

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE
LAS COMADRONAS TRADICIONALES ADIESTRADAS
ACERCA DEL BAJO PESO AL NACER**

Estudio descriptivo de corte transversal, sobre los Conocimientos,
Actitudes y Practicas de las Comadronas Tradicionales Adiestradas,
Acerca del Bajo Peso al Nacer, realizado en el Municipio de
Acatenango, Chimaltenango, durante el periodo del
1 de abril al 31 de mayo de 1998.

TESIS

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

POR

IONE ESTELA MORALES ESQUIVEL

En el acto de investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, septiembre de 1998

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

05
T(8001)
c.4

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) MAESTRA EDUC. PRIM. IONE ESTELA MORALES ESQUIVEL

Carnet Universitario No: 90-14028

Ha presentado para su Examen General Publico, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS COMADRONAS

TRADICIONALES ADIESTRADAS ACERCA DEL BAJO PESO AL NACER

trabajo asesorado por:


Doctor: JOEL SICAL FLORES

y revisado por:

Doctor: RAMIRO VALENCIA LOPEZ

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

Guatemala, 26 de agosto de 1998.

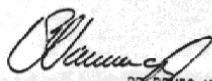

Dr. Jose Maria Gramajo
COORDINADOR UNIDAD DE TESIS




DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS


DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ
DECANO 1998 - 2002



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 26 de agosto 1998

Doctor:

José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el (la) MAESTRA EDUC. PRIMARIA
IONE ESTELA MORALES ESQUIVEL

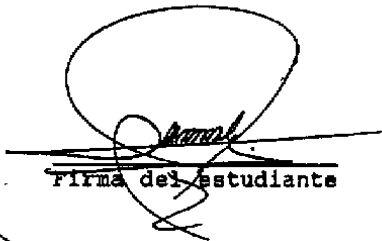
Nombres y apellidos completos

Carnet No. : 90-14028 ha presentado el Informe Final de su trabajo
de tesis titulado:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS COMADRONAS

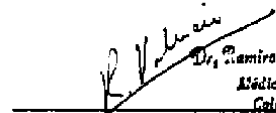
TRADICIONALES ADIESTRADAS ACERCA DEL BAJO PESO AL NACER

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


F. Asesor
Nombre completo y sello

Dr. Joel Eleazar Sical Flores
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 4173


F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 11499

Dr. Ramiro A. Valencia López
Médico y Cirujano
Colegiado 1874



APROBACION INFORME FINAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

OF. NO: 38-98

Guatemala, 26 de agosto 1998.

MAESTRA EDUC. PRIMARIA
IONE ESTELA MORALES ESQUIVEL
CARNET No. 90-14028

Facultad de Ciencias Medicas
USAC

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
titulado: **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS COMADRONAS
TRADICIONALES ADIESTRADAS ACERCA DEL BAJO PESO AL NACER**

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.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. José María Gramajo Garza
Coordinador Unidad de Tesis



NOTA. La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es
responsabilidad unica del autor.

INDICE

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	5
V. MARCO TEORICO	6
VI. METODOLOGIA	16
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	19
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	27
IX. CONCLUSION	32
X. RECOMENDACIONES	33
XI. RESUMEN	34
XII. BIBLIOGRAFÍA	35
XIII. ANEXO (Boleta de Recolección de Datos)	38

I. INTRODUCCION

El Recién Nacido de bajo peso es el que pesa 2,500 gramos o menos, sea cual fuere su edad gestacional. Cuando la desnutrición crónica es un problema general, los recién nacidos en su mayoría son a término aunque con peso bajo, cuando en el campo poblacional la desnutrición ha sido superada, la mayoría de ellos corresponde a nacidos pretérmino. (11)

Los recién nacidos de peso bajo tienen una incidencia mayor mientras más bajo es el estrato socioeconómico. La mortalidad neonatal es de 20 – 40 veces mayor entre los de peso bajo, en ellos la morbilidad neonatal es de 10 – 15 veces más alta. La incidencia de secuelas neurológicas a la edad escolar es de 3 a 10 veces más frecuente (11).

La atención del recién nacido y de la madre en el área rural de nuestro país, está en su mayoría a cargo de las comadronas tradicionales adiestradas, por lo que se realiza este estudio por medio de entrevistas dirigidas a Comadronas Tradicionales Adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango, para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que las mismas poseen acerca del bajo peso al nacer.

Se pudo determinar que la mayoría de ellas, poseen conocimiento del problema, aunque el mismo es todavía empírico así como su manejo, basado en creencias adquiridas en la comunidad o de la persona con quien fueron instruidas, y esto en determinado momento podrían incidir en daño al recién nacido.

Las comadronas tradicionales, según el adiestramiento que han recibido en su mayoría deciden referir a los niños con bajo peso al nacer para su mejor atención; pero el nivel socioeconómico de las familias en ocasiones impide que estos niños sean trasladados, pues esto conlleva gastos extras dentro del presupuesto familiar, y por lo tanto se pierde la oportunidad de mejorar la sobrevivencia del recién nacido.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El crecimiento de un individuo desde el momento de su concepción, depende de tres factores relacionados entre si.

EL FACTOR MATERNO, del cual depende el adecuado aporte de nutrientes hacia el feto en formación y podría en cierto momento convertirse en un agente agresor hacia el mismo, si hubiese un insulto que afectase a esta madre. LA PLACENTA, como órgano de intercambio y EL FETO con su propio potencial de crecimiento establecido genéticamente. Cualquier falla o agresión en alguno de estos tres factores o en todos al mismo tiempo, puede conducir al feto a un crecimiento inadecuado lo cual repercutirá directamente sobre su morbilidad o mortalidad (5).

En los países en desarrollo como el nuestro el bajo peso al nacer es uno de los problemas de salud pública mas importantes, incluyéndose en este grupo a todo niño recién nacido que pesa menos de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional. Los lactantes de bajo peso al nacer de estos países representan mas del 90 % del total de lactantes del mundo con esta característica, y constituyen entre 10 y 45 % de todos los nacimientos que tienen lugar en ellos. Estos lactantes están expuestos a un mayor riesgo de morbilidad neonatal, y entre ellos los índices de crecimiento y desarrollo neurológico postnatal anormales son mas altos que en el grupo de peso normal al nacer (5, 16).

Los nacidos con bajo peso tienen con frecuencia graves problemas para la adaptación a la vida extrauterina (11).

Además en los países en desarrollo las causas de bajo peso al nacer se relacionan con el grado de desarrollo socioeconómico. Los principales factores de riesgo son: El estado nutricional deficiente antes de la concepción, aumento de peso inadecuado durante el embarazo, las infecciones maternas, la falta de atención prenatal, los embarazos poco espaciados y la preeclampsia (8,16).

Aunado a esto muchas madres no tienen acceso a una asistencia sanitaria moderna, se estima que 60 a 80 % de los nacimientos registrados tienen lugar fuera de los centros de asistencia medica (4, 14).

En general los partos tienen lugar en condiciones precarias, por lo que las consecuencias de un cuidado materno de mala calidad es reflejado en un alto riesgo de disminución de la supervivencia del recién nacido (4, 14)

En Guatemala en el año de 1,990 el 51 % de los nacimientos fueron atendidos por comadronas; este porcentaje es mayor en las áreas rurales mayas. Por ello es importante que las mismas sean capacitadas para dar una mejor atención a las mujeres del área rural y así contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna infantil (1, 14).

