



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN



FACULTAD DE OBSTETRICIA

Parto Domiciliario: Incidencia, factores Predisponentes y complicaciones Materno-Neonatal Saposoa 1,993.

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRIZ

TESISTAS:

- Ethel M. Peñaherrera Cárdenas**
- Luz del R. Sánchez García**

TARAPOTO — PERU

1,994

**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN MARTIN**

FACULTAD DE OBSTETRICIA

**"PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES
Y COMPLICACIONES MATERNO- NEONATAL. SAPOSOA 1993".**

**TESISTAS : BACH. Ethel M. PEÑAHERRERA CARDENAS
BACH. Luz del R. SANCHEZ GARCIA**

JURADO CALIFICADOR:

.....

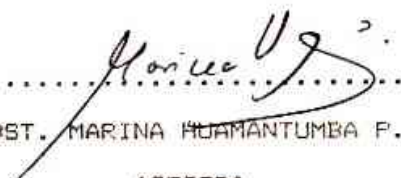
.....
OBST. LEOCADIA SALAS P.
PRESIDENTE

.....

.....
DR. NESTOR ESTACIO P.
MIEMBRO

.....

.....
LIC. JOSE QUEVEDO B.
MIEMBRO

.....

.....
OBST. MARINA HUAMANTUMBA P.
ASESORA

DEDICATORIA

Con cariño y gratitud
a mis padres: LAURA Y
ARMANDO por haberme
brindado amor, confianza
y seguridad para la
feliz culminación de
mi más caro Anheló.

A mis hermanos: IVAN, RINA,
HANS Y JIM quienes me incen-
tivaron a seguir adelante.

A mi abuelito OSCAR
por su apoyo y
confianza que depositó
en mí.

A la familia RUIZ CARDENAS
y a mis tias DORA Y SILVIA
por su apoyo incondicional
en todos éstos años.

ETHEL

A mis padres: HILARIO e
ISABEL, con amor, por
el cariño la confianza
y el apoyo ofrecido
durante estos años y
que han hecho posible
la culminación de mi
carrera.

A mis Abuelitos: MODESTO Y
GENARA por todo su apoyo y
amor. Y a la memoria de
PEREGRINA y JUAN por su
apoyo ofrecido desde allá
donde estan.

A mis hermanos: CARLOS,
JAVIER, GENARA Y CARMEN,
por su comprensión y
cariño en todos éstos
años.

ROSARIO

AGRADECIMIENTO

A la Obstetrix **MARINA HUAMANTUMBA P.**; por el apoyo y asesoramiento brindado en la culminación de éste trabajo.

A la Obstetrix **ELENA CASTRO M.** por su apoyo en la realización del Proyecto.

Expresamos nuestra gratitud a los profesores de la Facultad de Obstetricia por sus enseñanzas brindadas en nuestra formación Profesional.

A los Médicos del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha por las enseñanzas vertidas durante nuestro internado.

LAS AUTORAS

INDICE

| | Pags. |
|-----------------------------------|-------|
| I. INTRODUCCION | 1 |
| II. OBJETIVOS | 8 |
| III. MATERIALES Y METODOS | 12 |
| IV. DISCUSIONES DE LOS RESULTADOS | 16 |
| V. CONCLUSIONES | 42 |
| VI. RECOMENDACIONES | 43 |
| VII. RESUMEN | 44 |
| VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 46 |
| IX. ANEXOS | 50 |

**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN MARTIN**

"PARTO DOMICILIARIO : INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES
Y COMPLICACIONES MATERNO- NEONATAL. SAPOSOA 1,993"

TESISTAS : Bach.Ethel M. Peñaherrera Cárdenas.
Bach.Luz del Rosario Sánchez García.

ASESORA : Obst. Marina Huamantumba Palomino

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRIZ

TARAPOTO - PERU

1994

1. INTRODUCCION

Saposoa es una ciudad situada a 133 km. al Sur de Tarapoto, cuenta con un establecimiento de Salud el cual brinda atención a una población de 12,191 habitantes en la zona urbana y 9,305 en la zona rural.

Saposoa a pesar de ser capital de la provincia del Huallaga no a perdido su espíritu pueblerino, un tanto tradicional; es así, que siguiendo la costumbre quizá la tradición muchas de sus mujeres opten por tener a sus hijos en su domicilio con la ayuda de una partera empírica o personal de salud.(27)

→ Sabemos que un 10% de las gestaciones normales (sin factor de riesgo durante el embarazo) desarrollan complicaciones imprevisibles durante el momento del trabajo de parto o parto (1,5), esto unido a la situación de extrema pobreza y abandono en cuanto a la educación y salud en el cuál está sumergido nuestro país, hace que éste se comporte como un inclemente e inmenso habitat en el cual coexisten seres humanos de diferentes condiciones de vida, incluyendo mujeres en edad fértil y gestantes; que acosados por ésta realidad.

opten por el parto domiciliario, sin conocimiento cabal de los riesgos que conlleva un parto aun en circunstancias normales tanto para la madre y el niño (2).

→ De los nacimientos en nuestro país, el 50% de los partos son domiciliarios y atendidos por parteras o por familiares con poco o ningún conocimiento, en parte lo hacen por tradición y en parte por el temor que tienen las madres hacia los establecimientos de salud (1,3).

Lo que indica que éstos aún no son muy asequibles, sea por distancia o por costo, para el resto de la población (4).

→* Sin embargo, en otros países las parteras forman parte del rol de salud brindando atención primaria. Están ubicadas en comunidades rurales apartadas y dispersas, o poblaciones urbano marginales y suelen constituirse en un elemento representativo de su comunidad. Muchas veces su adiestramiento en atender partos lo ha obtenido a través de generaciones (15).

