

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“RELACION DEL CONTROL PRENATAL ASISTIDO
POR COMADRONAS Y LA DISMINUCION DE LAS
COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONTALES”**

Estudio prospectivo descriptivo de la relación que tiene el control prenatal asistido por Comadronas Adiestradas Tradicionales, en la disminución de las complicaciones maternas y neonatales durante el puerperio inmediato y mediato en los municipios de Santa Lucía y Magdalena Milpas Altas Sacatepequez, del 23 de Abril al 30 de Junio de 1,997.



ROCIO MONZON PALACIOS

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Septiembre de 1,997.

INDICE

	PAGINA No.
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. MARCO TEORICO	5
VI. METODOLOGIA	12
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	16
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	24
IX. CONCLUSIONES	26
X. RECOMENDACIONES	27
XI. RESUMEN	28
XII. BIBLIOGRAFIA	29
XIII. ANEXO (BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS)	31

I. INTRODUCCION

La baja cobertura de atención prenatal (38% a nivel nacional), la no asistencia de las gestantes a las consultas por diferentes motivos, y la baja calidad de atención prenatal, contribuyen a mantener las altas tasas de mortalidad materna y perinatal (3).

En Guatemala desde 1,935 se empezó a considerar a la comadrona como recurso de salud y se inició su capacitación la cual en muy pocas áreas ha sido satisfactoria debido al acceso limitado por la geografía, el idioma y la cultura.

Para 1,990 las comadronas en Guatemala atendieron del 60 al 70% de los nacimientos, este porcentaje se eleva a más del 90% en las áreas rurales del país en donde ocurre la mayor morbilidad y mortalidad perinatal (1,6).

En este estudio se estableció la relación del control prenatal asistido por Comadronas Adiestradas Tradicionales (CATs) con la reducción de las complicaciones maternas y neonatales en el puerperio inmediato y mediano en pacientes cuyo parto fue atendido por comadronas. Para ello se efectuó examen físico durante el 1ero, 3ero, 5to y 7mo día postparto a todas las pacientes y sus recién nacidos, cuyo parto fue atendido por comadronas en Santa Lucía y Magdalena Milpas Altas Sacatepequez, del 23 de abril al 30 de junio de 1,997. Se relacionaron los hallazgos de los pacientes con el antecedente de haber recibido o no control prenatal.

De las 56 pacientes que se incluyeron en el estudio 17 (30.3%) fueron primigestas, de ellas 15 eran adolescentes, el 5% de las pacientes eran mayores de 35 años, 26 (46.5%) recibieron control prenatal y 25 (45%) recibieron Toxoide Tetánico.

De los 57 Recién nacidos 4 tuvieron presentación podálica, 12 bajo peso al nacer y 6 fueron prematuros. De las pacientes que tuvieron control prenatal con comadronas la única complicación fue 1 recién nacido con bajo peso al nacer. De las madres que no tuvieron control prenatal nacieron 7 recién nacidos con bajo peso y 4 prematuros, esto demuestra que el control prenatal asistido por comadronas tiene una relación directa con la disminución de complicaciones maternas y neonatales.

Se recomienda que se actualice a las CATs en alto riesgo obstétrico y se favorezca el control prenatal de los Servicios de Salud en conjunto con las CATs.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Guatemala fue clasificado dentro del grupo de países con alta mortalidad materna por la OPS en 1988, por su razón de 104 x 100,000 N.V. caracterizándose junto a los otros países del grupo por tener índices de necesidades de salud muy altos. En 1989 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) indicó que la mortalidad materna a nivel nacional fue de 200 a 230 x 100,000 N.V. (8).

La encuesta nacional de salud Materno-infantil de 1995 señaló 19 muertes maternas x 10,000 N.V. para el quinquenio de 1990 a 1995 siendo las principales causas: complicaciones del parto, seguido por retención de placenta o membranas, la fiebre puerperal, eclampsia y los abortos. Esta misma encuesta reveló que de cada mil nacidos vivos, 26 mueren antes de cumplir un mes de vida. En relación a la mortalidad infantil evidenció una tasa de 45 en el área urbana y 63 en el área rural. La mortalidad infantil en el grupo indígena fue de 64, y 53 en el grupo ladino, lo que hizo un promedio de 51 fallecidos menores de 1 año por cada 1,000 N.V. El INCAP encontró en estudios realizados en el área de salud de Quetzaltenango y Sacatepequez los siguientes hallazgos: la mayor causa de mortalidad intraparto y durante el primer día de vida es asfixia, el resto de mortalidad neonatal es por sepsis, bajo peso, prematurez, y sus complicaciones; en relación a la distribución en el período intraparto es de 43% (incluye el primer día de vida) y el 41.2% del segundo al veintiocho día de vida. En Guatemala del 60 al 70% de todos los nacimientos son atendidos por Comadronas y este porcentaje se eleva más del 90% en algunas áreas rurales del altiplano, donde ocurre la mayor morbi-mortalidad perinatal; en esto tanto los factores Geográficos (inaccessibilidad de los centros de atención a embarazo de alto riesgo), como los culturales (el pudor extremo de nuestras mujeres que no aceptan que un hombre las evalúe) y Económicos son determinantes (1,9). Se han estudiado las complicaciones maternas y neonatales en relación con el control prenatal; pero no en las pacientes cuyo parto es atendido por comadronas, en donde el control prenatal ha sido asistido por las mismas, lo que podría influir negativa o positivamente en los indicadores de morbimortalidad materno-infantil. Es importante mencionar que debido a la baja cobertura (38% a nivel nacional) y la baja demanda del control prenatal, se hace necesaria la descentralización de este e implementar la referencia oportuna de pacientes aplicando el enfoque de riesgo. Las comadronas bien adiestradas deben ser actores principales en este proceso, propiciando la disminución de las altas tasas de mortalidad perinatal y materna.

II. JUSTIFICACION

A 62 años de inicio del programa de adiestramiento a comadronas en los Servicios de Salud no se ha identificado la influencia de sus acciones en la disminución de la morbimortalidad materno-infantil en sus comunidades. La capacitación se ha centrado en adiestrar a la comadrona en el monitoreo y atención del parto, pues allí se suscitaban la mayoría de complicaciones maternas y neonatales. Sin embargo esto no es suficiente pues es indispensable adiestrarla para que efectúe un buen control prenatal. Una comadrona adiestrada adecuadamente es un recurso invaluable ya que la falta de atención de control prenatal y de asistencia médica durante el parto son factores que afectan directamente la salud de la mujer e inciden en la supervivencia de los niños.

