchas.
- 1 caja con agujas diversas.
- 1 portaagujas.
- Material de sutura (catgut, crómico y simple 00 y 000).
- 2 jeringas de 10 ml.
- 4 pinzas hemostáticas.
- 1 cateter traqueal estéril.
- 1 sonda de goma suave No. 16.
- 1 metro estéril.
- 1 pinza para cordón.
- 1 forceps obstétrico.

d.- Materiales para urgencia;

- Solución IV, catéteres y agujas para el tratamiento IV.
- Paquete de gasa enrollada para taponamiento uterino.

e.- Maletín de la partera:

- Una sábana grande estéril para cubrir a la paciente y otra pequeña para instrumentos.
- 1 y media sábana de plástico que debe colocarse debajo de la paciente.
- 4 toallas estériles.
- 1 paquete de gasas estériles.
- 2 cepillos de mano estériles, y una barra de jabón.
- 2 termómetros, rectal y oral.
- 2 pares de guantes de hule.
- 1 estetoscopio y 1 esfigmomanómetro.
- 1 rastrillo y hojas de afeitar.
- 1 sonda rectal con embudo.
- 1 linterna de mano con pilas recientes.
- 1 báscula para el niño.
- 1 bolsa de plástico para la placenta.
- 1 pinza portatorundas limpia, para transporte de objetos estériles.
- 1 jeringa estéril de 5 ml. con agujas cortas y largas.
- 1 delantal de hule o plástico.
- 1 perilla de caucho.
- Solución desinfectante.
- 4 o 6 cobertores para recibir al niño (5, 9, 10, 16).

F. TRABAJO DE PARTO Y PARTO EN EL HOGAR

Cuando se inicia el trabajo de parto se llama a la comadrona, enfermera o médico para que acudan al hogar. Como en el hospital se debe realizar un examen que incluya exploración física general, se efectúa exploración vaginal al principio del trabajo de parto para verificar la posición, presentación, dilatación y borramiento del cuello uterino, se repite esta exploración a menos que surja un problema (3, 5).

Procedemos a la aplicación de un enema y se afeita el perineo, baño de la paciente, (regadera o de esponja), la paciente se vestirá con un camión o bata limpios, disponer de una cama con sábanas limpias, tener a la mano un cojincillo y colocarlo en el sitio donde se asentarán las caderas, quitar de la habitación todo mueble innecesario. (2)

La mujer experimenta el trabajo de parto y da a luz en la posición que ella desee, se debe cobijarla, asegurándose su descanso y tranquilidad. Debe suponerse que todo está contaminado excepto el campo operativo, es necesario mantener limpios y asépticos todos los medios de trabajo, guantes, instrumentos, etc. (5)

La operación debe asemejarse el parto en un hospital, es obligado llevar un registro del curso del trabajo de parto como

en el hospital, es posible administrar una analgesia local moderada en caso necesario de realizar episiotomía como en el hospital. Se vigilan con frecuencia la frecuencia cardíaca fetal hasta que se produce la expulsión. (2, 18)

Después del nacimiento se envuelve al lactante en una toalla limpia, se liga y corta el cordón umbilical, siguiendo una técnica aséptica, secar al recién nacido. Nunca se bañará al recién nacido con agua a temperatura ambiente; aplicar una solución de nitrato de plata al 1% en cada ojo. Pesarlo y envolverlo en una manta de algodón, colocar el bebé en una cuna caliente lejos del fuego, animales o bichos, mantener el ombligo y el muñon secos. (2, 5, 16, 18)

Inspeccione después la placenta, corrobore que éste completa, guárdela en una bolsa de plástico para enviarla a patología o deséchela. La comadrona se queda con la familia hasta que se ha estabilizado la paciente, que haya orinado y que el recién nacido empiece a amamantarse, debe volverse al hogar 24 a 48 horas después del parto y verificar que no hay hemorragia materna, fiebre, y observar si el lactante no tiene ictericia. (3, 6)

Hay algunos factores que pueden requerir el traslado al hospital de un nacimiento planeado en el hogar como lo son: trabajo de parto difícil por más de 8 horas, sin descenso fetal, iniciación del trabajo de parto antes de las 36 semanas de

gestación, coloración meconial intensa del líquido amniótico, frecuencia cardíaca fetal anormal, hemorragia importante durante el parto o después del mismo. (3, 4)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es de tipo descriptivo observacional.

Se eligió este tipo de metodología ya que nos permite observar el fenómeno en estudio para acercarse al problema sin intervención o influencia a los participantes durante la recolección de los datos los cuales se observaron durante el período de Diciembre-93 a Enero-94.

Esta medida de estudio se realizó en el Puesto de Salud tomando en consideración que la mayor cantidad de pacientes embarazadas consultan al mismo con su comadrona. El período de estudio contempló un ciclo completo de consultas prenatales de las embarazadas al momento del mismo el cuál se cierra en un período no mayor de 8 semanas. De tal forma el número contemplado se considera representativo por contemplar la población embarazada casi en su totalidad.

B. TAMANO DE LA MUESTRA:

Se trabajó con todas las pacientes embarazadas que asistieron espontáneamente a control prenatal al Puesto de Salud en el período de Diciembre-93 a Enero-94, los días de consulta ya

establecidos por el Puesto de Salud y la Comunidad (martes y jueves). El número promedio por consultas por semana es de 24, incluyendo primeras consultas y reconsultas. Durante un período de 2 meses ya se ha cerrado un ciclo de consultas de pacientes embarazadas para el momento actual de la investigación, después de ello se repite de nuevo el ciclo de consultas y la información sería repetitiva si se continuara más tiempo en la investigación. Generalmente se citan cada mes a las pacientes embarazadas de tal forma que 4-5 semanas son suficientes para incluir a la población requerida, esto es un mínimo de 96 pacientes y un máximo de 120 pacientes.

C. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

1.- CRITERIOS DE INCLUSION:

- a.- Estar embarazada al momento de la investigación.
- b.- Pertenecer a la localidad de San José Nacahuíl.
- c.- Que consulten voluntariamente al Puesto de Salud de San José Nacahuíl durante el período de Diciembre-93 a Enero-94.
- d.- Que no haya sido incluida previamente en el estudio, de manera que no podrá pasarse doble boleta de recolección de datos a una misma paciente.

