

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS
DE LAS COMADRONAS SOBRE EMBARAZO,
PARTO Y PUERPERIO**

Estudio cualitativo previo a elaborar un programa de capacitación
en el Municipio de San Julián, Chiantla, Guatemala, 1996

TESIS

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

POR

CATALINA IRACEMA SALGUERO MORALES

En el acto de investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, noviembre de 1996

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

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 : CATALINA IRACEMA SALGUERO MORALES
Carnet Universitario No. 86-13461

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS COMADRONAS SOBRE

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Trabajo asesorado por:

Director RAFAEL HAEUSSLER PAREDES

revisado por:

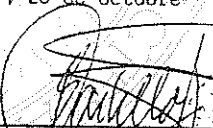
Director JOSE MARIA GRAMAJO GARMENDEZ

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

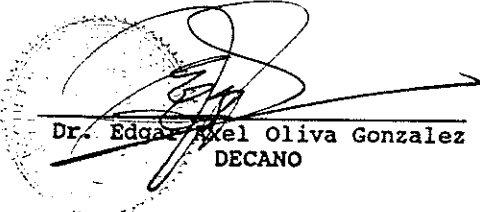
Guatemala, 28 de octubre de 1996.


UNIDAD DE TESIS




DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:


Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO

ne



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, C. A.

Guatemala, 28 de octubre

de 1996

05
T(7558)
C-3

Doctor:
Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR
Unidad de Tesis.
Presente.

Se le informa que el BACHILLER
CATALINA IRACEMA SALGUERO MORALES

Nombres y Apellidos completos

Carnet No. : 86-13451, ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS COMADRONAS SOBRE

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO


Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del estudiante


Asesor
Nombre completo y Sello profesional

DR. RAFAEL MAEUSSLER PAREDES
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2829

CHEJ/jvv.


F. Revisor
Nombre completo y sello profesional
Reg. de Personal: 16159

DR. JOSE M. GRAMAJÓ
GARMENDEZ
Médico y Cirujano
Colegiado No. 6702



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Of. APR- UT-176-96

Guatemala, 28 de octubre de 1996

BACHILLER:
CATALINA IRACEMA SALGUERO MORALES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
USAC
Presente.

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis, titulado CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS COMADRONAS SOBRE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO ha sido RECIBIDO, y luego de revisado se ha establecido que cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es autorizado para completar los trámites previos a su graduación.

En otro particular me suscribo de usted.
Respetuosamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez.
COORDINADOR



TA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es responsabilidad única del autor.

ne

I N D I C E

		PAGINA
<i>CAPITULO I</i>	<i>INTRODUCCION</i>	1
<i>CAPITULO II</i>	<i>DEFINICION DEL PROBLEMA</i>	3
<i>CAPITULO III</i>	<i>JUSTIFICACION</i>	5
<i>CAPITULO IV</i>	<i>OBJETIVOS</i>	7
<i>CAPITULO V</i>	<i>REVISION BIBLIOGRAFICA</i>	8
<i>CAPITULO VI</i>	<i>METODOLOGIA</i>	56
<i>CAPITULO VII</i>	<i>PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS</i>	61
<i>CAPITULO VIII</i>	<i>PROGRAMA DE CAPACITACION Y/O RECAPACITACION</i>	73
<i>CAPITULO IX</i>	<i>CONCLUSIONES</i>	85
<i>CAPITULO X</i>	<i>RECOMENDACIONES</i>	89
<i>CAPITULO XI</i>	<i>RESUMEN</i>	92
<i>CAPITULO XII</i>	<i>BIBLIOGRAFIA</i>	94
<i>CAPITULO XIII</i>	<i>ANEXOS</i>	96

I. INTRODUCCION

Guatemala posee un sistema de salud que no está en capacidad de brindar adecuada cobertura en cuestión de servicios médicos a la población de zonas rurales; es por ello que la población utiliza en cuanto a la obstetricia el importante recurso comunitario que son las parteras tradicionales, denominadas en nuestro medio como comadronas, cuya existencia está culturalmente e históricamente determinada.

La presente investigación se realizó para recabar información relativa al tema, documentarla y realizar un programa de capacitación y/o recapitación para contribuir a mejorar la atención del binomio madre-niño en esta población.

El programa de capacitación y/o recapitación tiene contenidos que están fundamentados en los resultados de la investigación que fue de tipo cualitativo utilizando para ella la técnica del grupo focal; además sirvió para ayudar de alguna forma a mejorar la comunicación y comprensión del personal de salud y de las comadronas, como recursos humano de servicio obstétrico y terapéutico en la atención de la paciente embarazada, para lograr disminuir la morbimortalidad de la madre y el niño a través de una adecuada formación y capacitación de la misma.

Estoy segura de que se cumplió con los objetivos propuestos por la investigación ya que se pusieron en práctica los resultados de ella a través del programa, además estoy satisfecha de haber convivido con este grupo y de conocer algunos de los problemas de salud que presenta esta comunidad. Deseo que el presente trabajo sea de utilidad y beneficio para la misma.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En Guatemala desde tiempos inmemorables, la atención a la mujer en el momento de dar a luz ha sido encomendada, según creencias y la tradición, a mujeres que reciben en su mayoría a través de un designio divino, el mandato de acompañar a otras mujeres en ese trance. El arraigo en costumbres y tradiciones que envuelven con su maravilloso velo las etapas de embarazo, parto y puerperio dan el marco para que esos procesos biológicos se desarrollen con un cariz más humanizado. Esta importante tarea sigue siendo, en muchos casos, el único apoyo para un porcentaje del 70-80 de embarazadas. (11)

La comadrona por lo general es una persona con mucha experiencia, que ha tenido varios hijos, que ha visto morir mujeres y niños en su comunidad, conocida y respetada, a menudo analfabeta, habla el idioma local, es madura, acepta opiniones populares de la reproducción, realiza otros trabajos además de partera, inicialmente adquiere aptitudes atendiendo ella misma partos o trabajando con otras parteras tradicionales. (10)

La comadrona tradicional capacitada es aquella persona de la comunidad que después de haber sido capacitada recibe autorización del MSPAS para dar atención a la gestante en el embarazo, parto y puerperio. (10)

Los servicios de salud en nuestro país no han logrado hasta la fecha una ampliación significativa de la cobertura del control prenatal y de la atención profesional e institucional del parto. Por tanto este importante servicio a la gestante recae en un porcentaje muy elevado en manos de la comadrona. (11)

Lo anterior demuestra que las comadronas cumplen una función importante e indispensable en el sistema de salud por lo que debe involucrarse para alcanzar la tan anhelada meta "salud para todos en el año 2,000", por lo que es necesario obtener información referente a los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las comadronas en la atención del embarazo, parto y puerperio para poder implementar y mejorar la capacitación y así poder dar un mejor servicio a la comunidad..

III. JUSTIFICACION

La baja cobertura o la ausencia de servicios médicos en zonas rurales sirve para un limitado número de partos atendidos a nivel institucional y un limitado programa efectivo pre y postnatal.

Además existen barreras culturales y económicas que impiden la utilización de los servicios institucionales existentes.

En Guatemala la tasa de mortalidad materna en 1987 fue de 10.4 x 10,000. En 1992 fue de 2.2 x 1,000. en 1995, fue de 24.8 x 10,000, la cual no ha presentado tendencia descendente sino que va en aumento; es de resaltar que la mortalidad materna en Guatemala es todavía considerablemente alta, lo que refleja la deficiente atención durante el embarazo, parto y puerperio. (15)

Por lo tanto la revalorización del trabajo de las comadronas y la orientación más adecuada de los programas de capacitación, permitirán asegurar una mejor calidad en la atención a la gestante.

La finalidad del presente trabajo fue investigar a las comadronas de San Julián Chinautla para conocer los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen en relación

al embarazo, parto y puerperio y en base a dicha investigación se realizó un programa de capacitación cuyos contenidos partieron de la realidad concreta, para adecuar sus conocimientos en conocimientos básicos y fundamentales para la adecuada atención.

Es importante hacer notar que si se capacita adecuadamente a todas las comadronas la morbimortalidad materno infantil disminuirá.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Identificar los conocimientos actitudes y prácticas sobre embarazo, parto y puerperio del grupo de comadronas del Municipio de San Julián Chinautla.
2. Elaborar un programa de capacitación a las comadronas, cuyos contenidos se fundamenten en los resultados de la investigación cualitativa.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

GENERALIDADES

A. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

En Guatemala el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el responsable de velar por la salud de los habitantes, el cual está estructurado con una red de servicios: Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales; estos servicios son los responsables de desarrollar programas con énfasis preventivo y curativo, ellos deben de establecer una relación directa con las comunidades donde viven y practican la salud. (9,12)

El Departamento de Guatemala que es el Area Metropolitana está dividido, para fines de planificación y programación en tres áreas que son: Area Guatemala Norte, Area Guatemala Sur y Amatitlán.

B. AREA GUATEMALA NORTE.

El Area Guatemala Norte, está formada por los siguientes lugares: Palencia, Fraijanes, San José Pinula, San Pedro Ayampuc, San José del Golfo, San Julián Chinautla, Tierra Nueva, Zona 18, Distrito No. 4 y 6, Zona 6 Distrito No. 3, Zona 5, Distrito No. 2, Zona 1 Distrito No. 1, Zona 3, Distrito No. 25. (2)

C. MUNICIPIO SAN JULIAN CHINAUTLA

MARCO HISTORICO, MUNICIPIO DE CHINAUTLA.

En 1526 tras rudos combates entre Españoles y Pokomanes, Don Pedro de Alvarado dispuso fundar la nueva Población de Chináutla en el lugar denominado La Cruz. Posteriormente se hizo la distribución de los pueblos del Estado de Guatemala por el código de Livingston decretado el 27 de agosto de 1836. Dicho pueblo con el nombre de Chináutla fue adscrito al circuito Norte de la ciudad de Guatemala. Fué lotificado y entregado por Bienes Nacionales a personas necesitadas procedentes de diferentes lugares de la República, principalmente en la parte oriental, la otra parte eran fincas lotificadas y vendidas a actuales moradores; así nacieron las actuales aldeas del Durazno, Tres Sabanas, Las Lomas, El Chan, La Laguneta, así como San Antonio Las Flores, San Rafael Las Flores y Sacojito.

En la Antigua Chinautla quedó una Alcaldía Municipal en donde ya únicamente se hacen registros civiles y otros trámites de menor importancia. La jefatura de Salud del Distrito, se encuentra en la denominada Nueva Chinautla, esta nació a raíz del terremoto del 4 de febrero de 1976, cuando aproximadamente 150 familias nativas de la población de Chinautla, emigraron a los alrededores de la finca San Julián, que era propiedad del señor Juan Mini. Estas familias se ubicaron en la avenida que conduce al Colegio

Castillo Córdoba habitando en champas. A raíz de esto se iniciaron las gestiones ante el Comité de Reconstrucción Nacional para que les fuera autorizado construir sus viviendas legalmente.

ASPECTOS GEOGRAFICOS

UBICACION: El Municipio está situado en la parte norte de Guatemala, su área urbana está situada al nor-orienté de la ciudad capital. Limita al norte con el Municipio de Chuarrancho, al sur con la Capital, al este con el Municipio de San Pedro Ayampuc, al oeste con el Municipio de Mixco, San Raymundo y San Juan Sacatepéquez. El Area Urbana limita al norte con Buena Vista, San Ramón Cerro Vivo, La Finca San Rafael Zona 18, al oeste con la finca Pedrera y al Sur con las Colonias del Proyecto 4-3.

DIVISION E INTEGRACION POLITICA

La Vieja Chináutla cuenta con la siguientes comunidades: Aldeas: San Rafael Las Flores, San Antonio Las Flores, Sacojito El Durazno, Tres Sabanas, El Chan, La Laguneta, Colonias Urbanas: San José Jocotales, San Julián, Nuestra Señora de la Asunción, Santa Faz, Joya Senahú I, II, San Martín, Santa Isabel, El Molino, Gobernación, Arimany , Santa Marta, Tecún Umán, Buena Vista, Santa Luisa, San Rafael. Fincas: Las Trinitarias, Las Delicias, La Primavera, Las Vegas, San Rafael.

EXTENSION TERRITORIAL

El Municipio tiene una extensión de 80 Kms². el área urbana 9 Kms.². aproximadamente.

POBLACION GENERAL

AREA URBANA:	30,234 Habitantes
AREA RURAL:	22,796 Habitantes

ASPECTOS MUNICIPALES

El Municipio cuenta con un alcalde electo popularmente, un Concejo Municipal, un Juzgado de paz, un destacamento de policía nacional, situado en Santa Luisa, nueve primeros alcaldes, nueve segundos, sesenta y siete alguaciles y ocho comisionados militares.