Debido a que las causas más importantes de morbimortalidad perinatal están directamente influenciadas con el control prenatal, éste puede hacer que se detecte a tiempo el embarazo de alto riesgo y con ello evitar complicaciones en el parto y puerperio.

Fue necesario hacer una comparación de las complicaciones maternas y neonatales durante el puerperio inmediato y mediato, entre las pacientes que tuvieron control prenatal con una comadrona y las que no lo tuvieron; con la finalidad de establecer la influencia del control prenatal asistido por CATs en la disminución de dichas complicaciones.

IV. OBJETIVOS

A. OBJETIVOS GENERALES:

- 1.- Establecer la relación del control prenatal asistido por comadrona en la reducción de las complicaciones maternas y neonatales en el puerperio inmediato y mediato, en pacientes cuyo parto es atendido por comadronas.
- 2.- Proponer la capacitación de comadronas en enfoque de riesgo y en la referencia oportuna, dentro del marco cultural local de las comunidades a las que pertenecen utilizando los resultados obtenidos como fundamento para ello.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar las complicaciones maternas y neonatales en el puerperio inmediato y mediato en pacientes que tuvieron control prenatal en el puesto de salud.
- 2.- Identificar las complicaciones maternas y neonatales en el puerperio inmediato y mediato en pacientes que tuvieron control prenatal con comadronas.
- 3.- Identificar las complicaciones maternas y neonatales en el puerperio inmediato y mediato en pacientes que no tuvieron control prenatal.
- 4.- Establecer la relación que tiene el control prenatal asistido por comadronas, en la disminución de las complicaciones maternas y neonatales en el puerperio inmediato y mediato.
- 5.- Proponer los mecanismos de mayor efectividad para el sistema de referencia y contrarreferencia de servicios de salud y comadronas.

V. MARCO TEORICO:

1. CONTROL PRENATAL

Es el contacto y evaluación programada de la gestante por el equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y detectar cualquier patología o condición que ponga en riesgo la continuidad del mismo y con ello la vida de la madre y el hijo.

En general este se da cada mes a partir del momento que se hace el diagnóstico hasta el séptimo mes de embarazo, durante el octavo mes se da cada quince días y durante el último mes se da cada semana, por lo regular el control prenatal se considera suficiente si se da cinco veces durante la gestación.

Esta evaluación debe hacerla un médico capacitado, sin embargo debido a la pobreza en que está inmersa nuestra sociedad esto no siempre es posible. Desde 1,935 en Guatemala se incluyó a las comadronas dentro del personal de salud, y en las regiones donde no hay accesibilidad a los servicios de salud, es la comadrona la que efectúa el control prenatal.

El 62% las madres no reciben atención prenatal y este servicio es menos frecuente en las mujeres residentes en el área rural. De cada siete madres, una recibe la vacuna antitetánica durante el embarazo, estando la atención prenatal (institucional) más baja en las regiones metropolitana, central y suroccidental.

2. ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION MATERNOINFANTIL Y SISTEMA DE REFERENCIA.

Debido al conocimiento de que determinados factores, llamados de riesgo, se asocian a mayor mortalidad materna y perinatal; la detección de los mismos en la atención primaria de salud, determina la asistencia prioritaria a los grupos más necesitados y la óptima canalización de los recursos disponibles, lo que se constituye en la aplicación del enfoque de riesgo.

Los factores de riesgo de mortalidad materna y perinatal se han dividido en Preconcepcionales (Bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, mal nutrición materna, Etc.), del embarazo (Anemia, mal control prenatal, poca ganancia de peso, presentación viciosa, Etc.), del parto (Inducción del parto, amenaza de parto pretérmino, Hipertensión arterial, Etc.) y finalmente del postparto (Hemorragias, infección puerperal, Etc.)

Estos factores deben ser identificados durante el control prenatal, a través de definir criterios de embarazo de alto riesgo, estos se registran al existir las siguientes

condiciones: Características de la madre (Edad, peso, talla, paridad y espacio intergenésico), antecedentes médicos (Cardiovasculares, renales, endócrinas, mentales, infecciosos, Etc.), Antecedentes obstétricos (Multiparidad, cesárea anterior, trabajo de parto prolongado, Etc.), estados mórbidos relacionados con el embarazo anterior o actual (Toxemia, hemorragia vaginal, embarazo múltiple, Etc.) y finalmente otros tales como extrema pobreza, madre analfabeta, desempleo familiar, etc.

Las Normas de Atención Materno Infantil del MSPAS 1,990-1,996 establecen que: "En los puestos salud, la/el auxiliar de enfermería y/o el/la estudiante de medicina EPS, efectuará el control prenatal, evaluará el riesgo obstétrico y referirá cuando así lo justifique al nivel de atención de mayor complejidad". (No menciona el rol de la comadrona)

Generalmente la atención en los servicios del primer nivel se dispone de un sistema de referencia local. En el caso de Sacatepequez el distrito No. 4 incluye a Santa Lucía (Santo Tomás) y Magdalena Milpas Altas, siendo su sede el puesto de salud de Santa Lucía, donde se evalúan los casos referidos por los otros servicios del distrito, posteriormente pueden ser referidos al Hospital Pedro de Betancourth, con sede en San Felipe de Jesús, que es un hospital Regional (Región V). Finalmente pueden referirse pacientes al Hospital Roosevelt, que es Hospital Nacional de referencia, del tercer nivel de atención.

3. COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO.

Durante el parto y puerperio las madres pueden tener complicaciones que las lleva a enfermar o morir, algunas de estas hacen su aparición durante la primera semana postparto (Postparto mediato). Siendo estas: Insuficiencia respiratoria: incapacidad de los sistemas cardíaco y respiratorio para mantener un recambio adecuado de oxígeno y bióxido de carbono en los pulmones, durante el trabajo de parto se da de tipo ventilatorio.

Hemorragia postparto tardía. Hemorragia que se produce después de transcurridas 24 horas postparto, suele deberse a retención de restos placentarios, laceraciones de cervix y vagina no descubiertos o mal suturados, o subinvolución de la herida placentaria uterina.

Fiebre puerperal: Síndrome asociado a una infección bacteriana sistémica que se produce después del parto, habitualmente por consecuencia de práctica obstétrica no estéril, se caracteriza por endometritis, fiebre, taquicardia, hiperestesia uterina y loquios fétidos, el germen más frecuente es el estreptococo hemolítico (3,7,9).

