

Esp
INCAP
ME
043

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA
(INCAP/OPS)
AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO
HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE



"Una Intervención para Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal"

Proyecto de Salud Materno y Neonatal de Quetzaltenango

Barbara Schieber
Hernán Delgado

GUATEMALA, 1993

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA
(INCAP/OPS)
AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO
HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE



"Una Intervención para Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal"

Proyecto de Salud Materno y Neonatal de Quetzaltenango

**Barbara Schieber
Hernán Delgado**

PUBLICACION INCAP ME/043

1993

 **MotherCare**

El trabajo en el cual se basa este documento y su producción fue financiada por el Proyecto MotherCare, bajo Contrato No. DPE 5966-2-00-8083-00 con la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (AID) y con recursos propios del INCAP/OPS.

CONTENIDO

	Página
1. RESUMEN EJECUTIVO	01
2. ANTECEDENTES	02
3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	03
I. ESTUDIOS DE MORTALIDAD MATERNA Y PERI-NEONATAL	03
A. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES DE MORTALIDAD PERI-NEONATAL	03
B. ESTUDIO DE MORTALIDAD MATERNA	03
II. PRESTACION DE SERVICIOS	03
A. LA COMADRONA	03
B. LA COMUNIDAD	04
C. LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	05
4. ESTRATEGIAS DE LA INTERVENCION	07
A. BASES PARA LA ACCION	07
B. ACCIONES DESARROLLADAS	08
5. MONITOREO Y EVALUACION	10
6. PRODUCTOS	11
7. LECCIONES APRENDIDAS	12
8. BIBLIOGRAFIA	13

1. RESUMEN EJECUTIVO



El proyecto de Salud Materno Neonatal de "Quetzaltenango" se desarrolló de 1988 a 1993 en el Área de Salud de Quetzaltenango, Guatemala. Este es un proyecto colaborativo entre el Área de Salud de Quetzaltenango y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Este proyecto busca reducir las altas tasas de mortalidad materna y neonatal del área, a través de la utilización más eficiente de los recursos existentes y de la aplicación de un enfoque muy específico, centrado en la detección temprana y manejo adecuado de las principales complicaciones obstétricas (hemorragia, sepsis y eclampsia) y neonatales (asfixia, sepsis y complicaciones de bajo peso al nacer y prematuridad) en todos los niveles de atención desde la comunidad hasta el hospital.

El proyecto se desarrolló en tres fases: diagnóstica, de intervención y de evaluación. En la fase diagnóstica se realizaron estudios para determinar las limitantes y otros problemas en el manejo de casos obstétricos y neonatales en los niveles de hospital, centros y puestos de salud, comadronas y familias. Se realizaron encuestas a los usuarios de los servicios, al personal de los mismos y a las comadronas para determinar los factores que influyen sobre el manejo apropiado de casos obstétricos y neonatales, y la adecuada utilización de los servicios. Asimismo, se realizaron estudios para determinar las principales causas de muerte materna y neonatal.

Entre los principales hallazgos de las investigaciones está que el 95% de las muertes maternas eran causadas por hemorragia, sepsis y eclampsia, y el 92% de las muertes peri-neonatales eran causadas por asfixia debido a malpresentación y trabajo de parto prolongado, sepsis y complicaciones derivadas de prematuridad y bajo peso. A nivel de los servicios de salud se encontró que el personal de salud y las comadronas no habían recibido capacitaciones recientes sobre la detección y manejo de las principales emergencias obstétricas y neonatales, y no existían normas ni protocolos de manejo específicos para estas complicaciones.

Además, el sistema de referencia y contrarreferencia no era funcional.

En la segunda fase, basada en los hallazgos de la fase diagnóstica, se desarrollaron intervenciones tendientes a mejorar la detección y manejo de las principales emergencias obstétricas y neonatales. Se establecieron protocolos de manejo de las principales emergencias obstétricas y neonatales en los servicios de salud y se capacitó al personal de salud y comadronas. Se realizaron actividades de sensibilización y motivación del personal de salud para favorecer la aceptación/valoración de las comadronas y de sus pacientes en los servicios de salud. Se realizaron reuniones entre los diferentes niveles para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia. Se capacitó a capacitadores de comadronas para mejorar sus conocimientos técnicos sobre el manejo de emergencias obstétricas y neonatales y en metodologías participativas basadas en educación para adultos. Se desarrolló material visual práctico, barato y fácil de hacer para realizar las capacitaciones a comadronas de manera más práctica y participativa.

En la tercera fase, se evaluó el impacto de las diferentes intervenciones, estableciendo sistemas de monitoreo y evaluación a nivel de los servicios de salud y comunidad.