La labor de las parteras empíricas se justifica por la baja cobertura o ausencia de servicios médicos en las

→ *zonas rurales; además existen barreras culturales y económicas que impiden la utilización de los pocos servicios de salud existentes, especialmente durante el parto. En esas zonas, el nacimiento de un niño sigue siendo un acontecimiento familiar lleno de significados simbólicos y acciones correspondientes. Debido a todo esto la OMS y otras organizaciones internacionales han tomado interés en la labor de las parteras empíricas, conocidas como "comadronas" y han diseñado programas para asimilarlas y adiestrarlas en la atención del parto domiciliario como parte del sistema de salud (15).

→ Como es de suponer, existe gran variabilidad en los conocimientos de las parteras empíricas, tanto entre regiones diferentes, como dentro de una misma. Según un estudio en México sólo la mitad de las parteras podían diagnosticar correctamente el embarazo y el 70% examinó a las gestantes mediante palpaciones abdominales. Además el período del embarazo no es de mayor interés para las parteras, pues siempre están al alcance de la madre gestante (18).

Así mismo existe gran número de prescripciones folclóricas preventivas que da la partera para

proteger al feto y a la madre. La gran mayoría son favorables, o no hacen daño y dan apoyo y ánimo a la madre. En el área Surandina la mayoría de las parteras reconoció varias complicaciones sobre todo: trabajo de parto prolongado, presentaciones fetales anormales y hemorragia. Las técnicas para acelerar el parto va desde tratamientos vegetales hasta manipulaciones externas (19).

→ A nivel mundial aproximadamente 500,000 muertes maternas por causa obstétrica ocurren cada año (1,3,6) y casi todos éstos decesos tienen lugar en los países en desarrollo, donde la salud de la mujer es deficiente y la salud materna recibe escasa atención y de cada 12 recién nacidos vivos uno muere durante el primer año de vida. Algunos piensan que esto se debe a que la mayoría de los partos son atendidos por empíricos, otros sin embargo dicen que el 92% de niños sobreviven al primer año de vida gracias a que el parto fue atendido por una partera empírica (1,4).

VELIMIROVIC (17), reporta que 1,959 en México, 33% de los partos fueron atendidas por parteras, disminuyendo sólo 5% en 1976.

En Latinoamérica se reporta que en el Alto Amazonas y en los Andes se encontró que el 30% de los últimos partos fueron atendidos por parteras empíricas, 54% por las mujeres de casa y sólo 10% por médicos o enfermeras (16).

En la zonas rurales de Chaco Argentino sólo 13% de los partos fueron atendidos por parteras (15).

→ En el Perú de las 30 muertes maternas por 10,000 nacidos vivos catorce ocurrieron fuera de los servicios de salud (1).

Se describe que en el departamento de Apurímac (Perú) un grupo de profesionales de la salud trabaja, desde hace años, con parteras campesinas. El concepto básico del trabajo es que hay que partir de las experiencias y del conocimiento de las parteras, sin intervenir bruscamente con una capacitación médica.

Según sus experiencias han concluido en lo siguiente:

1. Es mejor organizar reuniones de parteras en lugar de dictar cursos formales.
2. Se recomienda conocer bien sus prácticas empíricas antes de dar consejos indiscriminados.

3. Es importante trabajar con toda la comunidad, por que la cobertura de las parteras no es completa.

Por todo esto, atañe a la obstetricia la reproducción de una sociedad .La asistencia obstétrica adecuada es la que promueve la salud y el bienestar tanto físico como mental del nuevo ser, tratando de reducir al mínimo el número de mujeres y niños que mueren a consecuencia del proceso reproductor o quedan física, intelectual o emocionalmente lesionados al finalizar esta experiencia (1,3).

Actualmente la importancia de la atención obstétrica es identificar los factores que puedan influir negativamente sobre la gestación generando a veces daños irreversibles y/o fatal para la madre y el recién nacido (2).

El parto hospitalario implica un medio de atención que incluye los cuidados por parte del personal obstétrico y perinatal, lo que no sucede en los partos domiciliarios, si tenemos en cuenta que son atendidos por personas que necesitan entrenamiento para atender a un recién nacido (1,3).

Por todas estas consideraciones, pese a las pocas referencias bibliográficas y trabajos realizados a nivel regional, así como la poca información y la evidencia de un aumento en la frecuencia de partos domiciliarios, nos motivaron a desarrollar nuestro estudio de investigación con la finalidad de conocer en forma objetiva los factores que condicionan al parto domiciliario y las complicaciones que ello conlleva, así se espera aportar información de tipo fundamentalmente preventivo que permitan reducir progresivamente esta realidad.

II. OBJETIVOS

1. Determinar la incidencia de partos domiciliarios.
2. Precisar si los partos domiciliarios son atendidos por parteras empíricas.
3. Determinar los factores predisponentes de los partos domiciliarios.
4. Identificar las principales complicaciones de los partos a domicilio.
5. Destacar la importancia del control pre-natal para la prevención de las complicaciones maternas del parto domiciliario.

2.1. TERMINOS BASICOS

Parto Domiciliario : Aquél parto que ocurre en un domicilio ya sea atendido por una partera empírica o por un profesional de Salud (21).

Partera Empírica: (comadrona), son las mujeres dedicadas a colaborar con las madres en el momento del parto. Son especialistas populares que han aprendido su práctica ginecológica a través de la experiencia (22,21,23).

Medicina Tradicional: Atención de la salud, mediante sus propios conocimientos y tecnología (20).

Complicaciones puerperales del Parto Domiciliario:

"Recaída" : Consiste en escalofríos y fiebre, gran malestar general, dolor abdominal. Este cuadro corresponde a la fiebre puerperal, muy frecuente por las condiciones que se atiende el parto (24).

"Sobreparto" : Caracterizado por heliofobia (miedo al sol y al calor), anorexia, sudores, parestesias y edema de extremidades (24).

Infección Puerperal: Estado mórbido originado por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto o parto (14).

