



31261
4
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

CAMPUS IZTACALA
DIVISIÓN DE POSGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN COMPARATIVA DE DOS
MÉTODOS DE ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL
RECIÉN NACIDO EN YUCATÁN.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN
INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Presenta

Rosa María Méndez González

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. María Dolores Cervera Montejano

Sinodales:

Dra. María Dolores Cervera Montejano

Mtro. Víctor Manuel Hernández Reynoso

Mtra. Ana Luisa González-Celis Rangel

Mtro. Héctor González Díaz

Mtra. Carolina Salinas Oviedo

México, D. F.

276009

Marzo de 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FRIGORIFICACION

DESCONTINUAS

DEDICATORIA

A mi padre y a mi madre
porque me dieron la oportunidad de andar por el camino del
conocimiento.

A Fede
mi amigo y compañero,
por su gran amor y apoyo.

A Jorge Alberto y Rosa Martha
mis queridos hijos,
por toda la felicidad que me dan

A Martha, Luis, Tere y Coco
por ser los mejores hermanos

AGRADECIMIENTOS

El apoyo de varias instituciones hizo posible la realización de este trabajo. Al Departamento de Ecología Humana, del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN, Unidad Mérida, que es la institución en la que trabajo desde hace 11 años, le agradezco las facilidades que me proporcionó durante todo el tiempo en el que se llevó a cabo el estudio.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el apoyo financiero que me otorgó para llevar a cabo el proyecto "Evaluación Comparativa de dos sistemas de atención del parto y del recién nacido en Yucatán" (convenio p219CCOL880947), del cual se derivó esta tesis.

Hago un reconocimiento especial a la Dra. María Dolores Cervera Montejano, porque gracias a su insistencia, apoyo y paciencia, como amiga, asesora y profesora, hizo posible que yo culminara este trabajo. Le agradezco su disposición para leer cuidadosa y detenidamente el trabajo, también, las críticas y las largas discusiones académicas, que sin límite de tiempo, enriquecieron de una manera extraordinaria mi formación. Le agradezco su amistad, su ejemplo como profesora, su seriedad y rigor académicos, así como su buena disposición y entusiasmo para leer y compartir los contenidos de esta tesis. Gracias a su insistencia y apoyo pude finalizar esta etapa.

Le agradezco a la Mtra. Ana Luisa González-Celis Rangel, Coordinadora de la Maestría en Investigación de Servicios de Salud, el gran apoyo académico y administrativo que me brindó desde el primer momento en el que establecí contacto con ella. Aún cuando no nos conocíamos, ella siempre me proporcionó su apoyo en una forma muy amable y cordial. Sin su apoyo hubiera sido muy difícil concluir esta meta.

Agradezco también a los sinodales el tiempo que dedicaron para leer esta tesis, así como también las críticas y sugerencias que le hicieron.

A Ligia Uc le agradezco su apoyo en el procesamiento de la información. A Martha Chan y Dalila Góngora, les agradezco el apoyo secretarial que me proporcionaron durante todas las etapas del proyecto, el cual siempre hicieron con seriedad y profesionalismo.

A Mucuy Kak Moó Marín le agradezco, además de su amistad y agradable compañía durante el trabajo de campo, las facilidades que me proporcionó para contactar a las mujeres que realizaron las observaciones de la atención del parto, en los diferentes municipios.

A Silvia Vergara, Luis Méndez y Alvaro Aguilar, les agradezco su amable disposición y el tiempo que invirtieron para hacer los trámites relacionados con el proceso de obtención y entrega de documentos oficiales, indispensables para poder presentar el examen de grado. Sin esta ayuda tan valiosa el proceso se hubiera retrasado muchísimo.

Finalmente, quiero darles las gracias a todas las mujeres que hicieron posible la *realización* de este estudio: a las parteras, que siempre tuvieron muy buena disposición durante el estudio y de quienes aprendí muchas cosas; a las observadoras, mujeres sencillas, muy entusiastas y trabajadoras; y a las mujeres que permitieron que sus partos fueran observados, quienes me permitieron conocer parte de sus vidas. A todas ellas ¡Gracias!

INDICE

Introducción	1
I. Antecedentes y Justificación	8
1. Características de la atención obstétrica moderna	9
2. Atención del parto normal en diferentes sociedades	19
3. La situación en México	24
4. La situación en Yucatán	27
Conclusiones	32
II. Hipótesis y Objetivos	36
III. Métodos	
1. Diseño del estudio	38
2. Muestra	38
3. Municipios en los que se realizó el estudio	43
4. Definición de variables	
4.1. Información general	44
4.2. Información relacionada con la atención del parto y del recién nacido en los dos sistemas de salud	45
4.3. Información relacionada con la atención del parto y del recién nacido en el sistema hospitalario	46
4.4. Información relacionada con la atención del parto y del recién nacido en el sistema tradicional	46

4.5. Complicaciones maternas y neonatales identificadas durante el postparto en los dos sistemas	47
5. Plan de recolección de datos	
5.1. Instrumentos de captación de información	51
5.2. localización de las parteras	52
5.3. Selección y entrenamiento de los observadores	53
5.4. Prueba piloto de los instrumentos	55
6. Procesamiento y análisis de la información	61
IV. Zona de estudio	
1. Descripción general del estado de Yucatán	63
2. Descripción general de los municipios en los que se realizó el estudio	
Mérida	70
Temozón	72
Valladolid	73
Halachó	76
V. Resultados	
Características generales de las mujeres	80
Características demográficas y socioeconómicas	80
Características gineco-obstétricas	87
Recursos utilizados y acciones realizadas durante la atención del parto y del recién nacido en el sistema hospitalario y en el sistema tradicional	88

a) Recursos humanos y materiales y acciones realizadas en el sistema hospitalario	90
1. Recursos humanos para la atención del parto y del recién nacido	90
2. Recursos materiales utilizados para la atención del parto	92
3. Acciones realizadas	
3.1. Durante la atención del parto	94
3.2. Durante la atención neonatal	99
b) Recursos humanos y materiales y acciones realizadas en el sistema tradicional	103
1. Recursos humanos para la atención del parto y del recién nacido	104
2. Características generales de la atención del parto	105
3. Recursos materiales para la atención del parto	107
4. Acciones realizadas	
4.1. Durante la atención del parto	108
4.2. Durante la atención del recién nacido	111
c) Comparación de las acciones realizadas en el sistema hospitalario y en el tradicional	114
1. Durante la atención del parto	114
2. Durante la atención del recién nacido	116
Complicaciones maternas y neonatales en los dos sistemas:	
1. Complicaciones maternas	117

2. Complicaciones neonatales	124
Comparación general de los sistemas hospitalario y tradicional	128
1. Complicaciones maternas	128
2. Complicaciones neonatales	129
3. Comparación de complicaciones maternas y neonatales	129
VI. Discusión y Conclusiones	131
VII. Recomendaciones	159
VIII Bibliografía	162

INTRODUCCION

La investigación biomédica ha influido de manera importante en los servicios de salud. Se han desarrollado tecnologías sofisticadas y se ha impulsado la especialización médica para el tratamiento de las enfermedades. Si bien el predominio de este enfoque ha posibilitado el tratamiento exitoso de muchos padecimientos y, al conocer los factores de riesgo, su prevención, también ha ocasionado que los estudios sociomédicos queden relegados a segundo término (Rodríguez y López, 1979). En este caso se encuentra la Investigación de Servicios de Salud (ISS), que se orienta a estudiar los aspectos relacionados con el desarrollo y funcionamiento de los servicios, por ejemplo la cobertura, el uso y la demanda, la efectividad, la eficiencia y la eficacia de los modelos de atención a la salud.

Algunos estudios de este tipo (OPS, 1982; Arredondo y Meléndez, 1992; Martínez, 1992; Lezana y Cols., 1993) muestran que existe un creciente descontento por la distribución desigual de los servicios de salud, el aumento en su costo y la incertidumbre de sus resultados y ponen en evidencia la necesidad de mejorar, tanto la planificación y evaluación de dichos servicios, como su cobertura y actividades, a fin de que la atención a la salud sea proporcionada con equidad, eficiencia y eficacia.

En nuestro país, la cobertura de los servicios de salud se ha incrementado en las últimas décadas, aunque estos se concentran, fundamentalmente, en las áreas urbanas y

suburbanas y se caracterizan por ser de tipo curativo. Mientras que en 1983 se estimó que el 20% de los mexicanos no tenía acceso a estos servicios, en 1989 llegaron a cubrir al 94% de la población (Martínez, 1992). Sin embargo, en ese mismo año, a través de la evaluación del Programa Nacional de Salud 1988-1994 se observó que, todas las instituciones de salud reportaron problemas de cobertura real, porque no toda la población que tenía acceso a los servicios, los demandaba (Martínez, 1992). El IMSS estimó una cobertura potencial (CP) de 37.2 millones de derechohabientes, de los cuales sólo 22 millones acudieron a sus servicios; en el ISSSTE, la CP fue de 7.8 millones de personas y la población atendida de 5.4 millones; la SSA estimó una CP de 23.6 millones de personas y una población usuaria de 14.9 millones. En promedio, en 1990, el déficit en la cobertura real de los servicios de salud fue de 38.6%, equivalente a 26.5 millones de mexicanos.

A diferencia de la ubicación de los servicios que proporciona la medicina hospitalaria o moderna, los servicios de la medicina tradicional, se concentran en las áreas rurales y comunidades marginadas. Se puede decir que la medicina tradicional juega un papel más importante que la hospitalaria en las áreas rurales de México. Por ejemplo, el IMSS reportó que en 1986, el número de terapeutas tradicionales localizados en estas áreas llegó a cuadruplicar al número de médicos: 13,067 contra 3,025, respectivamente (IMSS, 1987).

Entre los terapeutas tradicionales, destacan las parteras. Según datos del IMSS-COPLAMAR, en 1980, éstas representaban el 39% de los agentes tradicionales de salud (IMSS, 1987). Por tanto, las parteras constituyen un importante recurso para la atención del grupo materno-infantil en nuestro país, especialmente en el medio rural.

La atención de este grupo se considera prioritaria dentro de la Atención Primaria de la Salud, como estrategia para alcanzar "Salud para todos en el año 2000" (Arias y Cols., 1973; Huerta y Keller, 1976; OMS, 1978, 1979; OPS, 1982; Zolla, 1983; Mellado y Cols., 1989) porque: a) el grupo materno-infantil es uno de los sectores de la población más vulnerables y numerosos, cuyos problemas de salud tienen amplias repercusiones sociales y económicas; b) la gran mayoría de estos problemas son fácilmente prevenibles; y c) la maternidad es uno de los sucesos de la vida que mayor impacto tienen sobre el ser humano y la sociedad.

Ahora bien, dentro de la atención materno-infantil, y específicamente la gineco-obstétrica, es necesario considerar que el embarazo y el parto son conceptualizados y atendidos de manera diferente en cada sociedad, de acuerdo con sus conocimientos, técnicas, costumbres y tradiciones.

Por una parte el modelo médico, en el que se sustenta la práctica hospitalaria, concibe el embarazo y el parto como enfermedades. Si bien esta concepción no aparece

en el discurso, se refleja claramente en: a) el cambio de lugar que ha tenido la atención del parto, que se ha desplazado del hogar al hospital; b) las estadísticas hospitalarias, en las que los partos normales se incluyen entre las causas de morbilidad hospitalaria, ocupando el primer lugar en las instituciones del sector salud (INEGI, 1993); c) el empleo, cada vez más frecuente, de tecnologías sofisticadas y/o acciones tanto en el control prenatal (por ejemplo, el ultrasonido), como durante la atención del parto (por ejemplo, oxitócicos, episiotomías, analgésicos, cesáreas), aún cuando se trate de embarazos y partos normales.

El uso indiscriminado de tecnología también muestra la carencia de una buena planificación y organización de los servicios de salud y provoca el desplazamiento de la atención del parto normal del primer nivel al segundo, e incluso, al tercero (Hemminki, 1990), no obstante que la atención del parto normal en estos dos últimos niveles no está indicada. Lo anterior contribuye a encarecer los servicios de salud y a restringir su beneficio a una pequeña porción de la población.

Por otra parte, el sistema tradicional se basa en un conjunto de conocimientos empíricos y prácticas para la atención de la salud, generados en el seno de la comunidad y transmitidos de generación en generación, a los cuales se han incorporado conocimientos y prácticas de la medicina moderna, a través de cursos de adiestramiento que son impartidos por personal del sector salud. Las parteras tradicionales, depositarias

de ese saber que conjunta elementos prácticos y simbólicos, además de atender a la mujer durante el embarazo y el parto, generalmente se encargan también de atender al recién nacido. El parto es atendido en el hogar, los familiares más cercanos participan en el mismo y no se interrumpe la vida cotidiana.

No obstante que, en teoría, no deben presentarse complicaciones en la atención del parto normal, las diferencias en las concepciones, prácticas y procedimientos utilizados en el sistema hospitalario y en el tradicional, pueden ocasionar complicaciones maternas y neonatales diferentes. Sin embargo, y a pesar de que como se señaló anteriormente, la atención del grupo materno-infantil es prioritaria en la estrategia de la atención primaria de la salud, hasta ahora no existe ningún estudio publicado que haya evaluado los sistemas hospitalario y tradicional de atención del parto normal, que permita identificar las diferencias y determinar las ventajas y desventajas que cada uno ofrece.

Considerando lo anterior, el presente proyecto se enfocó a evaluar el servicio de atención del parto normal o sin complicaciones en el sistema hospitalario y el tradicional, desde la perspectiva de la Investigación de Servicios de Salud (ISS). La ISS constituye una herramienta de conocimiento muy valiosa ya que permite evaluar, en forma rigurosa, la calidad de los servicios de salud, con el objeto de planificar y adecuar estrategias y programas para que respondan efectiva y eficientemente a las necesidades y problemas de la población. El conocimiento de los factores relacionados con la calidad de los

servicios de salud, y en este caso, los de atención del parto, son indispensables para la planeación de los servicios de salud reproductiva.

Ante la carencia de estudios de esta naturaleza, el proyecto fue diseñado como un estudio de tipo transversal y comparativo de los sistemas hospitalario y tradicional, considerando los recursos disponibles, las acciones realizadas durante la atención del parto y del recién nacido y las complicaciones maternas y neonatales que podrían resultar como consecuencia de un manejo inadecuado.

El objetivo del estudio fue estimar la efectividad de ambos sistemas, con el fin de elaborar recomendaciones orientadas a modificar y mejorar el servicio de atención obstétrica y neonatal, evitando riesgos y previniendo complicaciones. Asimismo, con el estudio se buscó generar una base de información, que actualmente no existe, que permita desarrollar en el futuro, investigaciones en servicios de salud orientadas a profundizar en el conocimiento y los hallazgos encontrados, sobre todo considerando que las investigaciones en servicios de salud se han enfocado exclusivamente al sistema hospitalario sin incluir las prácticas tradicionales de salud reproductiva.

El estudio se llevó a cabo en el estado de Yucatán, durante los años de 1989 y 1990, con 205 mujeres que tuvieron parto sin complicaciones. De éstas, 101 fueron atendidas en instituciones oficiales de salud y 104 por parteras tradicionales. El proyecto

fue parcialmente financiado por el CONACYT (convenio p219CCOL880947) y constituye la tesis para obtener el grado de Maestría en Investigación de Servicios de Salud, de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

El embarazo y el parto son eventos naturales que tienen gran impacto en la vida de las mujeres. La forma como se conciben y atienden es definida por cada sociedad, de acuerdo con sus conocimientos, costumbres, tradiciones y recursos. En las sociedades occidentales, el modelo médico ha tenido un gran desarrollo e influencia. Bajo este modelo, el parto es considerado como una enfermedad (Jordan, 1993). Así, se le atiende en instituciones hospitalarias por los médicos, quienes detentan el conocimiento y el poder de decisión sobre los procedimientos y recursos a utilizar. En las llamadas sociedades no occidentales, el parto es concebido como un evento natural, atendido por parteras, quienes hacen uso de conocimientos y recursos comunitarios, a los que pueden agregarse algunos de la práctica médica moderna, dependiendo del grado de contacto y relación con la sociedad occidental.

Las observaciones antropológicas de las prácticas de atención del parto en las sociedades no occidentales o tradicionales reportadas en los últimos años (revisiones de la literatura hechas por Jordan, 1993), así como los movimientos que han criticado el modelo médico (Annandale, 1989) han influido de manera importante para que se valore y cuestione la atención hospitalaria del parto. Como resultado, se observa un cambio hacia una concepción del parto como evento natural, y se le atiende por parteras o enfermeras en el hogar o en ambientes no hospitalarios, diseñados ex-profeso.

Ahora bien, la mayoría de los partos son normales y su atención no requiere de personal especializado ni de muchos recursos. Aunque en teoría, no deberían ocurrir complicaciones en los partos normales, es un hecho que éstas llegan a presentarse. Las diferencias en las concepciones, prácticas y procedimientos utilizados en cada sociedad para su atención, influyen en la aparición de complicaciones. Por ello, es importante conocer el tipo de atención que se brinda para poder prevenir dichas complicaciones.

Mientras que algunas de las prácticas y procedimientos obstétricos empleados en los hospitales durante la atención del parto normal han sido estudiados, encontrándose que su aplicación puede ser riesgosa en la aparición de complicaciones maternas y neonatales, las prácticas tradicionales no han sido evaluadas.

1. Características de la atención obstétrica moderna

La práctica médica moderna se caracteriza por el cambio de lugar y de personas para la atención del parto normal o sin complicaciones. Esta se ha desplazado del hogar a los centros hospitalarios y de las manos de las parteras o enfermeras a las de los médicos (Jordan, 1993). Asimismo, se ha promovido la especialización médica y el desarrollo de tecnologías obstétricas¹.

¹La tecnología médica incluye los medicamentos y los procedimientos médicos y quirúrgicos con los cuales se proporciona atención a la salud.

También, la práctica médica ha introducido como parte del proceso integral de atención del parto, el control prenatal. Este sirve para conocer el estado de salud de la madre y del feto durante la evolución del embarazo, a través de una historia clínica completa, la exploración física y los exámenes de laboratorio. Sin embargo, también se ha propiciado el uso de tecnologías sofisticadas innecesarias durante el control prenatal. Se ha observado un incremento en el uso del ultrasonido para el examen del feto (Bader, 1977; Hemminki y Cols., 1990), aún cuando su uso como método auxiliar de diagnóstico está indicado exclusivamente para casos muy específicos, como son los embarazos de alto riesgo y la determinación de la edad gestacional cuando ésta no se conoce con exactitud.

Ahora bien, el manejo obstétrico rutinario para la atención del parto normal incluye: a) el interrogatorio general, b) la exploración física y el registro de signos vitales, y c) la preparación de la mujer para el parto: rasurado del vello púbico, aplicación de enema, administración de soluciones parenterales y antisepsia de la región perineal. En el Anexo 1 se describen las practicas rutinarias.

El rasurado del vello púbico, la aplicación de enema y la administración de soluciones parenterales son procedimientos innecesarios en la atención del parto normal. Si bien la aplicación de los dos primeros no es riesgosa en la aparición de complicaciones maternas o neonatales, es incómoda para la mujer.

También es frecuente que, como parte de las rutinas hospitalarias para la atención del parto sin complicaciones, se apliquen prácticas complejas, aún cuando no se requieran. Tal es el caso de la inducción química, la ruptura quirúrgica de las membranas ovulares, la episiotomía, la posición de litotomía, la administración de analgésicos y varias clases de anestésicos para calmar el dolor. No obstante los riesgos asociados a estas prácticas, se ha observado un incremento en todas ellas (Hugo, 1977; McNay y Cols., 1977; Katz y Cols., 1983; Marx y Cols., 1984; White y Cols., 1985).

La inducción y conducción química del parto es una tecnología médica que ha logrado salvar vidas. Generalmente se utiliza la pitocina, que es una forma sintética de la oxitocina (hormona que estimula las contracciones uterinas) y tiene como propósito estimular el parto. Por ello, su aplicación es muy importante en aquellos casos en los que se ha llegado al término del embarazo y no se ha desencadenado el trabajo de parto, así como también para regular las contracciones uterinas en los casos en que el trabajo de parto es irregular, es decir, cuando existe hipotonía uterina (Cunningham y Cols., 1989). Sin embargo, esta práctica se ha convertido en la norma para la atención del parto normal en los hospitales: cuando el trabajo de parto es lento, es interpretado como anormal o disfuncional y por ello se administra pitocina (Davis-Floyd, 1987).