Datos preliminares muestran que las referencias de casos obstétricos complicados hechas por comadronas al hospital han incrementado en un 396%. La mortalidad neonatal a nivel hospitalario ha disminuido de 38 x 1000 nacidos vivos en 1989 a 32 x 1000 nacidos vivos en 1992. Las comadronas ya no reportan recibir mal trato en el hospital e inclusive pueden acompañar a sus pacientes en la sala de partos. En los Centros y Puestos de Salud ha mejorado el registro de información vital en las historias clínicas sobre embarazo, parto, post-parto y recién nacido, y ha habido mejoría por parte del personal de salud en la realización de las destrezas del examen clínico del embarazo.

2. ANTECEDENTES



Información reciente sobre el patrón de mortalidad infantil en Guatemala indica que aproximadamente el 50% de todas las muertes infantiles ocurren durante el nacimiento y antes del tercer mes de vida. Tomando como base la tasa de mortalidad infantil (TMI) de 73.4 por 1,000 nacidos vivos encontrada en 1987 en Guatemala, se ha estimado que la tasa agregada de mortalidad intraparto y neonatal para el país es mayor de 36 por 1000 nacidos vivos. Resultados de encuestas realizadas recientemente por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá en 26 hospitales públicos de todo el país y en el Área de Salud de Quetzaltenango, confirman la elevada tasa de mortalidad materna, que varía entre 200-230 por 100,000 nacidos vivos entre 1989 y 1990. Información oficial a nivel nacional demostró tasas de mortalidad materna, a nivel comunitario, similares a las encontradas en el estudio de Quetzaltenango.

La atención del parto y del recién nacido ocurre frecuentemente a nivel del hogar, especialmente en el área rural. Las comadronas atienden aproximadamente del 60 al 70% de todos los nacimientos en Guatemala siendo mayor, cercano al 90%, en algunas áreas

rurales del altiplano donde son mayores las tasas de mortalidad y morbilidad perinatal. Debido a que la capacidad institucional actual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social sólo permite la atención de aproximadamente el 20% de los nacimientos, se acepta que la comadrona es un elemento clave en cualquier programa para reducir la mortalidad perineonatal y materna, especialmente en el área rural.

En base a lo anterior, en 1988 el INCAP inició actividades en las Áreas de Salud de Quetzaltenango y Sacatepéquez tendientes a determinar las causas específicas de mortalidad en estos grupos de población, así como las limitantes en la atención de casos obstétricos y neonatales en la comunidad y en los servicios de salud (hospital, centros y puestos de salud y comadronas tradicionales). Como resultado de estos estudios, se desarrollaron y probaron modelos de atención.

A continuación se resumen los principales hallazgos de los estudios efectuados, así como los aspectos más sobresalientes de las intervenciones implementadas.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL



I. ESTUDIOS DE MORTALIDAD MATERNA Y PERI-NEONATAL

A. Estudio de casos y controles de mortalidad peri-neonatal

Metodología

Se realizó un estudio de casos y controles para identificar las determinantes de la mortalidad peri-neonatal a nivel comunitario. El estudio se realizó en 120 casos y 120 controles de cuatro distritos de salud del altiplano de Quetzaltenango. Se definió como caso un recién nacido muerto o que moría en el período neonatal, y como control, un niño que nacía vivo y no moría en el período neonatal. Ambos, casos y controles, se obtuvieron del registro civil de las municipalidades de las comunidades. A nivel domiciliario fueron entrevistadas las personas responsables de los casos y controles.

Resultados

La principal causa de mortalidad intraparto y durante el primer día de vida es asfixia (42%), principalmente causada por presentación anormal del feto y trabajo de parto prolongado.

La causa más frecuente de la mortalidad neonatal (del 2o. al 28avo. día) es sepsis (34%), seguida de bajo peso, prematurez y sus complicaciones (20%).

La tasa de mortalidad peri-neonatal proporcional estimada, por categoría de edad, es la siguiente:

43.7% en el período intraparto y primer día de vida;
41.2% del 2o. al 28avo. día de vida;
15.1% de los casos fueron óbitos.

B. Estudio de mortalidad materna

Metodología

El estudio de mortalidad materna se realizó en el Area de Salud de Quetzaltenango y abarcó el período de 1989-1990. Se obtuvieron datos en los registros civiles de todas las municipalidades sobre las muertes ocurridas en mujeres en edad fértil. En los casos de muerte se realizó una entrevista a los familiares cercanos con el objeto de determinar la causa de la mortalidad materna. Cuando la muerte ocurrió en el hospital, se revisó la historia clínica. En total se identificaron 100 casos de mortalidad materna; 61 de los mismos eran atribuibles a causas obstétricas directas.

Resultados

La hemorragia (45%) es la principal causa de muerte materna, seguida por sepsis (35%) y pre-eclampsia - eclampsia (15%). La mayoría de casos fallecen en el período post-parto. El 74% de los casos de hemorragia post-parto fallecen antes de 24 horas post-parto, el 52% fallece en las primeras seis horas post-parto.