III. JUSTIFICACIÓN

El bajo peso de nacimiento es una condición de riesgo para el niño, pues está asociado a la mayoría de las defunciones neonatales. Este puede ser consecuencia de un período gestacional corto y/o de un retardo en el crecimiento intrauterino (5, 14).

Estas dos causas de bajo peso al nacer están asociadas con distintos factores de riesgo. En los países más pobres, más del 80 % de los niños que nacen con bajo peso tienen un crecimiento intrauterino inadecuado debido en su mayoría a factores que condicionan la nutrición de la madre y en última instancia la del feto (9, 24).

Según datos de UNICEF para 1,996 en nuestro país la tasa de mortalidad en menores de 5 años era de 56 por 1,000 nacidos vivos, en niños de 0 a 1 año la tasa de mortalidad era de 43 por 1,000 nacidos vivos, partiendo del hecho que más del 51 % de los nacimientos son atendidos por personal no especializado principalmente comadronas, ya que son ellas las que dan atención al neonato durante los primeros 40 días de vida. Existe una clara relación entre mortalidad infantil y asistencia pediátrica no calificada (4, 14).

El bajo peso al nacer presenta en América Latina una incidencia de alrededor del 9 % del total de los nacimientos institucionales y esta presente en más del 75 % de los niños que mueren en el período neonatal. De estos neonatos con bajo peso entre el 40 y 70 % son de pretérmino (edad gestacional menor de 37 semanas) con un peso adecuado para su edad gestacional. Otra parte de los nacidos con bajo peso (30 a 60 %) corresponden a los retardos del crecimiento intrauterino o malnutridos fetales (pequeños para su edad gestacional) (11).

En Centroamérica, de 1,072,000 nacimientos registrados en 1,996 por la UNICEF, un promedio de 10.85 % presentó bajo peso al nacer. En Guatemala el 14 % de los recién nacidos tiene bajo peso, mientras que en países desarrollados varía entre un 5 a 7 % del total de los recién nacidos (12).

Es importante resaltar que el bajo peso al nacer, es inversamente proporcional al ingreso per cápita. El salario mínimo en nuestro país no alcanza a cubrir en la mayoría de los casos ni la canasta básica, la cual fue calculada para 5 personas en Junio de 1998 en 35.56 quetzales diarios; teniendo un costo mensual de 1066.78 quetzales. La dieta del Guatemalteco de escasos recursos es monótona, refleja que diariamente se consumen frijoles, tortillas, hierbas nativas, azúcar, aceite, y que la leche y sus derivados, la carne, las frutas; se consumen semanal, mensual u ocasionalmente con lo cual se logran satisfacer las necesidades nutricionales de la mujer gestante en estos períodos de alta vulnerabilidad. (7,10)

Es interesante entonces saber los conocimientos actitudes y prácticas que las comadronas tienen sobre bajo peso al nacer, con el objeto de implementar estrategias tendientes a proporcionar un adecuado adiestramiento a las mismas, y que ellas puedan dar una mejor atención a su comunidad.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre bajo peso al nacer poseen las comadronas tradicionales adiestradas, del municipio de Acatenango, Chimaltenango.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los conocimientos que poseen las comadronas tradicionales adiestradas, sobre factores de riesgo en las madres, que inciden en bajo peso al nacer.
2. Determinar cual es la actitud de las comadronas tradicionales adiestradas, en el manejo del niño con bajo peso al nacer.
3. Identificar los criterios prácticos utilizados por las comadronas tradicionales adiestradas en la identificación de niños con bajo peso al nacer.

V. MARCO TEÓRICO

PESO AL NACER:

Es la primera medida del peso de los fetos o recién nacidos, obtenida después del nacimiento. Es recomendable que dicha medida se efectúe en las primeras horas de vida, y podrá reportarse en gramos o libras dependiendo de la localidad o el tipo de balanza utilizadas (5, 6).

BAJO PESO AL NACER:

Corresponde a los recién nacidos con peso al nacimiento menor de 2,500 gramos, independiente de su edad gestacional. Se incluyen a los neonatos con pesos desde 500 gramos hasta 2,499 gramos (6).

MUY BAJO PESO AL NACER:

Corresponde a los recién nacidos con peso al nacimiento de 1,500 gramos o menos, independiente de su edad gestacional, (6).

La incidencia de bajo peso al nacer varía entre los países y entre áreas urbanas y rurales, 30 a 40 % en los países como Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, Bolivia y Paraguay, en los países desarrollados varía entre 5 a 7 % del total de los recién nacidos (12).

En un estudio que se realizó en el departamento de Guatemala y sus 17 municipios en 1,993, se observa que las tasas de mortalidad infantil son altas en los pesos más bajos, además comparando el grupo indígena y ladino en niños que pesaron menos de 2,499 gramos, encontramos que el grupo ladino tiene una tasa de 35.96 por 1,000 nacidos vivos y el grupo indígena de 137.61 por mil nacidos vivos, estos datos durante el período neonatal. Al analizar las tasas de mortalidad postneonatal estas tienden a ser mayores. El grupo indígena presenta siempre tasas elevadas en todas las categorías de peso específico, siendo mayores en los grupos de 1,500 a 1,999 gramos; correspondiéndole una tasa de 734.04 por mil nacidos vivos, y para las categorías de 2,000 a 2,499 gramos fue de 261.2 por mil nacidos vivos. En el grupo ladino la tasa de mortalidad en el peso de 1,555 a 1,999 fue de 62.50 por mil nacidos vivos, en el de 2,000 a 2,999 gramos fue de 36.41 por mil nacidos vivos (12, 23)

Es importante mencionar que en este estudio el grupo étnico indígena presentaba las mayores tasas de mortalidad infantil y más aun si el recién nacido era de bajo peso; evidenciado la desventaja nutricional que se presenta en los recién nacidos de las madres indígenas desde su concepción hasta su nacimiento (23).

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL BAJO PESO AL NACER;

El crecimiento embriofetal normal se puede definir como el resultado de una división y crecimiento celular sin interferencias, que da como resultado un recién nacido a término en el que se ha expresado totalmente su potencial genético (17).

Se sabe que el bajo peso al nacer puede ser consecuencia de un periodo gestacional corto y o de un retardo en el crecimiento intrauterino. Estas dos causas de bajo peso al nacer están asociadas con distintos factores de riesgo.

En los países más pobres el 80 % de los niños que nacen con bajo peso tienen un crecimiento intrauterino inadecuado, debido en su mayoría a factores que condicionan la nutrición de la madre y en última instancia la del feto. En contraste en los países desarrollados, la mayoría de los niños que nacen con bajo peso son prematuros (8,17).

Más del 60 % de la variación del peso al nacer puede ser atribuido al entorno en el que el feto nace. Estos factores según la OPS pueden clasificarse en:

- a. Factores Demográficos
- b. Factores Preconcepcionales
- c. Factores Concepcionales
- d. Factores Ambientales y del comportamiento.
- e. Factores dependientes del cuidado de la Salud (8,12,13,17)

A. FACTORES DEMOGRÁFICOS:

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y EDUCACIONAL:

El crecimiento intrauterino se relaciona con la situación socioeconómica y educacional de la madre y hasta con la del abuelo materno, que condicionan la nutrición y educación de la madre. La clase social baja de los padres, esta fuertemente relacionada a la insuficiencia ponderal del recién nacido; la cual podría estar relacionada con otras variables como la poca ganancia de peso durante la gestación o el desarrollo de complicaciones tales como; preeclampsia, anemia e infección es decir, por la suma de múltiples factores que se concentran en los niveles sociales bajos.