RECURSOS INSTITUCIONALES

- Hospital Dermatológico
 - Dispensario Municipal
 - Municipalidad Local (3).
2. COMADRONA TRADICIONAL ADIESTRADA

En el año 1960, El Ministerio de Salud Pública creó los programas de adiestramiento de parteras reconociendo de esta manera el valor de utilizar los recursos de la comunidad en el mejoramiento del nivel de los guatemaltecos. (14)

A. CLASIFICACION DE LAS PARTERAS TRADICIONALES

Se clasifican según la Organización Mundial de la Salud a las parteras tradicionales como:

- partera tradicional no adiestrada
- partera tradicional adiestrada
- partera tradicional de familia.

-PARTERA TRADICIONAL NO ADIESTRADA

Es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos de partera por sí misma o por aprendizaje con otras parteras.

-PARTERA TRADICIONAL ADIESTRADA

Es la que además de sus conocimientos previos ha seguido un cursillo de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria.

-PARTERA TRADICIONAL DE FAMILIA

Es la que ha sido elegida por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros. (14)

Según el Manual de Normas de Atención de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dice que: "La Comadrona tradicional capacitada, es aquella persona de la comunidad que después de capacitada, recibe la autorización del MSPAS para dar atención a la gestante en el embarazo parto y puerperio."

Para la capacitación de las comadronas el personal de

salud deberá tomar en cuenta, entre otros requisitos los siguientes: edad mayor de 18 años, preferentemente alfabeta, haber atendido un mínimo de cuatro partos, no poseer venta de licores y/o medicamentos, buena salud física y mental y tener aceptación en su comunidad. (10)

El tiempo de duración de la capacitación de la comadrona tradicional es de 15 días hábiles y serán desarrollados en forma continua o alterna de acuerdo a las características y disponibilidades del personal local.

Los contenidos y los lineamientos generales deben basarse en el Programa Nacional de Capacitación de las Comadronas, además de las peculiaridades locales.

La Comadrona tradicional dispondrá de un cuaderno de registro y anotará las actividades que realiza, participarán en reuniones periódicas con el personal de los servicios, informará a este personal de sus actividades las cuales se incluirán en el sistema de registro.

La persona responsable del Programa de Comadronas, con apoyo del equipo de salud de los diferentes niveles de atención, deberá efectuar la supervisión a través de visitas a las comunidad, o en reuniones periódicas.

El personal de salud que efectúe la supervisión deberá elaborar un informe y presentarlo según el nivel de

atención al Jefe de Distrito o el Area de Salud. (10,11)

**3. COMADRONAS TRADICIONALES CAPACITADAS DE SAN JULIAN
CHINAUTLA.**

Las comadronas de San Julián Chinautla son mujeres de edad avanzada, unas son indígenas y otras ladinas pero todas hablan el idioma castellano. Estas mujeres con sus conocimientos prestan atención materno-infantil en su comunidad. Son mujeres que tienen interés y una voluntad grande de aprender cada día más y de esta forma ayudar a la gestante en el embarazo, parto y puerperio. Ellas para ser capacitadas reciben las unidades siguientes: introducción al curso, costumbres y tradiciones, higiene, equipo de trabajo de la comadrona, atención del embarazo, atención del parto, el puerperio o post-parto, el recién nacido y elementos básicos sobre nutrición. (9)

4. EMBARAZO

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por los períodos embrionario y fetal. Dura 38 semanas a partir de la fecundación, se toma como fecha de partida el día de comienzo de la última menstruación y se considera que se prolonga durante 40 semanas. El embarazo empieza aproximadamente en el momento de la ovulación cual suele producirse unos 14 días antes del comienzo de la siguiente menstruación. De los millones de esperma eyaculados miles

alcanzan el óvulo en el extremo de la trompa, pero sólo uno penetra en él y lo fecunda, fundiéndose los pronúcleos masculino y femenino, el cigoto, entidad unitaria desde el punto de vista genético, comienza a dividirse al mismo tiempo que emigra hacia la cavidad uterina, en cuya pared se implanta.

La placenta es el órgano encargado del intercambio maternofetal de nutrientes y productos de desecho, pero la sangre de la madre y el feto no suelen mezclarse. El huevo es, en cierto modo, como un injerto o trasplante en el organismo materno. Aunque no se produzca ninguna respuesta inmune por parte de la madre, todos sus tejidos y órganos experimentan cambios, muchos de ellos profundos y algunos permanentes.

- **CAMBIOS PSÍQUICOS:** Las experiencias emocionales que refieren las embarazadas son normales y sanas, pero también extraordinarias. La mujer gestante sigue siendo "ella misma", pero de una forma distinta, se siente exaltada y esperanzada. Los cambios que experimenta su organismo, que son rápidos e inevitables la hacen interesarse más por si misma. La preocupación por la perfección de su hijo, la expectación ante el esfuerzo del parto y la consideración de responsabilidades nuevas o acrecentadas, que conlleva la maternidad, contribuyen a intensificar el tono emocional de la gestante.

- **CAMBIOS CARDIOVASCULARES:** El gasto cardíaco aumenta de un 30-50%, en el embarazo comienza a incrementarse alrededor de la sexta semana del postparto. El volumen de eyección y la frecuencia cardíaca crecen. La frecuencia del pulso durante el embarazo es de 80-90 latidos/min. La presión arterial puede decrecer ligeramente a partir de la 12a. semana pero se normaliza a partir de la 26a. semana. La circulación uterina a término es de 11/min. lo cual supone alrededor de un 20% del gasto cardíaco total.

- **CAMBIOS PULMONARES:** La capacidad vital y la PO_2 permanecen constantes, pero la frecuencia respiratoria, el volumen corriente, el volumen minuto y el PH plasmático aumentan. La reserva inspiratoria y espiratoria, el volumen residual, la capacidad residual y la PCO_2 plasmática disminuyen

- **CAMBIOS RENALES:** la tasa de filtración glomerular y el flujo renal aumentan de un 30 a 50% durante el embarazo, de manera paralela al gasto cardíaco. A menudo aparece una dilatación acusada de las vías excretoras que se denomina hidronefrosis gravídica; es la consecuencia de la presión que ejerce el útero dilatado sobre los uréteres y del efecto de la progesterona.

La urea sérica suele aumentar hasta 10mg/100ml, y la

creatinina disminuye hasta 0.7mg/100 ml. La influencia de la postura sobre la función renal es más acusada durante el embarazo, debido a la presión ejercida por el útero sobre los grandes vasos. La función renal es mejor en decúbito que en bipedestación y en decúbito lateral que en supino.

- **CAMBIOS GASTROINTESTINALES:** La progesterona, cuyos niveles aumentan durante el embarazo, provoca cierta relajación de la musculatura lisa del aparato gastrointestinal. Puede aparecer pirosis a consecuencia del retraso del vaciamiento gástrico y la relajación del esfínter gastroesofágico. La disminución de la motilidad cólica y la presión ejercida. Por el útero sobre el recto y el sigma favorecen la aparición de estreñimiento.

Pueden aparecer, generalmente al principio del embarazo, náuseas y vómitos, probablemente efecto de la gonadotropina coriónica. Aumenta ligeramente la incidencia de patología de la vesícula biliar.

CAMBIOS ENDOCRINOS: La unión a proteínas de las hormonas aumenta; como la mayoría de ellas circulan de esta manera, la función de casi todas las glándulas endocrinas se altera durante el embarazo. La función tiroidea sufre cambios acusados, de forma que las pruebas tiroideas dan resultados similares a los que aparecen en el hipertiroidismo. El

aumento de los niveles de hormonas adrenales es la causa más probable de la aparición de las estrías gravídicas, similares a las del hiperadrenalismo. Los estrógenos, la progesterona y los glucocorticoides alteran el metabolismo de la glucosa, aumentando las necesidades de insulina. La placenta produce cuatro hormonas: gonodotropina coriónica humana, progesterona, estrógenos y lactógeno placentario humano.

La gonodotropina coriónica mantiene el cuerpo lúteo al principio del embarazo.

La progesterona favorece la persistencia del endometrio modificado llamado decidua, y estimula el desarrollo de los acini mamarios.

Los estrógenos estimulan el crecimiento mamario y uterino.

El lactógeno placentario favorece el crecimiento y desarrollo del tejido mamario necesario para la lactancia; también tiene un efecto antiinsulínico que favorece el aprovechamiento de la glucosa sobrante de la madre por el feto.

CAMBIOS MAMARIOS: Las mamas se ponen tensas y sensibles. La sensibilidad mamaria es un síntoma del embarazo que desaparecen a medida que las mamas aumentan de tamaño y pierden consistencia. La areola se oscurece y las glándulas sebáceas de Montgomery hacen prominencia en ellas. El desarrollo de los túbulos y acini mamarios dan

lugar a la salida, por el pezón, de un líquido claro o acuoso de color blanquecino denominado calostro.

CAMBIOS CUTANEOS: Aumenta la sudoración. Aparece eritema en las eminencias palmares tenar e hipotenar.

Puede incrementarse el crecimiento del pelo. En algunas mujeres aparecen estrías en el abdomen, las mamas y las nalgas. Las pecas se hacen más abundantes debido a la formación de nuevos depósitos de melanina; la línea negra de la línea media de la parte inferior del abdomen se oscurece y puede extenderse casi hasta el apéndice xifoides. La piel de la nariz, los pómulos y los arcos superficiales se oscurece; este fenómeno se llama cloasma o máscara gravídica.

CAMBIOS DE PESO: El aumento de peso fisiológico del embarazo oscila entre límites muy amplios. La ganancia media es de 8.5 a 12 Kg. pero a menudo es mayor y no se acompaña de efectos patológicos.

CAMBIOS NUTRICIONALES: Las necesidades de hierro, proteínas y calcio aumentan desproporcionalmente en relación con las necesidades globales de calorías y nutrientes. (13, 20)

A. ANORMALIDADES DEL EMBARAZO

- 1. AMENAZA DE ABORTO:** Es la situación propia del embarazo de menos de 27 semanas en el cual se produce hemorragia vaginal, algunas veces es fresca y por lo

tanto roja pero su color varía según la cantidad de moco que vaya mezclado. Hay contracciones uterinas que sugieren un posible aborto.

El tratamiento es conservador, con reposo y puede administrarse un sedante suave y codeína para aliviar el dolor. Muchos tocólogos tratan la amenaza de aborto con progesterona por vía intramuscular a dosis diarias de 10-20 Mgs. ó con una amplia variedad de progestina. (20)

2. **ANEMIA DEL EMBARAZO:** Es una situación del embarazo caracterizada por una disminución de la concentración de la hemoglobina en la sangre esta puede ser fisiológica o patológica.

- En la fisiológica la disminución de la concentración es consecuencia de la duración debida al incremento del volumen plasmático en relación con el volumen celular. Por este motivo durante el embarazo el valor del hematocrito suele estar varias unidades por debajo de su nivel normal.
- En la patológica la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre desciende debido a la alteración de la producción de eritrocitos o a la pérdida excesiva de estos por destrucción o hemorragia.

ANEMIA PATOLOGICA: Es una complicación frecuente del embarazo y se presenta aproximadamente en la mitad de las gestaciones.

La alteración en la producción de eritrocitos puede ser consecuencia de una deficiencia alimentaria del hierro, ácido fólico o Vitamina B12 o deberse a una enfermedad crónica o maligna, o mal nutrición crónica, o una infección crónica, sépsis o trastornos autoinmunes. (17,20)

3. INFECCION DEL APARATO URINARIO

CISTITIS: Es la inflamación de la vejiga urinaria que se manifiesta por: disuria, sobre todo al final de la micción, aumento de la frecuencia al orinar y hematuria. Esta puede ser debida a una infección bacteriana. (20)

PIELONEFRITIS AGUDA: Es una de las complicaciones clínicas más frecuentes del embarazo.

La pielonefritis aguda complica el embarazo y el puerperio aproximadamente en el 2% de los casos, con una frecuencia igual antes y después del parto. La enfermedad es a menudo bilateral se presenta más en el lado derecho; aparece con mayor frecuencia en el final del embarazo, el comienzo de los signos y síntomas de la enfermedad es casi siempre bastante súbito. La paciente que con anterioridad gozaba de buena salud o se había quejado de ligera irritación vesical o de

hematuria, repentinamente desarrolla fiebre, escalofríos con temblores y dolor de una o ambas regiones lumbares, puede presentar anorexia, náuseas y vómitos.

El examen físico revela temperatura superior por lo general a 37.8°C y dolor a la palpación en una o ambas regiones lumbares. El sedimento urinario contiene abundantes leucocitos con frecuencia en grumos y cilindros de células blancas.

El microorganismo que está presente en el 90% de los urocultivos de pacientes con esta enfermedad es la *Escherichia coli*.