En los casos de sepsis, la duración de la enfermedad es de varios días. En el 71% de los casos de mortalidad materna ocurrida a nivel comunitario, la comadrona estaba presente cuando ocurrió la muerte materna.

II. PRESTACION DE SERVICIOS

Se realizó un diagnóstico de la atención obstétrica y neonatal en todos los niveles de los servicios de salud de Quetzaltenango: Departamento de Gineco-Obstetricia y Unidad de Neonatología del Hospital General de Occidente San Juan de Dios, Centros y Puestos de Salud, comadronas tradicionales y madres y padres de familia. A continuación, separadamente, se presentan consideraciones, metodologías y los resultados principales de los estudios desarrollados.

A. La comadrona: Entrevistas a profundidad con comadronas

Metodología

Tomando como base el universo de comadronas tradicionales empíricas y capacitadas de cuatro distritos de salud del área rural y del distrito de salud de Quetzaltenango, que incluye área urbana, se seleccionó aleatoriamente una muestra conformada por diez comadronas empíricas y diez comadronas capacitadas en cada distrito, lo que representa un 20% del total de comadronas existentes.

Cada una de las comadronas fue entrevistada a profundidad, independientemente y en su hogar, por un período de dos a tres horas. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas. Posteriormente se categorizaron las respuestas obtenidas y se efectuaron análisis estadísticos.

Resultados

Los hallazgos más relevantes del estudio de comadronas fueron:

1. Las comadronas generalmente consideran que el objetivo de la atención prenatal es "asegurar a la madre que las cosas van bien" (90%), y no como una oportunidad para "detectar eventos o condiciones de alto riesgo".
2. El 85% de las comadronas desconocen por qué una mujer debe vacunarse contra el tétanos.
3. Solamente del 5 al 10% de las comadronas conocen y aplican sistemáticamente el concepto de detección y manejo de "riesgo", en relación a eventos tales como: malas presentaciones fetales (transversa, podálica), retención de placenta y hemorragia. En la mayoría de los casos las comadronas identifican algunas situaciones "peligrosas"; sin embargo, en general, desconocen técnicas de prevención y manejo de estos eventos. Con frecuencia los resultados exitosos o fracasos son atribuidos a la "suerte", "la voluntad divina de Dios" o "mal de ojo".
4. Un 41% de las comadronas refirió usar inyecciones intramusculares de oxitocina para "dar fuerza en el trabajo de parto". Esta práctica se asocia a una mortalidad perinatal significativamente mayor (Bartlett, 1989). Otras prácticas dañinas asociadas con mayor riesgo de morbi-mortalidad perinatal incluyen: exámenes vaginales, indicación de pujar desde la fase inicial del trabajo de parto, corte y cuidado inadecuado del cordón (uso de polvitos y pomadas en el muñón) y cuidado inadecuado del recién nacido inmediatamente después del parto (no se mantiene la temperatura del recién nacido ni se recomienda iniciar inmediatamente la lactancia materna).
5. El 20-30% de las comadronas no hablan el castellano y muy pocos profesionales de salud (1-2%) hablan los dialectos indígenas, lo que resulta en una barrera significativa de lenguaje. Durante las capacitaciones la traducción está a cargo de promotores y comadronas; sin embargo, dado que no se controla la calidad de la traducción, no hay garantía de que la transmisión de los conocimientos sea efectiva o fidedigna.
6. La mayoría de las comadronas, 78.1%, consideran que los servicios de salud no proporcionan suficiente apoyo a ellas o a sus pacientes. Pocos comentarios positivos fueron expresados en

relación a la atención dada a pacientes por el personal de salud. Fueron frecuentes los reportes de comadronas sobre mal trato y regaños por parte del personal de los servicios de salud. La relación de las comadronas no-capacitadas con los servicios de salud es virtualmente inexistente. Es más, hay comadronas capacitadas que no consultan ni reportan a los servicios de salud.

7. Las comadronas no son supervisadas por el personal de salud en forma regular y casi nunca en su hogar o cuando están atendiendo un parto. Esto es generalmente debido a la falta de recursos humanos así como de transporte y viáticos.
8. Existe conflicto en relación a la referencia de pacientes por parte de la comadrona, debido a pérdida de "status" de la comadrona frente a la comunidad. La referencia es considerada como un "fracaso", implicando no sólo la pérdida del pago por el parto, sino que también mal trato a la comadrona y a su paciente en los servicios de salud y reserva por parte de la comadrona acerca de la capacidad resolutive del sistema de salud en relación a la complicación referida. Por otra parte, frecuentemente las referencias se hacen muy tarde para tener un resultado positivo, lo que aumenta la desconfianza en el sistema.
9. Las comadronas participaron activamente, exponiendo con facilidad y entusiasmo sus experiencias y problemas a los encuestadores. Sin embargo, según expresaron, no existe el mismo grado de confianza con el personal de salud por temor a las críticas o regaños.