Hemorragia Post-parto: Es la pérdida sanguínea en cantidad mayor a 500ml. durante las primeras 24 horas después del parto. La cantidad de sangre que puede perder una parturienta sin alterar su economía es variable, depende de su estado físico anterior y de la velocidad y cantidad de sangre extravasada (14).

Desgarro Perineal: Rotura con bordes irregulares producido por un estiramiento excesivo del perineo durante el parto. Se da por exceso de oxitócico, feto grande*etc. (9,14).

Retención de Restos placentarios: Retención de uno o varios cotiledones. En la mayoría de los casos ello obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento.(14,25).

Retención Placentaria: Se produce por irregularidades en la inserción de la placenta y por las alteraciones patológicas en la mecánica fisiológica (14,25).

Onfalitis: Inflamación de la región umbilical, puede ser causada por cualquier tipo de bacterias piógenas y es una infección seria, puesto que puede extenderse por vía hemática o extensión al hígado o peritoneo (10).

Oftalmia neonatorum: Es una conjuntivitis aguda del recién nacido. Cualquiera de las conjuntivitis bacteriana puede ser la causa, pero en el diagnóstico diferencial debe hacerse especial énfasis para reconocer la infección gonocócica y clamidial (10).

Factores de alto riesgo: Son variables que pueden establecerse, ya sea por las características propias de la mujer embarazada, por las circunstancias del medio o por los antecedentes de la gestante (5,25).

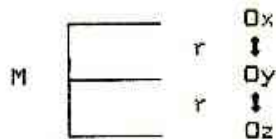
Paridad: El riesgo alto se encuentra entre los extremos de la paridad. La mortalidad fetal es alta entre las primíparas en relación a las siguientes gestaciones. Aumenta a partir de la sexta gestación para tornarse muy elevada en la séptima (25).

III. MATERIAL Y METODO

El presente trabajo es un estudio descriptivo correlacional con datos retrospectivos; transversal en su mayoría, excepto la incidencia que se determinó longitudinalmente.

Para este estudio aplicamos el diseño de "una sola casilla" por que solamente se trabajó con un solo grupo de datos, para obtener la incidencia.

Para relacionar los factores predisponentes y complicaciones del parto domiciliario se aplicó el siguiente diseño :



Donde:

M = Muestra de estudio.

O = Observación.

x, y, z = Variables.

r = Posible relación de las variables.

Con las cuales utilizamos la inferencia estadística y la aplicación de alguna distribución para decisiones encuadradas dentro de los factores predisponente complicaciones del parto domiciliario.

La muestra estuvo conformada por 112 mujeres cuyo último parto fue atendido en su domicilio en la localidad de Saposoa, susceptible a ser estudiado en el período de Marzo-Agosto de 1993.

El tipo de Muestreo fue no probabilístico e intencionado al estudio.

La información que recogimos para nuestro estudio fue mediante la aplicación de una encuesta tipo entrevista, a toda mujer que tuvo su parto a domicilio, durante el período de estudio, constituyendo fundamentalmente la población objetivo de nuestra investigación.

En dicha encuesta (entrevista) se averiguó sobre los datos de filiación y los antecedentes del último parto. (Ver Anexo).

Se tomó el 10% de la muestra para el estudio piloto para verificar el formulario-entrevista y realizar los

cuadros (resultado). Dicho estudio piloto no entró en el trabajo de investigación.

En el tratamiento de los datos obtenidos por la encuesta tuvimos en consideración los siguientes pasos:

- Verificación o control de datos.
- Categorización o clasificación de acuerdo a las características de los datos.
- Codificación de los datos con la finalidad de utilizar la Computadora.
- Tabulación o condensación con el objeto de utilizar la distribución de frecuencia y elaborar los cuadros estadísticos.

3.1. HIPOTESIS:

Para el cuadro NE 11 se trabajó con:

Hi: " Hay diferencia en los porcentajes de grupos de mujeres que realizaron su parto domiciliario, sin complicación y con complicaciones y no han tenido control pre-natal".

Para lo cual se utilizó la fórmula de la Distribución Normal.

Para el cuadro Nº 12 se trabajó con:

Hi: " Hay diferencia en los porcentajes de paridad de bajo riesgo obtenidos en los grupos de mujeres con parto domiciliario, sin complicación y con complicaciones de la población accesible estudiada".

Para lo cual se utilizará la fórmula del cuadro Nº 11.

IV. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

CUADRO Nº 1: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSOA 1993

INCIDENCIA Y PERSONAL QUE BRINDO LA ATENCION

| M E S E S | Nº TOTAL DE PARTOS | Nº TOTAL DE P.DOMICIL. | % |
|-------------------------------|--------------------|------------------------|--------|
| Marzo - Agosto | 130 | 112 | 86.15 |
| PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO | | | |
| - Personal de salud: | | | |
| Médico | | 2 | 1.78 |
| Obstetriz | | 1 | 0.89 |
| Tec.en Enfermería | | 20 | 17.86 |
| - Empírico (comadrona) | | | |
| | | 87 | 67.67 |
| - Otros (esposo) | | | |
| | | 2 | 1.78 |
| T O T A L | | 112 | 100.00 |

De los nacimientos en la localidad de Saposoa el 69.45% de ellos fueron atendidos en el domicilio dela parturienta mayormente por personas empíricas, donde el 67.67% correspondió a las "comadronas" y 1.78%

fueron atendidos por otros. Esto se debe ha que existen factores que intervienen para que la mujer opte por esta decisión tales como la baja cobertura de los servicios médicos y la existencia de barreras culturales y económicas (4).

El hecho de que exista solo un 20.52% de atención por personal de salud nos hace pensar que las mujeres a menudo prefieren recibir el tipo de atención que ellas "ya conocen ", en lugar de los que pueden ofrecer personas con conocimientos modernos en la atención del parto(4).

