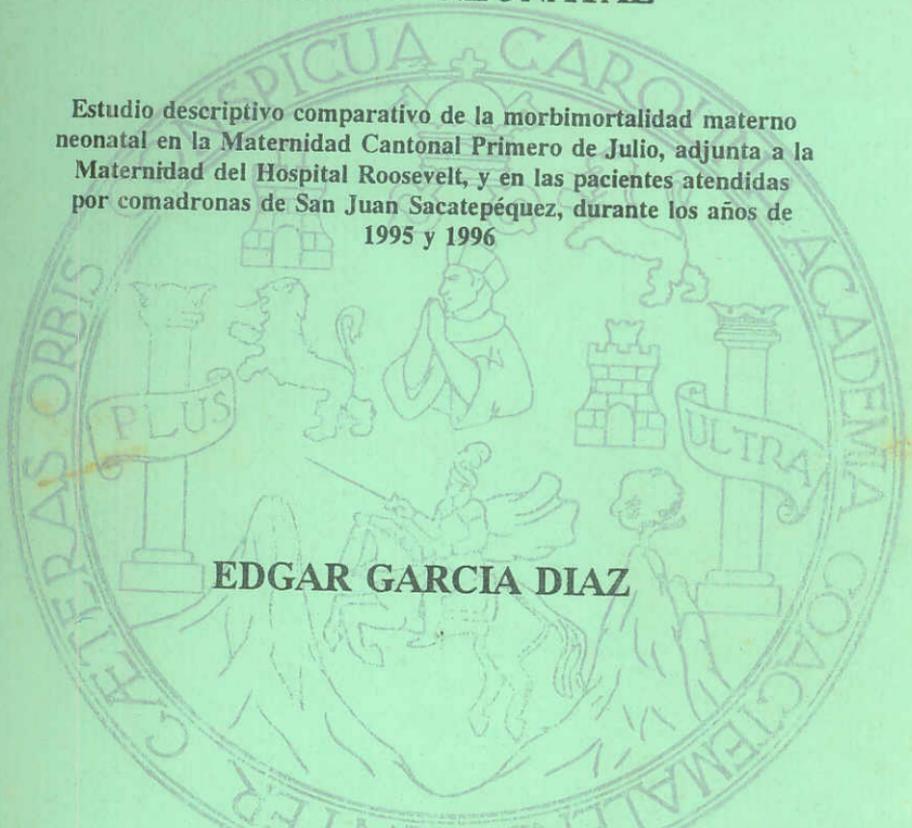


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"IMPACTO DE LA TECNIFICACION DE
COMADRONAS EN LA MORBI-MORTALIDAD
MATERNO-NEONATAL**

Estudio descriptivo comparativo de la morbimortalidad materno neonatal en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, adjunta a la Maternidad del Hospital Roosevelt, y en las pacientes atendidas por comadronas de San Juan Sacatepéquez, durante los años de 1995 y 1996



EDGAR GARCIA DIAZ

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

INTRODUCCION	1
DEFINICION DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACION	3
OBJETIVOS	4
REVISION BIBLIOGRAFICA	5
METODOLOGIA	13
PRESENTACION DE RESULTADOS	16
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	21
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
RESUMEN	25
BIBLIOGRAFIA	26
ANEXOS	28

INTRODUCCION

El presente trabajo es un estudio realizado en la Maternidad Cantonal Primero de Julio y en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, durante 1995-1996.

El objetivo primordial fue determinar la morbilidad materno neonatal en ambos centros asistenciales y sus distintas causas.

Los principales resultados fueron:

Mortalidad materna en la Maternidad Cantonal Primero de Julio fue de 2.35% (1995), 2.2% (1996), en tanto para el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez fue de 1.68% (1995), 2.04% (1996).

La tasa de mortalidad materna en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez fue de 76 x 10,000 (1995), 32 x 10,000 (1996), en tanto no hubo durante estos años en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, la morbilidad neonatal en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, fue de 9.12% (1995) y 2.94% (1996), en tanto en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez fue de 2.7% (1995), 2.5% (1996).

La mortalidad neonatal en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez fue 87 x 10,000 (1995) y 59x1,000 (1996), en tanto en la Maternidad Cantonal Primero de Julio no hubo mortalidad; siendo las principales recomendaciones el implementar a nivel nacional la supervisión de un hospital de tercer nivel hacia la atención proporcionada por comadronas, y realizar programas de atención médica continua, con enfoque prioritario en asepsia y antisepsia, atención del parto y del recién nacido.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En Guatemala en años anteriores, el 80% de los partos fueron atendidos por comadronas, alcanzando el 90% en áreas rurales.