D. VARIABLES

1.- <u>INDEPENDIENTES</u>	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TRATAMIENTO OPERACIONAL
a. EDAD	Periodo de tiempo que va desde el nacimiento - hasta el momento actual o la muerte de la embarazada.	AÑOS	ENTREVISTA
b.- SEXO	Género al que pertenece la embarazada.	MASCULINO/ FEMENINO	ENTREVISTA
c.- ESTADO CIVIL	Soltera, Casada, Unida, Viuda.	NINGUNA	ENTREVISTA
d.- RELIGION	Católica, Evangélica, Mormón, -- Testigo de Jehová.	NINGUNA	ENTREVISTA
e.- ESCOLARIDAD	Número de años (grados) cursados en la escuela.	PRIMERO A SEXTO GRADOS.	CERTIFICADO O DIPLOMA
2.- <u>DEPENDIENTES</u>			
a.- CONOCIMIENTO	Conjunto de conocimientos que posea la embarazada sobre la existencia y funcionamiento de la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil.	SI/NO	ENTREVISTA

E. RECURSOS

1.- MATERIALES:

a.- ECONOMICOS: Se invirtió aproximadamente Q250.00 en gastos de papelería y boleta de recolección de datos; además de transporte y estancia en la comunidad mientras se realizó la investigación. Se dará una donación aproximadamente de Q200.00 en equipo necesario a la Sala de partos según los requerimientos de la misma indicados por los médicos EPS rotario y la señorita enfermera auxiliar.

b.- FISICOS: i) Instalaciones del Puesto de Salud de San José Nacahuil.

ii) Boleta de recolección de datos.

iii) Material y equipo de escritorio.

iv) Transporte personal hacia la comunidad.

2.- HUMANOS:

a.- Pacientes embarazadas que consultaron voluntariamente al Puesto de Salud de San José Nacahuil durante el período de Diciembre-93 a Enero-94.

b.- Médicos E.P.S.R. rotario en el Puesto de Salud de San

José Nacahuíl, durante el período de estudio.

- c.- Enfermera Auxiliar del Puesto de Salud de San José Nacahuíl.
- d.- Promotora de Salud (Vicenta Ruch, interprete).
- e.- Investigador.
- f.- Asesor y Revisor.
- g.- Autorización del Jefe de Area y Distrito.
- h.- Colaboración y asesoría de UNICEF.
- i.- Colaboración del médico interesado en la investigación Dr. Carlos Nitch Montiel.

VII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Para la realización de la investigación se siguieron las siguientes normas éticas:

- A.- No se influyó en la forma de pensar de las pacientes embarazadas que participaron en el grupo de estudio de la investigación.
- B.- Se explicó a todas la embarazadas, comadronas y personal del Puesto de Salud la función y trascendencia importante del trabajo de investigación para beneficio de la comunidad.
- C.- La boleta de recolección de datos se llenó durante la consulta prenatal que se brinda a las pacientes embarazadas, en el Puesto de Salud de la comunidad. La información

obtenida fué totalmente confidencial.

D.- Se respetó el derecho a no participar en la investigación, aunque del total de pacientes participantes ninguno rehusó participar en la investigación, por el contrario se mostraron interesadas por ver los resultados.

VIII. PLAN PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS

Primeramente se procedió a obtener la autorización del jefe de área y jefe de distrito, Guatemala Norte, para la realización del trabajo de investigación en el puesto de Salud de San José Nacahuil. Se estandarizó conjuntamente con asesor y revisor la boleta de recolección de datos. Posteriormente ya en el trabajo de campo se abordó a las pacientes embarazadas durante la consulta prenatal diaria que brinda el puesto de Salud de la comunidad y se llenó la boleta de recolección de datos con la información esencial que llene los requisitos mínimos.

Se contó con la ayuda del personal médico y paramédico que labora actualmente en el Puesto de Salud, al mismo tiempo se contó con la ayuda de una promotora de salud que ayudó como interprete en aquellos casos de barrera lingüística.

IX. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El abordaje inicial se realizó en las instalaciones del

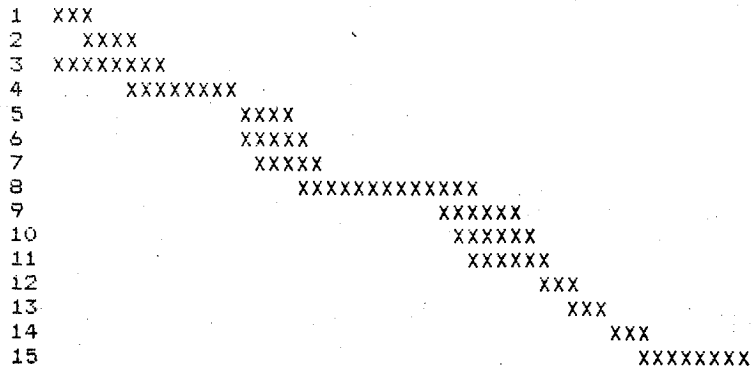
Puesto de Salud de la comunidad, y se tomaron en cuenta para el estudio solo las pacientes que asistieron voluntariamente a control prenatal al mismo, los días y horas ya establecidos por el Puesto de Salud de la Comunidad.

Es necesario aclarar que previo a realizar el trabajo de campo, se estandarizó la boleta de recolección de datos para definir la claridad y entendimiento de las preguntas.

Al pasar la boleta de recolección de datos se explicó en detalle el significado de la preguntas para que las respuestas no sufran cambios que originen sesgo en el estudio. Para ello estaba contemplado que únicamente los médicos E.P.S.R. rotatorios y el investigador realizaran el llenado de la información.

GRAFICA DE GANT

ACTIVIDADES



1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20

S E M A N A S

ACTIVIDADES:

- 1.- Selección del tema del proyecto de investigación.
- 2.- Elección del asesor y revisor.
- 3.- Recopilación de material bibliográfico.
- 4.- Elaboración del proyecto por el investigador conjuntamente con el Asesor y Revisor.
- 5.- Aprobación del proyecto por el comité de investigación del hospital o institución donde se efectuará el estudio.
- 6.- Aprobación del proyecto por la coordinación de Tesis.
- 7.-Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recolección de la información y capacitación de los encuestadores.
- 9.- Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
- 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.- Exámen Público de defensa de la Tesis.

X. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

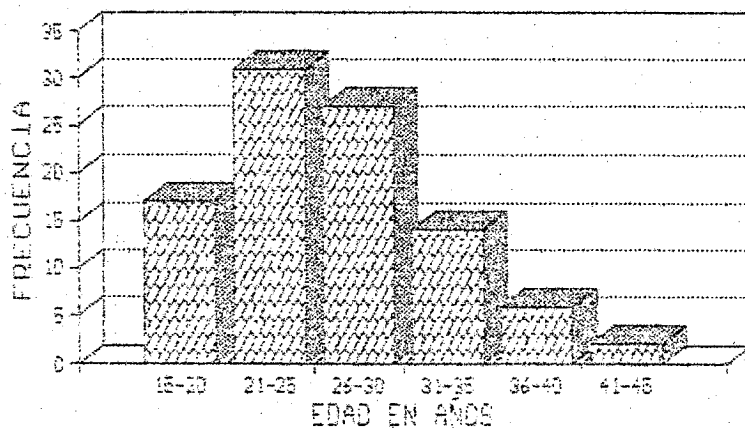
Distribución de Pacientes Embarazadas por Edad y Paridad,
que consultaron al Puesto de Salud de San José Nacahuil durante
el periodo de Diciembre-93 a Enero-94.