Los riesgos asociados a la administración de este medicamento incluyen: hiperestimulación con alteraciones fetales debidas a anoxia; hemorragia intracranial; espasmos uterinos con posible separación prematura de la placenta; laceraciones del canal del parto y ruptura uterina (Fields, 1968; Baird, 1976; McNay y Cols., 1977; Katz y Cols., 1983). Además, la pitocina es un fuerte antidiurético (hasta en pequeñas dosis), por lo que su combinación con la administración rápida de soluciones intravenosas, puede ocasionar edema pulmonar (Cunningham y Cols., 1989).

La amniotomía o ruptura artificial de las membranas ovulares es un procedimiento quirúrgico frecuentemente utilizado por el médico ya que acelera el parto, al propiciar el descenso rápido del feto. Sin embargo, en partos normales, este procedimiento no es necesario ya que dichas membranas se rompen espontáneamente como parte del proceso fisiológico del trabajo de parto. Su utilización puede ser un riesgo de infección neonatal cuando se utilizan instrumentos contaminados y cuando las membranas se rompen varias horas antes de que ocurra el parto y se realizan exámenes vaginales frecuentes (Benson, 1973). Además, se ha observado que el prolapso de cordón se presenta con más frecuencia después de la amniotomía (Pritchard y Cols., 1985).

Las episiotomías se recomiendan en la práctica médica para ampliar el canal de parto y, de esta manera, evitar que ocurran desgarros perineales. Sin embargo, como cualquier otro procedimiento quirúrgico, la episiotomía tiene riesgos, tales como: pérdida

sanguínea, formación de hematomas, dehiscencias e infección.

La práctica rutinaria de la episiotomía es uno de los procedimientos obstétricos que persiste, a pesar de que no existen estudios que apoyen su uso indiscriminado. Tacker y Banta (1983) revisaron más de 350 artículos, reportes y capítulos de libros, publicados entre 1960 y 1980, y no encontraron evidencia que comprobara que la episiotomía previene desgarros, trauma de la cabeza fetal, ni tampoco que las episiotomías fueran más fáciles de reparar que los desgarros. También, los resultados de varios estudios realizados entre las décadas de 1980 y 1990 muestran que las episiotomías no previenen desgarros ni mejoran la función de los músculos perineales (Gordon y Logue, 1985; Gass y Cols., 1986; Hofmeyr y Sonnedecker, 1987; Thorp y Bowes, 1989; Wilcox, 1989; Rockner y Cols., 1991; Klein y Cols., 1994). Incluso, existen estudios que han demostrado que las episiotomías pueden producir más daño (laceraciones severas, despareunia -copulación dolorosa-, y pérdida sanguínea) que beneficio (Snooks, 1985; Borgatta y Cols., 1989; Shiono y Cols., 1990; McGuinness y Cols., 1991; Helwig, 1993; La Voie, 1997). También, se ha observado que una episiotomía equivale a una laceración de segundo grado (Bromberg, 1986).

Como en el caso de la amniotomía, este procedimiento quirúrgico se realiza para facilitar la labor del médico y no porque exista una indicación específica. Estudios realizados en varios países, demuestran que la frecuencia de la práctica de episiotomías

en el parto normal varía. En Holanda, en 1982, la frecuencia de episiotomías realizadas fue de 8%, mientras que en Estados Unidos se realizaron, en ese mismo año, en el 90% de los partos (Tacker y Banta, 1983); en Suecia, en 1989, el promedio nacional fue de 29.9%, aunque una cuarta parte de los hospitales reportaron tasas menores del 20% (Rockner y Cols., 1991); en Inglaterra, se reportaron para 1983, tasas del 16% para primíparas y del 14% para multíparas (Sleep, 1984).

La posición de litotomía para la atención del parto es una norma en muchos hospitales. Esta es una posición adecuada para la comodidad del médico pero no para la de la mujer. Esta posición hace más difícil el nacimiento del feto ya que, cuando la mujer está acostada, no se ejerce presión sobre el útero y además aísla a la mujer de la relación humana con el médico. Diversos estudios han demostrado que la posición de litotomía tiene efectos negativos en la ventilación pulmonar y en la presión sanguínea de la madre (Howard, 1951, 1954, 1958; Blankelfield, 1965; Caldeyro, 1970). También se ha observado que esta posición, además de incrementar la probabilidad de inflamación perineal y de hemorroides, propicia que las contracciones uterinas se debiliten, sean menos frecuentes y más irregulares (Hugo, 1977). Asimismo, la posición de litotomía favorece la aparición de desgarros, debido al estiramiento excesivo del tejido perineal y tensión del piso pélvico (Mckay y Mahan, 1984).

En algunos estudios, se ha reportado que la atención del parto con la mujer de pie

o sentada, tiene mayores ventajas que la posición de litotomía, porque las mujeres tienen más facilidad para pujar, menos dolor y menos desgarros perineales; los bebés presentan niveles de oxígeno más elevados en el cordón umbilical y valoraciones de Apgar más altas (Stewart y Cols., 1983; Liddell y Fisher, 1985; Gordosi y Cols., 1989).

El uso de sedantes y anestésicos es común durante la atención del parto normal. Para muchas mujeres en trabajo de parto, la aplicación de analgésicos para aliviar el dolor y la tensión, constituye una alternativa. Sin embargo, se debe poner atención en los riesgos que tienen estos medicamentos. El Demerol, que es uno de los analgésicos más utilizados, atraviesa la placenta (al igual que otros medicamentos), penetrando al sistema circulatorio del feto y permaneciendo en su organismo, principalmente en el hígado, durante varios días (Inch, 1984). Dependiendo de la dosis que se le haya aplicado a la mujer, puede producir efectos adversos en el neonato, tales como: incremento en la irritabilidad, alteraciones del tono muscular, e incluso, depresión respiratoria (Brackbill y Cols., 1988).

A pesar de que se ha observado que los bebés de mujeres sedadas y anestesiadas, frecuentemente nacen deprimidos y cianóticos y deben ser estimulados para que tengan su primera respiración y lloren (Eastman, 1959; Goldenberg y Nelson, 1975; Myers y Myers, 1979; Marx y Cols., 1984; White y Cols., 1985), la aplicación de analgésicos y anestésicos sigue siendo frecuente en la atención del parto normal. En 1992, en los

Estados Unidos se estimó que a más del 90% de las mujeres que solicitaron atención del parto en los hospitales, se les aplicó anestesia epidural, sin que ellas hubieran escogido este procedimiento y, además, sin conocer previamente los riesgos a los cuales estaban expuestas ellas y sus hijos (Goer, 1995).

También ha sido notable el incremento en el número de nacimientos por cesárea (Frigoletto, 1980; Amirikia, 1981; Cohen y Estner, 1983; Bobadilla, 1988). Un estudio del National Center for Health Statistics mostró que más de la mitad de las 934,000 cesáreas practicadas en los Estados Unidos en 1987, fueron innecesarias (Davis-Floyd, 1992).

Resultados de un estudio realizado en 16 países de América Latina y el Caribe, incluyendo México (OPS, 1990), demostraron que de los partos hospitalarios, entre el 17% y el 29.4% se practicó cesárea y que ésta aumentó doce veces la mortalidad materna, de 7 a 20 veces la morbilidad y dos veces la estancia hospitalaria. En México se encontró que la mortalidad perinatal se incrementaba cuatro veces con la operación cesárea (Bobadilla, 1988). Por tanto, si bien las cesáreas han logrado salvar un sinnúmero de vidas en aquellos casos en los que existe una indicación específica (por ejemplo, toxemia fulminante, desproporción feto-pélvica, placenta previa, inercia uterina, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal), el aumento en su frecuencia debe ser analizado, tanto en términos de su aplicación indiscriminada como de las

consecuencias que ésta acarrea.

2. Atención del parto normal en diferentes sociedades

En la mayoría de los países coexisten los servicios de la medicina moderna con los de la medicina tradicional, aunque el grado de aceptación de esta última varía (OMS, 1983). En algunos países, sólo se reconoce legalmente la práctica de la medicina moderna y se excluyen otras formas de curar (sistemas exclusivos o monopólicos); otros, como en México², sólo se reconoce el sistema basado en la medicina moderna, aunque legalmente se toleran prácticas médicas tradicionales (sistemas tolerantes); en otros, se reconocen legalmente las prácticas modernas y las tradicionales (sistemas inclusivos); y otros más, promueven oficialmente el uso combinado de la medicina moderna y la medicina tradicional (sistemas integrados).

Como se señaló anteriormente, como consecuencia de diferentes movimientos que han criticado el modelo médico y los resultados de investigaciones antropológicas en sociedades no tradicionales, en algunos países industrializados se han dado alternativas diferentes. En estos casos existen mujeres parteras profesionales que son capacitadas en escuelas de partería.

² Cabe señalar que las políticas oficiales de salud en México han cambiado en los últimos años, en el sentido de reconocer las prácticas médicas tradicionales e, inclusive, incorporarlas a la atención ofrecida en hospitales.

En Inglaterra, los obstetras han dominado la práctica de la atención del parto desde principios de siglo, subordinando el papel de las parteras al sistema hospitalario. En este país se recomienda que la atención del parto se realice en el hospital ya que se considera que es más seguro y que cualquier otra alternativa es peligrosa y acientífica (Chalmers, 1976; Torres y Reich, 1989; Ballantyne, 1991).

En Finlandia, el sistema de atención obstétrica se basa en Centros Especiales de Maternidad, ubicados fuera de los hospitales. Además, existen clínicas hospitalares en las que se aplican, indiscriminadamente, nuevas tecnologías obstétricas. Es común que mujeres que presentan embarazo sin complicaciones, acudan a estas últimas solicitando, por ejemplo, un examen con ultrasonido. Así, los médicos hacen uso de la tecnología tan sólo para satisfacer una necesidad que el propio sistema de salud ha creado en las mujeres y que sirve para promover el incremento en la demanda de usuarias de las clínicas, no solamente para recibir atención prenatal, sino también durante el parto (Hemminki y Cols., 1990).

Esta situación ha desvirtuado el objetivo de las mencionadas clínicas hospitalares, es decir, ser sitios de referencia para mujeres con embarazos de alto riesgo. Es también un ejemplo muy claro de cómo la tecnología médica puede influir no sólo en el uso de los servicios, sino también en la estructura de los mismos, puesto que la atención del parto ha pasado del primer al tercer nivel.

En Estados Unidos, los obstetras atienden la mayoría de los partos. A principios de siglo, el trabajo de las parteras fue prácticamente eliminado, a expensas de un incremento en la profesión obstétrica. Las parteras que continuaron ejerciendo fueron perseguidas (Annandale, 1989). Sin embargo, en 1977, se estableció una ley para legalizar la práctica de la enfermera-partera, siempre y cuando ésta tuviera licencia del Departamento de Salud Pública y ejerciera sólo en los hospitales. Más adelante, en la década de 1980, las parteras con licencia pudieron atender partos en los domicilios de las mujeres. Por ejemplo, de 3,666 partos atendidos por estas profesionales en Arizona durante 1984, el 88.7% tuvieron lugar en la casa de las embarazadas. La Tasa de Mortalidad Perinatal fue de 2.2/1,000 nacidos vivos registrados (nvr), siendo más baja que la nacional que fue de 10/1,000 nvr. La Tasa de Mortalidad Neonatal fue de 1.1/1,000 nvr (Sullivan y Weitz, 1988).

Recientemente, se han desarrollado e incrementado los llamados Centros de Partos bajo la responsabilidad de las enfermeras-parteras, que ofrecen una atención alternativa más orientada a su tratamiento como evento natural, no se aplican sueros intravenosos ni anestésicos (Korte y Scaer, 1992; Jordan, 1993). Este tipo de centros no tiene conexión física con el hospital y los partos son atendidos con excelentes resultados. Según datos de 1987, las intervenciones quirúrgicas fueron mínimas, la tasa de operación cesárea fue de 4.4% y la tasa de mortalidad perinatal (1.3/1,000 nvr) fue más baja que la nacional (10/1,000 nvr) (Rooks y Cols., 1989). Se ha observado que la proporción de partos

atendidos por enfermeras-parteras está creciendo en Estados Unidos, pasando de un 3% en 1989, a un 6% en 1995 (NCHS, 1998).

Una situación completamente diferente a las anteriores es la de Holanda. En este país, las parteras constituyen el principal recurso para la atención del parto normal (Torres y Reich, 1989). El parto es atendido en el domicilio de la embarazada y se reconoce que su trabajo es realizado con seguridad y eficacia (Campbell y Cols., 1982; Kerssens, 1994). Por ello, el seguro holandés cubre el pago de la atención prenatal, el parto y la atención postnatal, solamente cuando el servicio es proporcionado por parteras, a menos que existan indicaciones médicas especiales (The Lancet, 1984).

El procedimiento seguido por las parteras difiere del utilizado por los obstetras. Se respeta el curso normal del trabajo de parto, no se aprueba el uso de drogas durante su atención y se realizan masajes perineales para evitar la aparición de desgarros y la realización de episiotomías (Jones, 1990). Es interesante destacar que en 1980 (Torres y Reich, 1989), se empleó anestesia y analgesia en menos del 10% de los partos atendidos en este país. En ese mismo año, la tasa de operación cesárea fue de 5%, mientras que en Inglaterra y Estados Unidos fue de 9% y 10%, respectivamente (Tew, 1978; Torres y Reich, 1989). Comparado con los sistemas de atención del parto de estos últimos dos países, se puede decir que en el sistema holandés, el parto es considerado como un evento natural y no como enfermedad.

En Suecia, la situación es similar a la de Holanda, en tanto que la atención prenatal y el parto son manejados por parteras altamente capacitadas. Ellas se encargan de realizar las historias clínicas, exploración física, exámenes de laboratorio y, por tanto, de determinar si se presenta alguna complicación. Los partos son atendidos en el hospital, utilizándose camas obstétricas, especialmente diseñadas para que la mujer esté cómoda, en posición semisentada. El uso de fórceps es muy raro, no así el de sedantes y medicamentos para atenuar el dolor y para inducir y estimular el trabajo de parto. Sin embargo, las mujeres reciben amplia información sobre los medicamentos y prácticas disponibles, sus indicaciones y sus posibles efectos sobre el feto. Así, se deja en manos de las mujeres la decisión de utilizarlos. Más aún, la atención se proporciona en una atmósfera relajada, con mucho apoyo moral y emocional (Jordan, 1993).

En Brasil, India y Kenya, la atención del embarazo y el parto es proporcionada tanto por personal médico en centros hospitalarios, como por parteras tradicionales en comunidades rurales y suburbanas. A diferencia de las parteras profesionales, las tradicionales no han recibido una educación formal en partería, sus conocimientos son producto de un saber que ha sido transmitido de generación en generación y su práctica es producto de la experiencia. En algunos casos reciben adiestramiento por parte de los sistemas oficiales de salud. En estos países, las parteras tradicionales son capaces de identificar los riesgos obstétricos que se presentan durante el embarazo y el parto, reconocer aquellos casos que no pueden atender y referirlos a los centros hospitalarios,

sin necesidad de recurrir a métodos o tecnologías sofisticados (Araujo y Cols., 1984; Raina y Kumar, 1989; Sharma y Bali, 1989; Steele, 1990).

3. La situación en México

En general, la atención del embarazo y del parto en las zonas urbanas está a cargo del personal médico de los centros hospitalarios y en las zonas rurales, en la mayoría de los casos, de las parteras tradicionales. Algunas parteras reciben cursos de adiestramiento impartidos por personal médico de la Secretaría de Salud o del Instituto Mexicano del Seguro Social. Estos son cursos escolarizados en los que, empleándose un lenguaje técnico, se revisan aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio³. Al finalizar el curso, se entrega a las parteras un equipo para la atención del parto, consistente en guantes, tijeras, algodón, antisépticos, cintas umbilicales, gotas oftálmicas y perilla. Sin embargo, es difícil establecer el impacto de los cursos, la frecuencia de uso del equipo y la disponibilidad del material porque no se realiza una supervisión y evaluación periódica de los mismos.

En cuanto al nivel de cobertura hospitalaria de la atención obstétrica, diversos

³ Los cursos se sustentan en el "Manual de la partera tradicional" y en "las cartas descriptivas de los cursos de capacitación de parteras tradicionales", los cuales han sido elaborados por la Dirección General de Atención Materno-Infantil de la Secretaría de Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En el Anexo 1 se presenta una copia del manual y de los formatos de cartas descriptivas utilizados en los cursos de adiestramiento, en el período en el que se realizó el presente estudio.

estudios muestran resultados contradictorios. Así, Jurado (1984) reporta que en 1983 se proporcionó atención médica durante el embarazo al 42.5% de las mujeres y de éstas, sólo se atendió al 40.7% en el momento del parto. Esto significa que cerca del 60% de las mujeres careció de atención hospitalaria durante el embarazo y alrededor del 75% durante el parto.

En otro estudio se reporta que entre 1969 y 1981, la proporción de mujeres en el área rural de México cuyo parto fue atendido por un médico, aumentó de 17.7% a 45.8% (Potter, 1988). Sin embargo, en un estudio realizado por el IMSS (1987) se señala que durante ese mismo período entre el 80% y el 90% de los partos fueron atendidos por parteras en las áreas rurales del país.

Ahora bien, el nivel de cobertura del sistema hospitalario varía según la institución. En 1980, se reportó que, en promedio, el Instituto Mexicano del Seguro Social atendió el 73% de los partos de su población derecho-habiente; el ISSSTE el 36% y las instituciones de población abierta (SSA e IMSS-Coplamar), el 12% (COPLAMAR, 1983).

Además de los estudios anteriores, en México se han realizado otros orientados a evaluar los efectos de algunos procedimientos empleados durante la atención del parto sin complicaciones. Por ejemplo, el de Bobadilla (1988) y el de la OPS (1990) sobre

operación cesárea y morbi-mortalidad materna y perinatal, descritos en la página 18.

Sin embargo, no se encontró ningún estudio publicado que evaluara la efectividad de la atención hospitalaria del parto, desde la perspectiva de la Investigación de Servicios de Salud (ISS). No obstante que desde 1978, los proyectos de ISS en México han recibido un gran impulso (CONACYT-SSA, 1979), estos aún son insuficientes. En 1982 (UNAM), un estudio realizado a nivel nacional por la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República y la UNAM, mostró que de 3,821 proyectos realizados entre 1960 y 1981, solamente el 1.5% eran de ISS. Para el período comprendido entre 1984 y 1991, de 990 estudios sociomédicos reportados por las instituciones de salud, de educación y centros de investigación, el 38.5% pertenecían al área de ISS. Estos estudios se incrementaron en promedio, 4.2% por año, pasando de 15.2% para el período 1984-1986, a 48% para el período 1990-1991 (Aguilar y Cols., 1993). El tema más estudiado por la ISS fue la evaluación de las necesidades de salud.

Por otra parte, los estudios sobre la atención proporcionada por las parteras tradicionales se han encaminado a conocer las prácticas culturales, desde el enfoque de la antropología médica. Uno de los más completos es el de Mellado y colaboradores (1989), realizado en 12 localidades rurales del estado de Morelos, en las que se conservan las prácticas tradicionales relacionadas con la atención del parto y del recién nacido. Por ejemplo, para evitar que el recién nacido quede ciego o sufra de "enfermedades de frío",

o bien que la madre sufra "entuerto", es necesario cumplir con el siguiente ritual: cuando la recién nacida es niña, la placenta debe enterrarse en el *tecuil*, que es donde se encuentra el fogón y que corresponde al centro mítico del hogar, y cuando es niño, en el corral o en los alrededores de la casa. Asimismo, se reportan diferencias entre las parteras tradicionales y las parteras adiestradas. Ambas atienden el parto en su propio domicilio, generalmente en un cuarto que utilizan únicamente para este propósito y construido, en la mayoría de las ocasiones, cerca del temazcal. Sin embargo, mientras que las primeras utilizan infusiones de plantas medicinales durante el inicio de la atención del parto y atienden a la mujer en la posición mesoamericana (mujer en cuclillas, sostenida por las manos a una cuerda que se amarra en lo alto, delante de ella), las parteras adiestradas, generalmente, atienden a la mujer en posición supina, ya sea sobre una cama o sobre un petate limpio y administran oxitócicos durante el trabajo de parto. Sólo algunas de las que han recibido cursos de entrenamiento continúan empleando la posición mesoamericana.

4. La situación en Yucatán

En Yucatán, como en otros lugares del país, coexisten el sistema hospitalario y el sistema tradicional. En el primero, el parto es atendido por personal médico y en el segundo, por parteras tradicionales. Se ha estimado que éstas atienden entre el 50% y 60% de los partos (Menéndez, 1981). Según una encuesta realizada de enero a octubre de 1976 en la ciudad de Tizimín, de 49 mujeres que dieron a luz durante ese período,

75.5% fueron atendidas por parteras tradicionales, 14.3% por médicos privados y 10.2% por personal de la SSA o del IMSS (Menéndez, 1981). En otro estudio realizado en cuatro comunidades del sur, de un total de 89 mujeres embarazadas, 43.2% fueron atendidas en instituciones oficiales y 56.8% por parteras (Cervera y Méndez, 1997).