B. La comunidad: Entrevistas con madres y padres de familia

Metodología

Se seleccionaron cuatro comunidades rurales con más de 1000 y cuatro con menos de 1000 habitantes en cada uno de los cuatro distritos de salud, que fueran accesibles y representativos de los distritos. En el área urbana se seleccionaron al azar tres colonias urbano-marginales. En cada uno de los conglomerados se realizó un muestreo sistemático, entrevistando a un total de 200 madres y 200 padres de familia.

Resultados

Los aspectos más destacados del estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad son:

1. La mayoría de madres y padres (80 y 96% respectivamente) identifican algunas situaciones de alto riesgo, tales como la presentación podálica/transversa, la hemorragia y la retención de placenta, por su asociación con una mayor probabilidad de muerte para la madre y/o el infante (60-100%). A la pregunta acerca de cuál era el recurso más idóneo para el manejo de esas condiciones, la mayoría identificó: al hospital; el médico (60-70%); y las comadronas (15-30%). La justificación dada fue que los médicos tienen "mayor conocimiento, medicina y aparatos". A pesar de esta opinión, en la práctica la comunidad frecuentemente rechaza las referencias.
2. La comunidad con frecuencia espera que la comadrona maneje los problemas de alto riesgo en el hogar. Las razones mencionadas para la renuencia a aceptar la referencia a los centros de salud/hospital incluyen: "allí se mueren (27%), las mujeres son operadas o esterilizadas, la barrera del lenguaje, mal trato (20%), largos períodos de espera (20-30%), consideraciones económicas, falta de transporte (8%) y que los esposos no desean que sus cónyuges sean examinadas por personal del sexo masculino (17%)".
3. Cuando se indagó cómo se podría aumentar la aceptabilidad a las referencias, los padres respondieron que el personal de salud debiera mejorar la calidad de la atención médica (30%), mejorar el trato humano (27%), y darle a conocer a la población que servicios se prestan en los establecimientos de salud (23%).
4. La mitad de los padres y madres entrevistados tenían conocimiento acerca de la utilización de oxitocina durante el trabajo de parto y sobre la justificación para su uso. De las entrevistadas que tenían conocimiento previo, el 25% había recibido inyecciones de oxitocina durante el último parto.

C. Los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública

Metodología

Se realizaron varios estudios diagnósticos relacionados a la atención de casos obstétricos y neonatales en los servicios de salud en cuatro Centros, diecinueve Puestos de Salud y el Hospital de Quetzaltenango. Estos incluyen:

1. Evaluación de conocimientos técnicos sobre el manejo de casos obstétricos y neonatales (n=68). Esta evaluación se aplicó a todo el personal de salud de cuatro distritos de salud, haciéndose el análisis por distrito y profesión. Una prueba más específica fue aplicada a médicos residentes de gineco obstetricia y neonatología del Hospital General de Occidente.
2. Prueba de actitud del personal de salud en relación a las comadronas tradicionales (n=68). Se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas a todo el personal de salud de cuatro distritos de salud.
3. Observación de la atención prenatal en Centros y Puestos de Salud (n=42). Cuando se efectuó el estudio no se encontraron casos de puérperas y recién nacidos, por lo cual estos aspectos no fueron incluidos en el estudio.
4. Revisión de historias clínicas de embarazadas (n=321), puérperas (n=38) y recién nacidos (n=28) en los cuatro distritos de salud.
5. Evaluación de las Condiciones de Eficiencia del Programa Materno Infantil en cuatro Centros y 19 Puestos de Salud y en el Departamento de Gineco-Obstetricia y Neonatología del Hospital. Para ello se entrevistó a los responsables de los servicios. Con este instrumento se evaluaron características del personal, recursos físicos, materiales, normas, logística, educación, y otros de los servicios de salud.
6. Entrevistas con los responsables de los programas de comadronas (n=8).