EDAD	PRIMIGESTA TOTAL		MULTIPARA		GRAN MULTIPARA			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
15 a 20 años	8	8.2	9	9.3	0	0.0	17	17.5
21 a 25 años	5	5.2	22	22.7	4	4.1	31	32.0
26 a 30 años	0	0.0	8	8.2	19	19.6	27	27.8
31 a 35 años	0	0.0	1	1.0	13	13.4	14	14.4
36 a 40 años	0	0.0	0	0.0	6	6.2	6	6.2
41 a 45 años	0	0.0	0	0.0	2	2.1	2	2.1
T O T A L	13	13.4	40	41.2	44	45.4	97	100.0

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud.

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES EMBARAZADAS POR EDAD, QUE CONSULTARON AL PUESTO DE SALUD DE SAN JOSE NACAHUIL DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 1993 A ENERO 1994



FUENTE: Datos obtenidos en cuadro No. 1

CUADRO No. 2

Distribución de pacientes embarazadas por ESTADO CIVIL, que consultaron al Puesto de Salud de San José Nacahuil durante el período de Diciembre-93 a Enero-94.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	FORCENTAJE
CASADA	83	85.6 %
UNIDA	13	13.4 %
SOLTERA	1	1.0 %
TOTAL	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud.

CUADRO No. 3

Distribución de pacientes embarazadas según el grado de ESCOLARIDAD, que consultaron el Puesto de Salud de San José Nacahuil durante el periodo de Diciembre-93 a Enero-94.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	10	10.3 %
SECUNDARIA	1	1.0 %
NINGUNA	86	88.7 %
TOTAL	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos en Puesto de Salud.

CUADRO No. 4

Distribución de pacientes embarazadas por TIPO DE RELIGION, que consultaron al Puesto de Salud de San José Nacahuil durante el período Diciembre-93 a Enero-94.

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICA	92	94.8 %
EVANGELICA	4	4.2 %
NINGUNA	1	1.0 %
TOTAL	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud.

CUADRO No. 5

Distribución de pacientes embarazadas multiparas según TIPO DE PARTO, que consultaron el Puesto de Salud de San José Nacahuil durante el período de Diciembre-93 a Enero-94.

T I P O D E P A R T O	FRECUENCIA	PORCENTAJE
E U T O S I C O	79	94.5 %
D I S T O S I C O	5	5.5 %
T O T A L	84	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud.

CUADRO No. 6

Respuesta a la pregunta No. 1 de la Boleta de recolección de datos: ¿Conoce o sabe usted que en el Puesto de Salud de San José Nacahuil existe una Sala de Atención de Partos?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
S I	89	91.8 %
N O	8	8.2 %
T O T A L	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud

CUADRO No. 7

Respuesta a la pregunta No. 2 de la Boleta de recolección de datos: ¿Sabe usted que su parto puede ser atendido por su comadrona o por el personal del Puesto de Salud cuando lo desee en la Sala de Partos del Puesto de Salud?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
S I	57	58.8 %
N O	40	41.2 %
T O T A L	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud

CUADRO No. 8

Respuesta a la pregunta No. 3 de la Boleta de recolección de datos: ¿Aceptaría usted que su parto fuera atendido en la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
S I	46	47.4 %
N O	51	52.6 %
T O T A L	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud

CUADRO No. 9

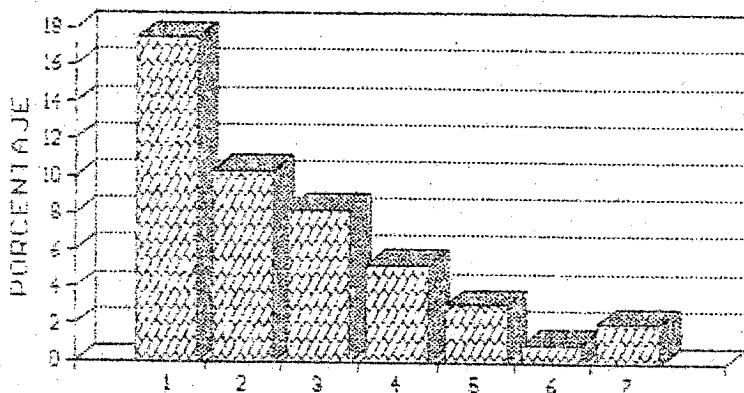
Respuesta a la pregunta No. 4-A de la Boleta de recolección de datos: En relación a la pregunta anterior ¿Por qué aceptaría?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mejor Atención	17	17.5 %
Prefiere ser Atendida por Médico	10	10.3 %
Porque hay sueros y medicinas	8	8.2 %
Porque puede haber complicaciones	5	5.2 %
Porque no tiene comadrona	3	3.1 %
Porque no puede en su casa	1	1.0 %
Porque le dan su informe de Nacimiento sin problemas	2	2.1 %
T O T A L	46	47.4 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud

GRAFICA No. 2

RESPUESTA A LA PREGUNTA No.4 DE LA BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS: EN RELACION A LA PREGUNTA ANTERIOR, PORQUE SI ACEPTARIA?



FUENTE: Datos obtenidos en cuadro No. 9

1. MEJOR ATENCION
2. FRECUENTE SER ATENDIDA POR MEDICO
3. PORQUE HAY CUERPOS Y MEDICINAS
4. PORQUE PUEDEN HACER COMPLICACIONES

5. PORQUE NO TIENE COMARCA
6. PORQUE NO TIENE EN SU CASA
7. PORQUE LE DAN SU INFORMACION SIN FACILIDAD

CUADRO No. 10

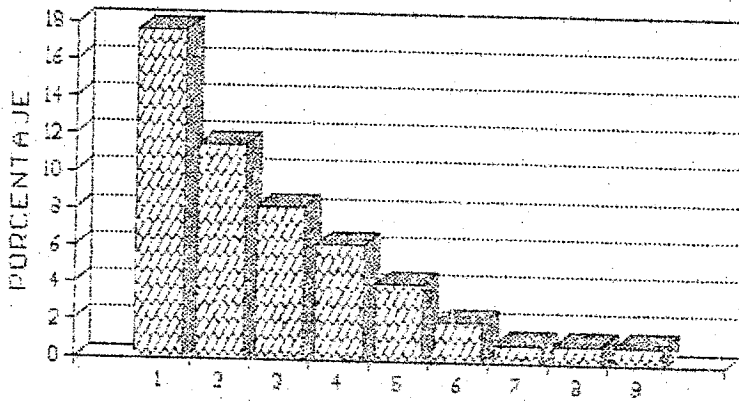
Respuesta a la pregunta 4-B de la Boleta de recolección de datos; En relación a la pregunta anterior, ¿Por qué NO aceptaría?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Porque no le gusta	17	17.6 %
Porque en casa es mejor	11	11.4 %
Porque está muy lejos	8	8.2 %
Porque es muy incomodo	6	6.2 %
Porque hay que caminar después	4	4.1 %
Porque no la deja su esposo	2	2.1 %
Porque hay que lavar la ropa	1	1.0 %
Porque no desea atención médica	1	1.0 %
Porque TIENE CESAREA ANTERIOR	1	1.0 %
T O T A L	51	52.6 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud

GRAFICA No. 3

RESPUESTA A LA PREGUNTA 4-B DE LA BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS: EN RELACION A LA PREGUNTA ANTERIOR, PORQUE NO ACEPTARIA?