En la atención hospitalaria se utilizan recursos y prácticas médicas característicos de la atención obstétrica moderna, los cuales se describieron en el apartado 1 de este capítulo (págs 9 a 19).

Las prácticas tradicionales de la atención del parto presentan las siguientes características: a) la atención se realiza en el hogar de la embarazada; b) durante el trabajo de parto, las mujeres pueden caminar y las parteras revisan la evolución del mismo, por medio de sobadas o masajes abdominales⁴; c) en el momento del parto, la mujer se sienta en una hamaca, extiende los brazos y se agarra con fuerza de los extremos de la misma mientras el esposo, o algún otro familiar, se coloca detrás de ella poniendo los brazos por debajo de sus axilas con el propósito de que pueda apoyarse con

⁴ Durante esta manipulación abdominal, la partera localiza un órgano etno-anatómico llamado *tipté* o cirro y mueve los órganos internos en relación a él. Según las tradiciones de Yucatán, el *tipté* es el órgano rector del cuerpo humano, y lo divide en cuatro áreas. Tiene por función básica normar la actividad de las diversas partes del organismo. El *tipté* se ubica debajo del ombligo. Cuando el *tipté* es desplazado por otros órganos, se manifiestan alteraciones en los individuos. Las mujeres embarazadas requieren de sobadas o masajes abdominales porque durante la gestación el *tipté* es desplazado de su lugar (Villa Rojas, 1985; CINVESTAV, observaciones de campo, 1988 y 1989).

seguridad; d) al salir la placenta, la partera mide tres dedos y corta el cordón umbilical⁵; e) después del parto, las parteras revisan la placenta⁶, atienden y bañan al recién nacido; f) a los nueve días, les practican un masaje fuerte a las mujeres (*k'ax yet*) con el propósito de acomodar los órganos internos, el *tipté* y todos los huesos del cuerpo, principalmente los de la pelvis y, de esta manera, evitar hemorragias; g) durante una semana preparan comida para las mujeres, lavan su ropa y bañan al neonato. Se establece una relación muy estrecha entre la familia y la partera. Esta última, se convierte en la comadre de la familia, y por ello se le conoce popularmente como comadrona. Esta situación no se presenta exclusivamente en Yucatán, sino que se ha observado que es una tradición de las poblaciones mesoamericanas (Cosminsky, 1977).

La atención tradicional del embarazo y del parto ha sido objeto de varios estudios de carácter antropológico médico, en los que se describen las prácticas de las parteras. Estas además de atender el embarazo y el parto, atienden las enfermedades de las mujeres y los niños pequeños. En el Anexo 2 se describen las prácticas rutinarias.

Favier (1984) en su estudio, menciona que las parteras revisan mensualmente a las mujeres mediante sobadas abdominales o masajes y que, a través de estas maniobras, se

⁵ En algunas ocasiones, el extremo del cordón umbilical es quemado con una vela blanca porque ésta constituye un símbolo de pureza entre las poblaciones mayas yucatecas.

⁶ Entre las poblaciones mayas de Yucatán existe la tradición de enterrar la placenta en el patio o ponerla en el fogón, para prevenir que los infantes tengan desgracia (Favier, 1984).

prepara a la mujer para el parto. La partera aprende a conocer al niño antes de que nazca y también se familiariza con la personalidad de la madre. Durante el trabajo de parto se encuentran presentes el esposo y los familiares más cercanos, proporcionándole a la mujer, apoyo físico y emocional. La placenta es considerada como una cosa muy íntima y personal.

Güemez (1984) realizó un estudio sobre las prácticas médicas tradicionales en una comunidad del sur de Yucatán. En ella, las parteras empíricas son el principal recurso para la atención materno-infantil. De una encuesta que se aplicó a 30 madres de familia, el 90% reportó que sus partos fueron atendidos por parteras, el 6.3% por médicos privados y el 3.1% por personal médico de la SSA o del IMSS. La descripción que hace de las prácticas tradicionales de atención del embarazo y del parto es similar a la de Favier. Además, menciona que cuando una partera prevé un parto difícil o complicado (mal parto) ella misma recomienda a las mujeres, acudir al médico.

Guzmán (1992) efectuó un estudio sobre las concepciones de salud y enfermedad en la misma comunidad que Güemez. Además de hacer una descripción de las prácticas tradicionales de atención obstétrica, similar a la ya presentada, señala que del grupo de curanderos tradicionales, el más dinámico es el de las parteras y que su función es la única reconocida y sancionada por las instituciones de salud. También, entrevista a médicos para conocer su opinión sobre las parteras. Es interesante subrayar que algunos

de los entrevistados manifestaron que la atención del embarazo y el parto por las comadronas era peligrosa, además de sentir que eran una competencia para ellos. Otros señalaron que podían ser un recurso muy importante en las zonas alejadas que carecen de servicios médicos. Sin embargo, todos coincidieron en que las parteras eran las responsables del alto grado de mortalidad perinatal, debido a la mala atención que brindaban.

Jordan (1993) realiza una comparación etnográfica de cuatro sistemas diferentes de atención del parto (Holanda, Suecia, Estados Unidos y Yucatán). La suya es la descripción más completa y detallada de las prácticas mayas yucatecas de atención del embarazo y del parto que se ha publicado. Jordan destaca la importancia de las sobadas o masajes abdominales en la atención prenatal. Señala que cuando le avisan a la partera que una mujer está en trabajo de parto, acude al domicilio y saluda amigablemente a la familia, revisa a la mujer, le explica el progreso del parto y le enseña la forma en que deberá de pujar. También subraya que el dolor del parto y la presencia del esposo, a lo que llama co-experiencia social, representan un símbolo de la importancia de este evento en el ciclo de vida de las poblaciones mayas del área rural de Yucatán.

Finalmente, cabe destacar que es común escuchar que las mujeres se quejen de los servicios oficiales de salud. En sus relatos refieren que el ambiente es hostil, las personas son extrañas y poco comunicativas, que además son humilladas, maltratadas y agredidas

moral y sexualmente por los médicos y enfermeras (Méndez, observaciones de campo 1989-1990).

Conclusiones

La forma como se atiende el parto sin complicaciones es heterogénea, tanto en los procedimientos como en los recursos utilizados. Entre los países desarrollados, encontramos algunos en que se considera que los partos deben ser atendidos en el hospital por los obstetras, haciendo uso de tecnologías sofisticadas. En otros, se han diseñado áreas especiales de maternidad para la atención del parto, las cuales están a cargo de los obstetras quienes deciden la tecnología médica que debe utilizarse; en otros más, se acepta que las enfermeras-parteras participen en esta labor junto con los obstetras, haciendo uso de las tecnologías disponibles; en algunos otros, el parto es considerado como un evento natural en el que el trabajo de las parteras profesionales es muy importante e, incluso, se les recomienda como una alternativa a la atención hospitalaria.

En países en desarrollo, incluyendo México, el parto es atendido tanto por médicos, especialmente en zonas urbanas, como por parteras tradicionales, sobre todo en áreas rurales y suburbanas. La atención hospitalaria que se brinda en estos países se caracteriza, como en el caso de los desarrollados, por el empleo indiscriminado de tecnologías y procedimientos.

En nuestro país, los resultados de estudios de cobertura hospitalaria de la atención del parto muestran que ésta varía por institución, es decir por el tipo de población atendida, siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el que mayor porcentaje de mujeres derechohabientes atiende, seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE) y quedando en último término la Secretaría de Salud e IMSS-Coplamar, que atienden a población abierta. Sin embargo, el nivel de cobertura en áreas rurales no ha sido establecido con precisión y los estudios realizados muestran resultados discrepantes.

Además de estos estudios, se han realizado otros de antropología médica que describen las características culturales de la atención del parto que ofrecen las parteras tradicionales.

En Yucatán, existen diversos estudios que describen sus prácticas, las cuales reflejan que el parto se conceptualiza como un evento natural y familiar. Al mismo tiempo, esas prácticas reflejan concepciones mayas tradicionales sobre el cuerpo humano. De ahí que las llamadas sobadas ocupen un lugar muy importante en el proceso de atención no sólo del parto, sino del embarazo y del postparto. Mediante las sobadas, las parteras evalúan la posición del feto, determinan la evolución del parto y acomodan los órganos internos que se desplazan de su lugar de referencia: el *tipté* o cirro, órgano etno-anatómico. rector del cuerpo humano.

Por otra parte, también se ha reportado que los médicos atribuyen la mayoría de las muertes perinatales a la "mala" atención de las parteras. En cuanto a la calidad de los servicios oficiales de salud se cuenta con evidencia anecdótica que sugiere que el maltrato de que son objeto las mujeres durante el parto, podría contribuir a que no acudan a dichos servicios.

Sin embargo, no existen en Yucatán ni en el país, estudios encaminados a evaluar la atención del parto sin complicaciones que es brindada por el sistema hospitalario y por las parteras tradicionales.

Lo anterior, aunado a los resultados discrepantes sobre cobertura de los servicios de atención del parto, refleja en general, la poca importancia concedida a la Investigación de Servicios de Salud, y dentro de ésta, a los estudios para evaluar la efectividad de la atención del parto, sea normal o con complicaciones.

El parto es un evento de gran impacto en la vida de las mujeres. Las estadísticas oficiales de salud muestran que el parto normal es la primera causa de hospitalización⁷. En Yucatán (INEGI, 1993), constituye el 22% del total de los ingresos hospitalarios. Además, el gran número de mujeres, especialmente de áreas rurales, atendidas por

⁷ En las estadísticas aparece como la primera causa de morbilidad hospitalaria. Sin embargo, esta clasificación es incorrecta y refleja la concepción médica del parto. Por ello, utilizo el término causa de hospitalización.

parteras tradicionales muestra que estas últimas son un recurso muy importante para el cuidado de la salud, al igual que otros agentes tradicionales. Cada uno de los sistemas, el hospitalario y el tradicional, recurre a procedimientos y recursos que pueden convertirse en riesgos o bien representar ventajas que deben ser estudiados, considerando la diversidad cultural.

Este tipo de estudios es indispensable para elaborar recomendaciones que mejoren la calidad de sus servicios, de tal manera que respondan a las características y necesidades de las mujeres.

II. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

1. La diferencia en la disponibilidad de recursos y las diferencias en las acciones realizadas en los sistemas hospitalario y tradicional de atención del parto normal y del recién nacido en Yucatán, originan complicaciones maternas y neonatales diferentes en éstos dos sistemas.

Objetivos

1. Identificar las ventajas y desventajas del servicio de atención del parto sin complicaciones, proporcionado a las embarazadas en el sistema hospitalario del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como el otorgado por las parteras en el sistema tradicional.

2. Comparar las ventajas y desventajas del servicio de atención del parto normal que es otorgado por el personal médico, en el sistema hospitalario, y por las parteras, en el sistema tradicional.

3. Elaborar recomendaciones orientadas a mejorar la calidad de los servicios, evitando riesgos y previniendo complicaciones.

II. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

1. La diferencia en la disponibilidad de recursos y las diferencias en las acciones realizadas en los sistemas hospitalario y tradicional de atención del parto normal y del recién nacido en Yucatán, originan complicaciones maternas y neonatales diferentes en éstos dos sistemas.

Objetivos

1. Identificar las ventajas y desventajas del servicio de atención del parto sin complicaciones, proporcionado a las embarazadas en el sistema hospitalario del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como el otorgado por las parteras en el sistema tradicional.

2. Comparar las ventajas y desventajas del servicio de atención del parto normal que es otorgado por el personal médico, en el sistema hospitalario, y por las parteras, en el sistema tradicional.

Tabla 1
Distribución de la población por municipio

Municipio	Núm de habitantes
Mérida	505,874
Progreso	28,577
Tizimin	26,242
Valladolid	25,815
Ticul	20,578
Total	607,086

Fuente: SCSP (1988) Programa Estatal de Salud 1988-1994.
Gobierno del Estado de Yucatán.

Para estimar el universo se utilizaron las proyecciones de población para 1988 de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el estado:

1. Población total del estado de Yucatán: 1.302,600 habitantes.
2. Población total de los cinco municipios seleccionados 607,086 habitantes (ver Tabla 1).
3. Población femenina en el estado: 643,460, que representa el 49% de la población total.
4. Población femenina en edad reproductiva, es decir entre 15 y 49 años: 227,000, que representa el 35% de la población femenina total.
5. Número total de nacimientos registrados en el estado de Yucatán: 40,000. Esto significa que 17% de las mujeres en edad reproductiva tuvieron un parto.

A partir de la información anterior, se realizaron las siguientes estimaciones:

1. Población femenina de los municipios seleccionados. Se tomó como base el porcentaje de población femenina en el estado (49%). Por tanto: $607,086 \times 49\% = 297,472$ mujeres.

2. Número de mujeres en edad reproductiva a nivel municipal. Se consideró el porcentaje de mujeres en edad reproductiva en el estado (35%). Por tanto: $297,472 \times 35\% = 104,115$.

3. Número de mujeres de los municipios a estudiar que tuvieron un parto. Se tomó como referencia el porcentaje estatal de mujeres en edad reproductiva que tuvieron un parto (17%). Por tanto: $104,115 \times 17\% = 17,699$.

Para estimar la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d^2 (N-1) + z^2 pq}$$

En donde :

N = tamaño de la población (mujeres en edad reproductiva)

z = intervalo de confianza deseado

p = proporción de la población que posee la característica de interés (proporción de mujeres que tuvieron un parto)

q = 1-p

d = (coeficiente de confiabilidad) x (error estándar)

número 1. En el sistema hospitalario, los números 1 y 2 fueron asignados a las mujeres que se encontraban en la sala de labor. En el sistema tradicional, los números 1 y 2 fueron asignados a las mujeres que las parteras reportaron bajo su atención. En ambos casos, una vez seleccionadas las mujeres, se les pidió su consentimiento para participar en el estudio.

3. Municipios en los que se realizó el estudio.

El estudio se llevó a cabo en los municipios de Mérida, Valladolid, Temozón, Ticul y Halachó.

En el municipio de Mérida se llevó a cabo la parte del estudio correspondiente a la atención hospitalaria del parto. Se seleccionó este municipio por tener características urbanas, concentrar a la mayoría de la población del estado y ubicarse los principales servicios médicos. Se eligió un centro hospitalario de la SSA, uno del IMSS y uno del ISSSTE; los dos primeros ofrecen atención de segundo nivel y el ISSSTE, de tercer nivel.

En los municipios de Valladolid, Temozón, Ticul y Halachó, se realizó el estudio de la atención tradicional del parto.

En un principio se habían seleccionado para el estudio los municipios de Mérida, Progreso, Tizimín, Valladolid y Ticul, que son los que concentran a la mayoría de la

población del estado. Sin embargo, durante el trabajo de campo, se observó que en Progreso, la atención tradicional del parto ya no se practica; en Tizimín, no obstante que la atención tradicional del parto sí es una práctica frecuente, las parteras no aceptaron participar en el estudio. Por tal motivo, se visitaron otros municipios: Motul, Hunucmá, Izamal, Halachó, Maxcanú, Uman, Espita, Temozón y Muna. De estos, sólo las parteras de los municipios de Halachó y de Temozón aceptaron participar en el estudio. Sin embargo esto no alteró el número de mujeres de la muestra.

4. Definición de variables

4.1. Información general

Con el fin de caracterizar a las mujeres estudiadas, se obtuvo información demográfica, socioeconómica y gineco-obstétrica. Estas variables no se utilizaron en el análisis de la información sobre complicaciones, ya que no existe relación entre ellas.

a) Variables demográficas: Edad y estado civil.

b) Variables socioeconómicas: Lugar de procedencia, escolaridad materna, ocupación del esposo, ingresos económicos mensuales de la familia y disponibilidad de servicios sanitarios en las viviendas.

c) Variables gineco-obstétricas: Gesta, paridad y abortos.

Las escalas de medición de estas variables fueron de tipo nominal (estado civil,

lugar de procedencia, escolaridad materna, ocupación del esposo, y disponibilidad de servicios sanitarios); ordinal (ingresos económicos) y de intervalo (edad, paridad y abortos).

4.2. Información relacionada con la atención del parto y del recién nacido en los dos sistemas de salud

Se consideraron variables comunes a los dos sistemas de atención. Además, debido a las características de cada sistema, se estudiaron los procedimientos que le son propios a cada uno.

Las variables comunes para ambos sistemas fueron:

a) Variables relacionadas con las acciones realizadas durante la atención del parto: Personal responsable y personal de apoyo; antisepsia de la región perineal y antisépticos utilizados; revisión de la placenta; revisión de la cavidad uterina; presentación del producto y condiciones del nacimiento.

b) Variables relacionadas con las acciones realizadas durante la atención del recién nacido: Personal responsable; peso; aspiración de secreciones y aplicación de gotas oftálmicas.

El nivel de medición de las variables anteriormente descritas fue de tipo nominal, con excepción del peso del recién nacido, que fue de intervalo.

4.3. Información relacionada con la atención del parto y del recién nacido en el sistema hospitalario

a) Variables relacionadas con las acciones realizadas durante la atención del parto. Éxámenes de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina; aplicación de soluciones por vía parenteral; aplicación de anestesia; aplicación de oxitocina y episiotomía.

b) Variables relacionadas con las acciones realizadas durante la atención del recién nacido. Exploración física y maniobras de resucitación.

En este sistema, el nivel de medición de todas las variables relacionadas con la atención del parto y del recién nacido, fue de tipo nominal.

4.4. Información relacionada con la atención del parto y del recién nacido en el sistema tradicional

a) Variables relacionadas con las acciones realizadas durante la atención del parto. Disponibilidad de equipo; condiciones de higiene de la vivienda; posición de la mujer; condiciones de higiene de la hamaca y estimulación de contracciones uterinas.

b) Variables relacionadas con las acciones realizadas durante la atención del recién nacido. Material utilizado para cortar y para amarrar el cordón umbilical.

La escala de medición de todas las variables descritas anteriormente fue de tipo

nominal.

4.5. Complicaciones maternas y neonatales identificadas durante el postparto en

los dos sistemas

El postparto o puerperio es el período que comprende las cuatro semanas subsiguientes al parto. Se seleccionaron aquellas complicaciones que pueden originarse por el tipo de atención brindada y que es posible detectar durante los 15 días siguientes al parto.

El nivel de medición de todas las variables referentes tanto a complicaciones maternas como neonatales, fue de tipo nominal.

Complicaciones maternas

a) Sangrado abundante durante el postparto. Dentro del grupo de las hemorragias postparto, ésta se define como la pérdida sanguínea mayor de 500 ml, después de la expulsión de la placenta. La hemorragia postparto puede ser súbita, masiva y desangrante, o lenta, continua y de escasa o moderada cantidad. Entre las principales causas que pueden ocasionar la hemorragia se encuentran: 1) conducta errónea durante el alumbramiento; 2) desprendimiento incompleto de la placenta; 3) atonía uterina debida a anestesia o analgesia excesivas, trabajo de parto prolongado y retención de fragmentos placentarios adheridos; 4) laceraciones del conducto del parto y 5) complicaciones del

embarazo, como placenta previa e inversión o ruptura del útero.

*b) Desgarros perineales*⁹. Son soluciones de continuidad en el piso pélvico que se dividen en diversos grados, de acuerdo a la severidad del mismo: desde la lesión que sólo afecta piel hasta aquella que abarca el esfínter del ano. Esta es una complicación que se presenta en el momento del parto, cuando el personal que lo atiende no realiza las maniobras adecuadas en el perine, para evitar que éste se desgarre.

c) Infecciones en episiotomías o desgarros. Caracterizadas, fundamentalmente, por la presencia de enrojecimiento, inflamación, dolor, fiebre y secreciones purulentas. Estas infecciones pueden ser propiciadas cuando el instrumental o el material de sutura, utilizado por el médico, está contaminado; cuando la antisepsia de la región perineal no se realizó cuidadosamente, o cuando los cuidados higiénicos de la episiotomía y el desgarro, en el postparto, son inadecuados.

d) Infección puerperal. Se caracteriza por cefalea, fiebre, dolor en periné o bajo abdomen, loquios fétidos y subinvolución uterina. La infección se adquiere del personal que atiende el parto o cuando las técnicas de antisepsia no son adecuadas.