Un bajo nivel de educación materna incrementa el riesgo de mortalidad prenatal, retardo del crecimiento intrauterino y parto prematuro (2, 12, 13).

ETNIA:

El porcentaje de recién nacidos de bajo peso de raza negra es en los Estados Unidos el doble del que registra la raza blanca. En las culturas occidentales, la influencia de la etnia sobre el peso del neonato es discutible, porque en estudios realizados influyen en el factor étnico, factores socioeconómicos y educacionales y, por consiguiente, la nutrición de la madre (8,13).

EDAD MATERNA:

La edad materna en el primer embarazo es una cuestión de significancia emocional social y clínica. Mientras que las mujeres en los países en desarrollo empiezan la reproducción antes de alcanzar una madurez biológica total, los primeros embarazos son retrasados en países desarrollados, hasta que la mujer alcanza los niveles deseados de educación o desarrollo de carreras (12).

Según la mayoría de los autores, hay una edad materna ideal para la reproducción: la comprendida entre los 18 a los 35 años; por debajo o por encima de estos límites, el peso de los recién nacidos disminuye y aumenta la incidencia de prematuridad e hipotrofia. En consecuencia, es mayor la mortalidad neonatal. En las embarazadas menores de 20 años, la incidencia de recién nacidos de menos de 1,500 gramos es el doble que en las grávidas de 25 a 30 años. Por otro lado, el peso promedio de los recién nacidos de primíparas añosas es de 300 gramos menor que el de los recién nacidos de primíparas no añosas (17).

B. FACTORES PRECONCEPCIONALES.

PARIDAD:

El riesgo parece mayor en la primigesta y en la multipara. En estudios realizados se observa que el peso promedio de los productos va en aumento desde el segundo hasta el quinto hijo y que desciende a partir del sexto.

Algunos autores consideran que el descenso del peso promedio de los recién nacidos a partir del quinto hijo, obedece más a condiciones socioeconómicas desfavorables que al factor paridad. Se sabe por otra parte que las primigestas presentan más frecuentemente toxemia, enfermedad que determina mayor incidencia de neonatos de bajo peso (13, 17).

TALLA:

Se ha observado que la incidencia de recién nacidos de peso elevado es dos veces mayor en las madres altas que en las madres bajas. El riesgo de tener un niño con bajo peso es mayor en mujeres de menos de 1.55 mts. De estatura (3, 17).

ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Las enfermedades renales, la hipertensión esencial, la hipertensión inducida por el embarazo y la diabetes vascular son causantes de aproximadamente el 30 % de los retardos en el crecimiento intrauterino.

Cuando más excede la presión diastólica de 90 mm Hg. Y más larga es la duración de su efecto durante el embarazo, peor es el pronóstico feto neonatal.

Estos trastornos hipertensivos del embarazo se manifiestan con edema de pies y tobillos, en mayor grado presencia de proteinuria con concentraciones en orina de 300 mg/ft. En una muestra de orina de 24 horas o de 1 gramo /dl en una muestra de orina al azar.

Los trastornos hipertensivos del embarazo reducen la captación de oxígeno por el feto, y a la vez se encuentra disminuido el transporte de aminoácidos secundario a una reducción del flujo sanguíneo útero placentario (3, 12, 17).

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DESFAVORABLES

El riesgo parece tener una clara relación con el antecedente de un nacimiento, inmediatamente anterior, de un niño con bajo peso al nacer y con un espacio intergenésico menor de dos años (9, 15).

C. FACTORES CONCEPCIONALES.

EMBARAZO MÚLTIPLE:

Cuanto mayor es el número de fetos que se gestan al mismo tiempo, tanto menor es el peso de los neonatos. Más de la mitad de recién nacidos gemelares son de bajo peso por nacimiento pretérmino o retardo del crecimiento intrauterino.

El riesgo de tener un niño con bajo peso es alrededor de 10 veces mayor en los embarazos dobles que en los embarazos únicos, y la mortalidad perinatal es entre cuatro y cinco veces mayor (13).

AUMENTO DE PESO DURANTE LA GESTACIÓN.

Se ha demostrado que el peso pregestacional está relacionado con el peso al nacer y la mortalidad infantil. El bajo peso pregestacional combinado con incrementos bajos de peso gestacional, algo común en países en desarrollo, afecta negativamente los resultados gestacionales para el infante.

Por cada kilogramo de aumento materno el peso fetal se aumenta en 55 gramos. El aumento espontáneo de peso durante el embarazo oscila entre los 6 y 16 kg. Siendo mayor en las que eran delgadas al inicio de la gestación que en las normales y obesas.

La tasa de incremento no es lineal, sino que es mayor en el segundo trimestre que en el tercero.

Los estudios de nutrición materna y bajo peso al nacer se complican por el hecho que el estado de nutrición previo y durante el embarazo no son independientes.

El riesgo de tener un pequeño para la edad gestacional es de 2.5 a 44 veces mayor cuando la madre ganó menos de 8 kg. Al término del embarazo. Se recomienda que la madre aumente un mínimo de un kilo mensual durante el segundo y tercer trimestre.

En un estudio realizado en Guatemala se sugiere que un mínimo de 8 Kilos de aumento de peso es adecuado para mujeres con una talla promedio de 149 cm. (3, 15, 17, 21).

INTERVALO INTERGENESICO:

Se denomina intervalo intergenésico al lapso transcurrido entre el fin de un embarazo o aborto y el inicio de un nuevo embarazo. Muchos han descrito efectos adversos en cuanto al resultado perinatal del corto intervalo intergenésico (menos de 6 a 12 meses) sin embargo, se ha comprobado que no hay relación de bajo peso al nacer y corto intervalo intergenésico. En otros términos, se puede inferir que más importante que el intervalo entre gestaciones es la tendencia a repetir el evento desfavorable durante el embarazo subsiguiente. Las parejas que tienen mal resultado perinatal tienden a embarazarse en menos tiempo que las que tuvieron un buen resultado, por lo tanto, sería de mayor transcendencia el antecedente que el intervalo en sí, (13, 21).

INFECCIONES:

Las infecciones virales como la rubéola y el citomegalovirus producen retardo en el crecimiento intrauterino por destrucción celular e inhibición de la mitosis así como la infección por el virus de la varicela y el herpes zoster. *Mycoplasma*, *chlamydia trachomatis*, *treponema pallidum* y algunos parásitos también se asocian por diferentes mecanismos con el bajo peso al nacer (13, 21).

DEFECTOS CONGENITOS:

La contribución de las enfermedades cromosómicas al retardo del crecimiento intrauterino es limitada (aproximadamente 0.6 % de los nacidos vivos).

De las aberraciones cromosómicas, las alteraciones autosómicas son las que más afectan el peso fetal. Esto se aplica en lo particular en la trisomía: por ejemplo en los síndromes de Down, de Edwards y de Patau, trisomía 21, 18 y 13 respectivamente.

Algunas alteraciones en los cromosomas sexuales, como el síndrome de Turner, también producen retardo en el crecimiento intrauterino (12 13).