La capacitación a comadronas es una de las preparaciones constantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para prestar una mejor atención durante el parto, esta preocupación, se basa en reconocer que la comadrona desempeña un papel dentro de la comunidad. (13,5).

La comadrona tradicional tecnificada es aquella persona que después de haber sido adiestrada recibe autorización del Ministerio de Salud y Asistencia Social, para la atención durante el embarazo, parto y puerperio. (8)

Gradualmente se reconoce que las comadronas tradicionales cumplen una función importante e indispensable dentro del sistema de salud.

Reconociendo estos factores, la Organización Mundial de la Salud, ha formado a personas que ejercen la medicina tradicional siendo debidamente adiestradas, como un procedimiento más para atender las necesidades básicas de la población en materia de salud. (13)

La incorporación de la comadrona al Sistema Nacional de Salud ha sido a través de su tecnificación y la ejecución de programas de educación médica continua, impartidos por los Médicos Residentes del Hospital Roosevelt durante todo el año. El impacto de la incorporación de comadronas para la descentralización del parto eutócico simple, ha sido favorable tal y como se puede comprobar, revisando la morbi-mortalidad tanto materno como fetal en el informe anual presentado a las autoridades del Hospital Roosevelt, área Guatemala Sur y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (12)

III. JUSTIFICACION

Actualmente el 22.4% de los partos son atendidos por Médicos Profesionales, 38.6% por comadronas, 32.5% por personal empírico, 6.4% sin ningún tipo de atención. (7)

De 1990 a 1992 la tasa de mortalidad disminuyó de 106 x 100,000 a 102 x 100,000 nacidos vivos, esta información como indicador presenta grandes problemas porque las cifras exactas son desconocidas y frecuentemente subestimadas, así como lo señala un estudio realizado por Medina en el año de 1993, en donde se encontró un subregistro del 44% a nivel nacional. (7)

En el Hospital Roosevelt, (3o. nivel de atención), continúan ingresando pacientes: sépticas, transversas abandonadas y partos en presentación transversa y podálicas, con fetos muertos, por haber sido atendidas por comadronas tradicionales, muchas de ellas provenientes de San Juan Sacatepéquez.

El presente estudio pretende a través de la comparación de los resultados de los embarazos y partos atendidos por comadronas adiestradas y las que no lo han sido, justificar la necesidad de continuar con la descentralización de las maternidades cantonales a otras regiones del país.

IV. OBJETIVOS

1. Determinar la morbi-mortalidad materno-neonatal, en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, adjunta al Hospital Roosevelt, durante 1995 y 1996.
2. Determinar la morbi-mortalidad, materno-neonatal, en los partos atendidos por comadronas empíricas en San Juan Sacatepéquez, durante 1995 y 1996.
3. Comparar la morbi-mortalidad, materno-neonatal, de la cantonal Primero de Julio con la de San Juan Sacatepéquez.
4. Comparar los factores relacionados con la morbi-mortalidad materno-neonatal, en la Cantonal Primero de Julio y el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

HISTORIA DE LA MATERNIDAD CANTONAL PRIMERO DE JULIO ADJUNTA AL HOSPITAL ROOSEVELT

La maternidad cantonal es una entidad apolítica, no lucrativa, autogestionable, con financiamiento tripartido; Ministerio de Salud Pública, la comunidad organizada y la misma paciente.

Funciona dentro del distrito de Salud No. 11 Area Guatemala Sur.

Se inauguró el 14 de agosto de 1994.

Su ubicación es en la 15 calle entre 5a. y 6a. Av. de la Colonia Primero de Julio, en el inmueble que ocupaba anteriormente el Centro de Salud No. 4.

Su cobertura: Area de Guatemala Sur.

SUSTENTACION FILOSOFICA:

La filosofía de la maternidad cantonal nace de la capacidad organizativa y autogestión que posee la comunidad.

A través de comadronas adiestradas, personal voluntario y organizaciones no gubernamentales, bajo la asesoría del personal médico y paramédico de la Clínica Periférica Primero de Julio y la Maternidad del Hospital Roosevelt, se ha descentralizado la atención del parto normal. A partir del 1 de abril de 1995, se constituye esta asociación, entre el Hospital Roosevelt y la Maternidad Cantonal, constituyéndose en la primera experiencia de este tipo en el país.