Resultados

1. No se utiliza el enfoque de detección y manejo de alto riesgo en los diferentes niveles del sistema de salud (hospital, centro y puesto de salud).
2. No existen normas institucionales para el manejo de casos de alto riesgo a nivel hospitalario. A nivel del centro/puesto de salud, el 60% del personal de salud desconoce el contenido de normas del Ministerio de Salud Pública para la detección y el manejo de casos de alto riesgo.
3. El personal de salud en todos los niveles no ha recibido capacitación en el manejo de complicaciones obstétricas y neonatales. La etapa de "recién nacido", la más crítica por presentar la mayor tasa de mortalidad por unidad de tiempo durante el período infantil, no se reconoce o trata como un período especial que requiere de vigilancia e intervenciones especiales.
4. En la evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios de salud del programa materno-infantil, se encontró un nivel de adecuación de 50%, menor al límite considerado aceptable. Con frecuencia los centros/puestos de salud no cuentan con el equipo mínimo básico requerido para realizar exámenes físicos adecuados (i.e: estetoscopio, esfignomanómetro funcional).
5. No existe un sistema funcional de referencia y contrarreferencia entre los puestos, centros de salud y el hospital. La evaluación encontró que, en general, la información que se registra en las historias clínicas es deficiente e inadecuada para el correcto manejo de la condición de alto riesgo. La información que se recolecta no se utiliza para planificar, manejar o analizar los problemas.
6. El personal de salud en general tiene poco conocimiento sobre el trabajo de las comadronas y su función en la comunidad. Con frecuencia se consideran "peligrosas" algunas prácticas tradicionales, como por ejemplo la cauterización del cordón y la posición hincada de parto, a pesar de la evidencia científica que las recomienda. Del personal de salud, la enfermera tiene mayor conocimiento sobre el quehacer de la comadrona.
7. Los capacitadores de las comadronas (enfermeras graduadas) no reciben capacitación adicional para la detección y manejo de casos obstétricos y neonatales de alto riesgo ni acerca de metodologías educativas para adultos. Los materiales educativos utilizados en los cursos de capacitación son insuficientes e inadecuados. Las enfermeras expresaron su preocupación sobre la inefectividad de los cursos de capacitación de comadronas y la falta de una supervisión adecuada a las comadronas.

4. ESTRATEGIAS DE LA INTERVENCION



A. BASES PARA LA ACCION

Hallazgos positivos

Como resultado del diagnóstico y análisis de la situación de atención a casos obstétricos y neonatales, se identificaron facilitadores que podrían contribuir a mejorar la atención en ese grupo de población:

1. La comunidad reconoce la capacidad de la comadrona en el manejo de casos de bajo riesgo, y que el hospital es fuente adecuada para referencias de situaciones de alto riesgo.
2. Las comadronas reconocen la importancia de mantener una buena relación de trabajo con el Sistema de Salud y recibir apoyo del personal de salud de su área. Por su parte, el sistema de salud reconoce la importancia del trabajo de las comadronas en el primer nivel de atención.
3. Las comadronas y el personal de salud de todos los niveles del sistema plantearon la necesidad y disposición de recibir más capacitación sobre los temas descritos. Existe reconocimiento acerca de la necesidad de fortalecer la programación local y mejorar la prestación de servicios de salud a madres y niños. La meta común identificada es mejorar la tasa de sobrevivencia de las madres e infantes.

El primer paso consistió en analizar y discutir los hallazgos de los estudios con el personal de las áreas de salud y hospital. Mediante este proceso participativo se llegó a la formulación de un plan de acción, asignando responsabilidades a cada sector.

El enfoque básico de las intervenciones está dirigido hacia el último nivel de prevención, es decir evitar que ocurra la muerte cuando la enfermedad está presente. Se seleccionó este enfoque considerando que en la actualidad no se dispone de recursos suficientes para modificar los factores de alto riesgo (ejemplo: analfabetismo, bajo peso al nacer, gran multiparidad, etc.) que requieren intervenciones complejas y de largo plazo. Las intervenciones actuales proponen evitar que ocurra la muerte, utilizando los recursos existentes con mayor eficiencia y eficacia. Las razones por las que no se seleccionaron mujeres en riesgo, utilizando un enfoque tradicional basado en múltiples factores de riesgo materno, son las siguientes:

- * Según estudios realizados en Guatemala y en otros países en vías de desarrollo, un porcentaje mayor al 70% de las mujeres presentan uno o más de los factores de riesgo identificados por la OPS/OMS/CLAP. Esto implicaría que más del 70% de los partos debieran ser atendidos en centros de alta complejidad. Sin embargo, la capacidad instalada del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala sólo permite atender al 20% de los partos. Por lo tanto, aunque todas las embarazadas de riesgo acepten ser referidas, los hospitales nacionales no estarían en capacidad de atenderlas.
- * Por otra parte, complicaciones y muertes también ocurren en mujeres que no presentan factores de riesgo, ya que la sensibilidad de algunos de los factores de riesgo es baja, en especial la de las complicaciones obstétricas como hemorragia o pre-eclampsia. Lo mismo sucede con sepsis en los neonatos.
- * La especificidad de algunos de los indicadores de riesgo es baja. En consecuencia, mujeres clasificadas como en riesgo podrían ser falsos positivos. Si estos casos aceptan ser referidas al hospital y resultan ser casos de bajo riesgo, la referencia pierde credibilidad.
- * Un alto porcentaje de mujeres en el área rural no tiene una buena opinión de los servicios hospitalarios, por lo que independientemente del riesgo obstétrico, prefiere dar a luz en su hogar.