D. FACTORES AMBIENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.

HABITO DE FUMAR:

Existe una asociación significativa entre el consumo de tabaco durante el embarazo y el bajo peso al nacer. En promedio, los hijos de fumadoras pesan al nacer hasta 420 gramos menos que los hijos de no fumadoras. Esta diferencia de peso guarda relación con el número de cigarrillos fumados. Se calcula que cada cigarrillo día es responsable de 11 gramos menos de peso al nacer.

También hay una asociación entre el hábito de fumar materno y prematuridad (nacimientos de menos de 37 semanas de amenorrea). En las fumadoras el porcentaje de prematuridad se incrementa entre 0.8 y 2.5 %.

El tabaco multiplica el riesgo de muerte perinatal en particular en grupos que además presentan alguna otra condición de riesgo: mujeres de más de 35 años, grandes multiparas, patologías previas, escaso o nulo control prenatal. (17, 21, 26).

ABUSO DE ALCOHOL:

Las madres que beben grandes cantidades de alcohol pueden tener un recién nacido con síndrome alcohólico fetal, que se caracteriza por retardo del crecimiento intrauterino, defectos congénitos y alteraciones en el desarrollo.

El hábito está asociado frecuentemente al consumo de tabaco y de drogas y a la malnutrición lo que agrava el pronóstico. En el caso de bebedoras crónicas, los niños de término pueden tener hasta 1,200 gramos menos de peso al nacer y permanecer con talla baja hasta los 10 años (12, 13, 21).

ALTITUD ELEVADA:

Existe una relación directa entre nacimientos en la altura y bajo peso al nacer. Los niños nacidos a 3,000' mts. De altura sobre el nivel del mar pesan aproximadamente 380 gr. menos que los nacidos a 150 mts. (13).

ESTRES:

Varios estudios sugieren que hay una asociación positiva entre el estrés psicológico y el bajo peso al nacer. Este efecto parece depender, en parte, de la edad gestacional en que aparece el estrés y de la existencia de apoyo psicológico.

Respecto al estrés físico, hay autores que encuentran una mayor proporción de retardo de crecimiento intrauterino en las madres que trabajan de pie, especialmente cuando lo siguen haciendo al final del tercer trimestre. (12,13,26).

E. FACTORES DEPENDIENTES DEL CUIDADO DE LA SALUD:

CONTROL PRENATAL FALTANTE O INADECUADO.

La insuficiencia del control prenatal o su baja calidad no solo elevan la incidencia de bajo peso al nacer sino las tasas de mortalidad perinatal; ya que con el control prenatal se persigue: la detección de enfermedades maternas subclínicas, la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo, la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal, etc. Por eso es importante una amplia cobertura de todas las embarazadas y así poder detectar lo antes posible los factores de riesgo y corregir los modificables (13, 17, 26).

LA COMADRONA

Por lo general la comadrona es una mujer de edad avanzada que es originaria del lugar donde practica sus conocimientos, es madre de familia y su profesión la desempeña por herencia cultural, por eso se identifica como un recurso propio de la comunidad para la atención en la salud de la madre y del niño (1).

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

Generalmente la comadrona no es ilustrada y no posee un entrenamiento formal. En su mayoría son de origen indígena, teniendo algunas mucha experiencia por lo que son más solicitadas que otras para las dolencias de su población. (4)

LA COMADRONA TRADICIONAL

Es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras comadronas tradicionales (14).

Desde tiempos prehispánicos en Guatemala se ha contado con la presencia de parteras tradicionales conocidas como comadronas en nuestro medio. En la cultura maya a las comadronas se les consideraba colaboradoras de la diosa de la luna, parto y fertilidad (Ixchel, a quien acudían las embarazadas ofreciendo plegarias en su templo para que la ayudara en el parto. A las comadronas se les consideraba entonces como auxiliares de los dioses formando parte de un grupo social especial y aunque no pertenecían a la nobleza gozaban de distinciones (4, 14).

La comadrona tradicional suele ser una mujer ponderante e inteligente, elegida por las mujeres de su familia o aldea a causa de su sentido práctico y experiencia. Muchas comadronas tradicionales tienen una personalidad dinámica y disfrutaban de una autoridad reconocida en la comunidad (14).

Muchas han sido elegidas por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros. En las sociedades en las que así sucede, no se acepta a ninguna comadrona tradicional que no pertenezca a la familia, por grande que sea su destreza o su prestigio.

El número anual de partos asistidos por una comadrona tradicional es muy variable. En las familias extensas muy numerosas, una comadrona tradicional de

familia puede llegar a asistir hasta 24 partos en el año. Sin embargo, lo más corriente es que no pase de 5 o 6.

Los partos asistidos anualmente por una comadrona tradicional que no está considerada como partera de familia varía entre dos y veinte, aunque algunas de gran prestigio pueden llegar hasta 120 (4, 14).

La función que está más asociada al ejercicio de la comadrona tradicional es la asistencia de la madre y de la familia en el momento del parto. Esto comprende la extracción del feto, la sección y la limpieza del cordón umbilical y la eliminación de la placenta.

La labor de la misma también suele comprender los cuidados del niño y de la madre, con inclusión de baños y masajes ayuda doméstica y asesoramiento durante el embarazo y el puerperio. (1, 14).

A muchas parteras tradicionales se les piden consejos sobre planificación familiar, aborto y esterilidad. Algunas también practican la circuncisión y no faltan las que asumen las funciones más amplias de los curanderos tradicionales, tanto herbalistas como espiritualistas (1, 14).

LA COMADRONA TRADICIONAL ADIESTRADA

Es una comadrona tradicional o una comadrona tradicional de familia que ha seguido un cursillo de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria para mejorar su competencia. El periodo efectivo de adiestramiento no suele pasar de un mes, aunque a veces se prolonga por más tiempo.

Se estima que en Guatemala existen aproximadamente 20,000 comadronas, de las cuales alrededor del 70 % están capacitadas. El Ministerio de Salud pública había capacitado 13,908 comadronas.

La capacitación de las comadronas existe desde el año de 1,935. Estos cursos han sido orientados principalmente a despojar a la comadrona de su visión mística de los conocimientos técnicos elementales, ofrecidos por la medicina occidental.

En 1,960 el Ministerio de Salud Pública crea los programas de adiestramiento de comadronas; el mismo estaba orientado a mejorar los conocimientos y habilidades de las comadronas empíricas para poder prestar mejor atención en el parto evitando así hábitos y prácticas perjudiciales a la salud de la madre y el niño, (9, 27).

En el año de 1,990, el Ministerio de Salud juntamente con UNICEF, iniciaron el primer curso de capacitación de comadronas, los objetivos del mismo son:

1. Orientar a la comadrona sobre su función en el sistema nacional de salud, a través del conocimiento de las mismas, para ofrecer una mejor atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido.
2. Contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna e infantil, mediante una adecuada atención por parte de las comadronas. (4, 27).

El programa de capacitación de comadronas está a cargo del departamento Materno Infantil, de las Jefaturas de Área, de Distrito y de los Puestos de Salud.

El ministerio de Salud Pública aplica los siguientes criterios a las comadronas que desean formar parte de programa de adiestramiento.

- * Edad no menor de 25 años ni mayor de 60.
- * Estado de buena salud comprobado por certificado médico, extendido en el Centro de Salud.
- * Poseer experiencia previa, habiéndose dedicado antes a la atención de partos. (4, 9).

La organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) está fomentando el adiestramiento de las comadronas tradicionales en espera de que todas las mujeres y todos los niños tengan acceso a una asistencia sanitaria de nivel profesional moderna y aceptable.