La pielonefritis aguda es el resultado directo de la infección bacteriana la cual se extiende en algunos casos más allá de la vejiga o a través de los vasos sanguíneos y linfáticos.

Debemos mencionar que aproximadamente el 6% de las gestantes presentan ya bacteriuria en el momento del primer examen prenatal, teniendo en cuenta que no ha habido examen del tracto urinario con instrumento; el embarazo complicado con pielonefritis aguda se presenta de preferencia en aquel grupo de mujeres que sufre bacteriuria preexistente. Alrededor de un 25% de mujeres con bacteriuria asintomática desarrollan posteriormente una infección sintomática del tracto urinario en el transcurso del embarazo.

Una vez que las bacterias hacen su entrada en la vejiga, variados factores predisponen a la pielonefritis aguda.

TRATAMIENTO DE LA PIELONEFRITIS AGUDA

Existen actualmente numerosos fármacos para el tratamiento de las infecciones urinarias. En teoría la selección de determinado agente antimicrobiano tiene que basarse en estudios realizados sobre la sensibilidad de los microorganismos infectantes.

En la práctica sin embargo, la mayoría de las bacterias productoras de infección en el tracto urinario durante el embarazo son sensibles a sulfamidas de acción corta, nitrofurantoina y ampicilina. Una vez conocida la sensibilidad puede iniciarse el tratamiento con uno de estos tres agentes terapéuticos y cambiarlo si se juzga necesario en vista de los resultados obtenidos en el laboratorio. (20)

4. PRECLAMPSIA/ECLAMPSIA

El síndrome hipertensivo agudo y específico de la gestación es peculiar de la mujer embarazada o puérpera, aunque en ocasión puede aparecer en otras primates. El diagnóstico se efectúa sobre la base del desarrollo de hipertensión con preteinuria y edema o ambos síntomas a la vez, aparecidos después de las 20 semanas de gestación aunque estos síntomas puedan aparecer más pronto con una

mola hidatidiforme. Es con preferencia una enfermedad de nulíparas jóvenes. En la fase no convulsiva la enfermedad se denomina preeclampsia, la adición de convulsión y coma la convierte en eclampsia.

Los intentos de clasificación del comité de médicos permiten el diagnóstico de preeclampsia basándose en la existencia de hipertensión, proteinuria y edema. El diagnóstico resulta poco seguro si falta la proteinuria. La justificación de estos comités es que la proteinuria suele ser un síntoma tardío y que algunas mujeres con preeclampsia precoz y de carácter leve puede tener un parto normal, antes de que aparezca aquella.

La hipertensión, para el diagnóstico de preeclampsia, se define como una elevación de 30 mm hg o más sobre el tensión sistólica usual, un nivel sistólico absoluto de 140 ó más, una elevación de 15 mm hg o más sobre la presión diastólica usual o un nivel diastólico absoluto de 90 o más. Los niveles citados deben ser observados por lo menos en dos ocasiones con un intervalo de seis horas entre ellas.

La proteinuria se refiere a la existencia de proteína urinaria en concentración superior a los 0.3 g/l (1 ó más) en la orina recogida durante 24 horas, o de 1 g/l o más en una muestra de orina obtenida al azar durante la micción o por medio de cateterismo en dos ocasiones y con seis horas de intervalo.

El edema es una acumulación generalizada y excesiva de líquido en los tejidos.

La preclampsia se clasifica como grave si aparece uno de los síntomas siguientes que si no aparecen permiten considerarla como leve: presión sanguínea sistólica de 160 mm Hg o más, o diastólica de 110 o más, por lo menos en dos ocasiones y con seis horas de intervalo mientras la paciente permanece en reposo en cama, proteinuria de 5 g o más en 24 horas, oliguria (400 cm³ o menos en 24 horas), trastornos visuales, edema pulmonar, o cianosis.

Desde el punto de vista de sus causas de las anomalías anatómicas, fisiológicas y bioquímicas la preeclampsia-eclampsia constituyen una entidad única. Clínicamente la eclampsia se distingue de la preeclampsia por el desarrollo de una o más convulsiones. En algunos casos el proceso en sí mismo ya es leve, de ahí que no avance hacia la fase ecláptica. En otras pacientes una adecuada medicación lo evita. En un tercer grupo, el hecho de terminarse la gestación, ya sea espontáneamente, o por métodos quirúrgicos, previene el desarrollo de convulsiones, y la paciente retorna a la normalidad inmediatamente después del parto. (18,20)

TRATAMIENTO PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

Profilaxis: debido a que la mujer raras veces se da cuenta de los signos incipientes de la preeclampsia, la detección precoz de la enfermedad exige una estrecha

observación ante partum, con preferencia en ciertos grupos de pacientes cuya predisposición a la preeclampsia es ya conocida.

Si se quiere tratar un caso de preeclampsia con pleno éxito es necesario alcanzar ciertos objetivos que son: prevención de las convulsiones, parto de un niño viable y sano, y parto con trauma mínimo.

Existen métodos para el tratamiento de las convulsiones en la eclampsia como son: sulfato de morfina, sulfato de magnesio, barbitúricos (fenobarbital sódico, amobarbital sódico, pentobarbital) paraldehído y dextrosa 20%. Estos medicamentos por lo general son aceptados y han sido ampliamente utilizados. Sin embargo existen otros métodos de tratamiento que han proporcionado a algunos tocólogos resultados satisfactorios. (17,20)

5. CONTROL PRENATAL

Es el control médico que se debe hacer desde los primeros meses de embarazo y periódicamente para saber si el feto se desarrolla normalmente o si hay algún peligro. Detectando los riesgos temprano y controlando a la madre varias veces se puede evitar muchas complicaciones. Además el objetivo principal de la asistencia prenatal es conseguir que la madre se encuentre sana emocional y físicamente, en condiciones de parir un niño normal. La información, el apoyo emocional, una buena alimentación y la observación cuidadosa ayudan a las madres a que los

períodos intraparto y postparto del ciclo de la maternidad sean sanos y felices. (13,16,20)

6. EL PARTO

Es un proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta, comprende cinco tiempos fundamentales respecto al feto, que se efectúan del mismo modo en cualquiera de las presentaciones. 1) reducción 2) encajamiento 3) descenso con rotación interna 4) desprendimiento 5) rotación externa. (23)

El parto tiene tres períodos bien definidos:

- La dilatación del cuello uterino o primer período.
- La expulsión del feto o su nacimiento, segundo período.
- El alumbramiento, salida de la placenta o tercer período.

PRIMER PERIODO DEL PARTO.

Al principio del primer período los dolores son breves, ligeros, separados por intervalos de 10 a 20 minutos, y no producen gran molestia. La paciente puede deambular, sin experimentar molestias entre los dolores. Al principio el dolor suele estar localizado en la región

lumbar, pero luego se coloca hacia la parte anterior del abdomen. Los dolores recurren a intervalos decrecientes y se hacen más intensos y más prolongados. En este momento suele haber un aumento en la cantidad de muestra sanguinolenta, a causa de la ruptura de vasos capilares en el cuello.

La duración promedio aproximada del primer período del parto en las primigrávidas es de doce horas y en las multíparas de siete horas.

SEGUNDO PERIODO DEL PARTO.

Las contracciones uterinas durante este período son prolongadas, ocurren a intervalo de 2 ó 3 minutos. Generalmente, la ruptura espontánea de las membranas ocurre durante la primera parte de este período y es acompañada por un chorro de líquido amniótico desde la vagina.

Sin embargo, algunas veces las membranas se desgarran durante el primer período o incluso antes que comience el parto se designa como: ruptura prematura de membranas.

Durante el segundo período intervienen también los músculos del abdomen. Mientras arrecian los dolores, la paciente puja hacia abajo con fuerza, congestionándose su cara y dilatándose las venas grandes del cuello. Al comienzo de cada contracción, emite un gruñido o gemido característico de este estadio del parto y se esfuerza por expulsar los productos de la concepción. Puede ocurrir que sude intensamente, como consecuencia de estos esfuerzos.

Hacia el final del segundo período, cuando la cabeza está cerca del orificio vaginal, la presión causa a menudo la expulsión de pequeñas cantidades de materia fecal con cada dolor. Al descender aún más la cabeza, el perineo comienza a abultarse y la piel suprayacente se vuelve tensa y brillante. En este momento, se puede detectar el cuero cabelludo del feto a través del orificio en forma de hendidura de la vulva. Con cada dolor subsiguiente se abulta todavía más el perineo y la cabeza dilata cada vez más el orificio vulvar formado gradualmente un ovoide y luego un orificio casi circular, al hacerse la cabeza más visible, la vulva es distendida todavía más, hasta que por último envuelve el diámetro mayor de la cabeza del feto. Este envolvimiento del diámetro mayor de la cabeza fetal por el anillo vulvar se conoce con el nombre de coronamiento. Hay una considerable distensión del ano, que es muy protuberante, y a través del mismo se puede ver con facilidad la pared anterior del recto 5 a 6 cms. de longitud en cuyo extremo final se encuentra el orificio vulvar, dirigido hacia arriba y distendido por la cabeza fetal.

Con dos o tres dolores más la cabeza es expulsada rápidamente mediante extensión, rotando la base del occipucio alrededor del margen inferior de la sínfisis pubiana como un fulcro, en tanto que el bregma, frente y cara pasan sucesivamente por encima de la horquilla. En la mayoría de las nulíparas el perineo incapaz de resistir la tensión a que está sujeto se desgarrá en su porción

anterior si no ha sido efectuada una episiotomía.

Inmediatamente después del parto la cabeza desciende hacia atrás, dejando la cara casi en contacto con el ano. Pocos momentos después, el occipucio se vuelve hacia uno de los muslos maternos y toda la cabeza acaba por tomar una posición transversa.

Los movimientos sucesivos de restitución y rotación externa indican que el diámetro biacromial del feto ha rotado dentro del diámetro anteroposterior de la pelvis. Entretanto, el perineo se ha retraído alrededor del cuello del niño; el próximo dolor empuja al hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis donde queda fijado mientras que emerge el hombro posterior por el margen anterior del perineo; el cuerpo es entonces expulsado con rapidez por flexión lateral, siguiendo el conducto del parto. Algunas veces puede nacer primero el hombro anterior.

La duración media del segundo estadio es de 50 minutos en nulíparas y 20 minutos en multíparas. En mujeres con mayor paridad puede ser suficientes 2 ó 3 contracciones para completar la expulsión.

TERCER PERIODO DEL PARTO

Inmediatamente después del nacimiento, suele haber pérdida de un poco de sangre. Durante poco tiempo la paciente no experimenta ningún dolor, pero, transcurridos algunos minutos, las contracciones uterinas reaparecen a

intervalos regulares, hasta que la placenta queda separada y es expulsada dentro del segmento anterior.

Después del nacimiento, el útero suele convertirse en una masa discoidal firme a nivel del ombligo o inmediatamente por debajo del mismo. Luego, el útero se relaja y asume una forma globular en lugar de discoidal. Sin embargo, esta forma globular persiste después de la separación de la placenta.

Entre 3 y 30 minutos después del nacimiento, el fondo del útero se eleva hasta el ombligo o por encima del mismo, mientras que aparece una ligera prominencia inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis. Al mismo tiempo, ha aumentado en varios centímetros la porción del cordón umbilical que sobresale de la vulva. Estos cambios indican que la placenta ha sido expulsada de la porción superior de la cavidad uterina dentro del segmento inferior o incluso dentro de la porción superior de la vagina.

La fase de la separación placentaria normalmente dura sólo 2 ó 3 minutos. La duración de la fase de expulsión varía según el tratamiento del tercer período.

Es importante diferenciar clínicamente entre la separación de la placenta y su expulsión del útero. Los cuatro signos cardinales de la separación placentaria son: 1) cambio de la forma del útero de discoidal a globular 2) hemorragia que varía entre un goteo y un chorro 3) descenso del cordón umbilical y 4) elevación del fondo. El volumen de sangre materna perdida durante el tercer período del parto y poco después del mismo es generalmente fácil de

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

calcular. Con un parto vaginal sin complicaciones suele alcanzar unos 500 cms³ o algo más. (16, 17, 20)

A. ANORMALIDADES DEL PARTO

1. DISTOCIA CAUSADA POR ANOMALIAS DE LOS MECANISMOS DE EXPULSION.

La distocia (parto complicado) puede definirse como la falta de progreso en la dinámica del parto, a consecuencia de anomalías en los mecanismos que en él intervienen. Las causas de la distocia están comprendidas en tres grandes grupos:

- Contracciones uterinas subnormales o anormales que no tienen las fuerzas suficientes para vencer la resistencia que los tejidos blandos y el canal óseo del parto presentan, al nacimiento del feto. La debilidad de la actividad uterina se denomina disfunción uterina.
- La presentación o desarrollo anormal del feto, de tal forma que no puede ser expulsado por la vagina.
- Anomalías en el tamaño característico del canal del parto que presenta un obstáculo al descenso del feto. La estrechez pélvica se asocia a menudo con disfunción uterina y las dos conjuntamente forman la causa más frecuente de distocia.