Para el año de 1994, la cantonal atendió a través de las comadronas 136 partos, o sea un promedio de 12 partos por mes, o sea un parto cada 3 días, con lo que está desaprovechándose el área física y personal comunitario capacitado.

Con la finalidad de proporcionar una mejor atención a la población necesitada de estos servicios públicos, se constituyó esta asociación, así mismo para descentralizar la atención del parto eutócico simple, en un tercer nivel (Hospital Roosevelt).

Desde entonces, gracias al Ministerio de Salud Pública, se cuenta con un residente fijo de turno y de día, y ocho residentes con turnos cada cuatro días, cinco enfermeras con turnos cada dos días y con dos comadronas por cada turno, de mañana, tarde y noche, que participan en la cobertura de atención obstétrica.

En la Maternidad Cantonal, se ha tecnificado a dos grupos de comadronas de treinta y cinco cada grupo, siendo éstas setenta las que están activas actualmente.

Actualmente la Maternidad Cantonal cuenta con trece camas para la atención de pacientes post-parto, una sala de labor con dos camillas, una sala de partos con tres camillas, un cuarto para médicos residentes, una cocina, una lavandería y una ambulancia.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES

Guatemala, se caracteriza por poseer gran cantidad de conocimientos populares, dada su herencia cultural tan grande acumulada a través de su historia.

La medicina tradicional, es parte importante de esta rica herencia; los conocimientos médicos se fundamentan en tradiciones que han podido pasar de una generación a otra, especialmente en las comunidades rurales. Este tipo de medicina se ha valido de diferentes agentes para poder sobrevivir a través de los siglos; entre estos agentes podemos mencionar a curanderos, adivinos, brujos, masajistas, y a las comadronas.

Cada uno de ellos tiene funciones específicas, aunque muchas veces desempeñan dos o más funciones. La mayor parte de ellos aprenden su oficio por transmisión de conocimientos de una generación a otra por observación de los mismos. (9,17)

La existencia de "parteras" se describe desde el periodo prehispánico. En la cultura maya, Ixchel fue la diosa de la luna, del parto y de la fecundidad, las mujeres embarazadas llegaban a su tiempo y le dirigían plegarias para que las ayudaran a parir, mientras que las mujeres estériles rogaban que las curara. (9, 14)

Los chilanes y las parteras auxiliaban a los dioses mayas, por lo que constituían un grupo social especial, aunque sin pertenecer a la nobleza ni al clan sacerdotal, sino al pueblo.

Gozaban de muchas distinciones que las colocan sobre la generalidad de las personas. Las parteras se describen como mujeres de edad avanzada que gozaban de mucho prestigio por sus conocimientos obstétricos.

Las comadronas entonces se dedicaban a examinar a la mujer embarazada utilizando únicamente su experiencia, y a cuidar a la madre haciéndole recomendaciones sobre actividad, de la dieta e higiene. Así misma atender el parto y a brindar cuidados post-parto, los masajes y las hierbas medicinales.

La parturienta, acompañada de su esposo y de su madre, era atendida por mujeres sabias y pacientes, quienes como único elemento de trabajo contaban con sus manos expertas.

Durante el parto, la mujer era sostenida por el esposo, quien la tomaba por debajo de los brazos, mientras ella estaba acuclillada o de brazos a la cintura del marido. (6,14)

Después del parto, la madre era aislada por 20 días, durante los cuales era solo visitada por la partera, quien le daba masaje y la bañaba.

Sin lugar a duda, este oficio ha ido evolucionado y perfeccionándose, desde los partos tradicionales asistidos en el hogar de la parturienta, hasta la fría sala de maternidad de un hospital. Las comadronas actuales han heredado ese oficio tan antiguo, haciendo que sus rituales y creencias prevalezcan a través del tiempo.

En Guatemala, se autorizó legalmente la práctica de las comadronas, en 1935, por acuerdo gubernativo del 26 de abril.

Se consideró como una necesidad urgente por no existir en el país el personal suficiente de comadronas titulares para cubrir las extensas poblaciones. Posteriormente se crearon los programas necesarios para el adiestramiento de las comadronas tradicionales.

LA COMADRONA TRADICIONAL

DEFINICION:

La Organización Mundial de la Salud define como comadrona tradicional a "una persona (generalmente del sexo femenino) que asiste a la mujer en el momento del parto y que inicialmente adquirió sus conocimientos atendiendo ella misma partos o trabajando con otras comadronas".