La información recolectada en este estudio permitió identificar que las causas más frecuentes de muerte en madres son la hemorragia, la sepsis y la eclampsia; en los casos de mortalidad peri y neonatales, son la asfixia por mala presentación y el trabajo de parto prolongado, la sepsis, la prematuridad y el bajo peso al nacer. El enfoque de las intervenciones desarrolladas en el proyecto busca la detección temprana de estas condiciones a modo de dar atención inmediata a nivel local, con posterior referencia al hospital.

Las complicaciones específicas que fueron priorizadas fueron la ruptura prematura de membranas, el trabajo de parto prematuro o prolongado, la mala presentación, el embarazo gemelar, la cesárea previa, la pre-eclampsia, la hemorragia y signos de infección en el post-parto. Asimismo, los recién nacidos con

síntomas de sepsis, asfixia, bajo peso al nacer y prematuridad.

La detección y manejo de estos casos fue enfatizado a nivel de la comadrona, los centros y puestos de salud, y el hospital; es decir, la intervención se realiza en estos tres niveles.

Las intervenciones propuestas en este proyecto favorecen la utilización más eficaz y eficiente de los recursos humanos, materiales e infraestructura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social existente en esta área, y obtener así mejores resultados en la atención de casos obstétricos y neonatales. La estrategia básica es la motivación y tecnificación del personal que atiende este grupo de población, para realizar actividades concretas con objetivos y metas claros y precisos.

B. ACCIONES DESARROLLADAS

1. Acciones a nivel de la comadrona

a. Se capacitó a capacitadores de comadronas utilizando materiales específicos con contenidos enfocados en la detección y manejo adecuado y oportuno de complicaciones obstétricas y neonatales. Esto tuvo como propósito incrementar el conocimiento técnico de los capacitadores y darles mayor confianza para desarrollar los temas en los cuales las comadronas fueron capacitadas. Además, se aplicaron metodologías educativas participativas, adaptadas a la enseñanza de adultos, para fortalecer su capacidad de manejar grupos en forma participativa y con los principios básicos de la educación para adultos para favorecer una apropiada transmisión y comprensión de los mensajes.

b. En la capacitación de la comadrona, se redujeron los contenidos técnicos a los mínimos indispensables que fueran útiles para las comadronas en la detección, manejo y referencia adecuada y oportuna de los casos maternos y neonatales complicados que presentan mayor mortalidad. También se enfocaron en disminuir prácticas dañinas como el uso de oxitocina y de licor durante el trabajo de parto.

Se utilizó una metodología participativa aplicada a la enseñanza para adultos, con material audiovisual de apoyo apropiado, de bajo costo y fácil elaboración, para favorecer la adquisición y retención de conocimientos nuevos y lograr la

participación activa de la comadrona. Esta metodología, contenidos de capacitación y guías fueron desarrollados en coordinación con el personal de salud de esas áreas, a través de un proceso participativo.

2. Intervención a nivel de centros y puestos de salud

La capacitación del personal de los centros y puestos de salud se enfocó en la detección y manejo de los casos maternos y neonatales que presentan mayor mortalidad para fortalecer su capacidad técnica resolutoria. Además, se elaboraron, conjuntamente con el personal de salud, protocolos de manejo, que sirven de guía para la atención de estos casos.

3. Acciones en los Departamentos de Gineco-Obstetricia y Neonatología del Hospital

a. Normatización

En este nivel se normatizó la atención de los casos complicados prioritarios. El proceso fue participativo, con la representación de médicos jefes, residentes y enfermeras.

b. Capacitación

Se capacitó al personal médico y paramédico sobre el uso apropiado y la importancia de las normas.

4. Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia

Para asegurar una respuesta apropiada de cada uno de los niveles involucrados, se realizaron reuniones con el personal de los hospitales y los distritos de salud. Además, con el propósito de sistematizar la referencia y contrarreferencia de los casos, el personal de los distritos realizó visitas a los hospitales, y viceversa.

Las comadronas también visitaron el hospital para conocer la estructura física y al personal que atiende los casos que refieren y mejorar la interrelación comadrona-establecimiento de salud.

Se realizaron reuniones periódicas con el personal de salud de los centros/puestos de salud y el hospital, para mantenerlos informados sobre las acciones realizadas a nivel de comadronas y comunidad. El propósito de estas reuniones fue recalcar la importancia del trato amable hacia las

comadronas y pacientes referidas y así motivar al personal de salud y contribuir al funcionamiento exitoso del sistema de referencia, mejorando la imagen de los Servicios de Salud ante los usuarios.

5. Apoyo al establecimiento de la Maternidad Cantonal de San Carlos Sija, Quetzaltenango

Se proporcionó cooperación técnica para el establecimiento de una maternidad cantonal, con la participación de la comunidad, centro de salud, Jefatura de Área y Departamento de Obstetricia del hospital.