Las comadronas tradicionales pueden aportar una valiosa contribución a la maternidad sin riesgo, la planificación familiar, la supervivencia infantil y la salud para todos. (14, 27).

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, pues se obtuvo una muestra representativa de la población a estudiar, comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las mismas acerca del bajo peso al nacer durante el período del uno de abril al treinta y uno de mayo de 1,998. La información se recopiló por medio de entrevistas a las comadronas siguiendo el patrón dado en la boleta de recolección de datos.

B. SELECCIÓN DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se seleccionaron a todas las comadronas tradicionales adiestradas, registradas en el centro de salud del municipio de Acatenango, Chimaltenango, y que se encontraron activas en su profesión.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se incluyeron el 100 % de las comadronas tradicionales adiestradas registradas en el centro de Salud de Acatenango Chimaltenango.

D. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Ser comadronas adiestradas en el centro de Salud de Acatenango.
- Estar activas en su oficio
- Estar registradas en el Centro de Salud de Acatenango.

Criterios de Exclusión:

- Comadronas no adiestradas en el Centro de Salud de Acatenango.
- Que no se encuentren registradas e inactivas en su Oficio.

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Conocimientos	Saber por medio de la inteligencia las cualidades, propiedades naturales y relaciones de las cosas	Entendimiento que poseen las comadronas acerca del bajo peso al nacer. Notación de ello.	Nominal	Porcentaje de respuestas acertadas
Actitudes	Reacción afectiva positiva o negativa, hacia un objeto, persona o hecho determinado	Reacción de la comadrona y su postura al presentarse un niño con bajo peso al nacer.	Nominal	Porcentaje de respuestas acertadas.
Prácticas	Estilo o costumbre que se sigue en la realización de actividades. Ejercicio de cualquier arte o facultad.	Estilo o costumbre que siguen las comadronas en la realización de sus actividades.	Nominal	Porcentaje de respuestas acertadas.
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la comadrona, hasta el momento de la entrevista.	De Intervalo	Años.
Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente.	Cursos o años que la comadrona ha aprobado como parte de su educación.	Ordinal	Ninguna Alfabeto 3o. Primaria Primaria com. Ciclo Básico Diversificado
Tiempo de Ejercer su Profesión	Tiempo durante el cual se ha desempeñado un trabajo u oficio.	Tiempo durante el cual ha desempeñado su oficio como comadrona, independientemente de la fecha de adiestramiento.	De intervalo	Años

RECURSOS

1. HUMANOS

- Jefe de Distrito, personal del centro de Salud de Acatenango Chimaltenango.
- Comadronas tradicionales adiestradas.

2. MATERIALES

- Centro de Salud de Acatenango, Chimaltenango.
- Boleta de Recolección de Datos.
- Libros y revistas del tema a investigar.
- Equipo de oficina y escritorio.

ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO.

Se informó a las Comadronas Tradicionales Adiestradas, sobre el propósito del estudio y el beneficio del mismo al evaluar los conocimientos ya adquiridos, y que los resultados servirían para mejorar la atención a la comunidad.

Las boletas de recolección de datos fueron únicamente aplicadas por el Investigador y ninguna otra persona que se relacione con las Comadronas Tradicionales Adiestradas tuvo acceso a ellas.

Se omitió el nombre de las entrevistadas en la boleta de recolección de Datos con la finalidad de que sus conocimientos o desconocimientos no sean Puestos en evidencia ante las personas que tienen relación constante con Ellas.

TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LA INFORMACION.

En este estudio la interpretación de resultados, y el análisis estadístico que se utilizó fue el descriptivo.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

Edad promedio de las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango. Período Abril – Mayo 1,998.

	EDAD				Total
	20-30	31-40	41-50	>50	
No.	2	5	14	13	34
%	5.88	14.71	41.18	38.23	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

Cuadro No. 2

Escolaridad promedio de las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango. Período Abril – Mayo 1,998.

	ESCOLARIDAD						Total
	Ninguna	Alfabeta	3°. Primaria	Primaria completa	Ciclo Básico	Diversificado	
No.	19	4	5	6	0	0	34
%	55.88	11.76	14.71	17.65	0	0	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 3

Tiempo de ejercer profesión y tiempo de recibir adiestramiento de las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango. Período Abril – Mayo 1,998.

Años	Tiempo de ejercer profesión		Tiempo de recibir Adiestramiento	
	No.	%	No.	%
< 5	7	20.59	13	38.24
05 – 10	1	2.94	4	11.76
> 10	26	76.47	17	50.00
TOTAL	34	100.00	34	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 4

Comadronas tradicionales adiestradas que pesan al niño al nacer, el instrumento con que lo hacen. Período Abril – Mayo 1,998.

Instrumentos de Peso	Si lo Pesa		No lo pesa	
	No.	%	No.	%
Balanza	0	0	0	0
Romana	31	91.17	0	0
Al Cálculo	3	8.83	0	0
TOTAL	34	100	0	0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

Cuadro No. 5

Peso normal del niño según el conocimiento de las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango. Período Abril – Mayo 1,998.

PESO DEL RECIEN NACIDO				
	Menos de 5 Libs.	De 5 a 9 Libs.	Más de 9 Libs.	TOTAL
No.	0	34	0	34
%	0	100	0	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 6

Conocimiento de las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango Chimaltenango, acerca de las características de los niños nacidos con bajo peso. Período Abril – Mayo 1,998.

CARACTERISTICAS	No.	%
Pesa menos de 5 libras 8 onzas	34	100.00
Es un bebe que nace ante de los 9 meses	30	88.23
El recién nacido se ve pequeño	32	94.11
Piel delgada, transparente, arrugada	24	70.58
Llanto débil	6	17.64
Se queja al respirar	3	8.82
Cuando mama no tiene fuerzas para succionar	13	38.23
Se ve azul o morado	1	2.94
El niño se siente frío	13	38.23

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 7

Actitud de las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango, acerca de la atención de un recién nacido que no mama, su peso es menor de 4 libras 8 onzas, nace antes de los 8 meses o 36 semanas. Período Abril – Mayo 1,998.

Actitud	Uso de costumbres y tradiciones	Plan educacional	Lo refiere	Nada	TOTAL
No.	0	5	29	0	34
%	0	14.71	85.29	0	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 8

Edad ideal del embarazo según conocimiento de las comadronas tradicionales adiestradas, del municipio de Acatenango, Chimaltenango. Período Abril - Mayo 1,998.

AÑOS	< 18	19 - 35	> 35	TOTAL
No.	20	14	0	34
%	58.82	41.18	0	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 9

Conocimiento de las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango, acerca de los factores de riesgo en la madre, que incidirán en un niño con bajo peso al nacer. Período Abril - Mayo 1,998.

FACTORES DE RIESGO	No.	%
Madre Fumadoras	30	88.23
Madre que tuvo un niño anterior con bajo peso	10	29.41
Madre alcohólica	30	88.23
Que la madre sea de estatura baja	2	5.88
Que la madre no tenga control prenatal	27	79.41
Madre menor de 18 años	19	55.88
Madre con infección urinaria	28	82.35
Madre con anemia severa	34	100
Madre con infección respiratoria superior	22	64.70
Madre que tenga hijos muy seguido	22	64.70
Madre que tenga muchos hijos	10	29.41

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 10

Actitud de las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango, durante la consulta prenatal, al presentar la madre edema de pies y tobillos. Período Abril – Mayo 1,998.