4. COMPLICACIONES NEONATALES TEMPRANAS:

Asfixia: Hipoxia grave que evoluciona a hipoxemia, hipercapnia y pérdida de la conciencia, en recién nacidos se produce por trabajo de parto prolongado, mala técnica en la atención del parto, distocias y falta de reanimación adecuada.

Hiperglobulia. Aumento en el número de glóbulos rojos circulantes en el recién nacido, se produce por un aumento en el paso de sangre materna al feto, por retardo en la ligadura del cordón, baja posición del niño con respecto de la madre durante la atención del parto.

Bajo peso al nacer: Peso < de 2.5 Kg al nacimiento, a consecuencia de múltiples factores. En nuestro país los más importantes son: Desnutrición crónica materna, dieta deficientes durante la gestación lo que origina ganancia de peso insatisfactoria (promedio de 22 lbs), insuficiencia placentaria y otras.

Prematurez: Edad gestacional calculada al nacimiento menor de 38 semanas que pone en riesgo al recién nacido de enfermar y morir.

Postmadurez: Edad gestacional calculada al nacimiento mayor de 42 semanas que riesgo de asfixia intrauterina y Síndrome de Distres Respiratorio Tipo IV.

5. MORTALIDAD PERINATAL E INFANTIL.

La mortalidad perinatal se relaciona fundamentalmente con el estado de salud de la madre y en nuestros países muy a menudo aún antes del inicio de la gestación, las mujeres padecen de desnutrición, anemia, parasitismo y enfermedades crónicas que afectan el desarrollo de la gestación. La baja cobertura de la atención prenatal, la no asistencia de las gestantes a las consultas por diversos motivos, inciden en las altas tasas de mortalidad perinatal.

La mortalidad infantil en nuestros países, sobre todo en su componente neonatal, esta relacionada fundamentalmente, con 2 factores. El primero, es el bajo peso al nacer debido al parto pretermino como al retraso de crecimiento intrauterino. El segundo, a la calidad de atención del parto y del recién nacido, sobre todo cuando se trata de casos de alto riesgo.

Las variaciones de la mortalidad materna, pueden relacionarse con la calidad de los servicios de salud disponibles, para la población femenina en la edad de procrear, con la disponibilidad de recursos para la prevención de y el tratamiento oportuno de la morbilidad del embarazo, del parto y del puerperio, y con las posibilidades de acceso a servicios de salud capaces de resolver adecuadamente las graves complicaciones de la gestación.

La mortalidad neonatal como parte de la infantil también es alta, siendo la infantil para 1,994 de 48.25 x 1,000 N.V. La mortalidad neonatal fue de 265 x 1,000 N.V. (10 y 11).

6. LA CONDICION DE LA MUJER Y LA MORTALIDAD MATERNA.

Todo intento serio de mejorar la salud de la mujer debe ocuparse, en primer lugar del daño que ocasiona a la salud, las costumbres sociales y las tradiciones culturales por el hecho de que nació mujer.

La mortalidad materna debe considerarse menos como un hecho fortuito que como el efecto de una condición crónica que se desarrolla a lo largo de un dilatado periodo, puesto que en el resultado del embarazo influyen profundamente las circunstancias de la mujer, las condiciones económicas y ambientales en que vive, así como su condición social.

La condición de la mujer implica una comparación con la condición del hombre, por tanto es un reflejo importante del nivel de justicia social de una sociedad. La discriminación sexual como factor que contribuye a la mortalidad materna, ha sido generalmente ignorada, pues ha permanecido oculta dentro del problema general de la pobreza y el subdesarrollo. (3)

Algunos de los factores que afectan directamente al salud de la mujer e inciden en la supervivencia de los niños son: maternidad a una edad temprana o tardía, poco o ningún nivel de instrucción, embarazos numerosos, embarazos con un espaciamiento menor de dos años, falta de atención prenatal y postnatal y la falta de asistencia médica durante el parto.

La mortalidad materna, o sea la ocurrida durante cualquier momento del embarazo, parto o puerperio, es aún la quinta causa de muerte en las mujeres de 15 a 44 años, sin tomar en cuenta un subregistro, que se debe principalmente a que sólo el 23% de los partos son atendidos en centros hospitalarios. Según una encuesta del MSPAS la tasa de mortalidad materna estimada fue de 20.2 para 1,989, en tanto que la registrada fue de 12.9 x cada 10,000 nacimientos. La mitad de la mortalidad materna se debe a hemorragias el 49% en 1,989.

Para 1,989 se tenía una tasa de mortalidad materna que en áreas comunitarias es de 200 a 230 x 100,000 N.V. la principal causa fue complicaciones del parto, seguida por retención de restos placentarios y en luego la sepsis puerperal esto en su mayoría son problemas que pueden ser resueltos en un nivel de atención especializado y en su mayoría son causadas por negligencia. (10,12)

7. ATENCION DEL PARTO.

En cuanto a la atención al parto, el 28% de los nacimientos ocurre en el hospital y el 77% en el domicilio. El 66% de los nacimientos ocurre en madres menores de 30 años.

En Guatemala se estima que hay aproximadamente 20,000 comadronas tradicionales, quienes asumen la atención del parto en cuatro de cada cinco nacimientos que se suceden en el país. De ellas, cerca del 60% están capacitadas. Se puede inferir que debido a los subregistros existentes, el número de comadronas sea mayor, aumentando considerablemente el porcentaje de comadronas sin capacitación. La falta de asistencia adecuada durante el embarazo y parto deja secuelas y trastornos permanentes, tales como anemia, incontinencia urinaria, prolapso uterino, infecciones del tracto genitourinario, fistulas vaginales, etc. Ello provoca sufrimiento físico, deteriora la calidad de vida, limita la capacidad de trabajo, y aísla socialmente a la mujer. Estos trastornos podrían evitarse, pero frecuentemente se les acepta como parte del destino de la mujer. (14)

La mortalidad neonatal en 1,992 de 43.7% en relación a la infantil, se encontró en el periodo intraparto y el primer día de vida (11).