FUENTE: Datos obtenidos en cuadro No. 10

1. PORQUE NO LE GUSTA
2. PORQUE EN CADA EDADACION
3. PORQUE ESTA MUY LEJOS
4. PORQUE ES MUY INCOMODO
5. PORQUE HAY OTRAS OASIONAS DESPUES

6. PORQUE NO LE DADA SU ESPACIO
7. PORQUE HAY UNO LEJOS DE LOSA
8. PORQUE NO DESEA ATENDER EN ESTO CA
9. PORQUE TIENE OTRASAS ANTERIOR

CUADRO No. 11

Respuesta a la pregunta No. 5 de la Boleta de recolección de datos: ¿Cuál es el problema más importante por el cual usted NO haría uso de la Sala de Partos del Puesto de Salud?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
La Costumbre es componerse en casa	29	29.9 %
Hay que salir caminando después	17	17.6 %
Queda muy lejos	10	10.3 %
Hay que lavar la ropa después	1	1.0 %
Porque tiene Cesárea Anterior	1	1.0 %
Porque no vive en Nacahuil	1	1.0 %
T O T A L	59	60.8 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud

CUADRO No. 12

Respuesta a la pregunta No. 6 de la boleta de recolección de datos: ¿Cuál es la ventaja que supone usted si le beneficia al ser atendida en el momento del parto en la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
La atención del parto por médico es mejor	21	21.7 %
Dan el informe de nacimiento sin problemas	7	7.2 %
Es mejor en caso de complicaciones	3	3.1 %
Hay medicamentos y sueros	3	3.1 %
Le queda mas cerca	1	1.0 %
NO SABE	62	63.9 %
T O T A L	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud

CUADRO No. 13

Respuesta a la pregunta No. 7 de la boleta de recolección de datos: ¿Cuál es el cambio que usted cree conveniente que deba darse para aceptar los servicios de la Sala de Partos del Puesto de Salud?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUN CAMBIO	56	57.7 %
Que se permita la estancia de la familia	3	3.1 %
Tener el bebé en forma acostumbrada (en cucúas)	2	2.1 %
Que brinde atención a domicilio (en casa)	1	1.0 %
No sabe	35	36.1 %
T O T A L	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud

CUADRO No. 14

Respuesta a la pregunta No. 8 de la Boleta de recolección de datos: ¿Ha sido usted atendida en alguna oportunidad en un Centro Hospitalario u otro similar en el momento del parto?

T I P O D E R E S P U E S T A	F R E C U E N C I A	P O R C E N T A J E
S I	22	22.7 %
N O	75	77.3 %
T O T A L	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud

CUADRO No. 15

Respuesta a la pregunta No. 9 de la boleta de recolección de datos: En relación a la pregunta anterior (No. 8) ¿Dónde ha sido atendido el parto?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS	16	16.5 %
CRUZ ROJA	5	5.2 %
Puesto de Salud de San José Nacahuil	1	1.0 %
T O T A L	22	22.7 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud

CUADRO No. 16

Respuesta a la pregunta No. 10 de la Boleta de recolección de datos: ¿Prefiere usted ser atendida en el momento del parto en el Puesto de Salud de San José Nacahuil o en su casa?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hospital o similar (Puesto de Salud de San José Nacahuil)	32	33.0 %
En Casa	65	67.0 %
T O T A L	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud.

CUADRO No. 17

Respuesta a la pregunta No. 11 de la boleta de recolección de datos: En relación a la pregunta No. 10 ¿Por qué prefiere usted ser atendida en el momento en Centro Hospitalario o similar (Puesto de Salud)?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mejor atención	25	25.7 %
Prevenir complicaciones	6	6.2 %
Le da igual	1	1.1 %
T O T A L	32	33.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud.

CUADRO No. 18

Respuesta a la pregunta No. 11-B de la boleta de recolección de datos: En relación a la pregunta No. 10 ¿Por qué prefiere usted ser atendida en el momento del parto en su CASA?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	FORCENTAJE
Es más cómodo	32	33.0 %
Por tradición	22	22.7 %
Porque el Puesto de Salud queda muy lejos	6	6.2 %
Es más tranquilo	4	4.1 %
T O T A L	64	66.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud.

CUADRO No. 19

Respuesta a la pregunta No. 12 de la Boleta de recolección de datos: ¿Existe algún problema de acceso a los servicios brindados por el Puesto de Salud de San José Nacahuil?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO HAY NINGUN PROBLEMA	69	71.1 %
El Puesto de Salud está muy lejos	24	24.8 %
No existe atención médica los fines de semana	1	1.0 %
No dieron respuesta	3	3.1 %
T O T A L	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud.

CUADRO No. 20

Respuesta a la pregunta No. 13 de la Boleta de recolección de datos: ¿Desearía usted recibir información sobre el proyecto de Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil y como se brinda el servicio con todas sus ventajas?

T I P O D E R E S P U E S T A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
S I	53	54.6 %
N O	44	45.4 %
T O T A L	97	100.0 %

FUENTE: Datos obtenidos de encuesta realizada en Puesto de Salud de San José Nacahuil

XI. ANALISIS DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El grupo etáreo que con mayor frecuencia se presentó es el comprendido entre 21 a 25 años, con un total de 31 casos (32%); le sigue el grupo comprendido de 26 a 30 años, con una frecuencia de 27 (27.8%); le sigue el grupo de 15 a 20 años con una frecuencia de 17 (17.5%). Continúan los otros grupos con menor número de casos. (Cuadro No.1)

Estos datos obtenidos nos evidencia una frecuencia de pacientes embarazadas similar a la tendencia a nivel rural y nacional, con un número importante de pacientes embarazadas en el grupo de edades extremas incluyendo el grupo de 41 a 45 años en el cual se sabe que pertenecen a embarazos de alto riesgo. Esta información da la pauta a considerar readecuar las políticas del Puesto de Salud en el área de planificación familiar para lograr durante la consulta prenatal un cambio en la forma de pensar y evidenciar el riesgo de este tipo de embarazo.