ACTITUD	NO.	%
Plan Educativo	7	20.59
Tratamiento con medicina Tradicional	7	20.59
La refiere	20	58.82
No hace nada	0	0
TOTAL	34	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 11

Actitud de las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango, durante la consulta prenatal en la identificación de productos con bajo peso. Período Abril – Mayo 1,998.

ACTITUD	Midiendo la altura uterina.	Madre con anemia severa	Madre que no aumenta de peso.
No.	34	34	0
%	100	100	0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 12

Criterios prácticos que la comadrona tradicional adiestrada del municipio de Acatenango, Chimaltenango, toma en cuenta, si una madre da a luz a un niño con bajo peso. Período Abril – Mayo 1,998.

Actitud	Lo refiere	Plan educativo	Tratamiento	Ninguno	TOTAL
No.	31	3	0	0	34
%	91.17	8.83	0	0	100

Fuente: Boleta de recolección de Datos.

Cuadro No. 13

Criterios prácticos que la comadrona tradicional adiestrada del municipio de Acatenango, Chimaltenango, utiliza en la atención del niño con bajo peso al nacer. Período Abril - Mayo 1,998.

ACTITUD	No.	%
Secar al bebe rápidamente y suavemente	24	70.58
Darle calor mediante contacto piel a piel con la madre u otra fuente de calor.	14	41.17
Capas de ropa, gorra, calcetines y guantes.	27	79.41
No es necesario bañarlo	8	23.52
Ponerlo al pecho de la madre tan pronto como sea posible y darle de mamar muy frecuentemente.	29	85.29

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 14

Comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango, que dan seguimiento a los niños con bajo peso al nacer que han atendido. Período Abril - Mayo 1,998.

ACTITUD	Si le dan seguimiento	No le dan seguimiento	TOTAL
No.	33	1	34
%	97.05	2.95	100

Fuente: Boleta de recolección de Datos.

Cuadro No. 15

Criterios prácticos sugeridos por las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango, en la alimentación del niño con bajo peso al nacer. Período Abril – Mayo 1,998.

CRITERIOS	Lactancia Materna Exclusiva	Lactancia Materna más alimentación extra.	TOTAL
No.	24	10	34
%	70.59	29.41	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 16

Creencias de las comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango, acerca del niño con bajo peso al nacer. Período Abril – Mayo 1,998.

CREENCIAS	SI		NO		TOTALES	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cree que el eclipse o efecto de luna influye en el peso del niño antes de nacer.	22	64.70	12	35.30	34	100
Da jarabe u otra toma al niño con bajo peso al nacer	15	44.11	19	55.89	34	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

VIII. Análisis y Discusión de Resultados

Para la presente investigación se entrevistaron a 34 comadronas tradicionales adiestradas del municipio de Acatenango, Chimaltenango.

La edad promedio de las mismas es de 41 – 50 años correspondiéndole un 41.18%, siguiéndole la edad mayor de 50 años con 38.23%. (Cuadro No. 1).

19 de ellas no tienen ninguna escolaridad, 6 terminaron la primaria y 5 estudiaron hasta 3º. Primaria, 4 refieren saber leer y escribir pues estudiaron solo un año de primaria. (Cuadro No.2).

El tiempo de ejercicio de profesión es en su mayoría más de 10 años con un 76.47%, y el tiempo de recibir adiestramiento con un 50%, esto porque algunas de ellas eran comadronas empíricas y después recibieron adiestramiento en el centro de salud del distrito. (Cuadro No. 3).

El 91.17% de las 34 comadronas refirió pesar al niño al momento de nacer y realizarlo con una pequeña romana. 3 de ellas, el 8.83% no lo hace pues carece de instrumento para pesar a los niños. (Cuadro No. 4).

El 100% de ellas al ser interrogadas sobre el peso normal de un niño al nacer, informaron que se trataba de 5 a 9 libras. (Cuadro No. 5)

En cuanto a las características de los niños nacidos con bajo peso el 100% de las mismas consideran que se trata de niños con menos de 5 libras. 8 onzas, así como un niño que nace antes de los 9 meses, a lo cual 30 de ellas identificaron esta opción.

El 94.11% reconoce que el recién nacido se ve pequeño, algunas de ellas se basan en las experiencias que han tenido, acerca de la atención de niños con esta característica.

El 70.58% refiere que un niño de bajo peso tiene la piel arrugada y delgada. El 38.23% ha observado que estos niños se sienten fríos o pierden su temperatura normal mucho más rápido que los niños de adecuado peso y que algunos no tienen fuerzas para mamar o succionar el pecho de la madre.

Solo el 17.64% refirió que en algunos casos el niño presentaba llanto débil. El 8.82% dijo que los niños de bajo peso se quejaban al respirar; y el 2.94% respondió que algunos presentaban coloración azulada o morada, y no respondían a los estímulos. (Cuadro No. 6)

La actitud de las comadronas ante un niño de riesgo, como lo es el de bajo peso al nacer, es referido como se puede observar en el cuadro No. 7, ya que solamente 5 de ellas, el 14.71% respondieron que solo dan plan educacional a la familia, pues la mayoría de las veces los padres no tienen recursos para poder trasladarse a un centro asistencial o simplemente la distancia que hay que recorrer hacia el mismo es muy grande por lo que prefieren cuidarlo en casa (Cuadro No. 7).

La edad ideal para el primer embarazo según su conocimiento es menor de 18 años siendo 20 las comadronas que eligieron esta opción, con un 58.82%, el 41.18%, respondió que era de 19 – 35 años, siendo esta la correcta según la literatura.

El hecho que la mayoría de ellas tenga el conocimiento que los embarazos deben darse a temprana edad, se debe a que en el área rural es común que los mismos se den en la adolescencia, y porque la mayoría de ellas a tenido esta experiencia. (Cuadro No, 8)

Se interrogó también sobre los distintos factores de riesgo en la madre que inciden en bajo peso al nacer, a esto el 100% identificó como el más importante el de la Anemia Severa en la madre, seguido de Madre Alcohólica o con el hábito de fumar con un 88.23%, pues esto según refieren contribuye a que la madre no se alimente adecuadamente o que el licor ingerido por la madre incida en un inadecuado aumento de peso en el feto.

El 81.35% está de acuerdo que la infección del tracto urinario es una causa de parto prematuro y por lo mismo, de niños con bajo peso. Además la falta de control prenatal también contribuye, pues las madres no reciben un buen plan educacional para alimentarse adecuadamente y los cuidados que desean tener durante el embarazo.

El 64.70% de ellas también cree que la Infección Respiratoria Superior puede contribuir a un bajo peso al nacer, pues según refieren una madre enferma no se alimenta bien.

Muchas de ellas no consideran que tener muchos hijos o un intervalo intergénésico corto pueda contribuir a bajo peso al nacer, pues la mayoría de las madres a la que han atendido presentan esta característica sin necesariamente tener hijos con bajo peso. Respecto a la madre menor de 18 años solo el 55.88% respondió que esa edad contribula al bajo peso al nacer.