Es de hacer notar, que las comadronas tradicionales prestan cuidados básicos a la mujer no solo durante el embarazo, sino también a recién nacidos normales. (9,15,18)

CARACTERISTICAS:

Se han realizado algunos estudios en diversas comunidades del país, tanto indígenas como ladinas, para establecer ciertas características de las comadronas tradicionales (1, 14, 18)

SEXO:

Todas las comadronas pertenecen al sexo femenino, las comadronas creen que los hombres se hicieron para trabajar en el campo. Además es más fácil que una mujer aprenda el oficio por conocer el cuerpo y haber tenido la experiencia de ser madre.

EDAD:

La mayoría de comadronas tienen más de 50 años, aunque cuando aprendieron su oficio tenían entre 21 y 40 años.

RELIGION:

Predomina la religión católica entre las comadronas tradicionales; a ello deba quizá el aspecto religioso que impregnan a sus prácticas y creencias.

ESCOLARIDAD:

En las comunidades indígenas la mayoría de las comadronas son analfabetas, sin embargo en las comunidades ladinas hasta el 50% son alfabetas.

PROGRAMA DE CAPACITACION DE COMADRONAS TRADICIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

1 OBJETIVOS:

El objetivo primordial general es de orientar a la comadronas acerca de su función en el sistema nacional de salud, a través del conocimiento del mismo, para ofrecer una mejor atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y al recién nacido. (15)

2 PLANIFICACION DEL PROGRAMA:

El programa de capacitación de comadronas está a cargo del departamento materno-infantil, de las jefaturas de área y distrito y de los puestos de salud. (3, 15)

3 PERSONAL DOCENTE:

La persona encargada de proporcionar información a las comadronas tradicionales, es en primer lugar, la enfermera graduada del Centro de Salud, también participan los auxiliares de enfermería, todos ellos bajo la supervisión médica del Jefe de Distrito.

4 REQUISITOS PARA EL ADIESTRAMIENTO:

Para elegir a las participantes de los cursos de capacitación, se aplican los criterios siguientes:

Edad: no tener menos de 25, ni más de 50 años de edad.

Estado de Salud: poseer buena salud comprobada por certificado médico entendido en el Centro de Salud local.

Experiencia Previa: haberse dedicado con reconocida constancia a la atención del parto.

5 CONTENIDO DEL CURSO:

Se divide en nueve unidades:

- a) **I UNIDAD:** Introducción del Curso.
Esta sección tiene como objetivo orientar a la comadrona sobre su función en el Sistema Nacional de Salud.
- b) **UNIDAD II:** "costumbres y tradiciones relacionadas con el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido".
- c) **UNIDAD III:** Higiene
Se dedica a estudiar los aspectos básicos acerca de higiene y a exponer las razones de su importancia; estudia los diferentes tipos de higiene, como la personal, la de la vivienda y de los alimentos.
- d) **UNIDAD IV:** Equipo de trabajo de la comadrona.
En esta sección se capacita a la comadrona para el adecuado manejo y mantenimiento del equipo básico para el trabajo de parto, y se demuestra el equipo ideal que debe contener un maletín de comadrona.
- e) **UNIDAD V:** Atención del embarazo.
- f) **UNIDAD VI:** Atención del parto.
- g) **UNIDAD VII:** El puerperio y el post-parto.
- h) **UNIDAD VIII:** El recién nacido
- i) **UNIDAD IX:** Elementos básicos sobre nutrición.

6 OTROS ASPECTOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACION

Una vez termina su capacitación, la comadrona tradicional recibe el nombre de comadrona adiestrada, cada una recibe un maletín de trabajo con los instrumentos necesarios para asistir los partos a domicilio, que se espera que utilice de conformidad con las técnicas y procedimientos que ha aprendido durante el periodo de adiestramiento.

MATERIALES PARA LA ATENCION DEL PARTO

Es indispensable que la comadrona adiestrada prepare y posea su propio equipo, el cual debe tener lo siguiente:

- 1 Gorro
- 1 jabón con su jabonera
- 4 Toallas
- 1 Bandeja
- 1 Tijera con punta redondea
- 4 Tallas sin orillas
- 2 Plásticos
- 14 Cuadros de tela
- 1 Sábana
- 1 Cuadro grande de tela para el paquete de parto
- 1 Pañuelo
- Gasas
- Cinta de Castilla.

Es indispensable que la comadrona prepare un equipo con las cintas de cartilla y curaciones umbilicales, el paquete de limpieza de la madre y el equipo de parto.