Ciertas complicaciones en el transcurso del parto (tales como desprendimiento prematuro de la placenta, placenta

previa y rotura del útero) pueden llevar a diferentes trastornos que interfieren en el normal progreso del parto. Sin embargo, las consecuencias comprendidas en estas complicaciones, son bastante diferentes de las incluidas en los tres grupos señalados. (20)

2. HEMORRAGIA POST-PARTO (Anormalidad del 3er. período)

La hemorragia postparto es definida corrientemente como la pérdida de una cantidad de sangre superior a los 500 cms³ durante las 24 horas que siguen el alumbramiento. Si se tiene en cuenta la cantidad de sangre materna expulsada con la placenta, así como lo que no se valora, debido a la recuperación incompleta de la hemoglobina perdida, la pérdida hemática durante las primeras 24 horas da un promedio de alrededor de 650 cms³ más aún: algunos autores han demostrado que se pierden glóbulos rojos equivalentes aproximadamente a 600 cms³ de sangre de la circulación materna durante el parto vaginal y las horas que la siguen.

La hemorragia postparto es la causa más frecuente de pérdida sanguínea grave en obstetricia. Como factor directo en la mortalidad materna, constituye la causa de alrededor de 1/4 de las muertes por hemorragia obstétrica.

Además la pérdida de cantidades excesivas de sangre tiene un efecto debilitante, sobre todo en mujeres de edad procreativa, cuyas reservas de hierro pueden ser mínimas.

CAUSAS INMEDIATAS: Existen tres causas principales de hemorragia postparto: 1) atonía uterina; 2) desgarros vaginales y cervicales; 3) retención de fragmentos placentarios. La causa más frecuente es la atonía uterina, responsable de más del 90% de los casos. Los desgarros vaginales y cervicales constituyen el 6% de los casos. La retención de fragmentos placentarios constituyen causa poco frecuente de hemorragia postparto inmediata, pero está relacionada a menudo con pérdidas de sangre tardías.

CAUSAS PREDISPONENTES: Los factores predisponentes a la hemorragia postparto entran en dos grupos principales:

1. Los que están predeterminados y fuera del control del obstetra.
2. Los que están directamente bajo su control.
 - Un feto de gran tamaño constituye un factor de mayor importación en la hemorragia vaginal.
 - El embarazo múltiple.
 - Casos de gemelos: se dan tres factores que predisponen a la hemorragia: 1) sobredistención del útero 2) mayor uso de anestesia quirúrgica para el parto operativo del segundo gemelo, 3) existencia de un área placentaria mayor.

En los partos prolongados con agotamiento materno, el útero se contrae de forma satisfactoria. en tales casos, la triada de: agotamiento, infección y hemorragia, a veces condiciona la muerte materna.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA**POSTPARTO**

El uso habitual de los oxitócicos después del parto ha sido de gran utilidad para reducir la hemorragia postparto. La administración de 10 u. de oxitocina por vía intravenosa inmediatamente después de la expulsión de la placenta. Un tercer régimen incluye la oxitocina intramuscular después de la terminación del segundo período y la administración intravenosa de un derivado ergótico después del tercer período. (17,20)

3. RETENCION DE LA PLACENTA

En la mayoría de los casos, la placenta se desprende de manera espontánea de su sitio de implantación, durante los primeros minutos que siguen al nacimiento del niño. La razón precisa del retardo en su desprendimiento después de este período de tiempo no siempre resulta obvia, pero con frecuencia pasa ser debida a la contracción y retracción uterina inadecuada. Muy a menudo la placenta es demasiado adherente a su sitio de implantación, debido a la escasez o ausencia de decidua de forma que falta la línea fisiológica de clivaje a través de la capa esponjosa. (17)

EXTRACCION MANUAL DE LA PLACENTA:

En la mayoría de los casos, la placenta se desprende de manera espontánea de su sitio de implantación, durante los primeros minutos que siguen al nacimiento del niño. La

razón precisa del retardo en su desprendimiento después de este período de tiempo no siempre resulta obvia, pero con frecuencia pasa ser debida a la contracción y retracción uterina inadecuada. Muy a menudo la placenta es demasiado adherente a su sitio de implantación, debido a la escasez o ausencia de decidua de forma que falta la línea fisiológica de clivaje a través de la capa esponjosa. (17)

EXTRACCION MANUAL DE LA PLACENTA: El tratamiento de la placenta retenida varía considerablemente. En los años más recientes se ha realizado la extracción de la placenta con mucha mayor frecuencia que en el pasado.

De hecho algunos obstetras extraen rutinariamente, de forma manual cualquier placenta que no se haya separado espontáneamente una vez que se ha extraído el feto y se ha ligado el cordón umbilical.

Se ha comprobado que la extracción manual de la placenta es un procedimiento seguro para las pacientes en las siguientes circunstancias:

Si se realizan pocos exámenes vaginales durante el trabajo de parto y si fueron acompañados por un mínimo de contaminación bacteriana; si antes del parto la vulva, perineo y áreas adyacentes fueron preparados con cuidado; si el parto se logró sin contaminación de las vías genitales inferiores o del obstetra; y si se puede disponer de una anestesia general o regional satisfactoria. (20)

TECNICA DE LA EXTRACCION DE LA PLACENTA

Se emplea una técnica quirúrgica aséptica.

Se toma el útero a través del abdomen con una mano. La otra mano se introduce en la vagina y se hace pasar al interior del útero siguiendo el cordón umbilical. Tan pronto como se alcanza la placenta y la pared uterina, entonces con el dorso de la mano en contacto con el útero la placenta deberá ser despegada de sus puntos de adherencia por un movimiento similar al que emplea para separar las hojas de un libro, después de su separación total, la placenta se tomará con toda la mano, sin extraerla de inmediato, sino que hay que esperar que el útero se contraiga firmemente sobre la mano, para retirar la mano de forma gradual. (2)

7. PUERPERIO

Es un período de transformación progresiva de orden anatómico y funcional, que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado primitivo. Solo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad.

La duración del puerperio se ha fijado en aproximadamente 60 días. Se le divide en:

- Puerperio mediato (propriadamente dicho) que comprende los primeros diez días.
- Puerperio alejado, que se extiende hasta los 45 días y finaliza muchas veces con el retorno de las reglas.

- Puerperio tardío, desde los 45 días hasta los 60 días.
(17)

PUERPERIO INMEDIATO

Luego de la evacuación del útero, la mujer experimenta una sensación de alivio y bienestar. La facies aún después de una noche de molestias e insomnio, es tranquila y se halla normalmente coloreada. La respiración es normal y calma. El pulso, lleno, regular y amplio oscila entre 60 y 70 por minuto. La presión arterial suele ser normal y otras veces algo baja.

En ocasiones pueden sobrevenir algunas molestias como sensación de quemaduras a nivel de la vulva, aún en ausencia de toda lesión. En otros casos puede acusarse dolor en la cara anterior e interna de los muslos debido a la fatiga muscular, cuando el período expulsivo ha sido largo. Pero el fenómeno molesto más llamativo que puede producirse es el escalofrío. En este caso la púerpera se pone pálida y es atacada bruscamente por un temblor generalizado con castañeteo de dientes. Tal contingencia es de carácter benigno.

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

Durante este primer día existe un derrame sanguíneo líquido mezclado con coágulos que alcanza una cantidad de

100-400ml ya que varía según las mujeres.

El globo de seguridad de Pinard, su formación y permanencia se comprueban por medio de la palpación, al percibir el útero al nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos y una consistencia firme y elástica (que corresponde a la retracción unida a la tonicidad muscular).

PUERPERIO MEDIATO (propiamente dicho)

Comprende los primeros 10 días.

- Modificaciones locales: La involución uterina es máxima.

El fondo del útero desciende 2 cms. por día.

Regresan la hipertrofia e hiperplasia de las fibras musculares del útero. Comienza la regeneración del endometrio a partir de los fondos de saco glandulares. El cuello se cierra.

- Modificaciones generales: Se aclaran las pigmentaciones de cara, senos y abdomen y las grietas van adquiriendo un tono nacarado. Desaparece la hipertrichosis gravídica.

Hay caída de los estrógenos y de la progesterona y elevación de la prolactina.

- Lactancia. Se registra aumento de la secreción de calostro durante los primeros días del puerperio y aparición de la secreción láctea hacia el tercer o cuarto días.

La prolactina es la promotora específica de la

lactación, aunque otras hormonas como el cortisol también son necesarias.

La lactopoyesis y la eyección láctea están influidas por la succión del recién nacido, la cual a través de un reflejo neuroendócrino, determina la secreción de la prolactina y a través de otro reflejo paralelo, la liberación de oxitocina que al actuar sobre el mioepitelio mamario produce la excreción de leche.

El estado general de la puérpera debe ser perfecto, el pulso y la presión normales. La pérdida de peso es de 4-6 kg. el útero se palpa el primer día a nivel del ombligo; el sexto día a mitad de la distancia entre el ombligo y el pubis; el doceavo día se hace pelviano y no se palpa. La consistencia debe ser firme y elástica y la palpación indolora. Las contracciones son dolorosas en las multíparas (entuetos). La regresión de las vías genitales bajas es más rápida que la del útero.

El ano puede presentar un rodete hemorroidal, frecuentemente hay retención de orina y constipación.

El flujo loquial dura quince días. Su cantidad total es de un litro y medio. Los primeros dos días los loquios son rojos (sanguíneos) al tercer y cuarto día rosados (serosanguinolentos) después blancos (serosos) contienen agua, albúmina, cloruro de sodio, mucina, sales de cal, fosfatos alcalinos, hierro y una grasa saponificable. Su reacción es alcalina.

En medio de la secreción glandular se ven elementos sanguíneos, predominan los hematies los dos primeros días, luego los leucocitos, además de elementos de origen fetal (lanugo y vermix caseosa) y células de descamación de las vías genitales.

Conducta. Cuidados generales: reposo físico y mental, control diario de temperatura, pulso, involución uterina, loquios y senos, calmar los entuertos, alimentación adecuada, gimnasia, levantamiento temprano.

Cuidados locales. Vigilancia y ayuda de la evacuación intestinal y vesical. Higiene con agua hervida adicionada de antisépticos y desodorantes. (17)

PUERPERIO ALEJADO

Está comprendido entre los once y cuarenta y cinco días, al finalizar este período concluye prácticamente la involución genital y se alcanza en términos generales el estado pregravídico. Si no se ha puesto en práctica la lactancia sobreviene la primera menstruación.

El útero pesa 60 grs. al final del período. A los 25 días termina la cicatrización del endometrio. Pero a partir de entonces la acción hormonal comienza a manifestarse; así pronto puede encontrarse un endometrio proliferativo estrogénico y, con menor frecuencia, uno de tipo luteal o progesterónico. Esta nueva proliferación de la mucosa uterina se debe al despertar, aún parcial, de la

función ovárica. Estas transformaciones ocurren tanto en la mujer que lacta como en la que no lo hace.

En contraste con lo que ocurre en el endometrio, la vagina sufre en su mucosa un proceso de atrofia transitoria, que dura más en la que lacta. (17)

PUERPERIO TARDIO

Corresponde fundamentalmente a la mujer que amamanta y abarca el período comprendido entre el 45 y los 60 días, aunque este último límite, marcado por el retorno de las reglas es sumamente impreciso.

Se observa por lo general una vagina bien evolucionada y un endometrio hipotrófico. La tasa baja de estrógenos no sería suficiente en la mujer que lacta para estimular el endometrio en reposo, pero sí para actuar sobre la vagina, cuya receptividad es mayor.

Hay un bloqueo de los órganos genitales por la función láctea que puede llevar a la hiperinvolución del útero, aunque normalmente al cabo de cierto tiempo el ovario se libera y comienza a funcionar. (17)

A. ANORMALIDADES DEL PUERPERIO

1. INFECCION PUERPERAL

La infección puerperal es la infección postparto del aparato genital, generalmente del endometrio, que puede permanecer localizada en el mismo, pero que con frecuencia se extiende para producir cuadros clínicos y patológicos diversos. Las reacciones febriles constituyen la regla. El

resultado varía de acuerdo con la puerta de entrada, el tipo, virulencia y número de microorganismos invasores; la reacción hística y la resistencia general de la paciente.

Otros términos de uso común pero menos satisfactorios como sinónimos, son fiebre puerperal, sepsis puerperal y septicemia puerperal.