El 29.41% de las comadronas refieren que las madres que tuvieron un niño anterior con bajo peso puede repetir la misma característica en un nuevo embarazo. En lo que respecto a la madre con talla baja solo el 5.88% considera que esta característica presente en la madre puede contribuir al bajo peso al nacer. (Cuadro No. 9)

La actitud de las comadronas durante la consulta prenatal, al observar en la madre edema de pies y tobillos, el 20.59% respondió que la plan educacional a las madres como: elevar los miembros inferiores y frotarse los pies con balsámico, otro porcentaje similar refirió que da tratamiento como: hacer masaje en los pies con aceite o hacer lienzos de agua con vinagre y algunas tratamiento como dar un baño en "Tamascal".

El 58.82% de ellas refiere a sus pacientes al centro asistencial más cercano para descartar alguna enfermedad que le pueda hacer daño a la madre y al feto. (Cuadro No. 10).

Al evaluar la altura uterina en la madre embarazada el 100% de ellas, refirió hacerlo al cálculo, midiendo con sus manos, y así determinar si el feto era de adecuado peso o estaba deficiente, además de determinar la edad gestacional.

También el 100% de ellas considera que se puede predecir el peso del recién nacido, por la apariencia física de la madre durante el embarazo, que no se viera muy delgada o "pálida".

Ninguna de ellas mencionó el aumento de peso durante la gestación aunque si se preocupan por dar plan educacional a sus pacientes para tener una buena alimentación durante el embarazo. (Cuadro No. 11)

Respecto al niño que nace con bajo peso el 91.17% de las comadronas decidió referirlo al centro de salud y/o a un hospital nacional para mejor atención.

El 8.82% dan indicaciones a la madre de cómo cuidarlo en casa. (Cuadro No. 12).

Al ser interrogadas sobre los cuidados inmediatos de un niño con bajo peso al nacer el 85.29% lo pone al pecho de la madre tan pronto como sea posible. El 79.41% coloca capas de ropa alrededor del niño y lo abriga adecuadamente. El 70.56% seca al bebé rápidamente y suavemente. Algunas solamente con agua y otras con aceite y balsámico para que entre en calor.

El 41.17% refirió darle calor mediante la colocación de botellas con agua caliente, alrededor del cuerpo, y una de ellas también lo coloca cerca de las brasas para que no se enfríe. El 23.52% contestó que no era necesario bañar al niño, pues al hacerlo corría el peligro de enfriamiento. El resto de ellas dijo que sí era necesario por higiene, y porque la familia lo pide y es una costumbre.

Además lo hacen en agua tibia más alcohol, este para que los niños entren en calor. También se le puede agregar el agua ruda o pétalos de rosa, incluso un poco de licor. (Cuadro No. 13)

El 97.05% le dan seguimiento a estos niños durante los primeros 40 días de vida solamente una de ellas refirió no hacerlo. (Cuadro No. 14)

Acerca de la alimentación del niño con bajo peso el 70.59% de las comadronas refirió dar plan educacional sobre lactancia materna exclusiva, mientras que el 29.41% aconseja sobre la lactancia materna más alimentación extra, tales como: agua hervida para la sed, agua con azúcar para evitar la deshidratación, agua con arroz y cebada y tortilla tostada para ayudar a mejorar el peso del niño, o para que lo recupere más rápidamente. (Cuadro No. 15)

La creencia que las mismas tienen respecto a los niños que nacen con bajo peso es que: el 64.70% respondió que el eclipse o efecto de luna sí influye en el peso del feto, mayormente si la madre se encontraba en el primer trimestre del embarazo para esto ellas aconsejan que la madre vista de color rojo y use ganchos de ropa, para así contrarrestar los efectos del mismo.

El 35.30% dijo que no tenía relación alguna, en su mayoría comadronas jóvenes. El 44.12% dan jarabes a los niños al momento de nacer, para despejar las flemas de las vías respiratorias, para lo cual utilizan los llamados 7 jarabes, jarabe tolu, jarabe chicoria, los cuales obtienen de la farmacia.

El 55.89% refirió no darles ningún tipo de jarabe u otra toma pues los niños de bajo peso son delicados y podían ahogarse fácilmente por lo que no realizan esta práctica. (Cuadro No. 16).

IX. CONCLUSION

El conocimiento que poseen las comadronas tradicionales adiestradas, acerca del bajo peso al nacer es en base a la experiencia que han tenido en la atención de estos casos, muchas veces no toman en cuenta los factores de riesgo en la madre para la prevención del mismo y se les da poca importancia en la consulta prenatal. El diagnóstico y manejo, se realiza de manera empírica, utilizando costumbres y tradiciones de la comunidad, pero la mayoría de ellas aplican lo aprendido durante su adiestramiento antes de referir a los niños de bajo peso, para su mejor atención.

RECOMENDACIONES

1. **Mantener constantemente el entrenamiento a las Comadronas Tradicionales Adiestradas, para actualizar y cimentar los conocimientos que ya poseen para mejorar la atención a la madre y al recién nacido.**
2. **Crear un Centro de Estudios apoyado por el Ministerio de Salud, para la formación y adiestramiento de las comadronas del área rural.**
3. **Educación en salud a población en riesgo, acerca de factores que contribuyen al bajo peso al nacer, para que los mismo tengan conocimiento de ellos y así prevenir los que sean modificables.**
4. **Captar en el menor tiempo posible a las embarazadas, por medio de las comadronas tradicionales adiestradas; para identificar a tiempo factores de riesgo que podrían contribuir al bajo peso al nacer.**

XII. RESUMEN

El presente trabajo se realizó en el Municipio de Acatenango, Chimaltenango. Se entrevistó a 34 comadronas tradicionales adiestradas activas, acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de las mismas y el bajo peso al nacer.

El 100% de ellas reconoce como niño de bajo peso al que pesa menos de 5 libras 8 onzas, el 94.11% refirió que el mismo se ve pequeño; el 88.23% sabe que el niño de peso bajo puede ser aquel que nace antes de los 9 meses.

La actitud de las mismas al dar a luz una madre un niño con bajo peso, es referirlo, según el 91.17% de las respuestas.

Los factores que más identifican como riesgo de tener un niño con bajo peso son: madre con Anemia Severa, madre que tenga el hábito de fumar o ser alcohólica, que no tenga un buen control prenatal o que tenga infección del tracto urinario.

Podemos decir que las Comadronas Tradicionales adiestradas, poseen conocimiento acerca del Bajo Peso al Nacer, aunque de manera empírica así como el manejo inmediato del mismo, por lo que el adiestramiento a las mismas debe ser constante y enfocado a los factores de riesgo modificables en la madre, para así contribuir a mejorar la salud y sobrevivencia del recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Sagastume José R. Conocimientos, Actitudes y prácticas de las Comadronas sobre el embarazo, parto y puerperio. Tesis USAC, Guatemala, 1996.
2. Behrman, Richard E. Et al. Tratado de Pediatría de Nelson. 13a. Edición. Volumen 1. Interamericana Mc. Graw Hill. México 1989.
3. Bissot A, Villerak. Et al. Factores Prenatales que Inciden en el Bajo Peso al Nacer. Revista médica de Panamá. Mayo-junio 1,995.
4. Casasola Contreras, José. Conocimientos Actitudes y Practicas sobre morbilidad Neonatal en Comadronas Adiestradas. Tesis USAC, Guatemala 1.994.
5. Cerezo Mulet, Rolando. Bajo Peso al Nacer un Problema Social e Guatemala. Guatemala Pediatrica. Volumen 7 Julio - septiembre 1,985.
6. Cerezo Mulet, Rolando. Medicina Neonatal. Peso al Nacer. Guatemala 1,994
7. Gomar R. Gilda. Nutrición al día. Boletín semestral de la escuela de nutrición de la facultad de ciencias químicas y farmacia. Volumen XI. No. 1. Enero - Junio 1997. USAC. Guatemala.
8. Gómez, Federico. Bajo Peso al Nacer en México. Hospital infantil de México Volumen 52 No. 3. Ediciones mexicanas. Marzo 1995.
9. INE. Índice de Precios al Consumidor. Sistema Estadístico Nacional (SEN). Publicaciones Estadísticas Temáticas. Boletín Junio 1998. Guatemala.
10. INCAP/OPS. Capacitación a comadronas. Manual para capacitadores. Guatemala 1,993.