⁹ Si bien esta es una complicación que se presenta durante la atención misma del parto, se incluye en este apartado por ser una complicación materna originada por el personal que atendió el parto y que pudo ser prevenida.

e) *Flebitis por suero*. Inflamación de las venas ocasionada por una inadecuada aplicación de sueros intravenosos.

f) *Dehiscencia de episiotomía*. En este caso, la episiotomía se abre espontáneamente cuando se presenta infección o bien cuando existe una sutura inadecuada.

La flebitis por suero y la dehiscencia de episiotomía son complicaciones que se presentan exclusivamente en mujeres atendidas en el sistema hospitalario porque sólo en éste se aplican sueros o se hacen episiotomías.

g) *Muerte*. No obstante que en el parto normal no deben ocurrir muertes maternas, se estudió esta variable porque los médicos expresan con mucha frecuencia que las parteras son las responsables de la mortalidad materna en el estado.

Complicaciones neonatales

a) *Conjuntivitis neonatal*. Se caracteriza por enrojecimiento conjuntival y secreción de pus. Se puede presentar como consecuencia de la falta de aplicación de gotas oftálmicas en el momento del nacimiento.

b) *Onfalitis*. Hiperemia periumbilical, secreción purulenta y fétida en el cordón

umbilical. Se presenta cuando éste no es manejado higiénicamente, es decir, que se utilizan instrumentos sin desinfectar para cortarlo o amarrarlo en el momento del nacimiento.

c) *Neumonía por broncoaspiración.* Se acompaña frecuentemente de tos, fiebre o hipotermia, así como ataque al estado general. Esta complicación se presenta cuando el recién nacido aspira líquido amniótico al momento de nacer como consecuencia de un manejo inadecuado.

d) *Traumatismos obstétricos.* Pueden ser: luxación escápulo-humeral, luxación de cadera y otros. Se presentan con sintomatología específica de la región anatómica afectada. Ocurren cuando la persona que atiende el parto realiza maniobras bruscas e inadecuadas en el momento de la fase expulsiva.

e) *Muerte.* No obstante que en el parto normal no deben ocurrir muertes neonatales, se estudió esta variable porque los médicos expresan con mucha frecuencia que las parteras son las responsables de la mortalidad neonatal en el estado.

5. Plan de recolección de datos

Durante los primeros cuatro meses del proyecto (Abril a Julio de 1989), se llevó

a cabo el diseño de los instrumentos, la localización de las parteras, la selección y el entrenamiento de los observadores y la prueba de instrumentos.

5.1. Instrumentos de captación de información

a) Guía de Entrevista y de Observación del proceso de atención del parto

La guía se dividió en dos partes (Anexo 3). La primera consistió en 15 preguntas sobre las características demográficas, socioeconómicas y gineco-obstétricas de las mujeres (ver descripción de variables en el apartado 4.1., páginas 44 y 45). La segunda consistió en un guión para registrar, mediante 21 observaciones directas, las acciones realizadas durante el parto y el manejo del recién nacido. Se aplicó a todas las mujeres embarazadas de la muestra, una vez que aceptaron participar en el estudio.

En el caso de las mujeres que fueron atendidas en los hospitales, se les observó desde el momento de ingresar a la sala de expulsión hasta el alumbramiento, incluyéndose la atención del neonato (ver descripción de variables en apartados 4.2. y 4.3., páginas 45 y 46).

En el caso de la atención tradicional del parto, las observaciones se efectuaron desde el momento en que la partera acudió al domicilio de la embarazada para atender el parto, hasta el alumbramiento y la atención neonatal (apartados 4.2. y 4.4., páginas 45 y 46).

b) Guía de Entrevista para Detección de Complicaciones Maternas y Neonatales

Este instrumento (Anexo 4) se aplicó a los 15 días postparto, período durante el cual es posible detectar las complicaciones derivadas del tipo de atención. El instrumento contiene 11 preguntas para el sistema hospitalario y 9 para el tradicional, sobre los signos y síntomas que integran las diferentes complicaciones (ver descripción de variables en apartado 4.5., páginas 47-50).

5.2. Localización de las parteras

Para localizar a las parteras que participarían en el estudio, se efectuó un recorrido por varios municipios. En principio se visitaron los municipios de Mérida, Progreso, Tizimín, Valladolid y Ticul, que eran los que se habían seleccionado para el estudio. Se observó que en los municipios de Mérida y de Progreso, la atención tradicional del parto ya no se practica, y las parteras del municipio de Tizimín no aceptaron participar en el estudio. Por ello, se visitaron otros nueve municipios (Motul, Hunucmá, Izamal, Halachó, Maxcanú, Uman, Espita, Temozón y Muna), de los cuales sólo las parteras de Halachó y de Temozón aceptaron participar.

La localización de las parteras se llevó a cabo mediante recorridos de campo, acudiendo a los centros de salud para solicitar información sobre aquellas. Después de localizarlas en los diferentes municipios, se les hizo una entrevista para explicarles, de manera general, el estudio; no se les proporcionó información sobre las hipótesis y

objetivos. Se les pidió su consentimiento para participar y su autorización para que permitieran la presencia de una observadora durante la atención de los partos; también se les informó que era indispensable contar con el consentimiento de las mujeres para poder realizar las observaciones.

Se trabajó con 21 parteras, distribuidas en los municipios de la siguiente manera: 9 en Ticul, 5 en Valladolid, 4 en Temozón y 3 en Halachó.

5.3. Selección y entrenamiento de los observadores

En un principio, se consideró que fueran pasantes de medicina quienes realizaran las observaciones tanto en las instituciones médicas, como con las parteras tradicionales. Para su selección, se obtuvo información sobre los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán, que estaban próximos a realizar su servicio social. Se entrevistó a 11 médicos pasantes. Durante la entrevista se les pidió su opinión sobre el trabajo que realizaban los médicos en los hospitales y el de las parteras. Sobre el sistema hospitalario, sólo tres pasantes opinaron que un aspecto importante en la atención era la relación médico-paciente y que la práctica médica debía de realizarse con responsabilidad y respeto. Sobre el sistema tradicional, todos opinaron que según su "orientación y formación académica, las parteras tradicionales carecen de los conocimientos y preparación adecuados para llevar al cabo la atención del parto" (Méndez, entrevistas de selección de personal, 1989).

Considerando que esta actitud era una fuerte barrera cultural que, fácilmente, podía llevarlos a introducir un sesgo en sus observaciones y entrevistas, se tomó la decisión de que tan sólo se hicieran cargo del levantamiento de información en el sistema hospitalario. Para el sistema tradicional, se optó por contratar mujeres residentes en las mismas localidades que las parteras.

Se consideraron cuatro criterios de selección de las mujeres: a) que fueran bilingües Maya-Español, b) que supieran leer y escribir, c) que tuvieran una buena relación con las mujeres de la comunidad y con las parteras y, d) que respetaran el trabajo realizado por éstas. Para localizar a posibles candidatas, se pidió a las parteras que proporcionaran los nombres de mujeres de la comunidad con quienes, tanto ellas como las demás mujeres, tuvieran una buena relación. Como resultado, se entrevistó a 16 mujeres. Todas las entrevistadas, respetaban el trabajo de las parteras y las consideraban líderes de las comunidades. De las 16 candidatas, 3 no eran bilingües; 4 no sabían leer y escribir y 3 no aceptaron participar en el estudio por falta de tiempo, ya que el trabajo implicaba estar disponibles a cualquier hora del día o de la noche. Por tanto, el grupo de observadoras para el sistema tradicional estuvo constituido por seis mujeres.

Las personas seleccionadas, pasantes de medicina y mujeres, fueron capacitadas en los métodos y técnicas de levantamiento de información, incluyendo el significado de cada uno de los ítems, la forma de realizar las observaciones y registrarlas. Sin embargo,

en la capacitación se consideró el nivel educativo. En el caso de los médicos se incluyeron términos técnicos, mientras que con las mujeres se utilizó un lenguaje sencillo para explicar las variables a estudiar.

5.4. Prueba piloto de los instrumentos

Con el propósito de garantizar que la información fuera confiable, evitando distorsiones ocasionadas por un planteamiento erróneo de las preguntas, una inadecuada comprensión de éstas o del evento a observar, o bien, un ordenamiento inadecuado de las observaciones, se realizó una prueba piloto de los instrumentos. Debido a que los instrumentos del sistema hospitalario y del tradicional eran diferentes, la prueba de los mismos se hizo en forma separada.

Primero se aplicaron y revisaron los instrumentos del sistema hospitalario y posteriormente, los del sistema tradicional. En ambos casos la autora estuvo presente y la información que ella recabo fue la referencia para comparar aquella obtenida por los pasantes de medicina y por las mujeres de la comunidad.

A continuación se describen los procedimientos seguidos en cada sistema para la prueba piloto de los instrumentos.

a) Prueba de los instrumentos del sistema hospitalario.

La aplicación de la Guía de Entrevista y de Observación de la Atención Hospitalaria del Parto se realizó en un hospital de la SSA. Se les pidió a 4 mujeres que solicitaron atención del parto en este hospital, y que se encontraban en la sala de labor, su cooperación; a cada una se le explicó que se le harían algunas preguntas, que estaríamos acompañándola durante el parto y que cuando saliera del hospital, la iríamos a visitar con el propósito de conocer su estado de salud y el de su hijo.

Los tres pasantes de medicina y la autora, contaban con un instrumento (Guía de Entrevista y de Observación de la Atención Hospitalaria del Parto) para ser aplicado a cada una de las mujeres. Los apartados I, II y III de la Guía (datos de identificación, socioeconómicos y gineco-obstétricos) que eran preguntas, las hacía uno de los pasantes y los demás observadores anotábamos la respuesta; de esta manera, a cada uno de nosotros nos tocó, en una ocasión, hacer las preguntas mientras los demás anotaban. A continuación, cada observador anotaba en su instrumento las observaciones sobre las acciones que se llevaban a cabo en la sala de expulsión. A los 15 días después del parto se acudió al domicilio de cada una de las mujeres que se había observado su parto. Se le aplicó la Guía de Entrevista para Detección de Complicaciones Maternas y Neonatales. A cada uno de los observadores le tocó hacer las preguntas, mientras los demás anotábamos. En total se contó con 16 instrumentos completos, ya que se observaron 4 partos, y en cada parto, los 4 observadores aplicaron un instrumento.

Cuando se terminó la aplicación de los instrumentos, se llevó a cabo la revisión de los mismos. Al revisar la Guía de Entrevista y de Observación de la Atención Hospitalaria del Parto, no hubo diferencias en las respuestas entre los observadores, con lo que se pudo establecer que la información que levantarían los pasantes de medicina sería confiable. Sin embargo, fue necesario cambiar el orden de las primeras cinco observaciones del apartado III. Originalmente, estas se realizaban de la siguiente manera:

- 1) Observar si se canalizó vía parenteral;
- 2) Antisepsia;
- 3) Observar y anotar quién es el encargado de atender el parto;
- 4) Tipo de personal que ayuda en la atención del parto;
- 5) Observar en el expediente si existen exámenes de laboratorio.

Con el cambio, la secuencia quedó como sigue: 1) Observar y anotar quién es el encargado de atender el parto; 2) Tipo de personal que ayuda en la atención del parto; 3) Observar en el expediente si existen exámenes de laboratorio; 4) Observar si se canalizó vía parenteral; 5) Antisepsia. A partir del ítem número 6 hasta el 15, no hubo modificaciones.

En el caso de la Guía de Entrevista para Detección de Complicaciones Maternas y Neonatales tampoco hubo diferencias en la información obtenida por la autora y los pasantes de medicina. Las mujeres entendieron bien las preguntas y no fue necesario hacer ninguna modificación.

b) Prueba de los instrumentos del sistema tradicional.

Como se recordará, en una etapa previa se había platicado y entrevistado a las parteras y se habían seleccionado y entrenado a las observadoras. Las parteras nos proporcionaron las fechas más inmediatas de los partos que atenderían, dándoles un rango de aproximadamente un mes. Durante este lapso, 6 parteras atenderían un parto: tres del municipio de Ticul, una de Valladolid, una de Temozón y una de Halachó. Por tanto se observarían 6 partos. Se les pidió a las mujeres su autorización para estar presentes en su parto y hacerles algunas preguntas.

El procedimiento de aplicación de los instrumentos fue similar al del sistema hospitalario, solamente varió el número de observadoras que estuvieron presentes en cada parto. Como se recordará, las observadoras del sistema tradicional eran mujeres que vivían en las comunidades, y en sus lugares de residencia era donde se les había pedido que realizaran el trabajo. Se contó con 6 observadoras, distribuidas en los municipios de la siguiente manera: una en Temozón, una en Halachó, dos en Ticul y dos en Valladolid.

Como en el caso del sistema hospitalario, la observadora u observadoras (una en el caso de Temozón y de Halachó, y dos en Ticul y Valladolid) y la autora contaron, cada una, con un instrumento (Guía de Entrevista y de Observación de la Atención Tradicional del Parto) para ser aplicado a cada una de las mujeres. Los apartados I, II

y III de la Guía (datos de identificación, socioeconómicos y gineco-obstétricos) que eran preguntas, las hacía una de las mujeres; la autora y la observadora anotaban las respuestas. Posteriormente, cada observadora anotaba en su instrumento las observaciones relacionadas con las acciones realizadas por la partera durante la atención del parto. A los 15 días después del parto se acudió al domicilio de cada una de las mujeres y se aplicó la Guía de Entrevista para Detección de Complicaciones Maternas y Neonatales. A cada observadora le tocó hacer las preguntas.

Se observaron 6 partos, pero en total se contó con 16 instrumentos completos, ya que en Temozón y en Halachó se aplicaron dos instrumentos en cada municipio, el que aplicó la observadora de la comunidad y el que aplicó la autora; por tanto, fueron 4 instrumentos. En Valladolid dos observadoras de la comunidad y la autora, hicieron las observaciones de un parto, por tanto fueron 3 instrumentos. En Ticul, dos observadoras y la autora, observaron 3 partos, por lo que se contó con 9 instrumentos.

Posteriormente se revisaron los instrumentos.

A diferencia de la Guía de Entrevista y de Observación de la Atención Hospitalaria del Parto, en el caso de la Guía del sistema tradicional no fue necesario hacer ningún cambio en el orden de las observaciones. No se encontraron diferencias en las respuestas entre las observadoras en la Guía de Entrevista y de Observación de la Atención Tradicional del Parto. Este instrumento contenía dos ítems que, a diferencia del resto de

los que componían éste y los otros instrumentos, involucraban un criterio de apreciación: condiciones de higiene de la hamaca y condiciones de higiene de la vivienda. Sin embargo, los criterios establecidos por la autora para definir ambas condiciones fueron claros y entendidos por las observadoras. De ahí que, ni en estos dos casos, se encontraron discrepancias en las anotaciones.

Por otra parte, tampoco se encontraron diferencias en la información registrada en la Guía de Entrevista para Detección de Complicaciones Maternas y Neonatales, ni fue necesario hacer cambio alguno.

La ausencia de diferencias en el registro de la información entre la autora y los pasantes de medicina en el sistema hospitalario y entre la autora y las mujeres de las comunidades se debió, fundamentalmente, a que los eventos a observar fueron claramente definidos y se trataba de distinguir entre presencia/ausencia.

La definición de los eventos se basó en la amplia literatura médica sobre signos y síntomas, de complicaciones maternas y neonatales, por una parte, y las detalladas descripciones sobre procedimientos y prácticas gineco-obstétricas hospitalarias y sobre la atención tradicional del parto en Yucatán.

De esta manera, tanto para la realización de las observaciones durante la atención

del parto y del recién nacido, como para las observaciones y preguntas sobre complicaciones maternas y neonatales se contaba con descripciones detalladas de las características de cada una de las variables estudiadas.

6. Procesamiento y análisis de la información

Los datos obtenidos durante el trabajo de campo, que se realizó de Agosto de 1989 a Febrero de 1990, fueron capturados con el programa DBASE III Plus. Primero se revisaron y depuraron los datos y después, la información fue procesada con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (Norusis, 1993).

Se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas, incluyendo características demográficas, socioeconómicas y gineco-obstétricas. Para las variables de la atención del parto y del recién nacido, así como de las complicaciones, se aplicó la prueba de X^2 para establecer si había diferencias estadísticamente significativas entre un mismo sistema. En el caso del hospitalario, entre SSA, IMSS e ISSSTE, y en el caso del tradicional, entre Temozón, Valladolid, Ticul y Halachó. En el sistema tradicional, cuando la distribución de los casos fue similar en una variable, se agruparon dos o más municipios. También se realizaron pruebas de X^2 para comparar los resultados entre sistemas, agrupando las tres instituciones de salud, por una parte y los cuatro municipios, por la otra. En los casos en que se encontraron celdas con frecuencias esperadas menores de 5, se aplicó la prueba de probabilidad exacta de Fisher.

Al interior de cada sistema se compararon los recursos humanos, los recursos materiales y las acciones realizadas durante la atención del parto y del recién nacido. Entre sistemas, primero se compararon las complicaciones maternas y neonatales por separado y, posteriormente, agrupadas.

1. Descripción general del estado de Yucatán

Yucatán es uno de los tres estados que conforman la Península del mismo nombre.

Abarca una superficie de 43,412 km², que representa el 2.21% de la superficie de todo el país. El estado cuenta con 106 municipios (INEGI, 1993).

a) Características físicas

Yucatán se caracteriza por la ausencia de desniveles orográficos, con excepción de una cadena de pequeñas montañas denominadas *Puuc* (sierra baja o sierrita en Maya), que corre de noroeste a sureste.

En Yucatán no hay corrientes de agua superficiales, sólo mantos acuíferos subterráneos que desembocan al mar y cuya profundidad varía de 2 a 3 metros en el cordón litoral hasta 130 metros en el vértice sur. También existen acuíferos subterráneos expuestos, llamados cenotes, rejolladas y aguadas, que se forman por hundimiento total o parcial de la bóveda calcárea (INEGI, 1993).

La precipitación pluvial en el estado oscila entre 415 y 1,290 mm al año, distribuidos principalmente en los meses de mayo a octubre. El clima es caluroso y uniforme, con una temperatura promedio anual que fluctúa entre 24.6° C y 27.7° C, y con

una humedad relativa que varía de 72% a 80% (INEGI, 1993).

b) Población

Para 1988 se estimó que la población era de 1.302,600 habitantes, de los cuales el 50.8% vivía en zonas rurales y el resto en zonas urbanas. Mérida, capital del estado, concentraba al número mayor de habitantes (505,874), siguiéndole los municipios de Tizimín, Valladolid, Motul, Ticul, Tekax, Izamal y Progreso (SCSP, 1988). En 1990, los resultados del censo (INEGI, 1990a) arrojaron una población total de 1.362,940 habitantes: 673,892 hombres y 689,048 mujeres.

c) Actividades económicas

En 1990 (INEGI, 1990b), el 53% de la población económicamente activa (PEA) laboraba en el sector primario y el 47% en los sectores secundario y terciario. De la PEA que trabajaba en actividades primarias, 52% se dedicaba a la agricultura, ganadería, caza y pesca; 30% trabajaba en la industria manufacturera; 16% en la construcción y 2% en la minería y la extracción de gas y petróleo. De la PEA empleada en los sectores secundario y terciario, el 30% se dedicaba al comercio; el 23% prestaba servicios personales y de mantenimiento; el 19% estaba empleada en servicios comunales y sociales; el 8% en transportes y comunicaciones; el 7% en hoteles y restaurantes; el 7% en la administración pública y la defensa, y el 6% en servicios financieros, técnicos y profesionales.

d) Servicios (agua potable, drenaje y electricidad)

El estado cuenta con 400 fuentes de abastecimiento de agua potable; el 25% se encuentran ubicadas en la ciudad de Mérida (INEGI, 1990c). El 70% de las viviendas dispone de agua entubada, ya sea dentro o fuera de las mismas; el 1% la adquiere de llaves públicas o hidrantes y el 29% carece de este servicio (INEGI, 1990c). Cabe señalar que la información estadística sobre agua entubada no se refiere exclusivamente a agua potable. Esta última se encuentra, fundamentalmente, en el municipio de Mérida y en las cabeceras de los municipios más grandes del estado. Las fuentes abastecedoras de agua potable no alcanzan a llegar a las comunidades más alejadas, ni aún a la periferia de las mismas cabeceras municipales. Debido a las características físicas del suelo que presenta el estado, no se cuenta con drenaje. El 10% de las viviendas carece de energía eléctrica (INEGI, 1990c).

e) Educación

En 1991, había 2,430 escuelas en el estado; 713 de educación preescolar, 1,257 primarias, 127 elementales de capacitación para el trabajo, 213 secundarias, 23 escuelas de nivel profesional medio, 97 bachilleratos y 12 instituciones educativas de nivel superior (INEGI, 1993). En este año, el 16% de la población mayor de 15 años era analfabeta. De ésta, 61% eran mujeres y 39% varones (INEGI, 1990b).

f) Condiciones de salud

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer en 1980, fue de 67.5 años y en 1990, de 69 años (SCSP, 1993).