Con éstos resultados afirmamos que la mayoría de los partos domiciliarios son atendidas por parteras empíricas en la localidad de Saposoa. De esto también podemos deducir que al tener un 86.15% de partos domiciliarios indica que el hospital no es muy asequible por la madre gestante, por la misma idiosincrasia del lugar y de la familia (1,27).

Estos resultados del cuadro Nº 01 son semejantes a los obtenidos por ENDES (11), KROEGER y Col. (16)

CUADRO Nº 2: PARTO DOMICILIARIO : INCIDENCIA, FACTORES
PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-
NEONATAL SAPOSCA 1993

DISTRIBUCION SEGUN EDAD, ESTADO CIVIL,
EDUCACION Y OCUPACION

| EDAD (años) | Nº | % |
|------------------------|-----|--------|
| 15 - 19 | 32 | 28.57 |
| 20 - 24 | 30 | 26.79 |
| 25 - 29 | 25 | 22.32 |
| 30 - 34 | 16 | 14.24 |
| 35 - 39 | 6 | 5.36 |
| 40 - 44 | 3 | 2.68 |
| ESTADO CIVIL : | | |
| Soltera | 8 | 7.14 |
| Conviviente | 64 | 57.14 |
| Casada | 40 | 35.72 |
| GRADO DE INSTRUCCION : | | |
| Iletrada | 3 | 2.68 |
| Primaria | 75 | 66.96 |
| Secundaria | 31 | 27.68 |
| Superior | 3 | 2.68 |
| OCUPACION : | | |
| Su casa | 104 | 92.8 |
| Agricultura | 6 | 5.36 |
| Otros | 2 | 1.78 |
| TOTAL | 112 | 100.00 |

Las características encontradas en las mujeres cuyo parto fue en el domicilio; eran jóvenes, con un promedio de edad de 24 años; convivientes, con instrucción primaria y de ocupación su casa.

Cifras nacionales revelan que la gran mayoría de las gestantes sin instrucción son atendidas por parteras empíricas mientras las que tienen educación secundaria y superior son atendidos por Médicos u Obstetrix (1,11).

El hecho que en nuestro estudio tan sólo hayan optado por el parto domiciliario el 30.36% de mujeres con educación secundaria y superior nos hace ver que hay más posibilidad de que las mujeres que reciben educación se casen a mayor edad, posterguen el nacimiento de sus hijos, recurran a los servicios obstétricos y eviten así las prácticas tradicionales (4). Sin embargo es importante observar que cerca de la tercera parte a recurrido a los servicios de las "comadronas".

CUADRO Nº 3: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSOA 1993

ANTECEDENTES OBSTETRICOS PREVIOS AL PARTO DOMICILIARIO

| Antecedentes Obstet. | Nº | % |
|--------------------------------|------------|---------------|
| CONTROL PRE-NATAL: | | |
| SI | 35 | 31.25 |
| NO | 77 | 68.75 |
| VACUNA ANTI-TETANICA: | | |
| SI | 87 | 77.68 |
| NO | 25 | 22.32 |
| PARIDAD: | | |
| 1 | 36 | 32.14 |
| 2-5 | 61 | 54.46 |
| ≥ 6 | 15 | 13.4 |
| PERIODO. INTERGENESICO: | | |
| (meses) | | |
| ≤ 23 | 6 | 5.36 |
| 24-47 | 46 | 41.07 |
| ≥ 48 | 24 | 21.43 |
| Primíparas | 36 | 32.14 |
| EDAD GESTACIONAL | | |
| (sem.): | | |
| ≤ 37 | 12 | 10.71 |
| 38-42 | 94 | 83.93 |
| ≥ 43 | 6 | 5.36 |
| TOTAL | 112 | 100.00 |

En este cuadro observamos que no tuvieron Control Prenatal un 68.75% ; recibieron protección contra el Toxoide tetánico, el 77.68% , y una paridad de alto riesgo un 45.54%. El Período Intergenésico y la Edad Gestacional encontramos que los resultados estaban dentro de los parámetros normales.

El Control Pre-natal es un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada, con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ésta y su hijo, en ella se investiga los parámetros condicionantes de peligro durante el embarazo y parto (8,9,14,25).

En nuestro trabajo coincidimos con lo reportado por ENDES (11) a la falta de control pre-natal; lo cual no permitió detectar factores de riesgo como la paridad, etc.

La inasistencia a la consulta pre-natal de algunas mujeres, muchas veces les resulte demasiado costosos en tiempo y dinero; además los Consultorios Obstétricos por lo general, no ofrecen un ambiente privado, o los proveedores de atención de salud realizan exámenes vaginales en toda las visitas (4) causando vergüenza en las gestantes.

Así mismo, el control pre-natal es deficiente por que la mujer se siente sana y no estima la necesidad de someterse a control, o también se debe a que muchos profesionales de salud, no le dan la debida importancia, siguen su práctica meramente asistencial sin proyectarse a su comunidad, ni a la educación de la gestante (25).

Caso contrario ocurre en lo referente a la Vacuna Antitetánica ya que observamos que un **77.68%** de las mujeres en estudio estaban protegidas contra el toxoide; en cambio ENDES (11) reporta a nivel de San Martín el **40.3%** de cobertura de la Vacuna Antitetánica atribuyendo esto a que en el país no hay una política de aplicación de dicha vacuna; porque como las dos terceras partes de los nacimientos a nivel nacional no han recibido control pre-natal y es donde debe aplicarse el toxoide, por las condiciones de higiene e inmunización que rodean al parto, sobre todo en lo que se refiere a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical.

Este mayor porcentaje encontrado en nuestro trabajo se atribuye a la captación de la madre gestante durante las campañas de vacunación casa por casa.