Los principales objetivos de la maternidad cantonal son:

- * La docencia en servicio a personal de salud y comadronas sobre el manejo de casos obstétricos y neonatales.
- * Sensibilizar al personal hospitalario a través del contacto directo con la comunidad.
- * Brindar mejores servicios de salud en un área con poco acceso a los servicios especializados.

5. MONITOREO Y EVALUACION DE LAS INTERVENCIONES



Se diseñó un sistema de monitoreo y evaluación en todos los niveles donde se efectuaron intervenciones. Las acciones de monitoreo, por nivel de atención, comprendieron:

1. Hospital:

Monitoreo de patrones de mortalidad materna y perinatal y referencia de casos por comadronas y Centros y Puestos de Salud.

2. Centros y Puestos de Salud:

Monitoreo de coberturas de casos obstétricos y neonatales, observación de atención de casos, evaluación de historias clínicas y conocimientos técnicos.

3. Comunidad:

Se estableció un sistema de vigilancia de partos a nivel de hogares en las comunidades, donde se obtiene información sobre la detección y el manejo de casos complicados y normales por la comadrona. Asimismo, se obtiene información sobre el proceso de referencia y producto final de la referencia y de los partos en general.

6. PRODUCTOS



Además de la consecución de los objetivos del proyecto, se ha desarrollado normas de atención, apropiadas para el área rural y urbano-marginal, y se ha elaborado material de capacitación y educación el cual podría ser utilizado o adoptado en otros contextos. Los documentos técnicos elaborados incluyen:

1. Metodología para realizar un diagnóstico situacional en salud materno-neonatal en hospitales, centros y puestos de salud, comadronas tradicionales y comunidad.
2. Metodología para el monitoreo y la evaluación de intervenciones en mortalidad materna y peri-neonatal a nivel comunitario y servicios de salud.
3. Material visual para capacitación a comadronas.
4. Manual de capacitación a capacitadores de comadronas.
5. Protocolos de manejo de casos obstétricos y neonatales para centros/puestos de salud.
6. Guía práctica de atención a embarazadas, puérperas y recién nacidos en centros y puestos de salud (poster).
7. Historia clínica para embarazadas, puérperas y recién nacidos en centros y puestos de salud.
8. Protocolos de manejo de las principales emergencias neonatales y obstétricas a nivel hospitalario.
9. Guía práctica de atención de la embarazada, puérpera y recién nacido a nivel hospitalario (poster).
10. Resultados preliminares que muestran un impacto importante en la reducción de la mortalidad intraparto y neonatal (Sacatepéquez).
11. Posters para los servicios de salud sobre los temas de:
 - * Mejorar el trato humano a comadronas
 - * Mejorar el trato humano a pacientes
 - * Respetar el pudor de los pacientes
 - * No descartar las hojas de referencia y envío de contrarreferencia.

7. LECCIONES APRENDIDAS



Además de los productos específicos desarrollados en el contexto del proyecto, se identificaron durante el transcurso del mismo un serie de cuestiones generales que constituyen verdaderas lecciones, para considerar en la ejecución de programas de salud materno infantil tendientes a la reducción de la mortalidad materna y peri-neonatal.

Las lecciones aprendidas en el desarrollo del programa incluyen las siguientes:

1. Para lograr impacto sobre mortalidad materna y peri-neonatal, se requiere la acción coordinada de todos los niveles de atención, incluyendo: el hospital, los centros y puestos de salud y la comunidad incluyendo las comadronas. Complicaciones como Sepsis y Hemorragia necesitan la atención del último nivel de atención para su tratamiento óptimo; sin embargo el manejo apropiado de las complicaciones necesita ser iniciado a nivel comunitario. El ejemplo más claro acerca de la necesidad de integración de la atención es la hemorragia post-parto, considerando que, con base en los resultados de este estudio, el 52% de los casos a nivel de la comunidad muere en las siguientes seis horas después del parto.
2. Se necesita fortalecer la capacidad técnica del personal de salud en centros, puestos de salud y hospital en el manejo de complicaciones obstétricas y neonatales. Muchas veces casos complicados son adecuadamente referidos a los niveles de mayor complejidad pero estos no tienen suficiente capacidad resolutive. Con esto se desmotiva la referencia oportuna y apropiada de casos por parte de las comadronas y familias.
3. Se debe mejorar la detección y manejo de las principales causas de muerte materna y peri-neonatal por parte de las comadronas tradicionales (que atienden del 60-80% de los partos en Guatemala). Un 92% de la mortalidad por causas obstétricas directas se debe a hemorragia, sepsis y eclampsia, mientras que el 96% de la mortalidad

peri-neonatal es causada por asfixia debido a mala presentación y trabajo de parto prolongado, sepsis neonatal y complicaciones asociadas a prematuridad y bajo peso al nacer. Sin embargo, las comadronas no están adecuadamente capacitadas para detectar y manejar apropiadamente estos casos en la comunidad.