Como muchas elevaciones de la temperatura en el puerperio son provocadas por la infección puerperal, la incidencia de fiebre después del alumbramiento es un índice seguro de la incidencia de la enfermedad. Por esta razón se ha hecho costumbre reunir todas las fiebres puerperales bajo el término general de morbilidad puerperal en base al grado de pirexia alcanzado. el Joint Committee Maternal Welfare de los Estados Unidos ha definido la morbilidad como temperatura de 38°C, o más que aparece durante dos días en el transcurso de los 10 días que siguen el parto excluyendo las primeras 24 horas, temperatura que es determinada por la vía oral, mediante el empleo de una técnica standard por lo menos cuatro veces al día. Esta es probablemente la norma empleada con mayor frecuencia en Estados Unidos pero la tendencia a dar de alta precozmente a las mujeres durante el puerperio en los hospitales hace que hoy día tenga menos valor desde el punto de vista estadístico.

De esta definición puede sugerir que toda fiebre durante el puerperio es provocado por una infección puerperal. Sin embargo, los aumentos de temperatura pueden ser consecuencia de otras causas, tales como pielonefritis

infección de las vías respiratorias.

TRATAMIENTO DE INFECCION PUERPERAL.

Fármacos antimicrobianos: la efectividad de los fármacos antimicrobianos ha revolucionado el tratamiento y pronóstico de la infección puerperal.

Aunque estos agentes son efectivos en la mayoría de los casos, no han eliminado la necesidad de medidas más antiguas en el tratamiento de la infección puerperal. La terapéutica de sostén, todavía juega un papel importante, sobre todo en los casos más leves.

Si se utiliza un tratamiento antimicrobiano hay que seguir el siguiente programa.

1. Realizar cultivos uterinos para el aislamiento e identificación del microorganismo patógeno. Si existen escalofríos u otra prueba de infección grave hay que efectuar también un hemocultivo.
2. Realizar pruebas de sensibilidad a los antibióticos para cerciorarse de cuál o cuáles fármacos van a resultar más eficaces contra el microorganismo particular implicado en el caso.
3. La elección del fármaco o fármacos que se han de utilizar han de basarse fundamentalmente en las pruebas de sensibilidad, aunque en ocasiones hay que considerar otros fármacos.
4. Mientras no se reciban los resultados de laboratorio hay que instituir un tratamiento con antibióticos de amplio espectro.

Según experiencias, la Penicilina G, administrada por vía parenteral, en dosis diarias de 10,000,00 U. o más combinadas con tetraciclina en una dosis de 1 o más de 2 grs. por día por vía intravenosa, por lo general controlará con efectividad las infecciones provocadas por organismos del grupo coliformes, estreptococos anaerobios, enterococos, bacteroides y estafilococos sensibles.

Si no se controla la infección puerperal mediante terapéutica anterior puede administrarse la Kanamicina 1 gr. por día administrada en dosis fraccionadas por vía intramuscular cada 6 horas. La gentamicina por vía intramuscular cada 8 horas para proporcionar una dosis total diaria de 3 kg. ha resultado muy efectiva contra diversos gérmenes Gram positivos y Gram negativos resistentes a otros antibióticos.

Para evitar la toxicidad hay que tomar precauciones a nivel renal, vigilando cuidadosamente la cantidad administrada después de la dosis inicial.

Aunque cabe formular en este momento recomendaciones bastante específicas en cuanto a la terapéutica antibacteriana es evidente que a través de los años las bacterias patógenas y sensibilidades a los antibióticos tienden a sufrir modificaciones. (17,20)

2. MASTITIS (inflamación de las mamas)

La inflamación parenquimatosa de las glándulas mamarias constituye una complicación rara del embarazo, pero se observa en ocasiones durante el puerperio y la lactancia. Los síntomas de la mastitis supurativa a veces

aparecen antes del final de la primera semana del puerperio. La inflamación va precedida casi siempre de una ingurgitación notable cuyo primer signo consiste en el escalofrío seguido al poco tiempo de un aumento considerable de temperatura y un incremento en el ritmo del pulso. La mama se pone dura y enrojecida y la paciente se queja de dolor.

El microorganismo responsable más frecuente es el *Staphilococcus aureus*. La fuente inmediata de estafilococcus que provocan mastitis está casi siempre en la nariz y garganta de la persona que atiende al niño. en el momento de la lactancia el microorganismo penetra en la mama a través del pezón, en el lugar donde existe una grieta o fisura, que puede ser bastante pequeña. (20)

TRATAMIENTO DE MASTITIS

Es posible evitar en gran parte la mastitis aplicando las medidas profilácticas oportunas, que consisten esencialmente en prevenir la formación de grietas en los pezones.

El advenimiento de los fármacos antimicrobianos ha mejorado notablemente el pronóstico de a mastitis puerperal aguda. Siempre que la terapéutica antibiótica adecuada se comience antes de inicio de la supuración, será posible abortar la infección generalmente en el transcurso de 48 horas.

Antes de extraer leche de la mama afectada, recogerla con un hisopo y cultivarla rápidamente. Con este procedimiento podremos identificar el agente responsable y determinar su sensibilidad a los antibióticos.

Hay otras anormalidades que ocurren en el puerperio de los cuales solo se hace mención: hematomas puerperales, enfermedades de las vías urinarias, trastornos del sistema nervioso y otras más. (20)

8. DEFINICIONES DE CAPs

A. CONOCIMIENTO: Es el resultado acumulativo de la práctica y la experiencia de los seres humanos, ejercitada a través de su existencia. Estos conocimientos pueden ser empíricos y científicos.

Empíricos a través de los sentidos y científicos a través de las prácticas. (19)

B. ACTITUD: Este término viene definiéndose desde 1928, contándose más de cien definiciones. Las actitudes constituyen valiosos elementos para cada persona, que ayudan a formarse una idea más estable de la realidad en que vivimos. Es importante entender que las actitudes involucran lo que las personas piensan, sienten, así como el modo en que a ellos les gustaría comportarse en relación a un objeto actitudinal. (8)

- **FORMACION DE ACTITUDES:** En la formación de actitudes intervienen el aprendizaje, la influencia del medio, un medio competitivo, la influencia de una persona

autoritaria, la influencia de grupos iguales o las frustraciones.

Se forman con el objeto de atender a determinadas funciones, que son vistas desde una perspectiva pragmática de utilidad para el ajuste de la personalidad frente al mundo exterior o se forman a partir de los factores internos y externos de las personas.

- **CAMBIO DE ACTITUDES:** Estos se pueden realizar por información nueva, normas sociales, relaciones personales o experiencias que resultan conflictivas al individuo lo que indican un cambio de actitud. Además se pueden cambiar mediante la cooperación y competencia y la representación de papeles. Las actitudes pueden crearse, luego cambiarse. Es necesario el cambio del componente cognocitivo para cambiar las actitudes.

- **FUNCION DE LAS ACTITUDES**

Evaluación de un Objeto: es necesario que se tenga una actitud definida en relación a un objeto especial, esto nos brinda un patrón necesario para el establecimiento de nuestra reacción frente a dicho objeto.

Ajuste Social: la facilitación, la conclusión, de conservación más o menos armoniosa de nuestra relación con otras personas.

Exteriorización: es la manifestación clara o indiscutible de posición que difiere de o protegen el yo contra ciertos estados de ansiedad provocados por problemas intensos. (5,7)

C. PRACTICA : Es la aplicación de una idea o doctrina, contraste experimental de una teoría.

Base de la teoría y fuerza propulsiva de su desarrollo
(19)

9. INVESTIGACION CUALITATIVA

Algunos autores a la investigación en general la han dividido en cuantitativa y cualitativa.

Aplicaciones del Análisis Cualitativo: Los métodos cualitativos utilizan como datos, descripciones detalladas y libres de diversas fuentes. Sin embargo, las formas más comunes de obtener datos para análisis cualitativo son entrevistas no estructuradas, discusiones con grupos focales, observación de los participantes, estos son importantes, para obtener datos sobre procesos y funcionamientos de un programa así como para explicar algunos resultados inesperados o no programados.

Los métodos cualitativos se aplican adecuadamente a algunos tipos de problemas de investigación, más que otros. Hay acuerdo general que estos datos no son apropiados para confirmar la cualidad, probar con rigurosidad las hipótesis, determinar las opiniones de una gran población. La poca idoneidad de los métodos cualitativos tienden a generar cantidades abundantísimas de datos de pequeñas muestras, por lo general no se escogen en forma aleatoria.

Es importante insistir que las desventajas de la investigación cualitativa son superadas por algunas ventajas notables.

Los métodos de encuesta nunca generan todo el material rico y esclarecedor que se logra por empleo de la técnicas estructuradas.

Existen cuatro finalidades básicas de las técnicas cualitativas.

1. Descripción: Cuando es poco lo que se sabe respecto a un grupo de personas, alguna institución o fenómeno social, una de las técnicas adecuadas para compenetrarse en ellas sería la entrevista detallada a la observación participante.
2. Generación de hipótesis. El investigador que utiliza las técnicas cualitativas a menudo no posee hipótesis a priori explícitas. Sin embargo, la reunión de datos detallados respecto a un fenómeno podría permitir el

planteamiento de hipótesis que pudieran ser corroboradas en forma más formal en la investigación anterior.

3. Entendimiento de las relaciones y procesos causales. Los métodos cualitativos pueden generar algunos datos útiles respecto a los mecanismos que explican tal relación.
4. Ilustración del significado de descripciones y relaciones: Los materiales cualitativos pueden utilizarse a manera de ilustración en un estudio de enfoque cuantitativo. (1,4)

GRUPO FOCAL

Es una metodología de investigación participativa que permite reunir información cualitativa sobre el objeto de estudio.

Consiste en la organización de grupos de discusión en los cuales participan personas que tienen una o varias experiencias en común, lo cual les permite aportar ideas desde un punto de vista similar o compartido.

La actividad de reflexionar y analizar es dirigida por un facilitador, persona que se identifica con el grupo de población participante, quien cuenta con una agenda de

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANGELES Y SU SISTEMA

reunión y dirige la discusión hacia tres o cuatro temas de interés. Recoger y sistematizar la información es una responsabilidad que asume el relator o escribiente, se sugiere que personal técnico que promueve la investigación asuma esta función.

La información recabada después de una reunión es sistematizada y contrastada con la información obtenida en otros grupos de discusión, por el personal técnico de la institución. Es fundamental que esta información sea devuelta a la población que la cual se ha trabajado. Para que ellos se apropien de la misma y puedan utilizarla en la toma de decisiones.

¿ QUE ES UN GRUPO FOCAL ?

Es un grupo de personas que se reúnen a invitación de un facilitador con el propósito de intercambiar ideas e información respecto a un aspecto de la vida de la comunidad, que les afecta como grupo. Estas personas tienen que tener experiencias en común ya sea en el campo de trabajo o en la vida familiar.

Pueden formarse grupos focales como: de madres lactantes, jóvenes egresados de la escuela, de comerciantes, etc. El propósito de los grupos es encontrar juntos la forma de determinar la naturaleza de sus problemas y la forma en que podrían encontrar solución a

los mismos.

La reunión del grupo focal NO ES DAR UNA CHARLA. Nosotros queremos CONOCER LA FORMA DE PENSAR de los participantes en la reunión. Queremos conocer por qué actúan de esa forma, qué los motivó y cómo explican esa forma de actuar. Por estas razones, debemos hablar lo menos posible, sólo cuando sea indispensable, o cuando nos hagan una pregunta sobre el tema de discusión, con habilidad debemos devolver la pregunta a los participantes comunitarios (6)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es un Estudio Descriptivo Cualitativo, por medio del cual se conocerán algunos de los CAPs de Embarazo, Parto y Puerperio que tienen las Comadronas del Municipio de Chinautla.

B. MUESTRA UNIVERSO:

El total de todas las Comadronas es de 21 el 100% que están inscritas en el Centro de Salud de San Julián Chinautla.

C. SELECCION DEL SUJETO:

Se seleccionaron a todas las Comadronas que asisten al Centro de Salud de San Julián Chinautla.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

Todas las Comadronas que asisten al Centro de Salud de San Julián Chinautla.

E. VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Conocimiento	Es el resultado acumulativo de la práctica y la experiencia de los seres humanos, ejercitada a través de su experiencia.	Información sobre embarazo, parto y puerperio que tienen las comadronas.	Información adecuada o inadecuada sobre embarazo, parto y puerperio.
Actitud	Disposición de ánimo manifestada exteriormente	Actitud positiva o negativa ante el embarazo, parto y puerperio que tienen las comadronas.	Reacción adecuada o inadecuada de las comadronas, sobre supuesta actividad de embarazo, parto y puerperio.
Práctica	Ejercicio o aplicación de un conocimiento.	Práctica adecuada o inadecuada que tienen las comadronas según normas.	Obtener información adecuada o inadecuada sobre prácticas que las comadronas realizan en el embarazo, parto y puerperio.
Conocimiento Adecuado de Embarazo	Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno.	La comadrona define en sus términos la definición conceptual.	La comadrona da información adecuada o inadecuada de embarazo.
Conocimiento Adecuado o Parto	Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta	La comadrona define en sus términos la definición conceptual.	La comadrona da información adecuada o inadecuada de parto.
Conocimiento Adecuado de Puerperio	Tiempo que sigue al parto y que dura aproximadamente seis semanas.	La comadrona define en sus términos la definición conceptual.	La comadrona da información adecuada o inadecuada de puerperio.