Se mantiene una actividad del grupo joven de la población 15 a 20 años, que es característico de este tipo de comunidad.

En lo que respecta a Paridad, el grupo de Gran Multíparas tiene el primer lugar con una frecuencia de 44 (45.4%); en segundo lugar el grupo de Multíparas con una frecuencia de 41

(41.2%) y por último el grupo de Primigestas con una frecuencia de 13 (13.4%). (Cuadro No.1)

Estos resultados son similares al patron rural en Guatemala; la política que mantiene la familia rural de Guatemala es el tener más hijos para poder tener más manos para ayudar a trabajar la tierra. Aunque esta política conlleva una alta responsabilidad para con los hijos, aún persiste en nuestro país y difícilmente podrá cambiarse sino a través de incrementar el nivel de cultura en general y la educación.

Entre el grupo de pacientes embarazadas hay un número de 83 (85.6%) que están Casadas; le sigue el grupo de pacientes embarazadas Unidas con una frecuencia de 13 (13.4%) y por último se encontró unicamente una paciente embarazada Soltera. (ver cuadro No.2)

Analizando la información obtenida existe una gran influencia religiosa en formalizar el matrimonio en las parejas de la comunidad, por tanto el grupo de pacientes embarazadas casadas es mayor y con una frecuencia importante. Esta tendencia da una estabilidad mayor a cada familia por la idea de mantener solo una pareja y procrear con ella. Por otra parte los casos de madres solteras son totalmente rechazados por la población, por ello se observa unicamente un caso de paciente embarazada soltera.

El grupo de mayor frecuencia corresponde al de Analfabetas con número de 86 casos correspondiente a un 88.7%; el grupo de escolaridad Primaria tiene una frecuencia de 10 con un 10.3% y por último se encontró un caso con escolaridad a nivel de secundaria 1%. (Cuadro No.3)

Esto resultados refleja que persiste un alto grado de analfabetismo en la población lo cual es característico de la mayoría de comunidades indígenas, aunque existe un pequeño grupo de pacientes embarazadas que si tienen estudios primarios con lo que se observa que existe una porción de la población que está interesada en educarse, y esperamos que esa tendencia de estudio continúe en beneficio de cada uno y de la población.

Es curioso pensar que la población de San José Nacahuil está a solo 20 Kms. de la ciudad capital pero realmente parece que estuviera mucho más distante por la forma aislada de vida que reina en la población.

En lo que respecta a Religión tenemos que la Religión Católica se mantiene en el primer lugar con una frecuencia de 92 con un 94.8% y la evangelica con una frecuencia de 4 con un 4.2% y por último únicamente un caso de paciente embarazada que no profesa ninguna religión. Esto nos demuestra que aún persiste la tendencia antigua de la influencia de la religión católica en la

mayor parte de comunidades indígenas y por tradición. Puede aprovecharse esta medida para lograr colaboración de la iglesia para promover la aceptación de la Sala de Partos del Puesto de Salud. (Cuadro No.4)

Podemos ver que el tipo de parto más frecuente es el EUTOSICO con una frecuencia de 79 (94.5%) y luego el tipo DISTOSICO con una frecuencia de 5 con un 5.5%. (Cuadro No.5)

Estos resultados nos orientan a poder ofrecer un buen servicio de la atención del parto con mayor seguridad tomando en cuenta que la mayoría cuenta con una buena orientación y un buen control prenatal, pueden ser atendidos en el puesto de Salud sin ningún problema. El grupo de menor frecuencia (distosico) ha tenido contacto con personal institucional central, hospitales nacionales, por lo que puede aprovecharse su conocimiento respecto a la manera de atención del parto sin ningún problema en el puesto de Salud de San José Nacahuil.

De un total de 97 pacientes encuestadas, 89 SI conocen o saben que en el puesto de Salud de San José Nacahuil existe una sala de atención del parto; al mismo tiempo 8 de las pacientes embarazadas encuestadas refirieron NO conocer o saber de la existencia de dicha sala de partos. (Cuadro No.6)

De lo anterior partimos que la mayoría de la población

embarazadas si conocen de la existencia de la sala de partos del puesto de salud de San José Nacahuil, con lo que se favorece el iniciar información complementaria del beneficio y ventajas que la misma presenta para que las pacientes embarazadas y la misma población acepten el proyecto planteado. Existe una información negativa formulada por un pequeño grupo de personas que no están de acuerdo con el proyecto, pero así mismo existen muchas personas interesadas en colaborar en la promoción de la Sala de Partos de la comunidad en el puesto de salud, de las cuales debemos aprovechar y ayudar.

De los datos obtenidos podemos ver que 57 pacientes de 97, están informadas que su parto puede ser atendido por su comadrona o si lo desea por el personal del puesto de salud; mientras que el restante 41.2% (40 pacientes) desconocen esta información y por tanto no toman en cuenta que su parto sea atendido en el puesto de salud. Es importante considerar que deba tomarse la mayor cantidad posible de la población para darle información sobre las ventajas que muestra la atención del parto en la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil, ya que da la libertad de que el parto sea atendido por las mismas comadronas, personal del puesto de Salud y promotores de salud adiestrados. Con ello se obtendrá mayor aceptación por la población al tener esta libertad. (Cuadro No.7)

De las pacientes embarazadas encuestadas, un 47.4% (46) si desean

que su parto se atendido en la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil, mientras que un 52.6% (51 pacientes) no lo aceptarían. Estos resultados dan la pauta a promover la aceptación de la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil, con una alta probabilidad de éxito. Esto orienta que un gran porcentaje de la población si harían uso de la Sala de Partos si las condiciones mínimas se concedieran. (Cuadro No.8)

Esto es un desafío en el cual deberá involucrarse a toda la población disponible y con la colaboración del personal voluntario del puesto de Salud.

De las pacientes que si aceptarían que su parto fuera atendido en las instalaciones del Puesto de Salud de San José Nacahuil, las respuestas por justificación son: La mayor frecuencia lo tiene quienes respondieron que porque tiene mejor atención con una frecuencia de 17 (17.5%); en segundo lugar por preferir atención médica 10 casos (10.7%); en tercer lugar porque hay sueros y medicinas 8 (8.2%); continúan otros con menor frecuencia. (Cuadro No.9)

Estos casos orientan a que existe un grupo importante de pacientes que tienen buena fundamentación para decidir la atención de su parto en el Puesto de Salud y pueden influir para ganar más personas que piensen en forma similar por ellos mismos.