9. COMADRONA ADIESTRADA TRADICIONAL (CAT).

Es aquella persona de la comunidad que después de haber sido capacitada recibe autorización del MSPAS para dar atención a la gestante en el embarazo, parto y puerperio. Comadrona empírica es la persona de la comunidad que sin haber recibido adiestramiento da atención a la gestante en el embarazo, parto y puerperio. (4 y 11) El adiestramiento y la utilización de las parteras empíricas por los sistemas de salud en Guatemala se remonta a 1,935 (4,8,11,16)

La baja cobertura o aún ausencia de servicios médicos en las zonas rurales sirve para un limitado programa de control pre y postnatal y para la atención del parto. Además existen barreras culturales y económicas que impiden la utilización de los servicios existentes, especialmente durante el parto, siendo las principales el rechazo de la población rural al equipo de salud por pudor y rechazo a sus costumbres. (5,8)

Las comadronas empíricas durante la atención del parto, en el periodo de expulsión mantienen a la paciente en posición sentada o en cuclillas y el corte del cordón, por lo general lo hacen hasta que ocurre el alumbramiento, las técnicas para acelerar un parto van desde tratamientos vegetales, manipulaciones manuales externas hasta inyecciones de oxitocina. (1,5,8)

En Guatemala más del 70% de todos los nacimientos son atendidos por comadronas. Este porcentaje se eleva al 75% en las áreas rurales y al 90% en las áreas rurales mayas (Encuesta de Salud Sociodemográfica 1,988) en áreas donde las tasas de mortalidad materno infantil son más altas.

En algunas áreas más del 90% de todos los partos son atendidos por comadronas, quienes además brindan el 50% del cuidado prenatal a la población Maya. Los profesionales con capacitación tipo occidental solo atienden el 10% de

los nacimientos mayas y menos de 30% en todo el país.(14)

Prácticas de las comadronas empíricas en Guatemala:

BENEFICAS: Responden y llegan pronto en momentos de necesidad, crean una atmósfera de confianza, reconocen la necesidad de que la madre y el bebe estén juntos, cuidan a la madre y el bebe por un largo período de tiempo postparto, permiten que la mujer se mueva, camine y se siente durante la primera etapa del trabajo de parto y asuma la posición que le guste en el parto, apoyan a la mujer psicológicamente y emocionalmente.

INNOCUAS: Requieren que el cordón umbilical tenga cierta longitud, requieren la disposición adecuada de la placenta, administran baños rituales a la madre e hijo, comparten y respetan la modestia de la mujer en asuntos de procreación, limitan la ingestión de alimentos fríos: pescado, cerdo y frutas.

ERRONEAS: El no utilizar procedimientos ni materiales asépticos en el parto ni en la atención del neonato. Ejecutan fuertes masajes abdominales, atan con una cinta alrededor del abdomen de la mujer para apurar el parto retardado. Dan versión externa a base de masajes abdominales sin monitorizar al feto, se abstienen de remitir pacientes al hospital en caso de urgencia.(1,4,5)

El INCAP encontró en relación a conocimientos y prácticas de la comadrona que pocas comadronas entienden y aplican sistemáticamente el concepto de detección y manejo de riesgo, la mayoría no conocen las formas adecuadas de prevenir y manejar estos eventos para aumentar la probabilidad de un resultado positivo. Generalmente consideran que el objetivo de la atención prenatal es asegurar a la madre que las cosas van bien, no como una oportunidad para detectar eventos o condiciones de alto riesgo. La mayoría desconocen porque una mujer debe vacunarse contra el tétanos, consideran que los servicios de salud no proveen suficiente apoyo para ellas o sus pacientes. Generalmente las CAT no consultan ni repórtan a los servicios de salud, mientras que las empíricas no tienen prácticamente relación con ellos. No son supervisadas por el personal de salud en forma regular, existe en ocasiones una barrera significativa del lenguaje. Utilizan en ocasiones Oxitocina intramuscular (para dar fuerza al trabajo de parto) Encuentran conflicto al referir a sus pacientes (por pérdida del status, pérdida del pago o maltrato en la institución).(6)

Existen muchos estudios hechos con comadronas empíricas y todos resultan negativos para las comadronas. En un estudio efectuado por el INCAP en Quetzaltenango, se fórmula que las comadronas atienden del 60 al 90% de todos los nacimientos, donde ocurre la mayor mortalidad y morbilidad perinatal, lo que lógicamente induce a pensar que son responsables en mayor parte de dichas complicaciones o consecuencias. Sin embargo es allí mismo donde la pobreza

extrema es mayor, existen vías inadecuadas de acceso y otros factores, lo que puede determinar que las pacientes no sean conocidas previamente por la comadrona, que ellas solo atiendan un parto cuyos antecedentes desconocen. Por otro lado no se ha descrito en los estudios diferencias entre las comadronas empíricas y las CAT en relación a proporción de complicaciones.(6).

VI. METODOLOGIA

1.- TIPO DE ESTUDIO:

De acuerdo a la profundidad: Descriptivo.

De acuerdo al diseño de investigación: No experimental.

De acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo: Prospectivo

2.- TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para 1,996 en el distrito de salud No 1-A de Sacatepequez el 96.5% de los partos fué atendido por CATs. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula: $n = z^2 p(1-P)/E^2$. De donde Z es el coeficiente de confiabilidad (1.96), p es la probabilidad de que ocurra el evento (0.965) y E el error estandar de la media (0.05). Lo anterior es 51.9, que nos estima 52 partos como el tamaño de la muestra.

3.- CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

CRITERIO DE INCLUSION: Se incluyeron en el estudio 56 madres y sus hijos cuyo parto fue atendido por comadrona durante el período del 23 de Abril al 30 de Junio, en los municipios de Santa Lucía y Magdalena Milpa Altas.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Pacientes cuyo parto no fue atendido por comadrona durante el período del 23 de Abril al 30 de Junio de 1,997, o que no aceptaron ser incluidas en el estudio.

4. RECOLECCION, TABULACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

Se procedió a efectuar una evaluación clínica a la madre y su hijo por parte del estudiante investigador: el primero, tercero, quinto y séptimo día postparto, buscando síntomas y signos que mostraran complicaciones mórbidas, los cuales se registraron en el instrumento (boleta de recolección de datos) para su tabulación.

Para la tabulación se utilizó el mismo instrumento. el cual se analizó por gráficas y cuadros de doble entrada.