F. RECURSOS:

1. HUMANOS:
 - Comadronas que asisten al Centro de Salud de San Juan Chinautla.
 - Enfermera de Distrito del Centro de Salud de San Julián Chinautla.
 - Enfermera Jefe de Jefatura de Area Guatemala Norte.
 - Personal de Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, INCAP, UNICEF y D.G.S.S.

2. MATERIALES:

A. FISICOS:

- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca de la Dirección General de Servicios de Salud. (D.G.S.S).
- Biblioteca del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (I.N.C.A.P)
- Biblioteca de UNICEF.
- Centro de Salud de San Julián Chináutla.
- Jefatura de Area Guatemala Norte.

b. ECONOMICOS:

-Reproducción de Material Bibliográfico	Q. 50.00
-Gastos durante la elaboración del Protocolo e Informe Final	Q.600.00
-Impresión Final de Tesis	<u>Q. 800.00</u>
TOTAL:	Q.1450.00

G. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El estudio se realizó en un período de cinco meses partiendo de la planificación del mismo hasta el informe final de resultados a las autoridades de las instituciones involucradas en el estudio.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en un mes incluyendo desde la fase de preparación

del entrevistador (capacitación de la técnica del grupo focal por el Dr. Rafael Haeussler) hasta la revisión y organización de la información contestada.

Se llevó a cabo una reunión con la Enfermera de Distrito para búsqueda de contenidos de la guía que se utilizó.

Se formuló la guía (ver anexo) con preguntas para dirigir la investigación.

Hubo dos reuniones de conocimientos mutuo con las comadronas antes de la recolección de datos.

Se hizo validación de la guía con señoras madres de familias que asisten al Centro de Salud.

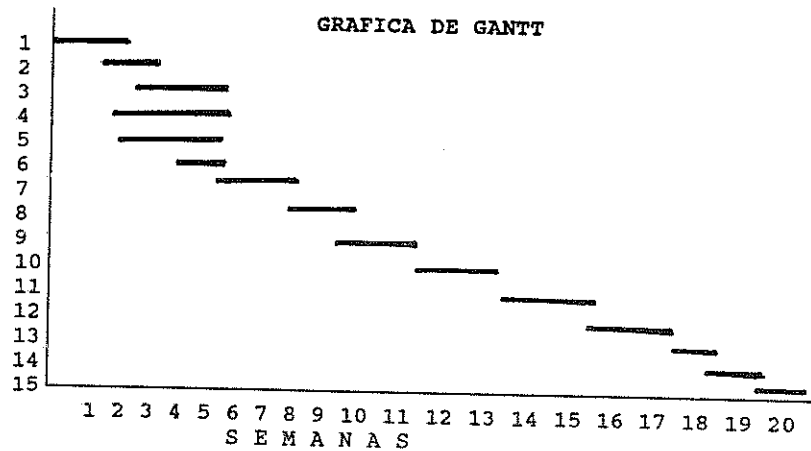
La recolección de datos usando la técnica del grupo focal se realizó en el Centro de Salud de San Julián Chináutla en donde se citaron a todas las comadronas que asisten a dicho centro.

Se transcribió los resultados obtenidos de la grabación. Se hizo una compaginación de la transcripción con las notas del escribiente.

Se sacaron los resultados de la información y se hizo análisis y discusión de resultados.

Se hizo una búsqueda de contenidos programáticos y por último se realizó el programa de capacitación que lleva los siguientes apartados.

- Justificación
- Objetivos y
- Contenidos Programáticos



ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección del Asesor y Revisor
3. Recopilación del material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con Asesor y Revisor.
5. Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación del Hospital o Institución en donde efectuará el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamiento de resultados.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones
13. Aprobación del informe final
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de Tesis.

VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A. Datos Generales:

En estudios realizados anteriormente se ha establecido que las comadronas en su gran mayoría son comprendidas entre la edad de 51-60 años; las comadronas de este municipio el 43% son mayores de 50 años y un 57% son menores de 50 años, por lo que las comadronas son de mediana o avanzada edad. El 52% de las comadronas son alfabetas y el 48% analfabetas. No asistieron a la escuela ya sea por falta de recursos económicos o barreras culturales. Esto constituye un problema para la adecuada capacitación y continuo reforzamiento de sus conocimientos.

El 57% de las comadronas tienen 6-10 años de estar en el oficio, y el; 43% tienen 30 años o más. Esto las convierte en personas aceptadas y poseen mucho prestigio en su comunidad.

B. Conocimientos Actitudes y Prácticas en relación al Embarazo.

Dentro del estudio se trabajó con categorías de embarazo.

Las comadronas de San Julián Chinautla que participaron en el grupo focal dijeron del sangrado vaginal durante el embarazo que es a consecuencia de

que " el niño viene mal, que es cuando la placenta está primero, cuando se le despega algo a la placenta, cuando hay punto de aborto, cuando el niño está fuera de la matriz, cuando la placenta no soporta el embarazo ", finalmente una participante manifestó " cuando una embarazada tiene sangrado es porque tiene una infección".

Al hablar de problemas de edad se les preguntó a las comadronas, si conocían ellas los problemas que tiene una embarazada menor de 18 años y mayor de 35 años. Muchas coincidieron en decir " las menores de edad corren peligro porque todavía no están capacitadas para tener embarazo y las mayores de 35 años ya han tenido muchos hijos ya no tienen muchas fuerzas, y no pueden tener el hijo, les tienen que hacer cesárea". Todas las participantes estuvieron de acuerdo en decir que estas señoras ya no las atienden ellas en la casa porque a veces necesitan de un tratamiento y ni en el centro de salud lo tienen "deben irse al hospital".

Con respecto a estos problemas de alto riesgo podemos observar que las comadronas los saben identificar pero no tienen el conocimiento adecuado o necesario de cada enfermedad, por lo tanto no se puede esperar que generalmente la embarazada sea referida en el momento oportuno, por el conocimiento limitado o inadecuado que las comadronas tienen.

En relación a la alimentación, se les preguntó acerca de las comidas que debe comer una embarazada, algunas comadronas respondieron " hierbas ", atoles, carne asada y verduras," pero la mayoría manifestaron que la mujer embarazada debe comer todo tipo de alimento, una comida normal". Sin embargo una participante manifestó "una embarazada tiene que comer una comida balanceada, no comer de todo porque el bebé crece muy rápido y cuando la madre sube de peso demasiado lo que hace el médico es recomendarle que no coma mucha". Otras participantes expresaron además que la madre debe alimentarse desde un principio para que el niño se desarrolle bien y puedan tener un niño sano y fuerte y no vayan a tener complicaciones en el parto, dijeron: " para que no nazca todo débil y después se le desarrolle la anemia".

Esto nos confirma que la mayoría de comadronas en este aspecto sí tienen el conocimiento adecuado.

Al hablar de algunas complicaciones en el embarazo, se les preguntó a las participantes que harían ellas con una paciente embarazada con dolor o ardor al orinar, fiebre, escalofríos dolor de piernas y espalda. Muchas dijeron que si las pacientes manifestaban esos síntomas " no era normal" " tenían alguna infección, que la mandarían al médico o al hospital". Aunque una participante manifestó "hasta

para nacer el niño da fiebre y escalofríos" otra participante expresó "hay aldeas lejanas donde no entran ni salen carros y a las señoras les es difícil consultar al centro de salud o al hospital y en ese caso se les trata con antibiótico". "yo trabajé en un sanatorio y había un médico que les daba ampicilina o bacrín", pero inmediatamente otra participante dijo "nosotros no podemos recetar nada así, porque conocemos el riesgo de dañar al bebé y a la madre es mejor referirlas al centro de salud o al hospital."

Se les preguntó a las comadronas que hacen ellas con una embarazada que tiene hinchazón de cara manos y pies, manifestaron "esas personas con esos problemas tendrán que consultar a un médico ya que no es nada normal", refirieron además que casi no ven señoras con esos síntomas, "de 25 pacientes que atendemos probablemente una tenga esos problemas", otra participante manifestó " a veces esos problemas se dan por comer mucha sal, hay que recomendarles a las señoras que cocinen con poguita sal" pero la mayoría de las participantes manifestaron " lo primero que hay que hacer es mandarlas al centro de salud o al hospital".

En estos problemas de alto riesgo, según el estudio las comadronas no se atreven a tomar medidas terapéuticas. Sino que refieren a las pacientes al

centro de salud o al hospital, ya que están concientes que son problemas anormales de alto riesgo que pueden ser tratados únicamente a nivel médico, y que ellos no están capacitados para hacerlo.

Al hablar de suplementos vitamínicos, se les preguntó a las comadronas para que sirven las pastillas de hierro una participante estaba confundida creía que el hierro era "para reforzar los huesos y los dientes del recién nacido". Las que lo conocían dijeron: "sirve para reponer la sangre que uno ha perdido" "son para la anemia". Ellas manifestaron que cuando la mujer sale embarazada a veces le encuentran anemia y le recetan o regalan las pastillas de hierro en el centro de salud. Aquí podemos observar que las comadronas necesitan conocer más acerca de los suplementos vitamínicos de una embarazada. Para que ellas tengan un mejor conocimiento y sepan cuando una embarazada necesita cada una de los suplementos que existen.

C. Conocimientos Actitudes y Prácticas en relación al Parto.

Las comadronas que participaron en el grupo focal de San Julián Chinautla al preguntárseles sobre los tres períodos de parto, muchas no sabían y otras contestaron cosas como: " Prenatal, parto, post-parto", "cuando el niño da vuelta, se pone en postura y el desarrollo para fuera". Otras tenían más o menos

claro el conocimiento y dijeron "expulsión, nacimiento, alumbramiento". Aquí podemos observar que es necesario capacitarlas en este aspecto, porque si ellas tienen el conocimiento adecuado de cada período ésto les ayudaría a actuar de una mejor forma en la atención de un parto.

En la atención de parto las comadronas utilizan el siguiente material. "mantas, toalla, tijeras ya desinfectadas, cinta umbilical, gaza para el ombligo y una perilla, una señora expresó" yo uso todo eso pero además antes de recibir al bebé le lavo su parte a la señora para que no vaya a provocar infección el bebé en la salida".

Al hablar de los riesgos maternos al atender un parto en un lugar sucio las señoras manifestaron "puede dar una infección, tétanos" una señora dijo "desde un principio uno tiene que estar aseado tanto de su ropa como de sus manos, y ver como hacer por la higiene de la paciente, para que no le vaya a caer tétanos o infección a la criatura o a la señora". En estos dos aspectos se puede observar que las Comadronas conocen los riesgos o las consecuencias que puede tener la madre o el niño al atender el parto con un equipo en malas condiciones higiénicas y en un lugar sucio.

Al hablar de las posiciones fetales del niño se les preguntó a las participantes que harían ellas si

s la hora del parto el niño viene sentado o atravesado, algunas manifestaron" a veces nos llegan a llamar cuando la paciente ya va a tener al niño y muchas veces hemos encontrado que el niño ya tiene los piecitos de fuera, entonces tenemos que atender el parto, pero cuando miramos que el niño viene atravesado corren mucho peligro es de referirlas o llevarlas uno mismo al hospital para que les hagan cesárea" ellas refirieron que cuando tienen un caso así buscan como trasladar a las señoras de inmediato al hospital porque piensan que es muy peligroso, puede morir la madre o el niño.

En relación a problemas placentarios se les preguntó sobre que harían ellas si la placenta tarda más de media hora en salir, algunas comadronas se esfuerzan bastante tratando de que la paciente expulse la placenta al ver que no sale, se las llevan al hospital. Unas comadronas manifestaron" es que hay señoras muy necias desde que uno mira que la placenta no sale uno les dice que se tiene que ir al hospital, pero ellas no dejan, entonces lo tiene que hacer uno arriesgándose", otras participantes dijeron "cuando pase la media hora o la hora hay que trasladarlas al hospital".

Al hacerles la pregunta a las comadronas sobre que harían ellas si una paciente les presenta hemorragia vaginal abundante durante o después del

parto, expresaron "mandarla de inmediato al hospital; atender al niño y llevar a la madre al hospital ya que eso es peligroso.