TASAS DE MORBILIDAD MATERNO FETAL EN GUATEMALA

Las estadísticas actuales para Guatemala, indican que durante los últimos 25 años ha habido una disminución en las tasas de morbilidad materno-neonatal, a continuación se describen, las siguientes:

En el año de 1994, la región metropolitana tuvo una mortalidad materna de 190 x 1,000 nacidos vivos (n v) y la tasa de mortalidad infantil fue de 60 x 10,000 n v.

En 1995 la tasa de mortalidad materna del área metropolitana fue de 180 x 10,000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad infantil fue de 51 x 1,000 n v.

En 1996 la tasa de mortalidad materna del área metropolitana fue de 131.5 x 10,000 n v, y la tasa de mortalidad infantil fue de 48.3 x 1,000 n v.

Principales causas de mortalidad materna:

- Sepsis
- Retención de restos placentarios
- Hemorragia post-parto
- Preeclampsia
- Eclampsia
- Mujeres mayores de 35 años
- ITU (10)

Principales causas de mortalidad infantil:

- Sepsis
- Sufrimiento fetal
- Bajo peso al nacer
- Síndrome de aspiración de meconio
- Síndrome diarreico
- Malformación congénita (10)

VI. METODOLOGIA

A) TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo - Comparativo

B) SUJETO DE ESTUDIO

Los registros clínicos de la Maternidad Cantonal Primero de Julio y del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez.

C) POBLACION DE ESTUDIO

Todos los registros clínicos de 1995 y 1996 de la Maternidad Cantonal Primero de Julio, siendo su número 1851 en total y del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, cuya totalidad es de 6052.

D) CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los registros clínicos de los partos atendidos por comadronas, registrados en la Maternidad Cantonal Primero de Julio y los atendidos por comadronas registradas en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez.

E) CRITERIOS DE EXCLUSION

Todo parto que no fue atendido por comadronas registradas.

F) VARIABLES (véase en cuadro al final de metodología)

G) RECOLECCION DE INFORMACION

Se determinó en la Maternidad Cantonal Primero de Julio el número de partos atendidos por comadronas tecnificadas, revisando los registros clínicos durante 1995 y 1996.

Así mismo se revisaron los registros clínicos, de los partos que fueron atendidos por comadronas empíricas que están registradas en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez.

Se utilizó una boleta para recolección de datos, diseñada para el efecto, y que contiene principalmente información acerca de mortalidad materno-neonatal. (Ver hoja de recolección de datos en anexos)

H) PLAN DE ANALISIS

Luego de haber recopilado la información, se procedió a tabular los datos; dándose a conocer los mismos a través de frecuencias y sus respectivas tasas, mediante cuadros dicotómicos simples, así como gráficas de barras simples para aquellos datos de mayor relevancia. Se analizaron los mismos con base en sus frecuencias, tasas y Chi cuadrado para una mejor visualización de las diferencias entre las dos poblaciones en estudio.

I) RECURSOS

HUMANOS

Personal del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez.

Personal paramédico de la Maternidad Cantonal Primero de Julio.

FISICOS

Edificio del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez y de la Maternidad Primero de Julio.

Biblioteca de Facultad de Ciencias Médicas y Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

MATERIALES

Hoja de recolección de datos

Equipo de oficina

Computadora

ECONOMICOS

Gastos varios: Q 650.00

Impresión de Tesis: Q 800.00

CUADRO DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
1. MORBILIDAD	Toda mujer embarazada que presente alguna complicación o que se enferme durante la resolución del trabajo de parto o puerperio.	Toda patología después de 40 días de haber resuelto el embarazo con asistencia de comadronas registradas.	Nominal	Preeclampsia Eclampsia ITU Hemorragias Sepsis Otras
2. MORTALIDAD MATERNA	Defunciones de mujeres debido a complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, hasta 40 días posterior a la resolución del parto.	Toda defunción registrada en San Juan Sac. y Maternidad Cantonal de mujeres, cuyo trabajo de parto fue atendido por comadrona registrada.	Nominal	Porcentaje
3. MORBILIDAD FETAL	Todo niño recién nacido que presente alguna complicación durante el momento del nacimiento, o primer mes de vida.	Toda patología desde el momento del nacimiento al primer mes de vida.	Nominal	Bajo peso al nacer. Edad gestacional baja, Malformaciones congénitas, Hipotermia, Hipoglicemia Incompatibilidad sanguínea.
4. MORTALIDAD FETAL	Es la que ocurre en el primer año de vida y se divide en: Neonatal: cuando ocurre durante los primeros 27 días de vida; la cual a su vez se subdivide en mortalidad neonatal precoz que es la que ocurre durante los primeros 7 días.	Toda defunción registrada en San Juan Sacatepéquez y Maternidad Cantonal Primero de Julio del recién nacido atendido por comadrona.	Nominal	Porcentaje

CUADRO No. 1

Morbilidad Materna de la Maternidad Cantonal Primero de Julio.