5. VARIABLES:

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Hemorragia postparto tardía	Hemorragia producida después del puerperio inmediato	Dato obtenido del examen ginecológico de la paciente	Nominal	Si, No.
Convulsiones maternias	Período de contracciones musculares tónicas o clónicas involuntarias sostenidas o interrumpidas	Dato referido por la comadrona u observado durante la evaluación clínica de la paciente	Nominal	Si, No.
Fiebre puerperal	Síndrome asociado a una infección bacteriana sistémica en el postparto	Presencia de fiebre, loquios fétidos, hiperestesia uterina durante el examen ginecológico	Nominal	Si, No.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Postmadurez	Recién Nacido (RN) mayor de 42 semanas de Edad gestacional	Dato obtenido al aplicar el test de Capurro al RN	Continúa Numérica	Semanas Gestacionales
Síndrome de Sepsis Neonatal	Infección con manifestaciones sistémicas	Disminución de la succión, hipo o hipertermia	Nominal	Si , no
Ictericia en el RN	Coloración amarillenta de la piel y mucosas del RN	Dato obtenido al examinar al RN	Nominal	Si , no
Hipertensión arterial materna	Presión arterial sistólica mayor de 120 ó diastólica mayor de 90 mm Hg	Toma de la presión arterial con esfigmomanómetro de Mercurio	Continúa numérica	Mm de Hg

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Convulsiones del RN	Cambios Como: Cianosis, aumento de la frecuencia respiratorio, chupeteo o parpadeo.	Dato referido por la madre, comadrona u observado	Nominal	Si , no
Macrosomía fetal	RN con peso mayor de 4.5Kg	Dato obtenido al examinar al RN	Contía numérica	Kg
Prematurez	RN menor de 37 semanas de edad gestacional	Dato obtenido al aplicar el test de Capurro al RN	Continúa numérica	Semanas Gestacionales

6. RECURSOS:

HUMANOS: Técnico en Salud Rural, Enfermeras Auxiliares y Comadronas Adiestradas Tradicionales del distrito No. 4 de Sacatepequez.

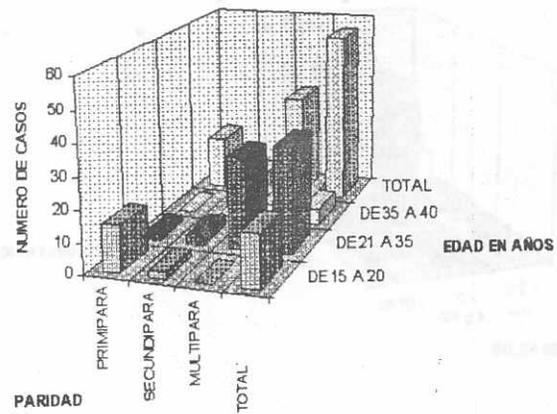
MATERIALES: Boleta de recolección de Información, guantes, espéculos vaginales, lámpara, estetoscopio, termómetro y esfigmomanómetro.

ECONOMICOS: Q.630.00 para transporte, Q.950.00 para alimentación y Q.40.00 para fotocopias.

LEGALES: Se contó con la autorización por escrito del Jefe de Distrito No. 4 de Sacatepequez.

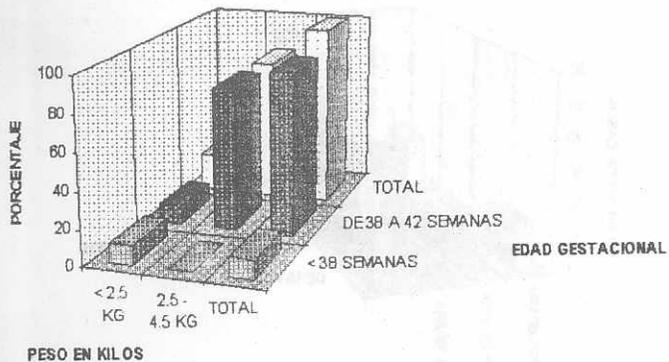
GRAFICA 1

"PARIDAD Y EDAD MATERNA DE PACIENTES CUYO PARTO FUE ATENDIDO
POR COMADRONAS EN SANTA LUCIA Y MAGDALENA MILPAS ALTAS DEL
23 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 1,997"



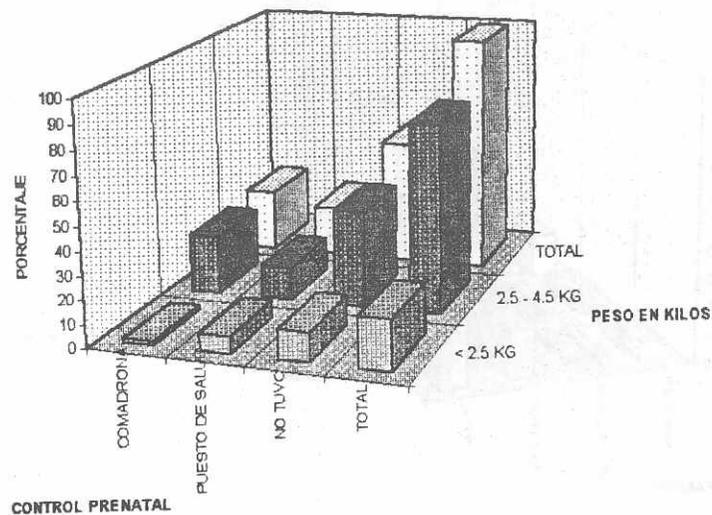
GRAFICA 2

"EDAD GESTACIONAL Y PESO AL NACER DE PACIENTES CUYO PARTO FUE ATENDIDO POR COMADRONAS EN SANTA LUCIA Y MAGDALENA MILPAS ALTAS DEL 23 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 1,997"



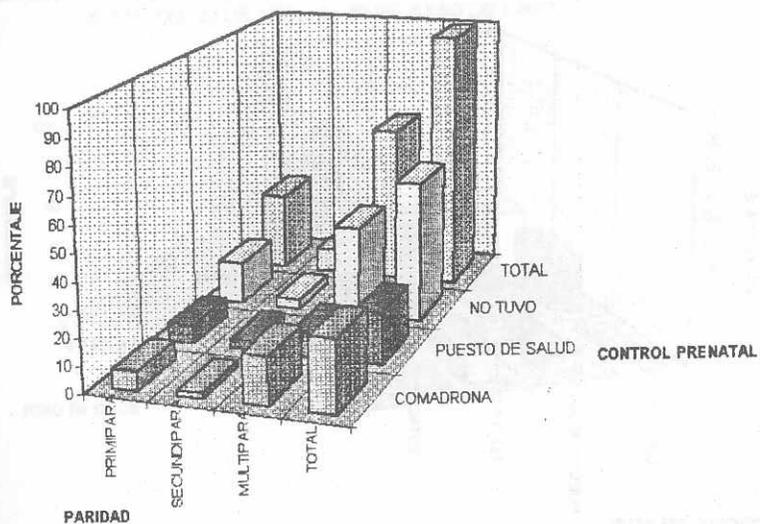
GRAFICA 3

"CONTROL PRENATAL Y PESO AL NACER EN PACIENTES CUYO PARTO FUE ATENDIDO POR COMADRONAS DEL 23 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 1,997"