Al cuestionar porque no aceptaría ser atendida en el Puesto de salud en el momento de su parto, las pacientes embarazadas respondieron: en primer lugar porque no le gusta 17.6%, en segundo lugar porque en su casa es mejor con un 11.4%, en tercer lugar porque está muy lejos el Puesto de Salud. Estas respuestas nos orientan a que no existe una razón de peso por el cual se niegue la ayuda que se brinda por parte del puesto de Salud de la comunidad. Más bien se plantean razones por tradición y comodidad las cuales puede ser un tanto difícil cambiarlas en un periodo corto, pero que si podría darse el cambio a través del tiempo y la educación de la población, con el convencimiento y aclaración de las ventajas que se puede aprovechar en bien de la madre y el recién nacido. Es importante explotar y aprovechar las áreas que marcan una aceptación parcial de la sala de partos, y utilizar ese recurso para lograr el cambio que ya ha iniciado. (Cuadro No.10)

Es importante señalar que de todas las pacientes encuestadas únicamente una de ellas no aceptó ser atendida en la sala de partos del Puesto de Salud por razón justificable y es el haber tenido su último parto por Cesarea, lo cual da la pauta por prevención a ser atendida en un centro de referencia mayor.

Las principales causas por las cuales las pacientes embarazadas NO harían uso de la Sala de Partos del Puesto de

Salud de San José Nacahuil son; en primer lugar porque la costumbre es componerse en casa con una frecuencia de 29 (29.9%); en segundo lugar el pensamiento de que hay que salir caminando después del parto, con una frecuencia de 17 (17.6%), y en tercer lugar la justificación de que el puesto de salud quede muy lejos con un frecuencia de 10 (10.3%); existen otras causas que se mencionan con menor frecuencia . (Cuadro No.11)

En esta información se trata de complementar con la pregunta anterior buscando ahora causas de rechazo a la sala de partos. Persiste el pensamiento de tradiciones y costumbres como la principal causa del rechazo, esto sumado a la tendencia de la comodidad que todo el tiempo ha reinado en la población de Guatemala. En las comunidades indígenas aún existe el temor a la asistencia institucional, por ello prefieren "componerse en casa". El reposo post-parto es tan protegido por este grupo que se justifica con ello para evitar las atenciones que se ofrecen por el puesto de Salud.

Al plantearse la pregunta si saben las ventajas que les daría el uso de la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil, las pacientes embarazadas respondieron; en primer lugar, la atención del parto por el médico es mejor con una frecuencia de 21 (21.7%); en segundo lugar, dan el informe de nacimiento sin problemas con una frecuencia de 7 (7.2%) y en

tercer lugar, es mejor en caso de complicaciones y hay medicinas y sueros con una frecuencia de 3 (3.1%). Y es importante mencionar que la mayor frecuencia está dada por la respuesta NO SABE, con una frecuencia de 62 (63.9%), con lo cual se vuelve a tener evidencia de una falta de información a la población sobre la actividad, y aspectos generales mínimos sobre la sala de atención del parto del Puesto de Salud de la comunidad. (Cuadro No.12)

Las respuestas positivas que respalda el uso de la sala de parto vuelven a asegurar un camino para iniciar una política y estrategias de promoción de la sala de partos y una información enfocada con los aspectos descritos por la misma comunidad.

Esta información nos muestra que la mayoría de pacientes embarazadas encuestadas opinan que no se debería dar ningún cambio en relación a la aceptación de los servicios del Puesto de Salud y la Sala de Partos del mismo, con una frecuencia de 56 (57.7%); en segundo lugar se plantea que se permita la estancia de la familia en el Área de la atención del parto por ser una rutina en las costumbres de la población con una frecuencia de 3 (3.1%) y en tercer lugar se solicita el cambio de tener al bebé en forma acostumbrada (cuclías) con un 2.1% (2 casos). Por último se solicita que se brinde atención domiciliar 1% ello por mantener la tradición del parto domiciliar. (Cuadro No.13)

Estos resultados muestran algunos cambios que son factibles de darse con la colaboración de las mismas personas; la familia puede estar en la sala de espera mientras la parturienta esta en sala de partos y posteriormente en la recuperación puede permitirse el contacto tradicional con la madre y el niño. El considerar el parto en cuclías está dentro de los límites tolerables siempre y cuando se puede convencer a las embarazadas de los peligros que podrían darse en el nacimiento y la conveniencia del sistema acostados. Este cambio puede ser gradual, lo importante es ganar la confianza de la población y posteriormente intentar con su aprobación el sistema común.

La abstinencia de decisión 36.1% es considerable ya que muestra la falta de interés sobre el proyecto, pero es satisfactorio que un 57.7% manifiesta estar de acuerdo con las medidas actuales y no solicitan ningún cambio. (Cuadro 13)

Esta información nos da el dato de que el 77.3% (75 casos) nunca ha tenido contacto con un centro hospitalario para la atención del parto, mientras que un 22.7% (22 casos) si lo ha tenido. Considerando la actual situación de Guatemala la población tiene poco acceso a los servicios institucionalizados de Salud, así como a la información que ellos brindan. Esto por diversos motivos de tipo socio-económico y cultural, distancia, creencias populares, etc. Por lo que un punto importante de la Atención Primaria en Salud es el crear servicios de Salud

próximos a las comunidades y de fácil acceso y que permitan descentralizar la atención de Salud, descongestionando los Hospitales nacionales y mejorar las coberturas, en especial en el sector materno-infantil. (Cuadro No.14)

Se complementa la información del cuadro No. 14; en relación al cuestionamiento ¿Dónde ha sido atendido su parto? la respuesta ha sido: H.G.S.J.D con un total de 14 casos (16.5%); Cruz Roja con 5 casos (5.2%) y por último ya se toma en cuenta una paciente embarazada que ya ha sido atendida en el puesto de Salud de San José Nacahuil. (Cuadro No.15)

De estos datos vemos que de un grupo de 22 casos que han tenido contacto con centros hospitalarios la distribución se mantiene en áreas ya conocidas de referencia. Es importante tomar en cuenta que este pequeño grupo de embarazadas que ya conocen parcialmente la forma de proceder en centros hospitalarios, ayuden para explicar al resto de la población que este tipo de atención no daña en ningún momento el bienestar de la madre y el niño. Y simultáneamente colaboran con su ejemplo al aceptar ser atendido su parto en el Puesto de Salud de la Comunidad mencionada. Es curioso señalar que al momento de la investigación, ya se encuentra una paciente que ya ha sido atendida previamente en la sala de partos del puesto de Salud en el inicio de su actividad, con lo cual llena de satisfacción al continuar con seguimiento y aceptar nuevamente ser atendida en

este centro rural.