Se les preguntó que hacen ellas cuando miran la salida del cordón umbilical antes del niño; una participante dijo: "llevarla al hospital porque el niño viene atravesado" el resto de participantes manifestaron "ese es un caso peligroso, hay que referir de inmediato a las pacientes al hospital".

Se les preguntó que hacen cuando una primigesta tarda mucho en expulsar al niño; muchas participantes estuvieron de acuerdo en decir "hay pacientes primigestas que son menores de edad siendo pacientes de alto riesgo por lo que las referimos al hospital", otras expresaron "las que no sacan luego al niño hay que llevarlas al hospital porque son cerradas de agujas" finalmente una comadrona expresó "para que vamos a correr riesgo nosotras mandémoslas al hospital porque a veces la señora es cerrada de agujas y el niño muy cabezón cuesta mucho, fácil se muere el niño o la madre.

En complicaciones como las que se mencionaron anteriormente (cuando una primigesta tarda en expulsar al niño, retención placentaria, hemorragia vaginal abundante) muchas comadronas implementan en su tratamiento, conocimientos adquiridos en los cursos de capacitación aunque de forma modificada por sus

propias creencias; a pesar de que los procedimientos terapéuticos utilizados son inocuos no contribuyen a la mejoría de la salud de la paciente, y cuando observan que no hay mejoría refieren a las pacientes. En otras entidades como mala posición del niño (situación transversa) o salida del cordón umbilical antes del niño, las comadronas, refieren de inmediato a las pacientes porque piensan que estos problemas sí son de urgencia y no pueden darle a ellas medicamentos caseros. Debe enfatizarse en las capacitaciones que toda complicación en el parto es de urgencia y que por lo tanto toda paciente debe ser referida de inmediato al hospital.

Se les preguntó a las participantes que hacen ellas si en la atención del parto la paciente sufre desgarros; algunas participantes manifestaron que han atendido muchos partos pero que nunca se les han rasgado, una participante expresó "hay que tener cuidado de no dejar el pesor, sino que hay que ir sosteniendo al bebé para que no rasgue", pero todas opinaron y estuvieron de acuerdo en decir" si el paciente se rasga las referimos al hospital, porque solo los médicos pueden suturar, nosotras no lo podemos hacer".

Aquí podemos observar que las comadronas, toman la actitud correcta de referir a las pacientes, ya que

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

ellas no están capacitadas para realizar suturas. Se les preguntó además si ellas atienden partos sin haber llevado el control prenatal de la paciente. Las comadronas participantes manifestaron que a ellas les han enseñado que deben llevar el control prenatal de cada paciente que atienden o llevarlas al centro de salud a control con el médico, pero hay señoras que no acatan consejos de ellas y las buscan únicamente cuando el trabajo de parto está muy avanzado y tienen que atenderlo, una participante expresó "tenemos que atenderlas porque es un compromiso muy grande el que nosotras tenemos con la comunidad"

Esta práctica deberá ser apoyada en la capacitación para que las comadronas en el control prenatal sean capaces de detectar problemas de alto riesgo y por ende las puedan referir al Centro de Salud.

D. Conocimiento, Actitudes y Prácticas en relación al Puerperio.

Las Comadronas que participaron en el grupo focal de San Julián Chinautla al preguntárseles sobre el conocimiento de puerperio y con cuales otros nombres lo conocen, me di cuenta que algunas participantes ignoraban completamente ese término, y otras lo confundían con la infección puerperal, creían que era la enfermedad que da por dejar algún residuo de

placenta en el útero. Solo dos participantes expresaron "es el postparto, la cuarentena' " son los 40 o 45 días después del parto" dijeron que es cuando la paciente debe tener reposo, buena alimentación y buena higiene. Esto quiere decir que las comadronas en su vocabulario hacia ciertos términos o enfermedades usan palabras autóctonas, pero es bueno que según como se vayan capacitando y reforzando vayan aprendiendo términos científicos, al igual que el personal de salud debe conocer también las palabras autóctonas.

En cuanto a las costumbres de la alimentación en esa comunidad manifestaron "deben comer todo tipo de alimento, para tener buena leche y alimentar bien al niño", pero expresaron además "aquí tenemos la costumbre de no comer cosas frescas porque le daña el estómago a la madre o bien le descompone la leche para el niño". Aquí podemos observar que ellas tienen el conocimiento claro que deben comer todos tipo de alimento pero se aferran a las costumbres y tradiciones que siempre les han inculcado.

Se les preguntó a las participantes de los cuidados que les brindan y recomiendan a las puérperas, expresaron "no tocar agua fría sino tibia, reposo por unos 8-10 días no levantar cosas pesadas, no tener relaciones sexuales con el esposo" además

recomiendan que si tienen mucha hemorragia deben consultar al puesto de salud, centro de salud o al hospital. Aquí observamos que las comadronas les brindan el cuidado necesario, recomendándoles reposo y buena alimentación, por lo que se observa que en este aspecto las comadronas están capacitadas para dar buena atención.

Se les preguntó sobre que saben ellas cuando a una mujer le da fiebre en el post-parto, algunas participantes manifestaron "sí, a los tres días les dá fiebre a las señoras, porque es cuando les está bajando la leche", otras manifestaron "les dá fiebre por infección en la matriz o en los pechos", una participante dijo "les da fiebre porque dejan pedacitos de placenta en la matriz", todas expresaron además "si les da fiebre las referimos al hospital".

Podemos observar que en el Puerperio al igual que en el embarazo y el parto las comadronas al encontrar complicaciones o problemas de alto riesgo refieren a las pacientes a centros médicos, esto lo hacen con el fin de evitar en su comunidad muertes maternas y neonatales y de esta forma contribuir a que no aumente la mortalidad maternoneonatal en nuestro país.

VIII.

**PROGRAMA DE CAPACITACION Y/O
RECAPACITACION DE LAS COMADRONAS
DE SAN JULIAN CHINAUTLA,
GUATEMALA, SEPTIEMBRE 1,996**

JUSTIFICACION

En Guatemala más del 70% de partos es atendido por parteras tradicionales conocidas en nuestro medio como comadronas.

En el Municipio de San Julián Chináutla la mayoría de partos (70%) es atendido por ellas. Por lo tanto es importante la capacitación a estas personas que tradicionalmente lo hacen con contenidos decididos por el personal especializado de los niveles centrales del Ministerio de Salud.

El presente programa trata de alguna manera de hacer uso de la investigación cualitativa (grupo focal) para determinar contenidos ajustándose a la realidad, usando palabras autóctonas y readecuar o quitar los conocimientos, actitudes y prácticas negativas y potenciar los positivos que fueron mencionados por las comadronas en dicha investigación.

OBJETIVO GENERAL

Capacitar a las comadronas tradicionales, haciendo uso de la investigación cualitativa con el fin de fortalecer los conocimientos actitudes y prácticas positivas y controlar y/o eliminar los negativos, así como utilizar palabras autóctonas en los contenidos básicos de un programa de atención de la madre durante el embarazo, parto y puerperio.

EMBARAZO

OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	TIEMPO	EVALUACION
<p>Que las comadronas conozcan la definición de embarazo para saber diagnosticarlo</p> <p>Explicar la importancia de una buena alimentación en el embarazo.</p> <p>Explicar los beneficios que se obtienen al tener cuidados e higiene durante el embarazo.</p>	<p>1. Organos Reproductores Masculino Y Femenino.</p> <p>2. Embarazo.</p> <p>- Definición-duración</p> <p>- Signos y síntomas por los cuales la mujer puede sospechar que está embarazada.</p> <p>-Holestias del embarazo *Hauseas *Vómitos</p> <p>-Nutrición durante el embarazo. (comer de todo)</p> <p>-Cuidados e Higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> * Necesita más descanso * Baño diario * Limpieza de dientes * Usar ropa floja * No fumar * No tomar bebidas alcohólicas * No usar drogas * No acercarse a personas enfermas con: Rubéola, sarampión y otras enfermedades contagiosas. 	<p>U S A R R O T A S A F O L I O S</p>	<p>6 HORAS</p>	<p>P R E G U N T A S C O M P R E T A S</p>

CONTROL PRENATAL

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TIEMPO	EVALUACION
<p>Explicar la importancia del control prenatal</p>	<p>1) Captación de la embarazada. -Referencia al servicio de salud. 2) Examen prenatal a) Definición b) Examen físico general. *Control de presión arterial. *Control de Peso *Buscar edema en pies, manos y cara. *Detectar anemia. C. Examen abdominal *Altura uterina *Auscultación fetal *Control de la posición fetal (Últimos meses) -De cabeza (cefálica) -Atravesado (transversal) -Sentado o de pies (podálica) d) Maniobras de Leopold.</p>	<p>Uso de retroproyector Drama</p>	<p>C i n c o H o r a s</p>	<p>F R E G U E N T A S</p>
<p>Explicar el beneficio de observar riesgos en el control prenatal.</p>		<p>Uso de afiches Demostración con una señora embarazada</p>		<p>Que las participantes devuelvan el procedimiento.</p>

CONTROL PRENATAL

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TIEMPO	EVALUACION
<p>Que las Comadronas comprendan qué es el hierro y sus beneficios.</p>	<p>3) Inmunización 4) Exámenes de laboratorio * Orina * Sangre (hemoglobina grupo sanguíneo, sífilis) * Prueba de Papanicolau 5) Alimentación * Multivitaminas * Hierro CAPS negativo: "Sirve para darle fuerza a la dentadura y huesos de la criatura." 6) Problemas de alto riesgo. * Referir al servicio de salud.</p>	<p>Afiches</p>	<p>C I N C C O H O R A S</p>	<p>F R E G U E N T A S</p>

PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TIEMPO	EVALUACION
<p>Que la comadronea al finalizar la capacitación logre identificar el riesgo materno fetal y decir conducta a seguir</p>	<p>1. Hemorragia vaginal - Causas: * Punto de aborto (amenaza de aborto) * Cuando el niño está fuerte de la matriz (embarazo ectópico) * Cuando la placenta está primero (placenta previa) * Desprendimiento prematuro de placenta.</p> <p>2. Hinchazón de cara manos y pies (preclampsia/eclampsia) CAPS negativos: - "Es porque comen mucha sal". - "Que cocinen con poca sal".</p> <p>3. Ruptura de la fuente antes del parto. (Ruptura prematura de membrana)</p>	<p style="text-align: center;">C O N T A R E X P E R I E N C I A S V I V I D A S</p>	<p style="text-align: center;">C I N C O H O R A S</p>	<p>Hacer preguntas concretas, usando cartulinas de colores.</p> <p>Verde=Correcto</p> <p>Rojo=Incorrecto</p>

EL PARTO

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TIEMPO	EVALUACION
Que las comadronas conozcan las etapas del parto normal.	1. El parto: - Definición -Periodos del parto: * 1er. período (dilatación) *2do. período (expulsión) *3er. período (alumbramiento) CAPs negativos: " Sietemesino, de ocho de nueve" " Prenatal, parto, post-parto". " La fuente, la cabecita del bebé, la placenta" " Cuando el niño ya da vuelta agarrar su postura, el desarrollo para fuera, alumbramiento. 2. Preparación del ambiente, material y equipo del parto. 3. Higiene en el lugar de la atención del parto. * Lavado de manos * Limpieza del equipo 4. Microbios e infección.	Llevarlas al hospital Usar Afiches	C i n c o H o r a s	P r e g u n t a B C o n c r e t a s
		Demostración con el equipo		Que devuelvan la demostración con el equipo

PROBLEMAS DE LA ATENCION DEL PARTO

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TIEMPO	EVALUACION
<p>Que las comadronas estén capacitadas para conocer los signos y sintomas del parto complicado y decidan conducta a seguir</p>	<p>1. Complicaciones en el parto.</p> <p>2. Identificación del parto normal o peli-groso.</p> <p>a) Niño en mala * Presentación podálica * Situación transversal.</p> <p>b) Hemorragia vaginal abundante</p> <p>c) Parto prematuro</p> <p>d) Parto de gemelos</p> <p>e) Salida del cordón umbilical antes del niño.</p> <p>f) Primigesta que tarda mucho en expulsar la niño, más de una hora. - Cerrada de agujas. (desproporción cefa-lopélvico)</p> <p>g) Retención placentaria. CAPS negativo.</p> <p>" más de un hora la llevan al hospital"</p>	<p>USA AFICHES</p> <p>C O N T A R</p> <p>E X P E R I E N C I A S</p>	<p>C I N C O H O R A S</p> <p>C I N C O H O R A S</p>	<p>P R E C U R S O S C O N C R E T A S</p>