CUADRO Nº 4: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSOA 1993

SUSTANCIAS O MEDICAMENTOS USADOS DURANTE LA LABOR DE PARTO

| SUSTANCIA | Nº | % |
|----------------------------|------------|---------------|
| FASE ACTIVA: | | |
| Infusión de hierbas | 37 | 33.04 |
| Oxitocina | 21 | 18.75 |
| Inf.Hierba+Oxit. | 23 | 20.54 |
| Inf.Hierbas+aspirina | 5 | 4.46 |
| Inf.+oxit+aspirina | 4 | 3.57 |
| Ninguna sustancia | 22 | 19.64 |
| POST ALUMBRAMIENTO: | | |
| Ergotamina | 22 | 19.64 |
| Antibiótico | 14 | 12.5 |
| Resina | 10 | 8.94 |
| Inf.Hierbas | 5 | 4.46 |
| Antiinflamatorio | 3 | 2.68 |
| Aspirina | 1 | 0.89 |
| Café con aspirina | 4 | 3.57 |
| Ninguno | 53 | 47.33 |
| T O T A L | 112 | 100.00 |

En este cuadro se observa que la sustancia o medicamentos usados durante la fase activa del parto el 33.04% correspondió a infusiones de hierbas y 42.86% al uso de oxitocina sola o asociada a otras sustancias.

En el post-alumbramiento el medicamento más usado fue la Ergotamina con el 19.64% .

En la práctica obstétrica, la oxitocina se emplea en la inducción del trabajo de parto o en hipodinamias uterinas, exclusivamente diluida con suero fisiológico y en goteo endovenoso debidamente controlado con bomba de infusión (25).

En nuestro estudio encontramos alto porcentaje, en cuanto al uso inadecuado de oxitocina en la fase activa del trabajo de parto por vía intramuscular.

MONGRUT (25) señala que la aplicación intramuscular o subcutánea está totalmente proscrita, puesto que una vez que se inyecte es irrecuperable, los efectos imprevisibles y su manejo imposible. Más aún si asociamos éste uso inadecuado de oxitocina a la utilización de otras técnicas para acelerar el parto (tratamiento con vegetales) cuyos efectos son científicamente desconocidas e imposibles de evaluar

la eficacia o los peligros de estas prácticas tradicionales (19,26).

Por lo que podemos concluir que la falta de capacitación del personal tradicional conlleva al abuso e inadecuado uso de oxitocina en la labor de parto.

CUADRO Nº 5: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSOA 1993

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

| ASEPSIA | Nº | % |
|-----------------------|------------|---------------|
| Guantes: | | |
| Si | 63 | 56.25 |
| No | 49 | 43.75 |
| ANTISEPSIA | | |
| Lavado genital | 37 | 33.03 |
| Lavado de manos | 51 | 45.54 |
| Lav.genital+lav.manos | 9 | 8.04 |
| Ninguno | 15 | 13.89 |
| T O T A L | 112 | 100.00 |

Las personas que estuvieron a cargo de la atención del parto domiciliario el 56.25% utilizaron guantes el 45.54% se lavaron las manos y el 33.03% hicieron aseo genital.

Generalmente las parteras empíricas; al carecer de reglas de asepsia y procedimientos en la atención obstétrica, solo una minoría utilizan guantes; algunas se lavan las manos y la mayoría juzga no necesario este hecho (1). Estos procedimientos mencionados por

la revista Niños (1) no coinciden con nuestro trabajo por que más de la mitad de las parteras hicieron uso de esas técnicas, lo que indica que sólo un pequeño porcentaje tiene un desconocimiento total de éstas medidas y actúan sólo como meras espectadoras a la espera del nacimiento.

CUADRO Nº 6: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSDA 1993

MANIOBRAS UTILIZADAS DURANTE EL PARTO

| MANIOBRA UTILIZADA DURANTE EL PARTO | Nº | % |
|-------------------------------------|------------|---------------|
| Posición: | | |
| De cúbito dorsal | 109 | 97.32 |
| Cuclillas | 3 | 2.68 |
| Ayuda Externa : | | |
| Fajado | 8 | 7.14 |
| Presión Abdominal | 40 | 35.72 |
| Ninguno | 64 | 57.14 |
| T O T A L | 112 | 100.00 |

De las 112 parturientas en estudio la posición más habitual adoptado en el parto fue la posición de Decúbito dorsal (97.32%) y en la ayuda externa encontramos la presión abdominal (35.72%).

En cambio CALDEYRO-BARCIA (1) sostiene que la posición más adecuada para el parto domiciliario es de rodillas o en cuclillas, ya que la posición horizontal dificulta el parto espontáneo.

Algunos autores manifiestan que cuando existen complicaciones en el curso del trabajo de parto, las parteras recurren a diversos procedimientos, como por ejemplo: el "manteo" ; sacuden a las mujeres sobre una manta; en algunos casos de mala presentación ejercen presión externa, aplicación de fajas apretadas en el abdomen, poniendo en peligro la integridad de la madre y el porvenir físico y mental del recién nacido. La aplicación de estas técnicas observamos en nuestro trabajo.

El uso de estas técnicas para la atención del parto a domicilio por personal empírico, sería una de las causas para que la región San Martín esté ocupando el primer lugar a nivel nacional en mortalidad materna.

CUADRO Nº 7: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSDA 1993

COMPLICACIONES MATERNAS

| COMPLICACIONES | Nº | % |
|--------------------------|------------|---------------|
| Hemorragias | 18 | 16.07 |
| Infección: "Recaída" | 6 | 5.36 |
| Retenc. Rest. Placent. | 1 | 0.89 |
| Retenc. Placent. | 2 | 1.78 |
| Desgarros | 13 | 11.61 |
| Enclavamiento de hombros | 1 | 0.89 |
| No complicados | 71 | 63.4 |
| T O T A L | 112 | 100.00 |

CUADRO Nº 8: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSDA 1993

COMPLICACIONES NEONATALES

| COMPLICACIONES | Nº | % |
|------------------|--------------|---------------|
| Onfalitis | 8 | 7.08 |
| Conjuntivitis | 28 | 24.78 |
| Tétano neonatal | - | - |
| Asfixia | 13 | 11.50 |
| No complicados | 64 | 56.64 |
| T O T A L | 113** | 100.00 |

** Un parto gemelar

El mayor porcentaje de complicaciones maternas encontrada en nuestro trabajo fueron: las Hemorragias con 16.07%, Desgarros con el 11.61% y las "recaídas" 5.36% .