4. Se requiere fortalecer la capacidad técnica de los capacitadores de comadronas en el manejo de emergencias obstétricas y neonatales y educación participativa para adultos. De esta forma podrán transmitir los mensajes correctos para que las comadronas puedan comprenderlos y recordarlos. Tradicionalmente, las comadronas han sido capacitadas a través de clases magistrales con lenguaje muy técnico y contenidos académicos, requiriéndose por el contrario capacitarlas acerca de la detección de complicaciones y su manejo correcto a nivel de la comunidad y mientras el caso pueda trasladarse al hospital.
5. Se necesita mejorar la relación entre comadronas y personal de salud, propiciando un cambio de actitud en el personal de salud para respetar y valorar el trabajo de la comadrona. La queja más frecuente que expresan las comadronas es que al llevar pacientes a los servicios de salud reciben regañones o no se les toma en cuenta; muchas veces ni siquiera se les permite entrar para acompañar a su paciente.

Al recibir este trato, la comadrona frecuentemente no regresa con sus pacientes al hospital o centro/puesto de salud. De esa manera se rompe la cadena de referencias de casos complicados a los niveles de referencia correspondientes. La comadrona no se acercará a los servicios de salud a menos que sienta respeto y aprecio por su trabajo y su persona.

Así mismo es necesario que el trato humano a los pacientes sea mejorado por el personal de salud para facilitar la llegada apropiada y oportuna de los mismos a los servicios.

BIBLIOGRAFIA

1. Bartlett, A. et al. Intrapartum, neonatal and post-neonatal morbidity and mortality in a traditional indigenous community in rural Guatemala: a prospective study. *Acta Paediatr. Scand.* 80:288-296, 1991.
2. Bocaletti, M. Mortalidad materna hospitalaria en Guatemala, 1988. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Medicina, 1989.
3. Bossert J. et al. Guatemala health sector assessment update. Guatemala Ministry of Health, 1987.
4. Fauveau, V. et al. Perinatal mortality in Matlab, Bangladesh. A community-based study. *International Journal of Epidemiology.* 198:606-612, 1990.
5. La mortalidad en la niñez centroamericana, Panamá y Belice. Guatemala: 1980-1989. San José, Costa Rica. INCAP/UNICEF/CELADE, 1990.
6. Jamison, D. et al. (editors) *Disease Control Priorities in Developing Countries.* New York. Oxford University Press for the World Bank, 1991.
7. Jordan, B. Modes of teaching and learning. Questions raised by the Training of Traditional Birth Attendants. Institute for Research on Learning Report No. IRL 87-0004, 1987.
8. Jordan, B. Cosmopolitical Obstetrics: Some insight from the training of traditional midwives. *So. Sci. Med.* 28(9) 295-944, 1989.
9. Koblinsky, M. Programming for Safe Motherhood. Paper. Washington, D.C. World Bank, Safe Motherhood Initiative Conference, March 1992.
10. Maine, D. Safe motherhood programs: options and issues. Columbia University. Center for Population and Family Health. (s.f.)
11. Marshall, M. et al. *Life-Saving Skills Manual for Midwives.* 2nd. ed. Washington, D.C. American College of Nurse Midwives, 1991.
12. Medina, H. Mortalidad materna en Guatemala. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1989.
13. Mendez-Dominguez, A. Las creencias, las actitudes y el comportamiento que limitan la demanda de cuidado prenatal entre indígenas adolescentes en Guatemala. Guatemala Universidad Del Valle de Guatemala. JCRW, 1989. Informe.
14. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta de Salud Materno Infantil, Guatemala, 1987.
15. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía del docente para la capacitación de comadronas, Guatemala, 1989.
16. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. OPS/OMS, 1990.
17. Putney, P. et al. The training and practice of traditional birth attendants in Guatemala. Guatemala, Management Sciences for Health. USAID/Guatemala, 1985.
18. Rooney, C. Antenatal Care and Maternal Health: How effective is it? WHO, 1992.
19. Rooney, C. Outline of Effective Care at Delivery for Safe Motherhood. Paper. Washington, D.C. World Bank/Mother Care Safe Motherhood Guidelines Workshop, November 1991.
20. Schieber, B. et al. Proyecto de salud materno neonatal de Quetzaltenango, 1990. Documento propuesta (no editado).
21. Starrs, A. La prevención de la tragedia de las muertes maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo. Nairobi, Banco Mundial. OMS/ UNFPA, 1987.
22. Análisis de la situación del niño y la mujer. Guatemala. UNICEF/SEGEPLAN, 1991.