Es significativa la tendencia de la población a seguir prefiriendo que su parto fuere atendido en casa por las razones ya mencionadas en notas anteriores y se verifica con la respuesta de un 67% (65 casos) quienes prefieren la atención del parto en casa o domicilio; mientras que un grupo no menor 33% (32 casos) mantiene su postura de aceptar el cambio y tener la atención brindada por el puesto de Salud de la comunidad. Esto mantiene la esperanza de continuar con un proyecto que tiene mucha trascendencia y es muy importante porque puede ser el inicio de nuevas estrategias en la atención materno-infantil. (Cuadro No.16)

El complemento de la información sobre el porqué desea la paciente embarazada que su parto sea atendido en el Puesto de Salud, es el siguiente: Por mejor atención el 25.7% (23 casos); Para prevenir complicaciones 6.2% (6 casos) y por último una paciente embarazada mencionaba que le da igual que su parto fuera atendido en la Sala de Partos del Puesto de Salud o en otro centro asistencial. Estos datos dan la tranquilidad de que de las personas que deciden acercarse al puesto de salud para tener la atención del parto en este lugar, lo hagan con toda la confianza del caso y la seguridad de que todo va a estar bien. (Cuadro No.17)

De el grupo de pacientes embarazadas encuestadas, se

mantiene la justificación de ser atendidas en sus casas en el momento del parto por: Es más comodo, 32 casos; por tradición, 22 casos; porque el puesto de salud está muy lejos, 6 casos y por último que es más tranquilo, 4 casos. en general el aspecto de comodidad y tradición siempre se capta en las respuestas; está influenciado por creencias, restricciones populares, relación con el ambiente, con las comidas e influencias en cierta medida por las limitaciones económicas pues es mejor tener un parto en el hogar y no gastar en transporte, o ir hasta la capital y pagar costos aproximados de Q. 200,00 por desplazamiento. (Cuadro No.18).

Se muestra algunos problemas de acceso a los servicios de Salud prestados por el Puesto de Salud de la comunidad. En primer lugar se plantea el problema de que el Puesto de Salud está muy lejos de un sector de la población, con un número de 24 casos para un 24.8%, en segundo lugar se plantea que no existe atención médica los fines de semana por los médicos E.F.S. y enfermera, con un caso 1%. Es evidente que los problemas de acceso planteados son de menor importancia, ya que siempre tiene que ver con aspecto de comodidad para la población, cosa que siempre habrá un grupo menor que tendrá que sufrir las consecuencias de vivir a distancia importante del Puesto de Salud. Esta situación se vive en el área urbana y ya ha sido superada así que puede darse este cambio de superación en el área rural con el paso del tiempo y el deseo de dejar en parte parte

poder obtener ayuda del mismo Puesto de Salud y del personal que labora en él. Esta situación se verifica al obtener una respuesta del 71.1% de las pacientes embarazadas encuestadas mencionando que no existe ningún problema de acceso a las instalaciones del puesto de Salud y de los servicios brindados. (Cuadro No.19)

La mayor cantidad de pacientes embarazadas encuestadas (53) opinaron que SI desearían recibir más información respecto al proyecto de Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Natahuil. Esto orienta a pensar que muchas de las actitudes negativas de la comunidad en relación a los servicios de Salud son por falta de información o deficiencia de ésta, y compromete a los trabajadores en Salud a brindar orientación y educación adecuada a la comunidad para satisfacer sus necesidades de conocimiento y mejorar así su nivel de salud, ayudando a que ellos aprendan a cuidar de su salud y a utilizar adecuadamente los servicios de las instituciones mencionadas. (Cuadro No.20)

Un grupo considerable de pacientes embarazadas (45.4%) no desea recibir ninguna información sobre el proyecto planteado de la Sala de Partos del Puesto de Salud; esto coincide con el grupo de la comunidad que aun no acepta la medicina no tradicional e institucionalizada y que permanecen fieles a las tradiciones de generación en generación. (Cuadro No.20)

XII. CONCLUSIONES

- 1.- De un total de un 97 pacientes embarazadas encuestadas, 89 pacientes o sea un 91.8% conocen de la existencia de la Sala de Partos instalada y funcional del Puesto de Salud de San José Nacahuil; sin embargo sólo 57 ellas (58.8%) saben que su parto podría ser atendido por su comadrona o por personal institucional que labora en el mismo.
- 2.- En relación a la aceptación del proyecto de Sala de Partos del Puesto de Salud, un 47.4% respondió que SI la acepta y las principales razones son: mejor atención, prefiere ser atendida por médico, por existencia de sueros y medicinas, para prevenir complicaciones, porque le dan su informe de nacimiento; ésta razones dan la pauta para trabajar en ellas y lograr mejores beneficios.
- 3.- En relación a la no aceptación del proyecto de Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil, un 52.6% respondió que no aceptaría usar directamente los servicios ofrecidos por el puesto de salud; y las principales razones son: porque no le gusta, porque en casa es mejor, porque el puesto de salud está muy lejos, porque es muy incómodo, porque hay que caminar después, con lo cual observamos que son razones que no parecen de peso y pueden considerarse cambiables a través del tiempo con incremento de promoción.

4.- De todas las pacientes encuestadas sólo un 22.7% ha tenido contacto institucional en el momento del parto, de los cuales los mismos son: Hospital General San Juan de Dios, Cruz Roja y un caso en el Puesto de Salud de San José Nacahuil. Esto da una orientación del contacto de la comunidad con los servicios interinstitucionales de Servicios de Salud.

5.- Del total de pacientes embarazadas encuestadas, un 22.7% (22) respondieron que desean que su parto sea atendido en las instalaciones del Puesto de Salud de la comunidad; con lo que demuestra buena voluntad de una parte de la población.

XIII. RECOMENDACIONES

- 1.- Incrementar al máximo las medidas para la promoción y divulgación de la información sobre el proyecto de Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil con todas sus ventajas considerando los diferentes aspectos ya señalados por la misma comunidad.
- 2.- Aprovechar el número de pacientes que han tenido contacto con personal institucional para que den ejemplo de la conveniencia de la atención en un área higiénica tanto para la madre como para el niño. A partir de experiencias de la propia comunidad será más aceptable el cambio que se está originando.
- 3.- Ofrecer el máximo esfuerzo posible para que el número de 22 pacientes (22.7%) que desean ser atendidas en el presente embarazo, en la Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil, se logre la cobertura total de éstas y continúe así la mejor forma de cambio con la aceptación paulatina del proyecto, aunque para ello tenga que tomar el tiempo necesario con la colaboración conjunta de el personal del Puesto de Salud y la comunidad misma.
- 4.- Que se de seguimiento al presente estudio para evaluar los frutos del mismo y considerar con las autoridades pertinentes en salud, la posibilidad de promover otros a un

mismo nivel y de esta manera iniciar una nueva estrategia para mejorar el nivel de atención materno-infantil nacional.