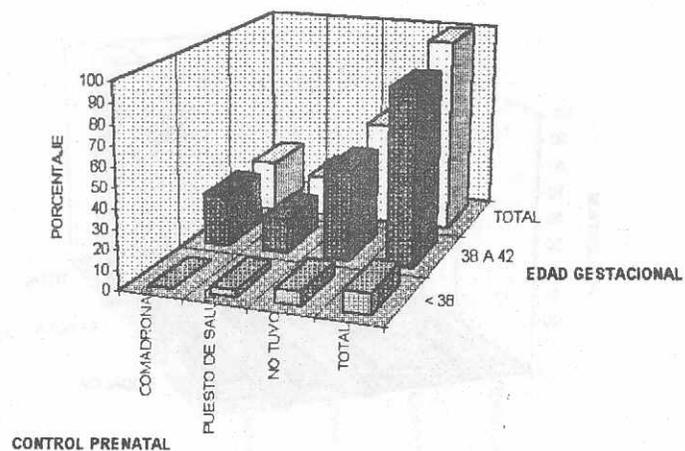
GRAFICA 4

"CONTROL PRENATAL Y PARIDAD EN PACIENTES CUYO PARTO FUE ATENDIDO POR COMADRONAS EN SANTA LUCIA Y MAGDALENA MILPAS ALTAS DEL 23 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 1,997"



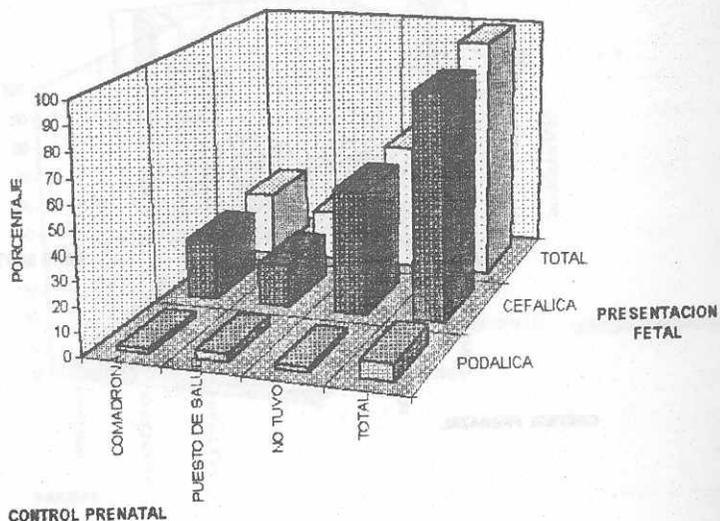
GRAFICA 5

"CONTROL PRENATAL Y EDAD GESTACIONAL EN PACIENTES CUYO PARTO FUE ATENDIDO POR COMADRONAS EN SANTA LUCIA Y MAGDALENA MILPAS ALTAS DEL 23 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 1,997"



GRAFICA 6

"CONTROL PRENATAL Y PRESENTACION FETAL EN PACIENTES CUYO PARTO FUE ATENDIDO POR COMADRONAS EN SANTA LUCIA Y MAGDALENA MILPAS ALTAS DEL 23 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 1,997"



CUADRO No 1:

"CONTROL PRENATAL, COMPLICACIONES NEONATALES TEMPRANAS Y TOXOIDE TETANICO MATERNO EN PACIENTES CUYO PARTO FUE ATENDIDO POR COMADRONAS EN SANTA LUCIA Y MAGDALENA MILPAS ALTAS DEL 23 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 1,997"

CONTROL PRENATAL	BAJO PESO AL NACER		PREMATUREZ		TOXOIDE TETANICO	
	No	%	No	%	No	%
COMADRONAS	1	8.3	0	0	10	40
EN PUESTO DE SALUD	4	33.3	2	33.3	11	44
NO TUVO	7	58.4	4	66.7	4	16
TOTAL	12	100	6	100	25	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO 2

"RAZON POR LA CUAL LAS PACIENTES DECIDIERON PARIR EN SU HOGAR ASISTIDAS POR COMADRONAS EN SANTA LUCIA Y MAGDALENA MILPAS ALTAS DEL 23 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 1,997"

RAZON	%
LEJANIA DEL HOSPITAL	92
FALTA DE RECURSOS PARA TRASLADARSE AL HOSPITAL	54
EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN EL HOSPITAL	40
NO DESEABAN IR AL HOSPITAL	37

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

Se incluyeron 56 pacientes, de ellas 17 (30.3%) eran menores de 20 años de edad y 5 (9%) mayores de 35 años; en conjunto son 22 (39.3 %) pacientes con alto riesgo obstétrico. Los anteriores hallazgos se relacionan con el hecho de que en las comunidades rurales de nuestro país las mujeres tienden a iniciar su procreación siendo adolescentes y la culminan con la menopausia con períodos intergenésicos cortos, pues hay poco uso de planificación familiar; además por complejos factores causales existe alta incidencia de desnutrición materna y condiciones de pobreza extrema que favorecen el nacimiento de niños desnutridos, postmaduros y prematuros, con malformaciones congénitas lo que les da mayor riesgo de enfermar y morir, elevando con ello las tasas de morbimortalidad materno-infantil.

17 (30.3%) pacientes fueron primíparas, 5 (9%) fueron secundíparas y 3 (60.7%) multiparas; de ellas 26 (46.5%) recibieron control prenatal, 15 con comadronas y 11 en los servicios de salud. De las pacientes que recibieron control prenatal 8 eran primíparas y 15 multiparas; las primíparas fueron en su mayoría (88%) madres adolescentes, quienes tienen muy poca experiencia de la vida y por lo tanto reconocen la utilidad e importancia de éste. Es una tendencia generalizada el que las pacientes asistan en muy pocas ocasiones a su control prenatal durante la gestación, lo que no permite que estas visitas constituyan un adecuado control, el cual implica seguimiento de la evolución del embarazo, por lo menos en 5 ocasiones, para detectar así a las madres con alto riesgo obstétrico. Es importante subrayar que el 80% de las pacientes consultó a las comadronas por lo menos una vez, ocasión aprovechada por ellas para hacer las referencias.