Natalidad

En 1980, la tasa de natalidad fue de 37.3/1,000 habitantes y en 1990 de 30.3/1,000 habitantes (SCSP, 1993).

Mortalidad

La tasa de mortalidad general reportada para 1980, fue de 79/10,000 habitantes (SCSP, 1993) y para 1990 de 57/100,000 (INEGI, Archivos). En comparación con los demás estados de la República, Yucatán presentó una mortalidad general media alta junto con Baja California Norte, Jalisco, Colima, Sonora, Guanajuato y Querétaro y estuvo ligeramente por encima de la tasa nacional, que fue de 52/100,000 habitantes (Velázquez y Cols., 1992).

Las cinco principales causas de mortalidad general en 1990 fueron: enfermedades del corazón (tasa de 72.1/100,000 habitantes), tumores malignos (tasa de 65.9/100,000 habitantes), accidentes y violencias (tasa de 41.9/100,000 habitantes), neumonías y bronquitis (tasa de 38.7/100,000 habitantes) y enfermedades cerebro-vasculares (tasa de

32.1/100,000 habitantes). Las enfermedades infecciosas ocuparon el noveno lugar, con una tasa de 24.2/100,000 habitantes y la mortalidad por deficiencias de la nutrición ocupó el décimo lugar, con una tasa de 16.6/100,000 habitantes (SCSP, 1993).

En 1980, la tasa de mortalidad infantil fue de 44.6/1,000 nacidos vivos registrados (nvr). En 1990 fue de 25.1/1,000 nvr (SCSP, 1993), siendo superior a la nacional, que fue de 23.9/1,000 nvr (Velázquez y Cols., 1992). Las principales causas de mortalidad infantil en 1990 fueron: afecciones perinatales, con una tasa de 12.3/1,000 nvr; infecciones intestinales, cuya tasa fue de 3.4/1,000 nvr; infecciones respiratorias, con una tasa de 2.2/1,000 nvr, y anomalías congénitas, con una tasa de 1.8/1,000 nvr (INEGI, Archivos).

La tasa de mortalidad materna en 1980 fue de 9.3/10,000 nvr y en 1990 de 5.3/10,000 nvr (SCSP, 1993). Las principales causas de muerte materna en este último año fueron: no definidas y otras, con una tasa de 2.9/10,000 nvr; hemorragias, cuya tasa fue de 1.2/10,000 nvr; toxemias, que presentó la misma tasa que las hemorragias; parto obstruido y complicaciones del puerperio, cada una con una tasa de 0.49/10,000 nvr y aborto, con una tasa de 0.24/10,000 nvr (SCSP, 1993).

Morbilidad

En 1992, las cinco principales causas de morbilidad fueron: infecciones

respiratorias agudas, con una tasa de 31,721.5/100,000 habitantes; infecciones intestinales y otras enfermedades diarreicas, cuya tasa fue de 6,553.6/100,000 habitantes; amibiasis, que registró una tasa de 3,172.3/100,000 hab.; ascariasis, cuya tasa fue de 2,033.6/100,000 habitantes y conjuntivitis viral, que presentó una tasa de 898.8/100,000 habitantes (SCSP, Archivos).

g) Recursos para la atención de la salud

Recursos médicos

En 1992, el estado contaba con 217 unidades médicas pertenecientes a los servicios oficiales de salud (INEGI, 1993). El 90.8% eran unidades de primer nivel (68 centros de la SSA, 54 del IMSS, 51 del IMSS-Solidaridad, 15 del ISSSTE, 6 del DIF, 2 de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y 1 de la Secretaría de Marina), 8.2% de segundo nivel (13 hospitales del IMSS, 2 de la SSA, 1 de la Secretaría de Marina, 1 de la SEDENA y 1 del IMSS-Solidaridad) y el 1% de tercer nivel (1 centro hospitalario del IMSS y 1 del ISSSTE). Trece municipios carecían de unidades médicas.

En el mismo año, las instituciones de seguridad social disponían de un número mayor de recursos humanos y materiales para la atención de la salud que las instituciones de asistencia social. Del total de recursos humanos y materiales de que disponía el sector salud en 1992, en las instituciones de seguridad social se concentraba el 71% de los médicos y el 70.2% de las enfermeras, y en la asistencia social, tan sólo el 29% y el

29.8%, respectivamente. Asimismo, la seguridad social disponía del 65% de las camas, del 74% de las incubadoras y del 23% de salas de expulsión; la asistencia social, no obstante contaba con más salas de expulsión (77%), tenía menos incubadoras (26%) y menos camas (35%) (INEGI, 1993).

En 1980, había 1 médico por 1,063 habitantes y en 1992, uno por 639 habitantes (SCSP, 1993; INEGI, 1990a, 1993). En éste último año, 71% de los médicos se concentraba en la ciudad de Mérida; 14% en siete de los municipios más importantes del estado (Progreso, Ticul, Valladolid, Tizimín, Tekax, Motul y Uman) y 15% se distribuía en el resto. Estas cifras muestran que además de existir un número excesivo de médicos en el estado, la distribución de los mismos es irregular.

Recursos tradicionales

En 1975 se estimaba que había 607 terapeutas tradicionales de diferentes tipos: *hmèeno'ob*, yerbateros, hueseros, acupunturistas, sobadoras y parteras. Estas últimas constituían el 64% del total (Menéndez, 1981). No se cuenta con información sobre el número de agentes tradicionales de salud por municipio.

Los *hmèeno'ob* son portadores del saber y tradición mayas. Además de curar enfermedades, son los encargados de realizar ceremonias y rituales agrarios, como el *Cha Chaac* (rogación de lluvia) y la primicia al viento, en las que se mezclan elementos mayas

y católicos. Los yerbateros hacen curaciones exclusivamente con plantas. Los hueseros o quiroprácticos se especializan en curar esguinces, luxaciones y, en general, aquellos padecimientos en los que los huesos del cuerpo se encuentran fuera de su lugar. Los acupunturistas se basan en los meridianos del cuerpo para hacer curaciones, utilizando espinos de algunas plantas o de algunas especies de pescados. Las parteras, además de atender el embarazo y el parto, atienden las enfermedades de las mujeres y de los niños pequeños. Como se señaló en el apartado de Antecedentes y Justificación, son el grupo más dinámico de los agentes tradicionales de salud y cuentan con reconocimiento oficial.

2. Descripción general de los municipios en los que se realizó el estudio (en el mapa anexo se localizan los municipios estudiados)

Mérida

El municipio de Mérida se localiza en la región metropolitana. En 1990, la población total del municipio era de 556,819 habitantes: 267,917 hombres y 288,902 mujeres. Cuenta con 135 localidades, de las cuales el 67% tienen menos de 100 habitantes (INEGI, 1990a).

En ese mismo año, el 31% de la población económicamente activa (PEA) laboraba en el sector primario. El 19% de la misma, trabajaba en la industria manufacturera, el 8% en la industria de la construcción, el 3% en actividades agropecuarias y el 1% en la

minería. En los sectores secundario y terciario trabajaba el 69% de la PEA, y de éste, el 21% se dedicaba al comercio; el 15% se empleaba en servicios personales y de mantenimiento; el 13% en servicios comunales y sociales; el 6% en servicios financieros, profesionales y técnicos; el 5% en transportes y comunicaciones; el 5% en la administración pública y la defensa; y el 4%, en servicios de restaurantes y hoteles (INEGI, 1990b).

El municipio cuenta con 98 fuentes de abastecimiento de agua. El 80% de las viviendas cuenta con agua entubada, dentro o fuera de las mismas (INEGI, 1990c). El 96% de las viviendas cuenta con energía eléctrica (INEGI, 1990c).

En 1991, había 775 escuelas: 203 de educación preescolar, 320 primarias, 85 elementales de capacitación para el trabajo; 94 secundarias; 16 de nivel profesional medio y 57 a nivel bachillerato (INEGI, 1993), además de contar con instituciones de educación superior (universidades y centros de investigación). En el mismo año, el 6% de la población mayor de 15 años era analfabeta (INEGI, 1993).

En 1991, este municipio presentó una tasa de mortalidad general de 59.5/100,000 habitantes (INEGI, 1990a, 1993). En 1992, había 19 unidades médicas de primer nivel (10 del IMSS, 1 del ISSSTE, 1 de la SEDENA, 1 de la SSA y 6 del DIF), 5 unidades de segundo nivel (2 del IMSS, 1 de la SEDENA y 2 de la SSA) y 2 de tercer nivel (una

del IMSS y otra del ISSSTE) (INEGI, 1993). En este mismo año había 365 habitantes por médico (INEGI, 1990a, 1993).

La ciudad capital, Mérida, funciona como el principal centro administrativo, industrial, de redistribución de mercancías y de prestación de servicios, a nivel peninsular. Por ello, es un importante polo de atracción de la población regional y el asentamiento urbano más importante de la Península.

Temozón

Este municipio se localiza al oriente del estado, en la región maicera. Su agricultura se caracteriza por la práctica tradicional de roza-tumba-quema para la siembra de la milpa, que incluye maíz, frijol, hortalizas y frutas. Esta área es donde mejor se conservan las prácticas productivas y culturales con profundas raíces mayas (Paré, 1988).

En 1990, el municipio tenía una población de 9,849 habitantes: 5,028 hombres y 4,821 mujeres. Contaba con 93 localidades, de las cuales el 88% tenían menos de 100 habitantes (INEGI, 1990a).

En ese mismo año, el 86% de la población económicamente activa laboraba en el sector primario. El 70% de la misma, trabajaba en actividades agropecuarias; 11% en la industria manufacturera; y 5% en la industria de la construcción. El 14% de la PEA

trabajaba en los sectores secundario y terciario: el 10% en transporte y comunicaciones, servicios comunales, sociales, financieros, profesionales y técnicos y, el 4% en el comercio, (INEGI, 1990b).

En el municipio había 4 fuentes de abastecimiento de agua. El 58% de las viviendas tenía agua entubada dentro o fuera de las mismas (INEGI, 1990c). El 68% de las viviendas eran de tipo tradicional (techo de palma, piso de tierra y paredes de barro o bajareque) y el 75% contaba con servicio de energía eléctrica (INEGI, 1990c).

En 1991, el municipio tenía 26 escuelas; 10 de educación preescolar, 14 primarias y 2 secundarias. En este año, el 33% de la población mayor de 15 años era analfabeta (INEGI, 1993).

En 1991, la tasa de mortalidad general fue de 53.8/100,000 habitantes (INEGI, 1990a, 1993). En 1992, el municipio tenía 3 unidades médicas de primer nivel de atención: 1 del IMSS-Solidaridad y 2 de la SSA (INEGI, 1993). En este mismo año, había 3,283 habitantes por médico (INEGI, 1990a, 1993).

Valladolid

Se localiza también en el oriente, en la región maicera, y su cabecera municipal, del mismo nombre, es la cuarta ciudad de importancia en el estado. En 1990, el

municipio tenía una población de 42,717 habitantes; 20,958 hombres y 21,759 mujeres. Contaba con 207 localidades. De éstas, el 97% tenían menos de 100 habitantes (INEGI, 1990a).

En ese mismo año, el 47% de la PEA laboraba en el sector primario. De ésta, el 25% trabajaba en actividades agropecuarias, el 12% en la industria de la construcción y el 10% en la industria manufacturera. El 53% de la PEA trabajaba en los sectores secundario y terciario: 14% en el comercio, 9% en servicios comunales y sociales, 9% en servicios personales y de mantenimiento, 5% en la administración pública y la defensa y 16% en transportes y comunicaciones, servicios financieros, de restaurantes, hoteles, profesionales y técnicos (INEGI, 1990b).

El municipio disponía de 12 fuentes de abastecimiento de agua. El 63% de las viviendas contaba con agua entubada dentro o fuera de ellas, y 2% la adquiría de llave pública o hidrante (INEGI, 1990c). El 56% de las viviendas eran de tipo tradicional y el 84% contaba con servicio de energía eléctrica (INEGI, 1990c).

En 1991, había 112 escuelas, 24 preescolares, 68 primarias, 7 elementales de capacitación para el trabajo, 6 secundarias, 3 de nivel profesional medio y 4 bachilleratos. El 24% de la población mayor de 15 años era analfabeta (INEGI, 1993).

En 1991, la tasa de mortalidad general en el municipio fue de 48.5/100,000 habitantes (INEGI, 1990a, 1993). En 1992, el municipio contaba con 10 centros de atención médica de primer nivel: 1 del IMSS, 1 del ISSSTE, 1 de la SEDENA, 3 del IMSS-Solidaridad y 4 de la SSA (INEGI, 1993). En este año, había 678 habitantes por médico (INEGI, 1990a, 1993).

Ticul

Este municipio se localiza en el sur del estado, en la región cítrica. La importancia de la actividad cítrica ha ocasionado que las demás actividades se subordinen a su dinámica e inclusive, que algunos municipios aledaños con producción de maíz para el autoconsumo, se incorporen y sean complementarios a la producción cítrica (Paré, 1988). En 1990, el municipio tenía una población total de 26,618 habitantes; 13,230 hombres y 13,388 mujeres. Contaba con 32 localidades, de las cuales el 90% tenía menos de 100 habitantes (INEGI, 1990a).

En ese mismo año, el 62% de la PEA laboraba en el sector primario: 33% en la industria manufacturera, 21% en actividades agropecuarias, y 8% en la industria de la construcción. El 38% de la PEA trabajaba en los sectores secundario y terciario: el 11% en el comercio, el 10% en servicios comunales y sociales y el 17% en transporte y comunicaciones, administración pública y defensa, servicios de restaurantes y hoteles, personales y de mantenimiento, financieros, profesionales y técnicos (INEGI, 1990b).

Existían 3 fuentes de abastecimiento de agua. El 87% de las viviendas tenía agua entubada, dentro o fuera de las mismas y 2% la adquiría de llave pública o hidrante (INEGI, 1990c). El 55% de las viviendas eran de tipo tradicional y el 92% contaba con servicio de energía eléctrica (INEGI, 1990c).

En 1991, el municipio tenía 36 escuelas; 9 de educación preescolar, 14 primarias, 5 elementales de capacitación para el trabajo, 5 secundarias, 1 de nivel profesional medio y 2 bachilleratos (INEGI, 1993). En este año, el 29% de la población mayor de 15 años era analfabeta (INEGI, 1993).

En 1991, la tasa de mortalidad general fue de 54.1/100,000 habitantes (INEGI, 1990a, 1993). En 1992, el municipio disponía de 4 unidades médicas de primer nivel: 1 del IMSS, 1 del ISSSTE y 2 de la SSA (INEGI, 1993). En este año había 700 habitantes por médico en el municipio (INEGI, 1990a, 1993).

Halachó

Este municipio se localiza al noroccidente del estado, en la región henequenera. La producción del agro henequenero ha descendido año con año en las últimas décadas. Para tratar de resolver la crisis de la zona henequenera, las autoridades gubernamentales aplicaron, en 1990, el Programa de Desarrollo de la Zona Henequenera (PRODEZOHE), que contemplaba actividades agropecuarias y mineras alternativas. Sin embargo, este

programa no tuvo éxito porque no respondió a las necesidades de los campesinos. Por ello, muchos habitantes de la región han abandonado los campos agrícolas y han emigrado a la ciudad de Mérida en busca de empleo en los últimos años.

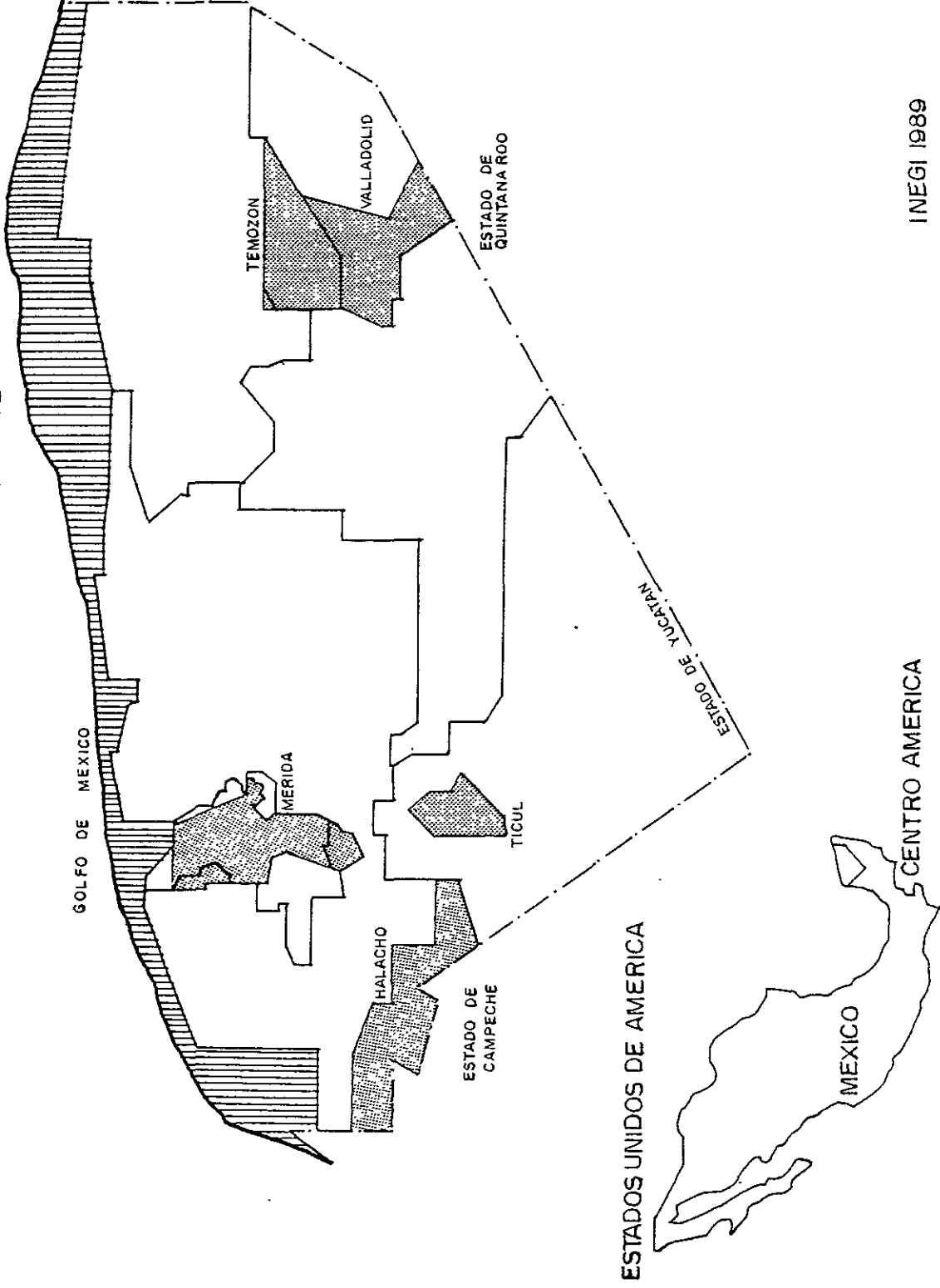
En 1990, el municipio tenía una población de 15,419 habitantes; 7,902 eran hombres y 7,517 mujeres. Contaba con 12 localidades, de las cuales, el 33% tenía menos de 100 habitantes (INEGI, 1990a). En este mismo año, el 78% de la PEA laboraba en el sector primario: 62% en actividades agropecuarias, 10% en la industria manufacturera, y 6% en la industria de la construcción. El 22% de la PEA trabajaba en los sectores secundario y terciario: 7% en el comercio, y 15% en transportes y comunicaciones, en la administración pública y la defensa, y en diferentes servicios (financieros, comunales y sociales, profesionales y técnicos, de restaurantes y hoteles, personales y de mantenimiento) (INEGI, 1990b).

El municipio contaba con 5 fuentes de abastecimiento de agua. El 45% de las viviendas tenía agua entubada dentro o fuera de las mismas. El 85% de las viviendas era de tipo tradicional y el 93% contaba con servicio de energía eléctrica (INEGI, 1990c).

En 1991, el municipio tenía 28 escuelas; 10 de educación preescolar, 12 primarias, 4 secundarias y 2 de nivel bachillerato (INEGI, 1993). En este año, el 27% de la población mayor de 15 años era analfabeta (INEGI, 1993).