EL POSTPARTO Y SUS PROBLEMAS

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TIEMPO	EVALUACION
<p>Que las comadronas sepan qué es el puerperio</p>	<p>1) Post-parto, cuarenta o dieta de 40 días (Puerperio)</p> <p>-Definición-Duración</p> <p>CAPS negativo:</p> <p>"Es la enfermedad que se da porque dejan un pedacito de Placenta en la matriz".</p> <p>-Molestias más comunes.</p> <p>-Recomendaciones</p> <p>CAPS negativo:</p> <p>"Tocar solo agua caliente o tibia más o menos 8 días.</p> <p>2) Lactancia materna</p> <p>-Ventajas-Recomendaciones</p> <p>3) Alimentación de la madres.</p> <p>-Costumbres.</p> <p>CAPS negativos:</p> <p>"no comer alimentos frescos"</p> <p>4) Higiene.</p>	<p>Uso de reprojector</p>	<p>C i n c o H o r a s</p>	<p>P R E G U N T A S C O N C R E T A S</p>

EL POSTPARTO Y SUS PROBLEMAS

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TIEMPO	EVALUACION
Que las comadronas sepan identificar las señales de peligro en el puerperio, y tomen conducta a seguir.	<p>5. Señales de peligro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado después del parto (Hemorragia pos-parto) - Fiebre en el post-parto (infección puerperal) - Infección de los pechos. (mastitis) 	<p>C O N T A R</p> <p>C A S O S</p>	<p>C i n c o H o r a s</p>	<p>P R E G U N T A S</p> <p>Por último un cuestionario de todo el contenido.</p>

X. CONCLUSIONES

A. ATENCION DEL EMBARAZO

1. Las Comadronas mencionaron como causas del sangrado vaginal: placenta previa (placenta está primero); embarazo ectópico (niño fuera de la matriz); infecciones etc. Esto lo plantearon como problema de alto riesgo en la embarazada.
2. En cuanto al riesgo de la edad en el embarazo en mujeres menores de 18 años y mayores de 35 las comadronas las mencionaron como problemas de alto riesgo.
3. En cuanto a la alimentación mencionaron que la embarazada "puede comer todo tipo de alimento", aunque alguien dijo que no deben comer de todo porque suben de peso muy rápido y luego el médico las pone a dieta.
4. Las Comadronas no hacen uso de antibióticos en complicaciones que pueden presentárseles a una embarazada; en este caso refieren a las pacientes.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

5. En cuanto al trabajo de parto prematuro algunas comadronas dejan en reposo a las pacientes 3 días y si no paran las refieren.
 6. Algunas comadronas piensan que el hierro es para la embarazada que tiene anemia y otras para reponer la sangre perdida. Alguien mencionó que es para reforzar los dientes y los huesos del recién nacido.
- B. ATENCION DEL PARTO:
1. Existe desorientación por parte de las comadronas sobre los tres periodos del parto.
 2. Las comadronas saben que al atender un parto con mala higiene puede causar una infección o tétanos a la madre o al niño.
 3. Las comadronas cuando tienen una paciente con retención placentaria, tratan de que la paciente expulse la placenta hasta más de una hora, y al ver que no la expulsa la refieren al hospital.
 4. Es un parto en podálica (de piecitos) las comadronas brindan atención a las pacientes, pero si es una situación en transversal las refieren de inmediato al

hospital.

5. Al tener una paciente con hemorragia vaginal abundante durante o después del parto las comadronas refieren a las pacientes.
6. Todas las comadronas cuando miran la salida del cordón umbilical antes del niño refieren a la paciente al hospital.
7. Las comadronas mencionaron que una paciente primigesta menor de edad es una paciente de alto riesgo.
8. Algunas comadronas manifestaron que las pacientes que atienden no sufren desgarros en la atención del parto, pero si llegaran a sufrirlos las refieren para que reciban atención médica.
9. Las comadronas atienden partos aunque las pacientes no lleven control prenatal con ellas.

C. ATENCION DEL PUERPERIO

1. Las comadronas desconocen el término puerperio, pero al hablar de post-parto, cuarentena, o dieta de 40 días tienen el conocimiento adecuado.

2. Persiste la forma tradicional y la costumbre de no incluir alimentos frescos en la alimentación de una puérpera.
3. Existe desorientación por parte de las comadronas en cuanto a la fiebre en el puerperio.
4. Las comadronas están capacitadas en la atención del puerperio en cuanto a reposo e higiene.

XI. RECOMENDACIONES

A. ATENCION DEL EMBARAZO

1. En la capacitación y recapitación de las comadronas deberá fortalecerse los contenidos siguientes: sangrado vaginal y aborto.
2. Orientar a la comadrona sobre que la edad de la embarazada es una característica para identificar un embarazo de alto riesgo.
3. Explicar a las comadronas que una embarazada puede nutrirse con una alimentación balanceada, y que sólo en pacientes muy obesas puede restringirse esta alimentación.
4. Explicar a las comadronas que no deben recetar antibióticos en caso de complicaciones del embarazo, sino que deben referirlas al p/s, c/s o al hospital.
5. Capacitar a las comadronas para que en el caso de trabajo de parto prematuro deben de referir inmediatamente a la paciente.

6. Orientar bien a las comadronas sobre que es el hierro y para que sirve.

B. ATENCION DEL PARTO

1. Capacitar a las comadronas para identificar los tres períodos del parto.
2. Reforzar a las comadronas sobre la importancia que tiene el atender un parto con buena higiene.
3. Capacitar a las comadronas para que en complicaciones de presentación, refieran a las pacientes al hospital.
4. En la capacitación reforzar a las comadronas a que en pacientes que no expulsan la placenta antes de media hora deben referirlas al hospital.
5. Las comadronas deben referir de inmediato al hospital cuando tengan una paciente con hemorragia vaginal abundante, durante o después del parto.
6. Enfatizar a las comadronas que cuando haya salido del cordón umbilical antes del niño deben referir a la paciente de inmediato.

7. Reforzar a las comadronas para que a las pacientes primigesta y menores de edad las refieran al hospital.
8. Insistir a las comadronas que si las pacientes sufren desgarros vaginales severos, deben referirlas al hospital.
9. Capacitar y reforzar a las comadronas para que expliquen a las pacientes la importancia que tiene el llevar un control prenatal.

C. ATENCION DEL PUERPERIO

1. Debe orientarse a las comadronas sobre el término puerperio y explicarles que es el mismo que decir post-parto o dieta de 40 días.
2. En cuanto a la alimentación de la puérpera hay que enfatizar a la comadrona que no requiere ninguna dieta: la madre puede y debe comer toda clase de alimento sin ningún peligro para ella y para su niño.
3. Orientar a las comadronas sobre las causas de la fiebre en el puerperio y otros riesgos.
4. Explicar a las comadronas los cuidados que debe brindarle y recomendarle a la paciente en el puerperio.

XII. RESUMEN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el Municipio de San Julián Chinautla del departamento de Guatemala.

El objetivo principal del estudio fué identificar el perfil de las comadronas sobre conocimientos, actitud y práctica en relación al embarazo, parto y puerperio, para ello se realizó una investigación cualitativa utilizando la metodología del grupo focal.

El número de comadronas fue de 21 que constituye el 100% de comadronas de dicho lugar, capacitadas y no capacitadas activas y registradas y que acuden al centro de salud. A partir de los resultados de la investigación se realizó un programa de capacitación y/o recapacitación cuyos contenidos están fundamentados en los resultados de ella.

Los resultados obtenidos en la investigación nos permiten comprender que la comadrona es un elemento indispensable para las comunidades ya que posee conocimientos obstétricos importantes basados en procesos históricos culturales y en la experiencia pero que son necesarios estudiarlos para potenciar los conocimientos positivos o inocuos y eliminar los negativos. La investigación permitió conocer parcialmente los conocimientos positivos como la forma autóctona de manifestar

algunas dolencias, terapéuticas a base de plantas (remedios caseros); los negativos como el uso de antibióticos.

El programa que se propone está basado en la investigación cualitativa y refuerza a través de la capacitación los conocimientos de las comadronas, por lo que es necesario e importante hacer notar que si se capacita adecuadamente a todas las comadronas la morbimortalidad del grupo materno-infantil disminuirá.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1) Andrew A. Fisher, Jonh E. Laning, Jonh E. Sloekel, Jonh W. Towsend. Manual para el diseño de investigación operativa en planificación familiar... 2ed. México, 1991. 65,66p.
- 2) Area de Salud Guatemala Norte. Memoria anual de labores. Guatemala, 1989. 22 p.
- 3) Centro de Salud San Julián Chinautla. Diagnóstico de Salud. Guatemala, 1989. 3-11p.
- 4) D. Polit. B. Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 2ed. Oficina Sanitaria Panamericana, Washington. 1970.
- 5) Haller B. Psicología general. Editorial Harla. México, 1974. 215, 216p.
- 6) HJurtado Leonor. Descripción de técnica cualitativa de grupo focal. Guatemala, agosto 1994. 64-65p.
- 7) Mckeachie. Psicología fondo educacional interamericano. 1881. 552-558p.
- 8) Melendez C. CAPs. de estudiantes universitarios en relación al SIDA. Tesis. (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1992. 12 p.
- 9) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, Departamento de Materno Infantil. Guía del docente para la capacitación de comadronas. Guatemala, agosto 1989. 1 p.
- 10) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, Departamento Materno Infantil. Normas de atención de salud materno infantil. Plan Nacional de Salud Materno Infantil. 1992-1996. Guatemala agosto 1992. 130, 131p.

- 11) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, Departamento Materno Infantil. Programa Nacional de Comadronas. Guatemala, 1994. 15-17p.
- 12) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud Materno Infantil 1992-1996. Guatemala, diciembre de 1991. 17p.
- 13) Monreal José Luis, Martí José M. Gispert Carlos. Enciclopedia de medicina y enfermería. Grupo Editorial Océano. Barcelona, Edición 1994. Volumen I.
- 14) Organización Mundial de la Salud. Parteras tradicionales. Ginebra, 1993. 19 p.
- 15) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Condiciones de salud en Guatemala. Guatemala, mayo 1994. 33p.
- 16) Programa Integrado de Salud. Embarazo, parto y puerperio. Guatemala, marzo 1993. 40.48-57p.
- 17) Schwarcz Ricardo Leopoldo. Obstetricia. Buenos Aires, Ateneo. 4ta. edición. 1988. 310-335, 360-387, 392-400, 403-410, 418, 420-436p.
- 18) Shieber Bárbara. Golman Suser. Manual para capacitación de comadronas. Módulo III, Tema IV. Guatemala, INCAP/OPS. Guatemala, 1993. 16,17p.
- 19) Stokes Montes Piedad Celina. CAPs. del uso de los métodos anticonceptivos en los estudiantes de educación media. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1995. 12p.
- 20) William. Obstetricia. Salvat Mexicana de Edición S.A. de C.V. México, 1978. 204-2234, 439, 597-605, 648-656, 660, 825-830, 832, 833, 839, 844, 859, 860 p.

XIV. ANEXOS



GUIA PARA GRUPO FOCAL

(COMADRONAS DE SAN JULIAN CHINAUTLA)

CONOCIMIENTO

1. Que sabe usted del sangrado vaginal durante el embarazo?
2. Qué sabe usted e los problemas que tiene una embarazada menor de 18 años y mayor de 35 años.
3. Qué comidas debe comer una mujer embarazada.
4. Cuáles son los tres períodos del parto.
5. Qué equipo debe usar la comadrona en la atención del parto.
6. Qué le puede pasar a la madre al atender su parto en un lugar sucio.
7. Para que sirven las pastillas de hierro.
8. Para ustedes que es el puerperio y con cuales otros nombres lo conocen.
9. Cuánto tiempo dura el puerperio.
10. Cuáles son las costumbres en la alimentación en su comunidad en relación al puerperio.
11. Que le pasa a la mujer en el puerperio cuando le da fiebre.

ACTITUDES Y PRACTICAS

12. Que haría usted con una paciente embarazada con síntomas como dolor o ardor al orinar, fiebre, escalofríos dolor de piernas y espalda.
13. Que haría usted si le llega a control prenatal una mujer embarazada menor de 18 años y mayor de 35 años.
14. Que haría usted si a la hora de la atención del parto el niño le viene sentado o atravesado.

15. Que haría usted si la placenta tarda más de media hora en salir.
16. Que haría usted si la paciente le presenta hemorragia vaginal abundante durante o después del parto.
17. Qué hace usted con una embarazada que tiene hinchazón de cara, manos y pies.
18. Qué hace usted cuando en el parto mira la salida del cordón umbilical antes del niño.
19. Qué hace usted cuando una primigesta tarda mucho en expulsar al niño.
20. Qué hace usted con la embarazada que tiene trabajo de parto antes de tiempo.
21. Qué cuidados le brinda y le recomienda a la puérpera.
22. Que hace usted si en la atención del parto la paciente sufre desgarros.
23. Atienden partos sin haber llevado control prenatal con ustedes.