Es conveniente resaltar que todos los partos del estudio fueron asistidos por comadronas incluyendo los cuatro recién nacidos que tuvieron presentación podálica al nacer, siendo 1 de ellos producto de 1 parto gemelar, de acuerdo a las normas establecidas todos estos casos se resuelven por vía abdominal (quirúrgica) en los Hospitales Nacionales. Sin embargo en éste caso no hubo ninguna complicación materna, aunque los recién nacidos por su antecedente de prematuridad tienen mayor probabilidad de enfermar y morir.

18 recién nacidos presentaron complicaciones neonatales, 12 tuvieron bajo peso al nacer y 6 fueron prematuros. De las madres de estos niños 5 recibieron control prenatal, obviamente si las otras lo hubieran tenido habría sido posible detectar poca ganancia de peso o desnutrición materna y se hubieran tomado medidas de intervención.

Las madres que recibieron control prenatal con comadronas tuvieron el más bajo porcentaje de niños con bajo peso (1 caso), esto podría explicarse porque las comadronas viven en las comunidades de sus pacientes y por lo tanto recomiendan dietas nutritivas que estén al alcance del presupuesto familiar, fáciles de conseguir y preparar; no así en los servicios de salud, en donde se desconoce la capacidad adquisitiva del grupo familiar y se recomiendan dietas y suplementos vitamínicos cuyo costo está fuera de la capacidad adquisitiva de ellos, por lo que se encuentran en la necesidad de omitir dichas recomendaciones.

De las 15 pacientes que tuvieron control prenatal con comadronas 10 (66%) recibió Toxoide Tetánico (TT), solamente 1 recién nacido tuvo bajo peso al nacer y ninguno fue prematuro. Si se comparan estos datos con los obtenidos de las madres que no tuvieron control prenatal se puede observar la importancia y relación de este en la disminución de las complicaciones (Ver cuadro No. 1).

Es interesante observar que el 88% de las primigestas, el 86% de las madres adolescentes y todas las madres añosas fueron referidas para que su parto fuera asistido en un hospital lo que demuestra la capacidad de las comadronas de establecer grupos de "alto riesgo" y adoptar una conducta adecuada al referirlas. A pesar de las referencias todas las pacientes decidieron parir en su hogar. Al investigar el motivo se encontró que: El 92% lo decidió por la lejanía del hospital lo que indica un obstáculo en la accesibilidad geográfica de los servicios de salud de esta área, el 54% no contaba con los recursos económicos para transportarse al hospital una limitante económica dando como resultado inaccesibilidad, el 40% refirió haber tenido experiencias negativas en el hospital, lógicamente sería importante definir este tipo de experiencias que reflejan una imagen negativa y que sumando la falta de accesibilidad hacen que las embarazadas prefieran parir en su hogar. Finalmente un 37% refirió no tener deseos de ir al hospital, el problema real pudiera ser cualquiera de los anteriormente señalados.

Podría decirse que el hecho de que las pacientes que fueron referidas a los servicios de salud prefirieran parir en su hogar, demuestra la confianza depositada en las comadronas, aunque existan razones de inaccesibilidad que lo expliquen.

IX. CONCLUSIONES:

- 1.- Las comadronas son un recurso valioso que apoya a los servicios de salud y que puede disminuir la morbilidad y las complicaciones de las embarazadas que llevan su control prenatal con ellas; ya que tienen y conocen los criterios de referencia y detectan pacientes con alto riesgo obstétrico.
- 2.- El control prenatal asistido por Comadronas Adiestradas Tradicionales (CATs) tiene relación directa con la disminución de las complicaciones maternas (ninguna en este estudio) y neonatales (1 caso), además aumenta la cobertura de Toxoide Tetánico a mujeres embarazadas.
- 3.- Las pacientes que no reciben control prenatal tienen las más altas cifras de recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer; y muy pocas reciben Toxoide Tetánico.
- 4.- Las pacientes que recibieron control prenatal con comadronas, la mayoría (66%) recibió la vacuna anti-tetánica, ninguna tuvo hijos prematuros y solamente 1 tuvo 1 hijo con bajo peso al nacer.
- 5.- Las pacientes que tuvieron control prenatal en los servicios de salud, todas recibieron Toxoide Tetánico, un porcentaje considerable (33%) tuvo hijos con bajo peso al nacer y algunos fueron prematuros.

X. RECOMENDACIONES:

- 1.- Las comadronas deben ser adiestradas y actualizadas en alto riesgo obstétrico ya que atienden partos de alto riesgo sin que se presenten complicaciones maternas. Deben participar activamente en la asistencia del control prenatal y no solamente en la atención del parto ya que con ello la morbilidad materna y neonatal temprana disminuye y además descentralizaría el control prenatal de los servicios de salud.
- 2.- Dado que las comadronas refieren pacientes a los servicios de salud toda referencia debe ser atendida con la importancia del caso y se debe favorecer el control prenatal mixto entre comadronas y servicios de salud aumentando con esto las coberturas, pues la población atendida por ellas es mayoritaria.
- 3.- Proveer a los servicios de salud de atención primaria en salud de Sacatepequez del recurso de unidades de transporte, para hacer más efectivas las referencias a los servicios de salud de mayor complejidad.
- 4.- Se recomienda darle continuidad al estudio iniciado, ampliando la casuística y relacionando las complicaciones que se presenten en un grupo de casos (pacientes que reciban control prenatal con CATs), con las de un grupo control (pacientes que no reciban control prenatal).

XI. RESUMEN:

En este trabajo se dió seguimiento durante el puerperio inmediato y mediato a todas las pacientes cuyo parto fue asistido por comadronas relacionando las complicaciones maternas y neonatales encontradas con el control prenatal tanto el realizado en los servicios de salud como el efectuado por ellas. Se incluyeron 56 pacientes de ellas 17 eran menores de 20 años de edad y 5 mayores de 35 años. 17 de las pacientes eran primíparas, 15 de ellas adolescentes; de los recién nacidos 4 tuvieron presentación podálica y uno de ellos fue producto de un parto gemelar sin embargo no se dió ninguna complicación materna. De las complicaciones neonatales la más común fue bajo peso al nacer (12 pacientes) seguida de prematuridad (6 pacientes). 26 pacientes recibieron control prenatal, 15 con comadronas y 11 en los servicios de salud; es importante mencionar que el 80% de todas las pacientes tuvo contacto por lo menos en una ocasión con las comadronas y tuvieron su referencia oportuna. 25 de las pacientes recibieron Toxoide Tetánico.