En el mismo año, la tasa de mortalidad general fue de 49.2/100,000 habitantes (INEGI, 1990a, 1993). En 1992, el municipio tenía 2 unidades médicas de primer nivel: una del IMSS y otra del IMSS-Solidaridad (INEGI, 1993). En este año, había 3,083 habitantes por médico (INEGI, 1990a, 1993).

FORMERIZACION DE LAS AREAS DE ESTUDIO



INEGI 1989

V. RESULTADOS

Las observaciones de la atención del parto y del recién nacido se realizaron en la totalidad de la muestra (n = 216), de Agosto de 1989 a Febrero de 1990. Sin embargo, el número de casos con información completa del período postparto se redujo a 205 (94.9%). De éstos, 101 correspondieron al sistema hospitalario y 104 al tradicional. De los 11 casos faltantes, 7 entrevistas no se pudieron efectuar porque no se encontró a las mujeres en el domicilio que habían reportado durante su estancia en el hospital y 4 mujeres, atendidas por parteras, se fueron a vivir a casa de su suegra durante el postparto y ésta no permitió que se realizaran las entrevistas. La Tabla 2 muestra la distribución de los 205 casos con información completa, utilizados para el análisis, de acuerdo al sistema de atención.

Tabla 2
Distribución del número de casos estudiados

Sistema hospitalario		Sistema tradicional	
Institución		Municipios	
SSA	39	Temozón	14
IMSS	37	Valladolid	16
ISSSTE	25	Ticul	67
		Halachó	7
Total	101	Total	104

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Características generales de las mujeres

Como se señaló en el capítulo de Métodos, se obtuvo información demográfica, socioeconómica y gineco-obstétrica de las mujeres que solicitaron el servicio de atención del parto en los sistemas hospitalario y tradicional, con el fin de conocer sus características generales.

Características demográficas y socioeconómicas

a) Lugar de procedencia

Como era de esperarse, la mayoría de las mujeres atendidas en las instituciones oficiales de salud fueron de origen urbano, mientras que en el sistema tradicional fueron de origen rural. La Tabla 3, muestra la distribución, por lugar de procedencia, de las mujeres en los sistemas hospitalario y tradicional. En la SSA, la mayoría de las mujeres fue de origen urbano (54%), siguiéndoles las de procedencia rural (26%) y, finalmente, las de áreas suburbanas (20%). En el IMSS, el 68% de las mujeres fueron de procedencia urbana, el 30% de origen rural y el 2% de áreas suburbanas. El ISSSTE atendió exclusivamente a mujeres de áreas urbanas.

En el caso del sistema tradicional, en los municipios de Valladolid, Halachó y Temozón, todas o la mayoría de las mujeres fueron de origen rural (100%, 100% y 92.9%, respectivamente), mientras que en Ticul, lo fueron el 56.7% de las mujeres. A éstas le siguieron las mujeres de áreas suburbanas (37.3%) y las de áreas urbanas (6.1%)

Tabla 3
Lugar de procedencia

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)
	%	%
Urbana	70.3	4.8
Suburbana	8.9	24.0
Rural	20.8	71.2

b) Edad materna

Como puede observarse en la Tabla 4, la mayoría de las mujeres atendidas en ambos sistemas tenía entre 20 y 34 años de edad.

Tabla 4
Edad materna

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)
	%	%
Edad en años		
Menos de 20	18.8	7.7
20 a 34	76.2	88.5
35 y más	5.0	3.8

c) Estado civil

Como se muestra en la Tabla 5, la mayoría de las mujeres era casada.

Tabla 5
Estado Civil

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)
	%	%
Casada	84.1	94.3
Soltera	8.9	1.9
Unión libre	5.0	3.8
Divorciada/viuda	2.0	0

d) Escolaridad materna

La Tabla 6 muestra el nivel de escolaridad de las mujeres estudiadas. Como era de esperarse, el nivel educativo de las atendidas en el sistema hospitalario fue más alto que el de las del sistema tradicional. En el primero, 62.3% había cursado, por lo menos, la primaria completa. En el segundo, este porcentaje fue de 32.6% y no hubo ninguna mujer con estudios de bachillerato.

En el sistema hospitalario, el nivel educativo más bajo se encontró entre las mujeres atendidas por la SSA: 65% eran analfabetas o sólo tenían primaria incompleta; en el IMSS y el ISSSTE fueron 24% y 16%, respectivamente. El porcentaje de mujeres con primaria completa fue similar en las tres instituciones (SSA 26%, IMSS 27% e ISSSTE 24%). Los niveles de escolaridad más altos se observaron en las mujeres atendidas en el ISSSTE (40% con estudios de secundaria y 20% con estudios de bachillerato o más), seguidas por las mujeres atendidas en el IMSS (30% con secundaria y 19% con bachillerato o más). En cambio, en la SSA sólo 8% de las mujeres tenía estudios de secundaria y 3% de bachillerato o más.

En el sistema tradicional, en el municipio de Temozón, hubo un mayor porcentaje de mujeres analfabetas o con primaria incompleta (93%). En los municipios de Valladolid y de Ticul se registraron los porcentajes más altos de mujeres con estudios de primaria completa (25% y 18%, respectivamente), y en Halachó y Ticul los de secundaria

completa (29% y 21%, respectivamente).

Tabla 6
Escolaridad materna

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)
	%	%
Analfabeta	12.9	33.7
Primaria incompleta	24.8	33.7
Primaria completa	25.7	16.3
Secundaria	23.8	16.3
Bachillerato o más	12.8	0

e) Ocupación materna

Esta variable se agrupó y clasificó en las siguientes categorías:

a. labores del hogar;

b. empleo eventual o temporal. Por el tipo de empleo, el ingreso económico no es regular y la percepción no necesariamente es fija. Se incluyen: empleadas domésticas, vendedoras ambulantes y artesanas;

c. empleo estable. Las percepciones económicas son fijas y además puede o no contar con prestaciones sociales. Se incluyen: empleadas de comercio, empleadas de instituciones gubernamentales y privadas (ayudantes de oficina, analistas, enfermeras y secretarías).

Como puede observarse en la Tabla 7, la mayoría de las mujeres estudiadas se

dedicaban a las labores del hogar. Al interior de las instituciones hospitalarias se encontró que 32% de las atendidas en el IMSS, 36% de las atendidas en el ISSSTE y 3% de las atendidas en la SSA, contaban con un empleo regular remunerado.

En el sistema tradicional, se observó que en Ticul, el 6% de las mujeres contaba con empleo estable. En los otros tres municipios las mujeres no tenían este tipo de trabajo.

Tabla 7
Ocupación materna

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)
	%	%
Hogar	73.2	91.3
Empleos eventuales	5.0	4.8
Empleos estables	21.8	3.9

f) Ocupación del esposo

Esta variable se agrupó y clasificó de manera similar a la de ocupación materna:

a. empleo eventual o temporal. Por el tipo de empleo, el ingreso económico no es regular y la percepción no necesariamente es fija. Se incluyen: albañiles, artesanos, campesinos, jardineros, carpinteros, pescadores, mecánicos y ayudantes de mecánico;

b. empleo estable. Las percepciones económicas son fijas y además puede o no contar con prestaciones sociales. Se incluyen: empleados de comercio, empleados de instituciones públicas o privadas y profesionistas.

El número de casos para esta variable se redujo a 196, ya que nueve mujeres (8.9%) eran viudas o madres solteras. Todas ellas fueron atendidas en el sistema hospitalario. La mayoría de los esposos de las mujeres estudiadas tenía empleos eventuales (71.9%), aunque como se observa en la Tabla 8, se encontraron más casos de este tipo en el sistema tradicional que en el hospitalario. En éste último se observó que, mientras en el IMSS y en el ISSSTE la mayoría de los cónyuges tenía empleos estables (67% y 61%, respectivamente), en la SSA la mayoría tenía empleos eventuales (97%).

En el sistema tradicional, sólo en Ticul y Halachó se encontraron casos con empleos estables, siendo los porcentajes de 25% y 14%, respectivamente.

Tabla 8
Ocupación del esposo

	Hospitalario (n = 92)	Tradicional (n = 104)
	%	%
Empleo eventual	59.8	82.7
Empleo estable	40.2	17.3

g) Ingresos económicos

Esta variable se agrupó en cuatro categorías, de acuerdo al número de salarios mínimos mensuales⁹ que ingresaba al hogar de las mujeres estudiadas. En la mayoría de

⁹ En 1989, el salario mínimo mensual era de \$ 285.00

los casos, el ingreso mensual fue de un salario mínimo (42%), seguido por menos de uno (30%), dos (25%) y más de dos (3%). Sin embargo, como puede observarse en la Tabla 9, en el sistema tradicional cerca del 60% de los casos tuvo ingresos mensuales familiares por debajo del salario mínimo y en el sistema hospitalario predominaron los ingresos equivalentes a un salario mínimo.

También se observaron diferencias al interior de cada sistema. El 79.5% de las mujeres atendidas en la SSA reportó un ingreso mensual familiar equivalente al salario mínimo; en el ISSSTE, la frecuencia fue de 64% y en el IMSS de 45.9%. En esta última institución, el resto de las mujeres (54.1%) reportaron ingresos mensuales familiares equivalentes a dos o más salarios mínimos. En el caso del sistema tradicional, la mayoría de las mujeres de Temozón, Halachó y Valladolid reportó ingresos mensuales familiares menores al salario mínimo (93%, 86% y 81%, respectivamente). Sólo en Ticul se encontraron casos (25%) con percepciones equivalentes a dos salarios mínimos mensuales.

Tabla 9
Ingresos económicos mensuales

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)
Salario mínimo	%	%
menos de 1	1.0	57.7
1	63.4	21.2
2	34.6	16.3
más de 2	1.0	4.8

h) Servicios sanitarios

De las mujeres estudiadas en el sistema hospitalario, el 66.3% contaba con este servicio. Por el contrario, en el sistema tradicional sólo 28.8% contaba con él. En el caso de la SSA, sólo 41% de las mujeres disponía de este servicio, mientras que en el IMSS y en el ISSSTE las frecuencias fueron de 84% y 81.1%, respectivamente. En el sistema tradicional, sólo en Ticul y en Temozón se contaba con este servicio (42% y 14%, respectivamente).

Características gineco-obstétricas

Paridad y abortos

El 80% de las mujeres estudiadas era multípara y 29% reportó haber tenido uno o más abortos. El 70.3% de las atendidas en el sistema hospitalario era multípara, mientras que en el sistema tradicional el 90.4% lo fue. La Tabla 10 muestra las características gineco-obstétricas de las mujeres estudiadas por sistema.

Tabla 10
Características gineco-obstétricas

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)
Paridad	%	%
0	29.7	9.6
de 1 a 3	52.5	67.3
más de 3	17.8	23.1
Abortos		
0	69.3	72.1
1 y más	30.7	27.9

Recursos utilizados y acciones realizadas durante la atención del parto y del recién nacido en el sistema hospitalario y en el sistema tradicional

En el capítulo de Antecedentes y Justificación, se describieron las características de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional en Yucatán, notándose que la forma como se atiende en estos sistemas, es heterogénea. Por ello, los recursos utilizados y las acciones realizadas son, en su mayoría, diferentes.

De todas las acciones realizadas durante la atención del parto, solamente dos se llevan a cabo en ambos sistemas: antisepsia de la región perineal y revisión de la placenta. De las acciones realizadas durante la atención del recién nacido, los dos sistemas comparten tres de ellas: aplicación de gotas oftálmicas, extracción de secreciones nasofaríngeas y toma de peso del recién nacido.

Por tal motivo, no se pudieron hacer comparaciones entre los dos sistemas de atención del parto de todos los recursos humanos y materiales disponibles y acciones realizadas, sino tan sólo de las cinco mencionadas en el párrafo anterior.

Los comparaciones realizadas fueron:

a) Sistema hospitalario. Comparación entre instituciones hospitalarias (IMSS; ISSSTE; SSA) de recursos humanos y materiales y acciones realizadas durante la atención del parto y del recién nacido.

b) Sistema tradicional. Comparación entre municipios (Valladolid, Temozón, Ticul, Halachó) de recursos humanos y materiales y acciones realizadas durante la atención del parto y del recién nacido.

c) Sistema hospitalario y sistema tradicional. Comparación entre sistemas, únicamente de aquellas acciones que comparten ambos. En el caso de las acciones llevadas a cabo durante la atención del parto se compararon: antisepsia de la región perineal y revisión de la placenta. En el caso de las acciones realizadas durante la atención del recién nacido se compararon: aplicación de gotas oftálmicas, extracción de secreciones nasofaríngeas y peso del recién nacido.

a) Recursos humanos y materiales y acciones realizadas en el sistema hospitalario

1. Recursos humanos para la atención del parto y del recién nacido

1.1. Atención del parto

En las tres instituciones, el parto se atendió en el 100% de los casos con la mujer en posición de litotomía.

Como puede observarse en la Tabla 11, poco más de la tercera parte de los partos fueron atendidos por médicos especializados, es decir gineco-obstetras. Al comparar entre la SSA, el IMSS y el ISSSTE, se encontró que en esta última institución, el número de partos atendidos por gineco-obstetras fue significativamente mayor que en las otras dos ($p = 0.0005$).

Tabla 11
Personal médico encargado de la
atención del parto por institución

	SSA	IMSS	ISSSTE	Total
	(n = 39)	(n = 37)	(n = 25)	(n = 101)
	%	%	%	%
Médico especializado	25.6	24.3	68.0*	35.6
Médico no especializado	74.4	75.7	32.0	64.4

* $\chi^2 = 15.17$, $p = 0.0005$

Por otra parte, la mayoría de los médicos contaron con la ayuda de personal paramédico especializado, es decir enfermeras (Tabla 12). Sin embargo, en el IMSS, el número de estas últimas fue significativamente mayor que en las otras dos instituciones ($p = 0.01$).

Cabe señalar que fue necesario agrupar a pasantes de medicina y enfermería por el reducido número de casos encontrados en cada categoría (pasantes de medicina, 5; pasantes de enfermería, 10; estudiantes de medicina, 8; estudiantes de enfermería, 2). Se decidió denominar a este grupo como personal paramédico no especializado porque aún no ha concluido su preparación profesional.

Tabla 12
Personal paramédico que ayuda en la atención del parto por institución

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Paramédico especializado	64.1	91.9**	68.0	75.6
Paramédico no especializado*	35.9	8.1	32.0	64.4

* Este personal incluye: pasantes y estudiantes de enfermería y medicina.

** ($X^2 = 8.80$, $p = 0.01$)

1.2. Atención del recién nacido

Tal como se observa en la Tabla 13, más del 50% de los neonatos fueron atendidos

por médicos especializados. Todos ellos fueron pediatras y no se encontró ningún caso atendido por neonatólogo. Al comparar entre la SSA, el IMSS y el ISSSTE, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de neonatos atendidos por pediatras ($X^2 = 3.48$, $p = 0.17$).

Tabla 13
Personal médico encargado de la atención
del recién nacido por institución

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Médico especializado	53.8	48.6	72.0	56.4
Médico no especializado	46.2	51.4	28.0	43.6

2. Recursos materiales utilizados para la atención del parto

2.1. Exámenes de Laboratorio

Las tres instituciones médicas contaban con laboratorio de análisis clínicos, por lo que estaban en posibilidad de realizar los exámenes de rutina, es decir biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina, a todas las mujeres embarazadas atendidas.

a) *Biometría hemática (BH)*

Se realizó biometría hemática al 94.1% de las mujeres estudiadas en las tres instituciones oficiales de salud (Tabla 14). Al comparar entre instituciones no se encontraron diferencias significativas ($X^2 = 6.53$, $p = 0.19$).

Los resultados de la BH mostraron que 34.7% de las mujeres a quienes se les realizó el exámen, padecía anemia. En la SSA, el número de mujeres anémicas (48.7%) fue significativamente mayor que en en el IMSS (29.7%) y el ISSSTE (20.0%) ($X^2 = 14.27$ [2 gl], ($p = 0.006$).

b) *Química Sanguínea (QS)*

Esta prueba se realizó al 84.2% de las mujeres atendidas en las tres instituciones (Tabla 14). El número de pruebas de química sanguínea realizado en el IMSS fue significativamente mayor que el de la SSA o del ISSSTE ($p = 0.0006$). Los resultados de las pruebas mostraron 1 caso con hiperglucemia y 1 caso con hipercolesterolemia, todos correspondientes a mujeres atendidas en la SSA. Al comparar este resultado con los del ISSSTE e IMSS combinados, no se encontraron diferencias significativas ($X^2 = 1.27$, $p = 0.51$).

c) *Examen General de Orina (EGO)*

Al 74.3% de las mujeres que solicitaron atención del parto en el sistema

hospitalario, se les realizó un examen general de orina (Tabla 14). En el IMSS se practicó un número significativamente mayor de EGO que en las otras dos instituciones ($p = 0.001$). En todos los casos, los resultados del examen general de orina fueron normales.

Tabla 14
Resultados de exámenes de laboratorio
practicados por institución

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Biometría Hemática				
Sí	87.2	100.0	96.0	94.1
No	12.8	0	4.0	5.9
Química Sanguínea				
Sí	82.1	100.0*	64.0	84.2
No	17.9	0	36.0	15.8
EGO				
Sí	61.5	94.6**	64.0	74.3
No	38.5	5.4	36.0	25.7

* $X^2 = 14.71$, $p = 0.0006$

** $X^2 = 12.68$, $p = 0.001$

3. Acciones realizadas

3.1. Durante la atención del parto

a) Administración de soluciones por vía parenteral

Como puede observarse en la Tabla 15, a casi todas las mujeres que solicitaron atención del parto en los tres centros hospitalarios, se les administró solución glucosada.

Sólo a un reducido número se le aplicó otro tipo de solución. Al comparar entre instituciones, no se encontraron diferencias significativas en el número de mujeres a las cuales se les administró solución glucosada ($X^2 = 0.40$, $p = 0.81$).

Tabla 15
Administración de soluciones por vía parenteral
por institución

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Solución glucosada	92.3	94.6	96.0	94.1
Solución fisiológica, Hartman o paquete globular	7.7	5.4	4.0	5.9

b) Antisepsia

En la SSA y en el ISSSTE se realizó la antisepsia de la región perineal al 100% de las mujeres que recibieron atención del parto. En el IMSS, esta acción se efectuó al 97%.

En cuanto al tipo de antiséptico utilizado (Tabla 16), las diferencias entre instituciones no fueron estadísticamente significativas ($X^2 = 1.74$, $p = 0.40$).

Tabla 16
Antisépticos utilizados durante
la atención del parto

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 36)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 100)
	%	%	%	%
Agua y jabón	2.6	59.5	28.0	29.7
Benzal o yodo	97.4	37.8	72.0	69.3

c) Anestesia

Al 80.2% de las mujeres atendidas en el sistema hospitalario se les aplicó anestesia, fuera regional o local. En el IMSS, 89.2% fueron anestesiadas, en el ISSSTE el 80% y en la SSA, el 71.8%. En las tres instituciones fue más frecuente la utilización de anestesia local en el momento de realizar la episiotomía (Tabla 17). No se encontraron diferencias significativas entre instituciones por tipo de anestesia empleada ($X^2 = 5.62$, $p = 0.22$).

Tabla 17
Tipo de anestesia aplicada durante
la atención del parto

	SSA (n = 26)	IMSS (n = 33)	ISSSTE (n = 20)	Total (n = 81)
	%	%	%	%
Regional	20.5	13.5	12.0	15.8
Local	51.3	75.7	68.0	64.4

d) Aplicación de oxitocina

Se aplicaron oxitócicos a todas las mujeres atendidas (Tabla 18). No se encontraron

diferencias estadísticamente significativas entre instituciones ($X^2 = 1.29$, $p = 0.52$).

Tabla 18
Aplicación de oxitocina

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Inducción y conducción del parto	41.0	54.1	48.0	47.5
Después del alumbramiento	59.0	45.9	52.0	52.5

e) Episiotomía

La episiotomía se practicó al 77% de las mujeres atendidas. En el IMSS al 83.8%, en el ISSSTE al 80% y en la SSA al 69.2%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre instituciones ($X^2 = 2.43$, $p = 0.29$).

Tabla 19
Episiotomía practicada por institución

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Sí se realizó	69.2	83.8	80.0	77.2
No se realizó	30.8	16.2	20.0	22.8

En la SSA y en el IMSS fue más frecuente la episiotomía mediolateral y en el

ISSSTE, la episiotomía mediana (Tabla 20). La comparación entre instituciones mostró que en esta última se practicaron con más frecuencia episiotomías medianas que en las otras dos. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.0003$).