CAUSAS	1995		1996	
	F	%	F	%
PREECLAMPIA	10	1.51	7	0.55
ECLAMPSIA	02	0.30	5	0.40
ITU	8	1.21	9	0.75
HEMORRAGIA POST-PARTO	2	0.30	3	0.60
SIN MORBILIDAD	636	96.65	1169	97.98
TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS	658	100	1,193	100

Fuente: boleta de recolección de datos

CUADRO No. 2

Morbilidad Materna del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez

CAUSAS	1995		1996	
	F	%	F	%
SEPSIS	15	0.50	28	0.91
HEMORRAGIA POST-PARTO	20	0.68	40	1.30
RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS	15	0.50	13	0.42
SIN MORBILIDAD	2930	98.32	29.91	97.36
TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS	2,980	100	3,072	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO No.3

Mortalidad Materna de San Juan Sacatepéquez.

CAUSAS	1995		1996	
	F	TASAS	F	TASAS
HEMORRAGIA POST-PARTO	1	33 X 10,000	0	0
SEPSIS	1	33 X 10,000	1	32 X 10,000
TOTAL DE MUERTES	2	66 X 10,000	1	32 X 10,000
TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS	2,980		3,072	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

NOTA. No se presentó ningún caso de mortalidad materna en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, debido a que cuando se presenta alguna complicación, se refiere a la Maternidad del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 5

Morbilidad Neonatal de la Maternidad Cantonal Primero de Julio.

CAUSAS	1995		1996	
	F	%	F	%
BAJO PESO AL NACER	10	1.6	5	0.42
SUFRIMIENTO FETAL	45	8.8	22	1.85
SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO	5	0.9	8	0.67
SIN MORBILIDAD	598	90.88	11.58	97.06
TOTAL NACIDOS	658	100	1,193	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6

Morbilidad Neonatal de San Juan Sacatepéquez.

CAUSAS	1995		1996	
	F	%	F	%
BRONCONEUMONIA	20	0.7	18	0.58
SINDROME DIARREICO	30	1.0	23	0.74
BAJO PESO AL NACER	20	0.7	25	0.86
DESHIDRATACION	8	0.3	10	0.32
SIN MORBILIDAD	2,902	9,730	2,996	9,750
TOTAL DE NACIDOS	2,980	100	3,072	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 7

Mortalidad Neonatal en San Juan Sacatepéquez.

CAUSAS	1995		1996	
	F	TASA	F	TASA
SEPSIS	111	37 X 1000	85	27.6 X 1000
ASFIXIA PERINATAL SEVERA	96	32 X 1000	65	21.2 X 1000
BRONCONEUMONIA	27	9 X 1000	18	5.80 X 1000
BAJO PESO AL NACER	16	5.4 X 1000	8	2.6 X 1000
DESHIDRATACION	9	3 X 1000	5	1.6 X 1000
SIN MORTALIDAD	27.21		28.91	
TOTAL DE NACIDOS	2,980		3,072	

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8

NOTA. No se presentó ningún caso de mortalidad neonatal en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, debido a que cuando se presenta alguna complicación se refiere al Hospital Roosevelt.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se observa que la morbilidad materna en la Maternidad Cantonal primero de Julio fue de 3.35%, 22/658 (1995) y 2.02% 24/1193 (1996). Esta disminución ocurrió a partir del trabajo conjunto y supervisado con la Maternidad del Hospital Roosevelt, siendo las principales causas: complicaciones propias del embarazo, tales como preeclampsia, eclampsia, ITU, hemorragia post-parto; en cuanto a la morbilidad materna en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez esta fue de 1.68% (51/2980) (1995) y de 2.64% (81/3972) 1996, cuyas principales causas fueron: sepsis, hemorragia post-parto y retención de restos placentarios.