11. Meneghelo R, Julio et. al. Pediatría. Cuarta edición. Volumen 1. Santiago de Chile. 1991. Pp. 307-311.
12. Motta Gutiérrez, Lili Florida. Factores maternos que Determinan El Bajo Peso Al Nacer. Tesis USAC Guatemala 1,986
13. MSPAS/IGSS. Normas de Atención de Salud Materno Infantil. Plan de salud materno infantil. Guatemala agosto 1.992 - 1,996.
14. OMS. Parteras Tradicionales. OMS/ FNUP/UNICEF. Ginebra 1,993
15. OPS. Krasovec, Katherine et. Al. Nutrición Materna y Productos del Embarazo. Evaluación Antropométrica, publicación científica No. 529. Washington ,1991 pp 17 - 99.
16. OPS. Kestler, Edgar. Identificación de Embarazos de Alto Riesgo de Bajo Peso al Nacer. En Zonas Urbanas De America Latina. Boletín de la OPS. Feb 1,988.
17. OPS. Cuminsky, Marcos. Et al. Crecimiento y Desarrollo Hechos y Tendencias. Publicación científica No. 510. 1,988. Pp. 71 - 88.
18. OPS/OMS. MSPAS/DGSS. Situación de Salud en Guatemala. Indicadores básicos. Guatemala 1.995.
19. OPS.OMS. Condiciones de Salud en Guatemala. Mayo 1,994 pp 2. 9.
20. OPS/OMS. Pineda, Elia Beatriz, et al. Metodología de la Investigación. Serie Paltext. Segunda edición. 1,994.
21. OPS. Cuminsky, Marcos. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Serie PALTEX. Segunda edición. No. 33. 1,994.
22. OPS/OMS . Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil. Serie Paltext NO. 7 1,986.

23. Ortiz, José Francisco. Et al. La Mortalidad Infantil por peso específico al nacer en los 17 municipios del departamento de Guatemala. REVCOG. Volumen 7 No. 1 Guatemala enero a abril de 1,997 pp 25 a 32.
24. Sanguinetti, Silvia t. Et al. Rendimiento Escolar en Niños Nacidos con Bajo Peso. Revista chilena de Pediatría. Volumen 64 No. 2 Marzo-abril 1,993 Santiago de Chile pp. 94 - 97.
25. Sanz Urrusti, J. La Prematurez Y El Bajo Peso Al Nacer Un Problema de Salud Pública en México. Gaceta médica. México marzo-abril de 1,996. .
26. Schwarcz, Ricardo, et al. Atencion Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. CLAP/OPS/OMS. Publicación científica del CLAP No. 1,234 . Monte video. Julio 1,991 pp 22 - 26 y 51.
27. UNICEF. MSPAS. Curso de Capacitación a Comadronas Tradicionales de Guatemala. un enfoque participativo. Guatemala 1,990.

XII. ANEXO (Boleta de Recolección de Datos)

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

Edad: _____ Dirección _____

Escolaridad:

Ninguna _____ Alfabeta _____
Tercero primaria _____ Primaria Completa _____
Ciclo Básico _____ Diversificado _____

Tiempo de ejercer su profesión. Menor de 5 años _____ 5 a 10 años _____ Más de 10 años _____

Tiempo de haber recibido adiestramiento

Menor de 5 años _____ 5 a 10 años _____ Más de 10 años _____

II. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS

1. Cual considera usted que es el peso normal de un niño al nacer:

Menor de 5 Libras _____ 5-9 libras _____

Mayor de 9 libras _____

2. Pesa usted al niño al momento de Nacer y con qué instrumento lo hace.

Si _____

No _____

Balanza _____

Romana _____

Al cálculo _____

3. Los niños con bajo peso pueden ser prematuros, (que nacen antes de tiempo) o niños que nacen con desnutrición. Que características tienen estos niños .

Pesan menos de 5 libras 8 onzas _____

Es un bebe que nace antes de los 9 meses _____

El recién nacido se ve pequeño _____

Piel delgada, transparente, arrugada. _____

Llanto débil. _____

Se queja al respirar. _____

Cuando mama no tiene fuerzas para succionar. _____

Se ve azul o morado. _____

El niño se siente frío. _____

4. Que actitud toma usted con un niño que al nacer:

No mama.

Su peso es menor de 4 libras 8 onzas.

Nace antes de los 8 meses o 36 semanas

Se pone azul.

Uso de costumbres y tradiciones _____

Plan educacional _____

Lo refiere _____

Nada _____

5. La edad ideal que la madre quede embarazada, y así evitar tener niños con bajo peso es:

Menor de 18 años _____ 19 a 35 años _____

Mayor de 35 años _____

6. Cual de los siguientes problemas, pueden predisponer a una madre a tener un niño con bajo peso.

Madre fumadora _____

Madre que tuvo un niño anterior con bajo peso _____

Madre alcohólica _____

Que la madre sea de estatura baja _____

Que la madre no tenga control prenatal _____

Madre muy joven menor de 18 años _____

Madre con infección urinaria en el embarazo _____

Madre con anemia severa _____

Madre con infección respiratoria durante el embarazo _____

Madre con hijos muy seguidos _____

Madre con muchos hijos _____

7. Que actitud toma usted si una madre llega a la consulta prenatal y tiene hinchazón de pies y tobillos.

Plan educacional _____

Tratamiento con medicina tradicional _____

La refiere _____

Nada _____

8. Como identifica usted en la consulta prenatal, si un niño nacerá con bajo peso:

Midiendo la altura uterina _____

Madre con anemia severa _____

Madre que no aumenta de peso _____

9. Que actitud toma usted si una madre da a luz un niño con bajo peso.:

Lo refiere. _____
Plan educacional. _____
Tratamiento. _____
Ninguno. _____

10. Si una madre da a luz un niño prematuro o que nació antes de tiempo y rehusa ser transferido al Hospital. que conducta toma usted.

Secar al bebé rápidamente y suavemente. _____
Darle calor mediante contacto piel a piel con la madre. u otra fuente de calor. _____
Capas de ropa, gorra, calcetines y guantes. _____
No es necesario bañarlo. _____
Ponerlo al pecho de la madre tan pronto como sea posible., y darle de mamar muy frecuentemente a cada dos horas. _____

11. Les da seguimiento a los niños con bajo peso al nacer que ha atendido. _

Si. _____
No. _____

12. Recomienda la lactancia materna exclusiva en niños con bajo peso.

Si. _____ No. _____

13. Recomienda aparte de la lactancia materna, alimentación extra para un niño de bajo peso al nacer.

Si _____ No _____
Especifique _____

14. Cree usted que el eclipse o efecto de luna influya en el peso del niño antes de nacer

Si _____ No _____

15. Le da jarabe u otra toma al niño con bajo peso al nacer.

Si _____ No _____