Tabla 20
Tipo de episiotomía realizada durante la atención del parto

	SSA (n = 27)	IMSS (n = 31)	ISSSTE (n = 20)	Total (n = 78)
	%	%	%	%
Mediana	5.0	13.5	44.0*	17.8
Mediolateral	64.2	70.3	36.0	59.4

* $X^2 = 16.05$, $p = 0.0003$

f) Revisión de la placenta

La placenta se revisó en el 100% de los partos que fueron atendidos en la SSA y en el ISSSTE y en el 97% de los casos en el IMSS. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre instituciones ($X^2 = 1.74$, $p = 0.41$).

Tabla 21
Revisión de la placenta

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Sí se realizó	100.0	97.3	100.0	99.0
No se realizó	0	2.7	0	1.0

g) Revisión de la cavidad uterina

Los médicos revisaron la cavidad uterina después del parto al 41.6% de las mujeres.

La frecuencia con que se practicó la revisión en la SSA fue de 46.2%, en el ISSSTE de 44% y en el IMSS de 35.1%. La ejecución de esta acción no fue significativamente diferente en las tres instituciones ($X^2 = 1.02$, $p = 0.59$).

Tabla 22
Revisión de la cavidad uterina

	SSA (n = 39) %	IMSS (n = 37) %	ISSSTE (n = 25) %	Total (n = 101) %
Sí se revisó	46.2	35.1	44.0	41.6
No se revisó	53.8	64.9	56.0	58.4

3.2. Durante la atención neonatal

a) Exploración física

La exploración física del recién nacido se llevó al cabo en el 88.1% de los casos atendidos. En el IMSS, el personal médico realizó esta exploración al 100% de los neonatos; en el ISSSTE al 88% y en la SSA, al 76.9%. En el IMSS se efectuaron significativamente más exploraciones físicas neonatales que en las otras dos instituciones médicas ($p = 0.008$).

Tabla 23
Exploración física del recién nacido

	SSA (n = 39) %	IMSS (n = 37) %	ISSSTE (n = 25) %	Total (n = 101) %
Sí se realizó	76.9	100.0*	88.0	88.1
No se realizó	23.1	0	12.0	11.9

* $\chi^2 = 9.65$, $p = 0.008$

b) Equipo utilizado para la aspiración de secreciones nasofaríngeas

A todos los neonatos atendidos se les aspiraron las secreciones nasofaríngeas. En la SSA y en el ISSSTE, la mayoría de los médicos utilizó perilla para realizar este procedimiento, mientras que en el IMSS se utilizó con mucha mayor frecuencia, un aspirador (Tabla 24). Los resultados de la comparación entre instituciones mostraron que el IMSS fue significativamente diferente de las otras dos ($p = 0.00001$).

Tabla 24
Equipo utilizado para aspirar las secreciones nasofaríngeas

	SSA (n = 39) %	IMSS (n = 37) %	ISSSTE (n = 25) %	Total (n = 101) %
Perilla	97.4	8.1	96.0	64.4
Aspirador	2.6	91.9*	4.0	35.6

* $\chi^2 = 80.54$, $p = 0.00001$

c) Aplicación de gotas oftálmicas

Se aplicaron gotas oftálmicas al 100% de los neonatos que fueron atendidos en las tres instituciones médicas, utilizándose soluciones con antibióticos en el 100% de los casos en la SSA y en el ISSSTE. En el IMSS, se utilizó este tipo de soluciones en el 97% de los neonatos y gotas de nitrato de plata en el 3%. Las diferencias entre instituciones no fueron estadísticamente significativas ($X^2 = 1.30$, $p = 0.43$).

Tabla 25
Soluciones oftálmicas aplicadas a los neonatos

	SSA (n = 39) %	IMSS (n = 37) %	ISSSTE (n = 25) %	Total (n = 101) %
Solución con antibióticos	100.0	97.3	100.0	98.9
Gotas de nitrato de plata	0	2.7	0	1.1

d) Peso

Todos los recién nacidos fueron pesados. Se clasificó el peso en: *bajo*: menor de 2,500 gr; *deficiente*: de 2,500 a 3,000 gr; *favorable*: de 3,001 a 3,500 gr, y *más favorable*: mayor de 3,500 gr (Puffer y Serrano, 1988).

Como se observa en la Tabla 26, no hubo casos de peso más favorable; la mayoría de los neonatos presentó peso favorable, aunque cerca del 40% tuvieron peso deficiente

o bajo. Al comparar entre instituciones se encontró que en el ISSSTE, un número significativamente mayor de recién nacidos presentaron peso favorable ($p = 0.005$).

Tabla 26
Peso al nacer

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Bajo	20.5	5.4	4.0	10.9
Deficiente	35.9	32.4	12.0	28.7
Favorable	43.6	62.2	84.0*	60.4

* $\chi^2 = 14.60$, $p = 0.005$

Características del nacimiento

Como se esperaba, por tratarse de embarazos sin complicaciones, todos los productos nacieron vivos. La presentación cefálica fue la más frecuente en las tres instituciones (Tabla 27). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre éstas ($\chi^2 = 2.61$, $p = 0.27$).

Tabla 27
Presentación del producto al momento
del nacimiento

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Cefálica	92.3	97.3	100.0	96.0
Podálica	7.7	2.7	0	4.0

b) Recursos humanos y materiales y acciones realizadas en el sistema tradicional

Para el análisis de la información de este sistema, se consideró la distribución de las variables estudiadas en cada municipio y cuando fue pertinente se agruparon municipios. De esta manera se realizaron las siguientes comparaciones:

a) entre todos los municipios para las variables: equipo para la atención del parto, antisepsia de la región perineal, estimulación de contracciones uterinas, ruptura de bolsa amniótica, revisión de placenta y peso neonatal;

b) agrupando los municipios de Temozón y Halachó por un lado y Valladolid y Ticul por otro, para las siguientes variables: recursos humanos para la atención del parto y del recién nacido, higiene de la habitación y de la hamaca, y posición de la mujer en la atención del parto;

c) agrupando los municipios de Temozón, Valladolid y Halachó para aplicación de gotas oftálmicas y material utilizado para cortar el cordón umbilical;

d) agrupando los municipios de Ticul y Halachó, comparando con Valladolid y Temozón, en el caso de extracción de secreciones nasofaríngeas;

e) agrupando los municipios de Temozón, Ticul y Halachó en el caso del material utilizado para amarrar el cordón umbilical.

1. Recursos humanos para la atención del parto y del recién nacido

1.1. Atención del parto

Como era de esperarse, en todos los partos estuvo presente un familiar de la embarazada, quien además de acompañarla y apoyarla, ayudó a la partera (Tabla 28). En la mayoría de los casos se trató de la madre, el esposo o la suegra. Sólo en los municipios de Valladolid y Ticul se observó la participación de otros familiares (tías, hermanas, cuñadas o sobrinas). Si bien las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas ($p = 0.003$), es importante señalar que éstas no son relevantes en términos de la atención y de posibles complicaciones.

Tabla 28
Recursos humanos (familiares de la mujer) que participaron en la atención del parto

	Temozón y Halachó (n = 21)	Valladolid y Ticul (n = 83)	Total (n = 104)
	%	%	%
madre, esposo, suegra	100.0	68.7	75.0
tías y otros familiares	0	31.3	25.0

$$\chi^2 = 8.77, p = 0.003$$

1.2. Atención del recién nacido

Las parteras se encargaron de atender a los recién nacidos en la mayoría de los partos (Tabla 29). Nuevamente se encontró que los municipios de Valladolid y Ticul se distinguieron de los otros dos. En este caso, algún familiar de la mujer se hizo cargo de

la atención del recién nacido en lugar de la partera, aunque la frecuencia fue relativamente baja. Al comparar, Temozón y Halachó y con Ticul y Valladolid, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.07$, prueba de probabilidad exacta de Fisher)

Tabla 29
Recursos humanos que participaron en la atención neonatal

	Temozón y Halachó (n = 21)	Valladolid y Ticul (n = 83)	Total (n = 104)
	%	%	%
Partera	100.0	84.3	87.5
Familiares	0	15.7	12.5

2. Características generales de la atención del parto

2.1. Higiene de la habitación

Nuevamente Ticul y Valladolid (Tabla 30) presentaron características diferentes, encontrándose casos en que la higiene de la habitación donde se atendió el parto fue mala (por ejemplo, había basura tirada en el suelo); en Valladolid se observó en el 75% de los casos, en Ticul en el 65.7%. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.002$).

Tabla 30
Higiene de la habitación

	Temozón y Halachó (n = 21)	Valladolid y Ticul (n = 83)	Total (n = 104)
	%	%	%
Buena	100.0	67.5	74.0
Mala	0	32.5	26.0

$$\chi^2 = 9.22, p = 0.002$$

2.2. Atención del parto

La mayoría de las mujeres parieron sentadas en la hamaca (Tabla 31). Sólo en Valladolid y Ticul se encontraron casos de mujeres que dieron a luz en posición hincada, apoyándose en dos sillas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de municipios ($p = 1.0000$, prueba de probabilidad exacta de Fisher).

Tabla 31
Atención del parto

	Temozón y Halachó (n = 21)	Valladolid y Ticul (n = 83)	Total (n = 104)
	%	%	%
En hamaca	100.0	96.4	97.1
Hincada	0	3.6	2.9

2.3. Higiene de la hamaca

Entrevistas hechas a las parteras revelaron que éstas recomiendan a las mujeres que tengan preparadas dos hamacas limpias: una para el parto y otra para que las mujeres

descansen inmediatamente después del mismo. De todos los partos atendidos en hamaca, sólo en Valladolid y en Ticul se encontraron casos en que ésta estaba sucia (Tabla 32). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0.35$, prueba de probabilidad exacta de Fisher).

Tabla 32
Higiene de la hamaca

	Temozón y Halachó (n = 21)	Valladolid y Ticul (n = 83)	Total (n = 104)
	%	%	%
En hamaca	100.0	90.4	92.3
Hincada	0	9.6	7.7

3. Recursos materiales para la atención del parto

3.1. Equipo

El equipo para la atención del parto es el que proporciona el Sector Salud al finalizar los cursos de adiestramiento. Este "equipo de parto" consta de tijeras, cintas umbilicales, guantes, algodón, alguna solución antiséptica, gotas oftálmicas y perilla.

Como puede observarse en la Tabla 33, la mayoría de las parteras de Ticul contaba con equipo de parto; en Temozón y Valladolid alrededor del 20% lo tenía y en Halachó ninguna contaba con él. El municipio de Ticul fue significativamente diferente de los otros tres ($p = 0.00001$).

Tabla 33
Disponibilidad de equipo para la atención del parto

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Sí tienen	21.4	18.8	97.0*	0	68.3
No tienen	78.6	81.2	3.0	100.0	31.7

$\chi^2 = 72.90$, $p = 0.00001$

4. Acciones realizadas

4.1. Durante la atención del parto

a) Antisepsia de la región perineal

Como se observa en la Tabla 34, sólo en los municipios de Valladolid y Ticul se encontraron casos en que no se realizó esta acción. Al comparar entre municipios se observó que en Valladolid, el número de casos en que no se realizó fue significativamente mayor ($p = 0.00001$).

Tabla 34
Antisepsia de la región perineal

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Agua y jabón	100.0	18.7	55.2	14.3	52.9
Benzal o merthiolate	0	0	22.4	85.7	20.2
No se hizo antisepsia	0	81.3*	22.4	0	26.9

* $\chi^2 = 32.43$, $p = 0.00001$

b) Estimulación de contracciones uterinas

En Yucatán, algunas parteras estimulan las contracciones uterinas mediante masajes abdominales, utilizando cremas o aceites para que sean más suaves. En el presente estudio se observó que los masajes, más que estimular las contracciones uterinas, proporcionaban a las mujeres alivio contra el dolor durante las contracciones.

Como se observa en la Tabla 35, en los municipios de Temozón, Ticul y Halachó, las parteras no realizaron esta acción, mientras que en Valladolid más del 50% lo hizo. La diferencia entre este último municipio y los otros tres fue estadísticamente significativa ($p = 0.00001$).

Tabla 35
Estimulación de contracciones uterinas

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Sí se realizó	7.1	56.3*	7.5	0	14.4
No se realizó	92.9	43.7	92.5	100.0	85.6

* $\chi^2 = 27.08$, $p = 0.00001$

c) Ruptura de la bolsa amniótica

En la mayoría de los casos se observó que la ruptura de la bolsa amniótica, también conocida como ruptura de membranas o bolsa de las aguas, fue espontánea. Los

pocos casos en los que se provocó la ruptura de membranas se observaron en los municipios de Temozón y Ticul y las parteras utilizaron tijeras limpias (Tabla 36). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los municipios ($X^2 = 3.08$, $p = 0.79$).

Tabla 36
Ruptura de la bolsa amniótica durante la atención del parto

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Espontánea	92.9	100.0	97.0	100.0	97.1
Con tijeras limpias	7.1	0	3.0	0	2.9

d) Revisión de la placenta

En la mayoría de los partos atendidos en los municipios de Ticul y de Halachó se llevó al cabo la revisión de la placenta; en Temozón se realizó en poco más de la mitad de los casos y en Valladolid en ninguno (Tabla 37). Al comparar entre municipios Valladolid fue significativamente diferente de los otros dos municipios ($p = 0.00001$).

Tabla 37
Revisión de la placenta

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Sí se realizó	57.1	0	98.5	85.7	76.9
No se realizó	42.9	100.0*	1.5	14.3	23.1

* $X^2 = 74.30$, $p = 0.00001$

4.2. Durante la atención del recién nacido

a) Material utilizado para cortar el cordón umbilical

En todos los casos observados en Temozón, Valladolid y Halachó, las parteras utilizaron navajas de rasurar nuevas o tijeras desinfectadas para cortar el cordón umbilical (Tabla 38). Sólo en Ticul se observó el empleo de tijeras sin desinfectar en un mínimo de casos. La diferencia entre Ticul y los otros tres municipios no fue estadísticamente significativas ($p = 0.55$, prueba de probabilidad exacta de Fisher).

Tabla 38
Recursos utilizados para cortar el cordón umbilical

	Temozón, Valladolid y Halachó (n = 37)	Ticul (n = 67)	Total (n = 104)
	%	%	%
Navaja de rasurar nueva o tijeras desinfectadas	100.0	95.5	97.1
Tijeras sin desinfectar	0	4.5	2.9

b) Material utilizado para amarrar el cordón umbilical

En la mayoría de los partos atendidos en los municipios de Halachó y de Ticul, se utilizaron cintas umbilicales para amarrar el cordón umbilical, mientras que en Temozón y Valladolid se emplearon, con más frecuencia, cintas de trapo o hilos de hamaca limpios. Sólo en Valladolid, en un reducido número de casos se utilizaron cintas de trapo sucias (Tabla 39). Este municipio no fue significativamente diferente de los otros tres ($p = 0.15$, prueba de probabilidad exacta de Fisher).

Tabla 39
Recursos utilizados para amarrar el cordón umbilical

	Temozón, Ticul y Halachó (n = 88)	Valladolid (n = 16)	Total (n = 104)
	%	%	%
Cintas de trapo o hilos de hamaca limpios o cintas umbilicales	100.0	93.8	99.0
Cintas de trapo sucias	0	6.2	1.0

c) Aplicación de gotas oftálmicas

Sólo en el municipio de Ticul se aplicaron gotas oftálmicas a los neonatos (Tabla 40).

Este municipio fue significativamente diferente de los otros tres ($p = 0.00001$).

Tabla 40
Aplicación de gotas oftálmicas a los neonatos

	Temozón, Valladolid y Halachó (n = 37)	Ticul (n = 67)	Total (n = 104)
	%	%	%
Sí se aplicaron	0	88.1	56.7
No se aplicaron	100.0	11.9	43.3

$$\chi^2 = 75.30, p = 0.00001$$

d) Extracción de secreciones nasofaríngeas

En todos los casos observados se extrajeron las secreciones nasofaríngeas a los neonatos; sin embargo, los recursos utilizados para realizar esta acción fueron diferentes (Tabla 41). En Ticul y Halachó se utilizó perilla en todos los casos, mientras que en Temozón y Valladolid se utilizó algodón con mayor frecuencia. La comparación mostró

que los municipios de Ticul y Halachó fueron significativamente diferentes de los de Valladolid y Temozón ($p = 0.000001$).

Tabla 41
Extracción de secreciones nasofaríngeas

	Ticul y Halachó (n = 74)	Valladolid (n = 16)	Temozón (n = 14)	Total (n = 104)
	%	%	%	%
Con algodón	0	81.3	92.9	25.0
Con perilla	100.0*	18.7	7.1	75.0

* $\chi^2 = 86.04$, $p = 0.000001$

e) *Peso del recién nacido*

En Temozón, Valladolid y Halachó no se tomó el peso neonatal, debido a que las parteras no disponían de básculas. En Ticul se obtuvo el peso del 74.6% de los neonatos. Este municipio fue significativamente diferente de los otros tres ($p = 0.00001$). De los neonatos pesados, el 58% tuvo peso deficiente (de 2500 a 3000 grs); 34% peso favorable (de 3000 a 3500 grs) y 8% peso bajo (menos de 2500 grs).

Tabla 42
Peso del recién nacido

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Sí se realizó	0	0	74.6*	0	51.5
No se realizó	100.0	100.0	25.4	100.0	48.5

* $\chi^2 = 50.54$, $p = 0.00001$

Características del nacimiento

Como era de esperarse, por tratarse de embarazos sin complicaciones, todos los fetos nacieron vivos. El 98% de los mismos tuvieron presentación cefálica. Sólo el 2% tuvo presentación podálica y se registraron en el municipio de Ticul. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los municipios ($X^2 = 4.14$, $p = 0.24$).

Tabla 43
Presentación del producto al momento del nacimiento

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Cefálica	100.0	100.0	97.0	85.7	97.1
Podálica	0	0	3.0	14.3	2.9

c) Comparación de las acciones realizadas en el sistema hospitalario y en el tradicional.

Como se señaló en las páginas 87 y 88, hubo muy pocas acciones que se realizaron en ambos sistemas, ya fuese durante la atención del parto, o durante la atención del recién nacido.

1. Durante la atención del parto

a) *Antisepsia de la región perineal*

Como puede observarse en la Tabla 44, en casi todos los partos que fueron

atendidos en el sistema hospitalario, se realizó la antisepsia de la región perineal. Al comparar entre el sistema hospitalario y el tradicional, se encontró que en el primero se realizaron significativamente más antisepsias que en el segundo ($p = 0.000001$).

Tabla 44
Antisepsia de la región perineal

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)	Total (n = 205)
	%	%	%
Sí se realizó	99.0*	73.0	86.0
No se realizó	1.0	27.0	14.0

* $\chi^2 = 28.37$, $p = 0.000001$

b) Revisión de la placenta

En casi todos los partos atendidos en el sistema hospitalario se llevó a cabo la revisión de la placenta (Tabla 45): En cambio, en el sistema tradicional, no se realizó esta acción en más del 20% de los casos. Al comparar entre sistemas se observó que en el sistema hospitalario, la revisión de la placenta fue realizada significativamente en más casos que en el sistema tradicional ($p = 0.000001$).

Tabla 45
Revisión de la placenta

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)	Total (n = 205)
	%	%	%
Sí se realizó	99.0*	76.9	87.8
No se realizó	1.0	23.1	12.2

* $\chi^2 = 23.34$, $p = 0.000001$

2. Durante la atención del recién nacido

Las acciones realizadas durante la atención del recién nacido que se compararon fueron: aplicación de gotas oftálmicas y peso del recién nacido. No se realizó la comparación de la extracción de secreciones nasofaríngeas porque esta acción se realizó en todos los casos atendidos en ambos sistemas.

a) *Aplicación de gotas oftálmicas.*

Como puede observarse en la Tabla 46, en el sistema hospitalario se aplicaron gotas oftálmicas a todos los recién nacidos, en contraste con el sistema tradicional, en donde sólo se aplicaron a un poco más del 50% de los casos. Al hacer la comparación entre sistemas, se encontró que el sistema hospitalario fue significativamente diferente del sistema tradicional ($p = 0.000001$).

Tabla 46
Aplicación de gotas oftálmicas

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)	Total (n = 205)
	%	%	%
Sí se realizó	100.0*	56.7	78.0
No se realizó	0	43.3	22.0

* $X^2 = 55.99$, $p = 0.000001$

b) Peso del recién nacido

En todos los casos atendidos en el sistema hospitalario, se tomó el peso de los recién nacidos. En el sistema tradicional, esta acción solamente se llevó a cabo en poco menos de la mitad de los neonatos atendidos (Tabla 47). La comparación entre sistemas mostró que en el sistema hospitalario, se tomó el peso al recién nacido en un número significativamente mayor de casos que en el sistema tradicional ($p = 0.000001$).