Entre las complicaciones neonatales encontramos la Conjuntivitis con 24.78% y las Asfixias con 11.50% .

Nosotros atribuimos la hemorragia materna y la asfixia neonatal al mal uso de oxitocina teniendo en cuenta la vía de administración por que apesar de ser la vía intramuscular una opción fuera de un centro asistencial, sin recursos mínimos de enfermería o ante la imposibilidad de canalizar una vía no es aconsejable su empleo de rutina durante el trabajo de parto, puesto que no permite graduar con suficiente precisión la absorción de la droga y no reproduce las características fisiológicas de las contracciones del parto (14,24). Así, el útero, bajo el estímulo de una droga, se contrae intensamente contra un cuello incompletamente dilatado y rígido lo cual puede conllevar a que la fuerza de la contracción arrastre a la porción de la presentación a través de los tejidos cervicales incompletamente dilatados, causando severa laceración en la madre y trauma en el niño, o

que los tejidos blandos no cedan y el útero pueda romperse, como también la fuerte contracción del útero pueda comprometer el intercambio placentario y la oxigenación fetal produciendo sufrimiento fetal.

Otra causa para que se produzcan las lesiones del canal del parto entre otras son, las maniobras incorrectas del operador. (24)

Entonces podemos afirmar que las parteras de la localidad de Saposoa les falta capacitación y supervisión para la atención del parto y evitar así poner en riesgo la integridad de la madre y el niño.

CUADRO Nº 9: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSOA 1993

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS POR "COMADRONAS"

| TRATAMIENTO | Nº | % |
|---------------------------|-----------|---------------|
| HEMORRAGIA: | | |
| Ergotamina | 5 | 5.62 |
| Antibióticos | 2 | 2.25 |
| Aspirina | 1 | 1.12 |
| Inf.Hierbas | 4 | 4.49 |
| Café con aspirina | 4 | 4.49 |
| DESGARRO: | | |
| Resinas | 10 | 11.12 |
| Antiinflamatorios | 2 | 2.25 |
| "RECAIDA" | | |
| Inf. Hierbas | 1 | 1.12 |
| Antibióticos | 4 | 4.49 |
| RETENCION PLACENT. | | |
| Soplar botella | 2 | 2.25 |
| Ninguno | 54 | 60.68 |
| T O T A L | 89 | 100.00 |

**CUADRO N°10: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES
PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES
MATERNO-NEONATAL. SAPOSDA 1993.**

**TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES NEONATALES
POR "COMADRONAS"**

| TRATAMIENTO | Nº | % |
|---------------------------------|-----------|---------------|
| CONJUNTIVITIS: | | |
| - Hoja de aji | 3 | 3.33 |
| - Terramicina | 12 | 13.33 |
| - Agua de malva | 3 | 3.33 |
| - Guisador | 3 | 3.33 |
| - "orina de abuela" | 1 | 1.11 |
| - "gotas" | 3 | 3.33 |
| OMFALITIS: | | |
| - Sulfanil en polvo | 2 | 2.22 |
| - Raspado de plá tano asado | 1 | 1.11 |
| - Antibióticos (Quemicitina) | 2 | 2.22 |
| ASFIXIA | | |
| - Palmotec de nalgas | 5 | 5.56 |
| - "Chupado de nariz" | 3 | 3.33 |
| Ninguno | 54 | 60.02 |
| T O T A L | 90 | 100.00 |

En los tratamientos encontrados para las complicaciones maternas se observa que el mayor porcentaje de las hemorragias fueron tratadas con Ergotamina, seguido por tratamientos empíricos, el desgarro fue tratado con resinas y las "recaídas" con antibióticos, y en la retención placentaria hacen soplar botella.

En el tratamiento de las complicaciones neonatales para la conjuntivitis fue la terramicina, en la onfalitis el sulfanil en polvo y en las asfixias el "palmoteo de nalgas" .

Las parteras empíricas en las complicaciones materno-neonatales hacen uso de tratamientos que están dados por sus propios conocimientos empíricos, por ejemplo la hemorragia post-parto se trata con infusiones de vino el cual es usado como hemostático o también proceden al "encaderamiento" que consiste en amarrar estrechamente en sábanas a la madre desde la cintura a la rodilla por tres días; otro ejemplo es en la retención placentaria donde hacen soplar botella a la parturienta (24); semejantes prácticas encontramos en nuestro trabajo.

En el tratamiento de las complicaciones neonatales no encontramos ningún tipo de tratamiento empírico reportado, más que todo están dados por las supersticiones propias de cada pueblo.

Frente a éstos hechos compartimos las interrogantes planteadas por DIDIER FASSIN (26) donde dice: Es la medicina tradicional ¿buena o mala?; o en la mayoría de los casos a nivel parcial o empírico: es tal remedio ¿bueno o malo? .

Desde el punto de vista antropológico este acercamiento positivista es un contrasentido ya que la medicina tradicional sólo se entiende dentro de un sistema cultural y global.

CUADRO Nº 11: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSOA 1993

CONTROL PRE-NATAL Y COMPLICACIONES MATERNAS

| CONTROL PRE NATAL | Nºde casos estudiados | P.domiciliar sin complic. | P.domiciliar con complic. |
|-------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| T O T A L | n | % | n |
| | 112 | 100 | 71 |
| SI | 35 | | 19 |
| NO | 77 | | 52 |

Estadísticamente la hipótesis formulada se justifica, al aplicar la distribución normal cuyos resultados caen en la zona de rechazo; pero con valores no muy significativos por lo tanto decimos que existe una relativa diferencia significativa.