Si analizamos ambas morbilidades maternas, vemos que las causas en la Maternidad Cantonal Primero de Julio son prevenibles, a través de un diagnóstico temprano y adecuado, en tanto las causas para el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez son propias de la atención del parto a sepsia y antisepsia y cuidados puerperales (ver cuadros No. 1 y 2).

En la mortalidad materna para el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez fue de 66 x 10,000 (1995) y 32 x 10,000 (1996). Siendo las causas: hemorragias post-parto en el 33% y sepsis en un 67% durante ambos periodos, en tanto en la maternidad Cantonal Primero de julio no hubo mortalidad materna, debido a que todo parto de alto riesgo y/o puerperio complicado es referido para su diagnóstico y manejo a la Maternidad del Hospital Roosevelt (ver cuadros No. 3 y 4).

Con respecto a la morbilidad neonatal en la Maternidad Cantonal Primero de Julio fue de 9.12% (1995) y 2.94% (1996). Siendo las principales causas: sufrimiento fetal, bronconeumonia, síndrome de aspiración de meconio. En tanto para el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, fue de 2.7% (1995) y 2.5% para 1996, cuyas causas fueron: síndrome diarreico, bronconeumonia, bajo peso al nacer, deshidratación. Si comparamos la morbilidad en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, es prevenible en el 84% de los casos, a través de un buen monitoreo de trabajo de parto, aspiración del recién nacido con perilla y/o sonda orotraqueal, en tanto el 16% restante fue probablemente por falta de control prenatal y desnutrición materna, antes y durante el embarazo. Comparada con el 70% ocurrida en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, cuyas causas son prevenibles a través del

cumplimiento de las técnicas de asepsia-antisepsia, rehidratación y solo el 30% cuya causa fue atribuible a la falta de control prenatal y probablemente desnutrición materna. (ver cuadro No. 5 y 6).

La mortalidad neonatal en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, fue de 87 x 1,000 NV (1995) y 59 x 1,000 NV, para 1996, siendo las causas: sepsis, asfixia perinatal severa, bronconeumonía, bajo peso al nacer, deshidratación, las cuales son prevenibles si las madres iniciaran el embarazo con peso mayor o igual a las 100 libras, y tuviesen ganancia ponderal, de 11 kilos durante los tres trimestres, si se cumplieran las técnicas de asepsia y antisepsia, adecuada técnica de atención del parto y cuidados de recién nacido en sus primeras horas. Comparada esta mortalidad con la Maternidad Cantonal Primero de Julio, donde no hubo ningún caso, vemos la tasa para el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, que es alta, pero prevenible en el 100% de los casos (ver cuadro No. 7 y 8).

IX. CONCLUSIONES

1. La mortalidad materna en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, fue de 2.35% (1995), 2.02% (1996), la morbilidad neonatal fue de 9.12% (1995) y 2.94% (1996), en tanto no hubo ningún caso de mortalidad tanto materno como neonatal.
2. La morbilidad materna en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez fue de 1.68% (1995), 2.64% (1996). En tanto la neonatal fue de 2.7% (1995), 2.5% (1996); y la mortalidad materna fue de 66 x 10,000 NV (1995), 32 x 10,000 NV (1996). En tanto la neonatal fue de 87 x 1,000 NV (1995) y 59 x 1,000 NV (1996).
3. La morbi-mortalidad materno neonatal en la Maternidad Cantonal Primero de Julio fue menor que la obtenida en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, debido al trabajo conjunto con la Maternidad del Hospital Roosevelt.
4. Los factores causales de la morbimortalidad, materno-neonatal en estos grupos fueron principalmente por la falta de las técnicas de asepsia-antisepsia, falta de monitoreo del trabajo de parto y cuidados del recién nacido, en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez comparando con las causas de la Maternidad Cantonal Primero de Julio, las cuales fueron complicaciones propias de un embarazo de alto riesgo.

X. RECOMENDACIONES

1. Implementar a nivel nacional la supervisión de parte del personal médico y enfermeras de un hospital de tercer nivel, como lo es la Maternidad del Hospital Roosevelt, en todos los partos atendidos por comadronas empíricas.
2. Proporcionar a las comadronas los recursos necesarios para una buena atención del parto y recién nacidos.
3. Realizar programas de educación médica continua a comadronas enfocando como temas prioritarios, la asepsia y antisepsia; atención del parto y del recién nacido.

XI. RESUMEN

El presente trabajo es un estudio descriptivo comparativo, sobre la morbi-mortalidad materno-neonatal que se realizó en la Maternidad Cantonal Primero de Julio, y en San Juan Sacatepéquez, revisando las estadísticas que se lleven en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, durante los años de 1995 y 1996.