XIV. RESUMEN

San José Nacahuil es una comunidad 100% indígena en la cuál se mantienen muchas creencias, tradiciones y costumbres de esta raza. En este particular, se mantiene la costumbre del parto domiciliario con lo cuál se han dado muchas enfermedades en el momento del puerperio tanto en la madre como en el recién nacido; por tal situación y para prevenir y disminuir el número de casos mencionados un grupo de promotores de salud y el personal del Puesto de Salud de la comunidad implementaron con la ayuda de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, una sala para la atención del parto. Esta sala ha funcionado desde su inauguración hace un año pero su uso había sido muy bajo, considerando una alta tasa de fecundidad $97.58 \times \text{mil}$ y natalidad $34.14 \times \text{mil}$. Por tanto se decidió realizar un estudio con miras a encontrar posibles causas de tal respuesta negativa al proyecto en el cuál participó la misma comunidad. Las respuestas y datos obtenidos en la investigación, reflejaron que existe una mala información sobre el proyecto real de la sala de partos y muchas personas desconocen detalles importantes para tomar en cuenta su aceptación se han fundamentado causas de menor peso para su rechazo ejemplo no le gusta, porque la casa es mejor, porque está muy lejos, etc. los cuáles podrían rebatirse por la misma población ya que existen los pensamientos de aceptación por otro grupo menor con fundamentos importantes como ejemplo mejor atención, prefiere ser atendida por médico, prevención de complicaciones, y otros que dan la pauta para explotarlos y

lograr que la mayoría de la población pueda pensar en esta forma y se habrá logrado una victoria en las medidas y estrategias para mejorar el nivel de salud en el grupo materno-infantil de la localidad, y si se logra expandir este tipo de proyectos, de la nación misma.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barroso, Nono. Universidad Nacional de Columbia. La posición adoptada por la primipara durante el trabajo de parto. Sus efectos en la evolución del parto y condiciones del recién nacido. 144p. Jun, 1984.
2. Benson, Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia. 7a. Edición, Editorial El Manual Moderno. México, 1985. pp. 432-439.
3. Bleir, I. J. Enfermería Materno Infantil. 4a. edición, Edit. Interamericana. México, 1984. pp. 148-149; 159-160.
4. Bullough, C. Delivery Care Technologies. Report of the International Aga Khan Foundation. Sri Lanka, 1986. pp. 25-44.
5. Dexeus, S. Tratado de Obstetricia. Dexeus. Editorial Salvat. Barcelona, 1982. pp. 444-457.
6. Foo, Gregory. Traditional Birth Practices. Division of Family Health, OMS. 1985. Pág. 77.
7. Gally, Ester. Manual Práctico para Parteras. Impresora Galve. México, 1980. Pág. 434.
8. Grupo Editorial Océano. Enciclopedia de Medicina y Enfermería Mosby. Editorial Océano. San Louis Missouri, 1987.
9. Herberth, Maylin S. Et. Al. Las Parteras Tradicionales y la Planificación Familiar. Population Report, número xxii 52:117. Enero, 1981.
10. Magrow, H. Manual de Enfermería Materno Infantil. Editorial Interamericana. México, 1984. pp. 474-478 y 697-718.
11. Menendez, Otto R. et. al. Investigación Científica en el que hacer de la Salud-enfermedad. c. Editorial Universitaria. Vol. 25. Universidad de San Carlos de Guatemala. C.A. 122 Pág.
12. M.S.P.A.S. Memorias del Puesto de Salud de San José Nacahuil. Informe anual al Centro de Salud. San Pedro Ayampuc, 1992.
13. M.S.P.A.S.-U.N.I.C.E.F. Curso de Capacitación a Comadronas Tradicionales de Guatemala, con enfoque Participativo. Guatemala, C.A. 1a. Edición, 72pp.

14. Manual para el equipo Adiestrador de Comadronas Tradicionales. D.G.S.S. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, Diciembre de 1980.
15. D.M.S. Manual de Enfoque de Riesgo. Serie Paltext. No. 7. Washington D.C., EUA, 1985, 265p.
16. Prichara, Jack A; McDonald, Paul C., Gant, Normas E. Williams Obstetricia. 3a. Edición, Editorial Salvat. México, 1987. 900pp.
17. Schramm, W. Neonatal Mortality in Missouri home births. American Journal of Public Health, 1937. Aug; 77(8). pp. 930-935.
18. Schwarcz, Ricardo L. et. al. Obstetricia. 4a. Edición, Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina, 1986. 692pp.
19. U.S.A.C.- C.I.C.S. Guía para la elaboración del Proyecto de Tesis de México y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. 1992.
20. Villatoro, E.M. Medicina Tradicional en Guatemala. Guatemala, U.S.A.C. Centro de Educación Folklóricos, 1984. 316pp. (colección monográfica, Vol. 1).
21. Vuarcia, Caldeyro. et. al. Tecnología Adecuada para la Atención del Parto. Boletín de la Oficina Sanitaria de Panamá. 90:69-79, 1981.

XVI. ANEXO

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____ . Edad: _____ años

Estado Civil: _____ . Religión: _____

Escolaridad: _____ . G: _____ P: _____ Ab: _____ CST: _____ PES: _____

1. ¿Conoce o sabe usted que en el Puesto de Salud de San José Nacahuil existe una Sala para la Atención del Parto?
Si: _____ No: _____
2. ¿Sabe usted que su parto puede ser atendido por su comadrona o por el personal del Puesto de Salud cuando lo desee en la Sala de Partos del Puesto de Salud?
Si: _____ No: _____
3. ¿Aceptaría usted que su parto fuera atendido en la sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil?
Si: _____ No: _____
4. ¿Por qué aceptaría? ¿Por qué no aceptaría?
5. ¿Cuál es el problema más importante por el cual usted no haría uso de la sala de partos del Puesto de Salud?
6. ¿Cuál es la ventaja que supone usted si le beneficia al ser atendida en el momento del parto en el Puesto de Salud?
7. ¿Cuál es el cambio que cree conveniente que deba darse para aceptar los servicios de la Sala de Partos del Puesto de Salud?
8. ¿Ha sido usted atendida en alguna oportunidad en un centro hospitalario u otro similar en el momento del parto?
Si: _____ No: _____
9. ¿Dónde? Especifique lugar particular.

10. ¿Prefiere usted ser atendida en un hospital o Centro de Salud o en su casa? Hospital o similar: _____ Casa: _____

11. ¿Por qué?

12. ¿Existe algún problema de acceso a los servicios brindados por el Puesto de Salud de San José Nacahuil?

Especifique en forma particular.

13. ¿Desearía usted recibir información sobre el proyecto de Sala de Partos del Puesto de Salud de San José Nacahuil, como se brinda el servicio con todas sus ventajas?

Si: _____ No: _____