MONGRUT (25) señala que la falta de control pre-natal, considerando a éste como el pilar básico de la Obstetricia moderna, es el factor más grave de alto riesgo obstétrico, pues la madre solo llegará en busca de asistencia tardíamente, con frecuencia en el curso

del parto, sin conocerse nada de ello, sin historia clínica, con complicaciones del embarazo ya establecidas, etc. todo lo cual puede definitivamente haber ocasionado daños irreparables al feto.

Con los resultados de nuestro trabajo podemos decir que es fundamental que la madre tenga control prenatal para minimizar las complicaciones que se puedan presentar durante el parto a domicilio.

CUADRO Nº 12: PARTO DOMICILIARIO: INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSOA 1993

PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO Y COMPLICACION MATERNA

| PARIDAD | Nº de caso estudiados | | P.domiciliar sin complic. | P.domiciliar con complic. |
|-------------|-----------------------|-----|---------------------------|---------------------------|
| | n | % | n | n |
| TOTAL | 112 | 100 | 71 | 41 |
| Bajo Riesgo | 61 | | 47 | 14 |
| Alto Riesgo | 51 | | 24 | 27 |

Al relacionar la paridad de bajo riesgo con la presencia o no de complicaciones maternas encontramos de que existe diferencia significativa .

Nosotros sabemos que el 10% de las gestaciones normales sin factores de riesgo, desarrollan complicaciones imprevisibles durante la labor del parto; con los resultados de este cuadro coincidimos con lo anteriormente dicho. Esto quiere decir, que el hecho de que el parto ocurra en el domicilio de la mujer hacen que aumente la posibilidad que aquellos otros factores catalogados como de bajo riesgo atente contra el binomio madre-niño; más aún si la atención es por un personal no capacitado.

CUADRO Nº 13: PARTO DOMICILIARIO : INCIDENCIA, FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES MATERNO-NEONATAL SAPOSCA 1993

FACTORES QUE CONDICIONAN AL PARTO DOMICILIARIO

| FACTORES | Nº | % |
|--|------------|---------------|
| Falta de dinero | 27 | 24.11 |
| Temor a ser operada. | 24 | 21.43 |
| Vergüenza | 12 | 10.71 |
| Costumbre a tener hijo en su domicilio | 29 | 25.9 |
| Lejanía | 12 | 10.71 |
| Por decisión del esposo. | 6 | 7.14 |
| T O T A L | 112 | 100.00 |

Existen infinidad de factores que condicionan a la mujer a optar por el parto domiciliario, nosotros encontramos que los factores que conllevaron para que se produzca este hecho fueron la costumbre a tener sus hijos en su domicilio con un 25.91%, la falta de dinero con un 24.11%, la lejanía del Centro Hospitalario con el 10.71%, otros fueron la vergüenza y por desición del esposo.

Esto nos viene a confirmar lo publicado en la revista **POPULATION REPORTS** (4) donde afirma que algunas mujeres no acuden a los servicios obstétricos modernos por que consideran que la sala de maternidad son lugares a donde se va para morir, o por que quieren evitar la operación cesárea a toda costa, o es que necesitan el permiso de su marido u otros familiares para salir de la casa. A todo esto agregamos que, mientras la atención pre-natal a menudo es gratuita los servicios de obstetricia suelen no serlo por ejemplo en Etiopia los Hospitales piden por parto un pago inicial de 50 dólares.

Para **OMAR GONZALES** (21) las mujeres manifiestan bastante vergüenza al tener que mostrar sus genitales a personas extrañas, siendo éste uno de los aspectos más contradictorios ante las técnicas de la medicina facultativa, lo cual precisa la observación directa y el contacto con los órganos genitales femeninos.

Con lo que concluimos que existe una idiosincrasia conservadora en la localidad de Sapososa, y los bajos ingresos económicos dificultan el acceso de ésta población a los servicios de salud.

V. CONCLUSIONES

Llegamos a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de los partos domiciliarios en la localidad de Saposoa son atendidos por parteras empíricas.
2. Los factores que condicionan al parto domiciliario es la idiosincrasia conservadora del lugar y los bajos ingresos económicos.
3. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: Hemorragia post-parto, Desgarro perineal. Y las complicaciones neonatales, la Conjuntivitis y la Asfixia.
4. El control prenatal es fundamental en la prevención de las complicaciones del parto domiciliario.
5. A las parteras de la localidad de Saposoa les falta capacitación y entrenamiento para dar una mejor atención a la madre y al niño.

VI. RECOMENDACIONES

1. Educar a la comunidad mediante la promoción, protección y prevención de la salud, resaltando la importancia del parto domiciliario por un personal capacitado a objeto de disminuir la morbilidad materna y perinatal.
2. Se debe realizar programas de salud con la finalidad de captar a las parteras empíricas, así mismo capacitarlas y adiestrarlas, con el fin de mejorar la atención del binomio madre-niño.
3. Capacitación intra hospitalaria al personal de salud asistencial y no asistencial para velar la salud integral de la mujer.
4. El personal de salud debe de conocer como mínimo las características epidemiológicas y los indicadores de la jurisdicción de su centro de salud, para si dar una mejor atención y hacer un cotejo evaluativo.

VII. RESUMEN

El presente estudio se llevó a cabo en la localidad de Saposoa y tuvo como objetivo identificar los factores que condicionan al parto domiciliario y las complicaciones que ello conlleva a fin de determinar conductas para una mejor atención de salud.