Durante este periodo se encontró en San Juan Sacatepéquez un total de tres muertes maternas, y un total de cuatrocientos cuarenta muertes de neonatos. En tanto en la maternidad Cantonal Primero de Julio la mortalidad materna y neonatal es de cero debido a que cuando algún paciente presenta complicaciones se refiere de inmediato al Hospital Roosevelt. Así mismo la edad gestacional con mayor mortalidad fue en embarazos a termino donde las defunciones en el puerperio, y en los neonatos fueron principalmente por sepsis.

Con el presente trabajo, se comprueba una vez más, el alto riesgo que conlleva el proceso fisiológico de la maternidad, lo importante de un buen control prenatal, para la detección temprana de un embarazo de alto riesgo, y la asistencia de personal técnico ya que la mayoría de dichas muertes son prevenibles.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Barrios Castillo. C. La Influencia de la Comadrona Tradicional en el programa Materno-Infantil. Estudio Prospectivo sobre la Labor Desarrollada por 10 comadronas en Santa Cruz El Naranjo, Santa Rosa. Tesis (Médico y Cirujano). USAC. Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1987. 98 pag.
2. Chalana César. La Salud Materna en primer desafío. Organización Panamericana de la Salud, Publicaciones para la Salud 1991.
3. Calderón N. Plan del Proyecto de la Maternidad Cantonal, Enero 1994.
4. Gutiérrez Pineda M. Evaluación de las Actividades Desarrolladas por Comadronas; Adiestradas por la DGSS en Totonicapán. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1986, 54 pag
5. Krogel Axel y Luna Rolando; Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos. 2ª. Edición 1992.
6. Kestler J. Edgar, Comité de Mortalidad Materna, experiencia Centroamericana, Guatemala 15 de septiembre 1996.
7. Lara Edwin, Informe Anual del Centro de Salud Area Sur, San Juan Sacatepéquez, Años 1995-1996.
8. Normas de Atención de Salud Materno-Infantil, Plan Nacional de Salud. MSPAS Guatemala 1992. P 130-134, (87 p.)
9. MSPAS Proyecto, Valoración y Superación de las Comadronas Tradicionales en la República de Guatemala, 1989.

10. Morán Carmen, MSPAS. Programa Nacional de Materno Infantil, Guatemala, Mayo 1997.
11. Nuñez García, Rafael Estuardo. Hospital Roosevelt, Informe de las Actividades de la Maternidad Cantonal Primero de Julio, Estadísticas 1995-1996.
12. Nuñez García, Rafael Estuardo; Informe Anual de la Maternidad Cantonal Primero de Julio, adjunta a la Maternidad del Hospital Roosevelt. Pag. 18.
13. O.M.S. Parteras Tradicionales: Guía práctica para el Adiestramiento, la Evaluación y la Articulación de este personal a los Servicios de Salud. Ginebra: O.M.S. 1979; 109 pag.
14. Sánchez, J. Actitudes de Comadronas Empíricas en Concepción Chiquirichapa. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1986, 54 pag.
15. Scot, P. Introducción a la Investigación y Evaluación Educativa, Guatemala. USAC, 1990. 174 pag.
16. UNICEF. Curso de Capacitación de Comadronas Tradicionales de Guatemala con Enfoque Participativo; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala 1990.
17. Valdés Díaz, J. La Medicina Tradicional y su Integración con la Medicina Moderna. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1987, 54 pag.
18. Villatoro, E. Etnomedicina de Guatemala, Guatemala Centro de Estudios Folklóricos. 1984, 316 pag.

IMPACTO DE LA TECNIFICACION DE COMADRONAS EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
LUGAR DE ATENCION DEL PARTO: _____

MORBILIDAD MATERNA:

PREECLAMPSIA: _____
ECLAMPSIA: _____
ITU: _____
HEMORRAGIA: _____
SEPSIS: _____
MAYOR DE 35 AÑOS: _____

MORTALIDAD MATERNA:

SI _____ NO _____

CAUSA: _____

MORBILIDAD NEONATAL:

BAJO PESO AL NACER: _____
EDAD GESTACIONAL _____
HIPOTERMIA: _____
HIPOGLICEMIA: _____
INCOMPATIBILIDAD SANGUINEA: _____

MORTALIDAD NEONATAL:

SI _____ NO _____

CAUSA: _____