La mayoría de las pacientes que tuvieron control prenatal con comadronas recibieron la vacuna antitetánica, ninguna tuvo hijos prematuros y solamente 1 niño tuvo bajo peso al nacer. De las madres que no tuvieron control prenatal muy pocas recibieron la vacuna antitetánica, ellas tuvieron las cifras más altas de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer.

El control prenatal asistido por comadronas tiene una relación directa en la disminución de las complicaciones maternas (ninguna en este estudio) y neonatales (1 caso), además aumenta la cobertura de la vacuna antitetánica en mujeres embarazadas.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Barlett, A. Et al. "INTRAPARTUM: NEONATAL AND POSTNEONATAL MORBILITY AND MORTALITY IN A TRADITIONAL INDIGENOUS COMMUNITY IN RURAL GUATEMALA: A PROSPECTIVE STUDY". 1,990, Pp 30-35.
2. Centro de Control y Prevención de Enfermedades: "EPIDEMIOLOGIA APLICADA A LA SALUD REPRODUCTIVA". Salud Familiar Internacional. OMS, Ginebra, Suiza, 1,996.
3. FLASOG "GINECOLOGIA, INFERTILIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA", Vol. 1, Editorial Ateprosa, Venezuela, Agosto de 1,996. Pp 705-717.
4. Greenberg, L. "MIDWIFE TRAINING PROGRAM IN HIGHLAND GUATEMALA". Soc.Sic.Med. 16:1, 1,982. Pp 599-606.
5. Hurtado, E. "TRAINING AND INTEGRATION OF TRADITIONAL MIDWIVES INTO A SIMPLIFIED HEALTH PROGRAM IN SAN PABLO LA LAGUNA, SOLOLA, GUATEMALA". Population Report, J. Series: 22. Jan. 1,981.
6. INCAP "MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL, UNA INTERVENCION CON ENFOQUE ESPECIFICO, AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO". INCAP 1,992. Pp 2-15.
7. Macdonald, Et al. "WILLIAMS OBSTETRICIA". 3era edición, Editorial Salvat. S.A. 1,993.
8. Medina Girón, Haroldo Dr. "ESTUDIO DE MORTALIDAD MATERNA EN GUATEMALA". 1,989. MSPAS Y DGSS.
9. Mosby. "DICCIONARIO DE MEDICINA". Grupo editorial Oceano, Barcelona, España, 1,994.
10. MSPAS "BOLETIN EPIDEMIOLOGICO NACIONAL" No. 13, Agosto, VII-VIII, 1,996. Pp 7-18.

11. MSPAS. "NORMAS DE ATENCION MOTERNO-INFANTIL". Guatemala, Agosto de 1,992.

12. OPS/OMS. "PREVENCION DE LA MORTALIDAD MATERNA: PERSPECTIVA PARA LOS AÑOS NOVENTA". Washington D.C. E.U.A. 1,992. Pp 7-18.

13. UNICEF. "ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1,997". New York, U.S.A. 1,997.

14. UNICEF. "REALIDAD SOCIOECONOMICA DE GUATEMALA, CON ENFASIS EN LA SITUACION DEL NIÑO Y LA MUJER". Editorial Piedra Santa Guatemala 1,994. Pp 123-131.

15. UNICEF/WHO. " REVISED 1,990 ESTIMATES OF MATERNAL MORTALITY, A NEW APROACH". UNICEF/WHO, April 1,996. Pp 11.

16. UNICEF Y MSPAS. "CURSO DE CAPACITACION COMADRONAS TRADICIONALES DE GUATEMALA, UN ENFOQUE PARTICIPATIVO". Guatemala, 1,990. Pp 11-38.

17. WHO. "MATERNAL MORTALITY: A GLOBAL FACTBOOK" WHO, Geneva 1,991. Pp 341-344.

XIII. ANEXO:
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TRABAJO DE TESIS:
"RELACION DEL CONTROL PRENATAL ASISTIDO POR COMADRONAS Y LA DISMINUCION DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES."

FECHA: _____ MUNICIPIO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD: _____
DIRECCION: _____

PARIDAD: G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ HV: _____ HM: _____
EDAD GESTACIONAL: _____ SEMANAS (POR ULTIMA REGLA) _____ FECHA DEL PARTO: _____ ATENDIDO POR: _____

PRESENTACION: _____, PARTO SIMPLE: _____, MULTIPLE: _____
PESO DE R.N. _____ Kgs., PRESION ARTERIAL MATERNA: _____ / _____ mmHg.

EDAD GESTACIONAL: _____ SEMANAS POR CAPURRO.
TIEMPO QUETARDO EN LLORAR EL RN: <1' _____, 1'a 5' _____ >5' _____

COMPLICACIONES MATERNAS:

RASGADURAS: VAGINALES: _____, PERINEALES: _____
FIEBRE PUERPERAL: _____ HEMORRAGIA POST PARTO TARDIA: _____
OTRAS: _____

COMPLICACIONES NEONATALES:

CONVULSIONES: _____, ICTERICIA: _____, NEUMONIA: _____ SINDROME DE SEPSIS: _____, OTROS: _____

ANTECEDENTES:

LA MADRE TUVO CONTROL PRENATAL: SI: _____ NO: _____
EN PUESTO DE SALUD: _____ CON COMADRONA: _____ No. DE CONTROLES _____
RECIBIO TOXOIDE TETANICO: _____ # DE DOSIS: _____ HTA: _____ DIABETES _____
MELLITUS: _____ DESNUTRICION: _____ TOXEMIA GRAVIDICA: _____
FUE INVITADA A ASISITIR AL PUESTO DE SALUD: SI _____ NO _____
SE LE INDICO QUE SU PARTO DEBIA ATENDERSE EN EL HOSPITAL: _____
EL MOTIVO POR EL CUAL PARIO EN SU CASA FUE:
a) - FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS: _____
b) - LEJANIA DEL HOSPITAL: _____
c) - NO LE GUSTA LA ATENCION EN EL HOSPITAL: _____
d) - NO TENIA DESEOS DE IR AL HOSPITAL: _____