La población fue escogida a través del muestreo no probabilístico e intencionado al estudio con la finalidad de captar en su totalidad los partos domiciliarios ocurridos durante los meses de Marzo a Agosto de 1993. En dicho estudio encontramos que las actividades en favor de la salud materna orientada hacia la comunidad no se hallan todavía muy difundidas. Queda mucho por probar y aprender. Es evidente sin embargo, que se necesita capacitación apropiada, una atenta supervisión y la comunicación entre todos los servicios de salud materna y la comunidad. Por lo tanto la realización de la atención del parto por personal empírico, mejor preparado gracias a una adecuada supervisión que asegure la detección precoz de los riesgos, permitirá, por ende, extender la cobertura sin pérdida de efectividad y con posibles beneficios adicionales a partir de una



45

atención culturalmente más aceptable y efectivamente satisfactoria para la comunidad.

Todo ello es posible si hay dedicación y reconocimiento renovado de que la vida del binomio Madre-Niño es fundamental.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GILMAN, B.L : " Parto y Puerperio " Supervivencia Infantil. 1989. (8): 3-5, 17.
2. BARSALLO B.J. " Obstetricia Social ". Lima.
Editorial Tetis Graff. EIRL 1989 pp. 3, 25.
3. PRITCHARD, J.A.; MACDONALD, P.C.; GANT, N.F: " Williams Obstetricia ". Barcelona 3ra. Edición. Editorial Salvat S.A. 1986, p.p.: 3 - 20.
4. LETTENMAIER, C.; LISKIN, L.; CHURCH, C.A.; HARRIS, J: "Salud Materna en la Comunidad" Population Reports. Serie L. EE.UU. 1989; (7) : 3-11, 20.
5. BOLETIN. " Método de Atención Sanitaria de la Madre y el Niño". Basado en el Concepto de Riesgo. OMS 1978; (2): 23 - 27.
6. BOLETIN. " Nacimiento". Un Asunto de Vida y Muerte. OMS 1987; (6): 12.
7. BOTERO, J.; JUBIZ, A. ; HENAO, G: " Obstetricia y Ginecología". Tomo II. 4ta. Edición. Editorial Carvajal S.A. 1991; p.p. 225.
8. NISWANDER, K. " Manual de Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento". Buenos Aires, 3ra. Edición. Editorial Salvat. 1989; p.p. 115.

9. PSCHYRENBEL, W: Obstetricia Práctica. Barcelona
3ra.Edición.Editorial Labor S.A. 1978;
p.p.230.
- 10.BEHRMAN, A.; VAUGHAN, V.C. " Nelson:Tratado de
Pediatria ". México. Tomo II. 13ava. Edición.
Editorial Interamericana, 1989; p.p. 778.
- 11.Instituto Nacional de Estadística e Informática.
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
(ENDES); Lima. Capítulo 6, 1991 - 1992
pp. 95 - 100.
- 12.TAMAYO, J.; GONZALES, M. "Fundamentos de la
Investigación Científica". Servicio Médico
UNMS.Lima. 1993, p.p. 18 - 61.
- 13.CANALES, F.H.; ALVARADO, E.L.; PINEDA, E.B:
"Metodología de la Investigación. Manual para
el desarrollo de Salud. Organización
Latinoamericana de la Salud. OMS 1989.
- 14.SCHWARZ, J.K.; DIAZ, A.G.; FESCINA, R.H. :
"Obstetricia". Buenos Aires. 4ta Edición.
Editorial El Ateneo. 1986. p.p. 463-475 .
- 15.KROEGER, A.; Luna, R.: "Atención primaria de
Salud". Principios y Métodos. OPS. México.
2da. Edición Editorial Pax. 1992, p.p. 87-149;
327- 342.

16. KROEGER, A.; FREEDMAN, B.F.; : " La Lucha por la Salud en el Alto Amazonas y en los Andes". Quito. Editorial. Yala. 1991.
17. VELIMIROVIC, H.B.: The Role of Traditional birth attendants in health Services 1975. Curare 2 : 95.
18. HUERTA, J.A.; KELLER, A.: " La Partera Empírica colaboradora potencial del Programa Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar. Salud Pública de México 1976. 18: p.p. 683
19. Mc DONALD, A.; WOLFF, M.; ZWAGA, F y Col.: "Las características y las prácticas de las parteras empíricas en la XI Región de Salud del Cuzco. Rev. Medicina natural Popular. Julio 1984- Cuzco - Perú.
20. FERNANDEZ, N.G.: Medicina Tradicional en el Medio Rural de Piura. Lima Editorial San Marco. 1992: p.p. 100-112.
21. PORTELA, G.H.; PARDO, V.C.; GONZALES, O.; GOMEZ, L.E.; RUIZ, F.: " Atención Primaria en Salud, Zona Nor Oriental Indígena del Cauca. Investigaciones Médico Antropológicas, UNICEF. 1988: p.p. 71-131

22. KROEGER, A.; RUIZ, C.N.: " Conceptos y Tratamientos Populares de algunas enfermedades en Latinoamerica. 2da. Edición. Centro Médico Andina Perú 1988 : p.p. 97.
23. CARDENAS, T.C.: " Los UNAYA y su mundo". Instituto Lingüístico Peruano CAAP 1989 Concytec p.p. 88 - 100.
24. FRISANCHO, P.D. : " Medicina indígena y Popular. Lima. 3era. Edición Editorial los Andes. 1988: p.p. 38- 45.
25. MONGRUT, A.S. : " Tratado de Obstetricia ". Lima. Tomo II. 3ra. Edición. 1989. p.p. 973.
26. FASSIN, D: Atropología y salud en Comunidades Indígenas. Manual de capacitación para promotores campesinos de Salud. Quito 1992. p.p. 115-127.
27. MASKREY, A.; ROJAS, J.; PINEDO, T.; Raíces y Bosques. San Martín: Modelo para armar. Tecnología Intermedia. Perú 1990. p.p. 111-112.