Tabla 47
Peso del recién nacido

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 103)	Total (n = 204)
	%	%	%
Sí se tomó	100.0*	48.5	74.0
No se tomó	0	51.5	26.0

* $\chi^2 = 70.21$, $p = 0.000001$

Complicaciones maternas y neonatales en los dos sistemas

1. Complicaciones maternas

a) Desgarros perineales

Los desgarros perineales son complicaciones maternas originadas por una inadecuada atención del parto, en el momento de la coronación de la cabeza del producto.

En la Tabla 48 puede observarse que en el sistema hospitalario se produjeron desgarros perineales en las tres instituciones médicas; aunque en el ISSSTE se registró

una proporción mayor (12%) que en la SSA (10%) y que en el IMSS (8%). las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas ($X^2 = 0.26$, $p = 0.87$).

Tabla 48
Desgarros perineales en el sistema hospitalario

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Sí hubo	10.3	8.1	12.0	9.9
No hubo	89.7	91.9	88.0	90.1

En el sistema tradicional (Tabla 49), la frecuencia de desgarros perineales fue baja, y éstos sólo se produjeron en los Ticul (7.5%) y Valladolid (6.3%). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($X^2 = 1.64$, $p = 0.64$).

Tabla 49
Desgarros perineales en el sistema tradicional

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Sí hubo	0	6.3	7.5	0	5.8
No hubo	100.0	93.7	92.5	100.0	94.2

Al comparar entre sistemas, aunque el número de casos encontrados en el hospitalario casi duplicó al hallado en el tradicional (Tabla 50), la diferencia no fue estadísticamente significativa ($X^2 = 1.21$, $p = 0.27$).

Tabla 50
Desgarros perineales

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)	Total (n = 205)
	%	%	%
Sí se produjeron	9.9	5.8	7.8
No se produjeron	90.1	94.2	92.2

b) Infección en desgarros perineales

La Tabla 51 muestra que en el sistema hospitalario, sólo una de las mujeres presentó esta complicación. Este caso se registró en el ISSSTE. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre instituciones ($X^2 = 2.59$, $p = 0.27$).

Tabla 51
Infección en desgarros perineales
sistema hospitalario

	SSA (n = 4)	IMSS (n = 3)	ISSSTE (n = 3)	Total (n = 10)
	%	%	%	%
Sí hubo	0	0	33.3	10.0
No hubo	100.0	100.0	66.7	90.0

En el sistema tradicional, ninguna de las mujeres presentó esta complicación.

Al comparar entre los dos sistemas la presencia de esta complicación (Tabla 52), se encontró que la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.62$, prueba de probabilidad exacta de Fisher).

Tabla 52
Infección en desgarros perineales

	Hospitalario (n = 10)	Tradicional (n = 6)	Total (n = 16)
	%	%	%
Sí se presentó	10.0	0	6.2
No se presentó	90.0	100.0	93.8

c) Sangrado abundante durante el postparto

En el sistema hospitalario se encontró que todas las mujeres que presentaron sangrado abundante, habían sido atendidas en la SSA (Tabla 53). Al comparar entre instituciones, se observó que las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 3.24$, $p = 1.97$).

Tabla 53
Sangrado abundante durante el postparto
sistema hospitalario

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Sí hubo	5.1	0	0	2.0
No hubo	94.9	100.0	100.0	98.0

En el sistema tradicional, todas las mujeres que tuvieron esta complicación fueron atendidas en el municipio de Ticul (Tabla 54). Estadísticamente, las diferencias no fueron significativas ($\chi^2 = 2.90$, $p = 0.44$).

Tabla 54
Sangrado abundante durante el postparto
sistema tradicional

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Sí hubo	0	6.3	7.5	0	5.8
No hubo	100.0	93.7	92.5	100.0	94.2

Aunque en el sistema tradicional la proporción en la que se presentó esta complicación fue mayor que la observada en el sistema hospitalario (Tabla 55), la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.44$, prueba de probabilidad exacta de Fisher).

Tabla 55
Sangrado abundante durante el postparto

	Hospitalario (n = 10)	Tradicional (n = 6)	Total (n = 16)
	%	%	%
Sí se presentó	2.0	4.8	3.4
No se presentó	98.0	95.2	96.6

d) Infección o dehiscencia de episiotomía

Como se observa en la Tabla 56, el 6% de las mujeres atendidas en el sistema hospitalario, presentaron complicaciones en la episiotomía. Todos los casos de dehiscencia se registraron en la SSA y un caso de infección se presentó en el ISSSTE. Sin embargo, las diferencias no alcanzaron significancia estadística ($\chi^2 = 5.36$, $p = 0.06$).

Tabla 56
Complicaciones en episiotomías

	SSA (n = 27)	IMSS (n = 31)	ISSSTE (n = 20)	Total (n = 78)
	%	%	%	%
Sí hubo	14.8	0	5.0	6.4
No hubo	85.2	100.0	95.0	93.6

Como se recordará, la episiotomía no es practicada por las parteras, y por ello, no se pueden establecer comparaciones entre el sistema hospitalario y el sistema tradicional.

e) Flebitis por suero

Esta complicación se presentó exclusivamente en las mujeres que recibieron atención del parto en el IMSS (Tabla 57). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres instituciones ($X^2 = 3.52$ [2 gl], $p = 0.17$). Como en el caso anterior, este procedimiento no es realizado por las parteras.

Tabla 57
Flebitis por suero

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Sí hubo	0	5.4	0	2.0
No hubo	100.0	94.6	100.0	98.0

f) Infección puerperal

En el sistema hospitalario, solamente las mujeres que fueron atendidas en la SSA presentaron esta complicación (Tabla 58). La diferencia entre instituciones no alcanzó significancia estadística ($X^2 = 4.91$, $p = 0.095$).

Tabla 58
Infección puerperal

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Sí	7.7	0	0	3.0
No	92.3	100.0	100.0	97.0

En el sistema tradicional, ninguna de las mujeres presentó esta complicación. Al comparar entre sistemas (Tabla 59), no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.11$, prueba de probabilidad exacta de Fisher).

Tabla 59
Infección puerperal

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)	Total (n = 205)
	%	%	%
Sí	3.0	0	1.5
No	97.0	100.0	98.5

g) *Mortalidad materna*

En ninguno de los dos sistemas de atención del parto se registraron casos de defunción materna.

2. *Complicaciones neonatales*

a) *Onfalitis*

En el sistema hospitalario, sólo se presentó un caso de onfalitis durante el postparto y éste se ubicó en la SSA (Tabla 60). Las diferencias entre las tres instituciones médicas no fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 1.60$, $p = 0.44$).

Tabla 60
Onfalitis

	SSA (n = 39)	IMSS (n = 37)	ISSSTE (n = 25)	Total (n = 101)
	%	%	%	%
Sí	2.6	0	0	1.0
No	97.4	100.0	100.0	99.0

En el sistema tradicional, se presentaron dos casos de onfalitis, ambos en el municipio de Valladolid (Tabla 61). A nivel estadístico, este municipio fue significativamente diferente a los otros tres ($p = 0.01$).

Tabla 61
Onfalitis

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Sí	0	12.5*	0	0	1.9
No	100.0	87.5	100.0	100.0	98.1

* $\chi^2 = 11.21$, $p = 0.01$

Al comparar entre sistemas (Tabla 62), no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.51$, prueba de probabilidad exacta de Fisher).

Tabla 62
Onfalitis

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)	Total (n = 205)
	%	%	%
Sí	1.0	1.9	1.5
No	99.0	98.1	98.5

b) Conjuntivitis neonatal

Ninguno de los neonatos atendidos en el sistema hospitalario presentó infección ocular. En el sistema tradicional, se presentaron algunos casos y todos se localizaron en el municipio de Ticul (Tabla 63). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los municipios ($\chi^2 = 4.14$, $p = 0.24$).

Tabla 63
Conjuntivitis neonatal

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Sí	0	0	10.4	0	6.7
No	100.0	100.0	89.6	100.0	93.3

Al comparar entre sistemas la presencia de esta complicación (Tabla 64), se encontró que el sistema tradicional fue significativamente diferente del sistema hospitalario ($p = 0.01$).

Tabla 64
Conjuntivitis neonatal

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)	Total (n = 205)
	%	%	%
Sí	0	6.7*	3.4
No	100.0	93.3	96.6

* $p = 0.01$, prueba de probabilidad exacta de Fisher

c) Traumatismos

En el sistema hospitalario, ninguno de los neonatos presentó esta complicación. En el sistema tradicional, sólo se observó un caso con dislocación del miembro inferior, en Ticul (Tabla 65). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los

municipios ($X^2 = 0.55$, $p = 0.90$).

Tabla 65
Traumatismos

	Temozón (n = 14)	Valladolid (n = 16)	Ticul (n = 67)	Halachó (n = 7)	Total (n = 104)
	%	%	%	%	%
Sí	0	0	1.5	0	1.0
No	100.0	100.0	98.5	100.0	99.0

Al comparar entre el sistema hospitalario y el sistema tradicional (Tabla 66), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 1.00$, prueba de probabilidad exacta de Fisher).

Tabla 66
Traumatismos

	Hospitalario (n = 101)	Tradicional (n = 104)	Total (n = 205)
	%	%	%
Sí hubo	0	1.0	0.5
No hubo	100.0	99.0	99.5

d) Mortalidad neonatal

Ninguno de los neonatos estudiados falleció.

Comparación general de los sistemas hospitalario y tradicional

Con el objeto de hacer una evaluación general, en términos de la frecuencia total de complicaciones maternas y neonatales presentes en cada sistema, se compararon los datos de las instituciones hospitalarias con los de las parteras de todos los municipios. Para ello, primero se sumaron, por separado, el número de complicaciones maternas y el número de complicaciones neonatales, en cada sistema. Después, el número de complicaciones maternas se sumó al de complicaciones neonatales en cada sistema.

De acuerdo con el procedimiento anterior se efectuaron las siguientes comparaciones:

1. Presencia o ausencia de complicaciones maternas.
2. Presencia o ausencia de complicaciones neonatales.
3. Presencia o ausencia de complicaciones maternas y neonatales agrupadas.

1. Complicaciones maternas

Como se puede observar en la Tabla 67, en el sistema hospitalario se presentaron significativamente más complicaciones maternas que en el sistema tradicional ($p = 0.03$).

Tabla 67
Complicaciones maternas en los
dos sistemas de atención

	Hospitalario		Tradicional	
	n	%	n	%
Sí	23	22.8*	11	10.6
No	78	77.2	93	89.4

* $\chi^2 = 4.66$, $p = 0.03$

2. *Complicaciones neonatales*

En el sistema tradicional se presentaron significativamente más complicaciones neonatales que en el sistema hospitalario ($p = 0.01$).

Tabla 68
Complicaciones neonatales en los
dos sistemas de atención

	Hospitalario		Tradicional	
	n	%	n	%
Sí se presentaron	1	1.0	10	9.6*
No se presentaron	100	99.0	94	90.4

* $\chi^2 = 5.90$, $p = 0.01$

3. *Complicaciones maternas y neonatales*

Al comparar las complicaciones maternas y neonatales agrupadas (Tabla 69), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sistemas ($\chi^2 = 0.20$, $p = 0.65$).

En total se presentaron 16.6% de complicaciones maternas y 5.4% de complicaciones neonatales entre las 205 mujeres estudiadas.

Tabla 69
Complicaciones maternas y neonatales
agrupadas en los dos sistemas de atención

	Hospitalario		Tradicional	
	n	%	n	%
Sí hubo	24	23.8	21	20.2
No hubo	77	76.2	83	79.8

VI. DISCUSION Y CONCLUSIONES

La maternidad es uno de los sucesos que mayor impacto tienen en la sociedad, por ello, la evaluación de los servicios de salud obstétrica, y en particular de la atención del parto normal, la cual se recomienda que debe proporcionarse con calidez y calidad, evitando excesos en la aplicación de tecnologías y procedimientos innecesarios (Norma Oficial Mexicana de Emergencia, 1993), es fundamental, porque además de que sus resultados contribuyen a mejorar la calidad de los servicios, son indispensables para realizar de manera eficiente, la planeación y organización de los servicios de salud reproductiva.

El presente estudio, que se realizó en Yucatán, evaluó comparativamente los dos sistemas de atención del parto que aquí existen, el hospitalario y el tradicional, el primero bajo la responsabilidad de los médicos, y el segundo, a cargo de las llamadas parteras tradicionales.

Si bien en teoría, no deben presentarse complicaciones maternas ni neonatales cuando se trata de parto normal, existe evidencia de que algunos procedimientos médicos, al ser aplicados indiscriminada o inadecuadamente, pueden producir complicaciones maternas o neonatales (Fields, 1968; Baird, 1976; Hugo, 1977; McNay y Cols., 1977;

Myers y Myers, 1979; Frigoletto, 1980; Amirika, 1981; Cohen y Estner, 1983; Katz y Cols., 1983; Tacker y Banta, 1983; Marx y Cols., 1984; Morley y Cols., 1984; White y Cols., 1985; Newton y Cols., 1988; Davis-Floyd, 1987; Bobadilla, 1988; OPS, 1990; Shion y Cols., 1990; McGuinness y Cols., 1991; Helwig, 1993; LaVoie, 1997). Además, es común escuchar que las parteras tradicionales carecen de la habilidad y/o conocimientos para atender aún partos normales y por tanto son responsables de la aparición de complicaciones, sin que haya evidencia empírica que lo demuestre. Por tanto, y considerando que existen diferencias en recursos y acciones, se partió de la hipótesis de que las complicaciones podían ocurrir como consecuencia de la disponibilidad de recursos y del tipo de acciones realizadas para atender el parto y al recién nacido, en el sistema hospitalario y en el tradicional.

La mayoría de las mujeres que participaron en el estudio, compartieron algunas características generales (ubicarse en el grupo de edad de 20 a 34 años, ser casadas, y multíparas); sin embargo, su situación socioeconómica fue diferente.

Las diferencias socioeconómicas fueron compatibles con la procedencia de las mujeres y con el tipo de población atendida por cada institución. Así, en la SSA y en el sistema tradicional la mayoría de las mujeres se caracterizaron por tener una situación socioeconómica menos favorable que aquellas que fueron atendidas en el IMSS y en el

ISSSTE¹¹; esta situación se debió a que la generalidad de las mujeres atendidas en los primeros, era de origen rural, y como ya es conocido, estas poblaciones carecen de suficientes recursos para subsistir y el acceso a los diferentes tipos de servicios es limitado.

Además, en la SSA y en el sistema tradicional, el nivel educativo de las mujeres fue muy bajo; casi todas se dedicaban a las labores del hogar; la mayoría de los cónyuges tenían empleos temporales, y las familias contaban con ingresos económicos equivalentes al salario mínimo o inferiores a éste¹², y sólo la tercera parte de las mujeres contaba con servicios sanitarios en la vivienda.

En cambio, en el IMSS y en el ISSSTE, las mujeres tuvieron niveles más altos de escolaridad (alrededor del 20% había cursado estudios de bachillerato o más); más de la tercera parte contaba con empleos estables; casi la mitad de los señores tenía empleos

¹¹ La situación socioeconómica de las mujeres atendidas en el sistema hospitalario fue compatible con las características de cobertura de las instituciones médicas oficiales del país. La SSA atiende a población abierta, generalmente de escasos recursos económicos y de origen rural; el IMSS y el ISSSTE atienden a población derechohabiente, que aporta cuotas mensuales para poder recibir atención médica. En el caso del IMSS, si bien la mayoría de la población que atiende esta institución es de origen urbano, atiende también a población rural; en cambio el ISSSTE, proporciona atención médica exclusivamente a población urbana.

¹² Los señores que tuvieron empleos estables en el sistema tradicional, se localizaron principalmente en el municipio de Ticul. Este hallazgo es compatible con las características socioeconómicas de la región, ya que Ticul se ubica en la zona citrícola del estado, y la población que en ella reside, además de tener obtener recursos por la cosecha de los cultivos de cítricos con sistemas de riego, que han sido apoyados por los programas gubernamentales, los obtiene del cultivo de la milpa.

estables, y la familia contaba con ingresos económicos equivalentes al salario mínimo o superiores a éste.

Por otra parte, los resultados mostraron que gran parte de los recursos utilizados y de las acciones realizadas en el **sistema hospitalario** se aplicaron de manera indiscriminada, sin justificación médica, generalmente para hacer más cómoda y segura la labor del personal médico.

En cuanto al personal que atiende el parto se observó que en ninguna de las tres instituciones, ni aún al interior de las mismas, existe un criterio definido respecto al tipo de personal que debe atender el parto, ya que los partos fueron atendidos por estudiantes de medicina, médicos internos de pregrado, médicos generales, y médicos especialistas; cabe señalar que cualquiera de ellos está autorizado para atender a la embarazada, sin importar su capacidad y experiencia. En este caso, la mujer no tiene opción, está sujeta a la suerte, buena voluntad y capacidad de la persona que la atendera, ya que ésta es la primera vez que ve al personal que atenderá su parto y a su hijo.

También, se observó que los exámenes de laboratorio se practicaron de manera indiscriminada a la mayoría de las mujeres, sin considerar que estos sólo son métodos auxiliares del diagnóstico clínico y sirven, como su nombre lo indica, para confirmar o rechazar el diagnóstico que hace el médico de algún padecimiento. En este estudio, se

realizaron de manera rutinaria a las mujeres que solicitaron atención del parto, sin importar si se requerían, si se estaban desperdiciando recursos, y sin importar las molestias que estos podían ocasionarles a las mujeres.

La administración de soluciones por vía parenteral, fue otra de las acciones que se llevaron a cabo de manera rutinaria a todas las mujeres. Cabe recordar que en la práctica médica, se recomienda contar con una vena permeable para poder administrar medicamentos o sangre en el caso de que surja alguna complicación, no obstante que en el parto normal es muy raro que esto ocurra. Se administra solución glucosada con el propósito de que las mujeres tengan una buena hidratación y además reciban el aporte energético de la glucosa. Si bien esta acción tiene la ventaja de hidratar y proporcionar energía a las mujeres, también tiene algunas desventajas: por un lado, impide que las mujeres puedan movilizarse libremente, y por otro, la administración de agua y azúcar por vía intravenosa puede provocar agotamiento en la mujer y reducir la tolerancia al dolor (Abrahamson y Pezet, 1977; Morley y Cols.,1984). Está comprobado que este procedimiento es innecesario, y que se realiza por comodidad y seguridad del médico; se ha visto que las mujeres que ingieren líquidos por vía oral, mantienen mejor su presión osmótica coloidal que aquellas mujeres que se les aplican soluciones intravenosas (Kenep y Cols., 1982; Singhi y Cols., 1982).

En consecuencia, si la hidratación y el aporte energético son importantes para la

mujer durante el trabajo de parto, su administración debe hacerse considerando los beneficios para la mujer, y no sobre la base de la comodidad y seguridad del médico.

La aplicación de anestesia epidural fue otra de las prácticas que se realizaron sin que existiera justificación médica. Esta se llevó a cabo en las tres instituciones hospitalarias (aplicándose al 16% de las mujeres), no obstante que los partos eran normales. Este tipo de anestesia impide que las mujeres participen activamente en la fase expulsiva del trabajo de parto, porque la disminución de la sensibilidad al dolor inhibe también las contracciones uterinas; además, se han detectado algunos riesgos asociados a su administración, tales como, hipotensión e insuficiencia respiratoria (Marx y Cols., 1984; White y Cols., 1985).

Otra de las prácticas empleadas de manera rutinaria e innecesaria, fue la aplicación de oxitócicos; éstos se aplicaron a casi la mitad de las mujeres que fueron atendidas en las tres instituciones hospitalarias, no obstante que la administración de estos medicamentos no está indicada en la atención del parto normal, e incluso, se ha demostrado que tienen efectos negativos en la salud de la madre y su hijo (McNay y Cols., 1977; Katz y Cols., 1983).

El parto se atendió en todos los casos con la mujer en posición de litotomía, que es la que se utiliza como norma en los hospitales. Si bien, ésta es una posición adecuada

para el médico, no lo es para la mujer, ya que además de ser incómoda, tiene efectos negativos en la ventilación pulmonar, en la presión sanguínea de la madre, y además favorece la aparición de desgarros (Blankelfield, 1965; Caldeyro, 1970; McKay y Mahan, 1984).

También, se encontró que las episiotomías se realizaron de manera rutinaria e indiscriminada en las tres instituciones hospitalarias (éstas se practicaron a más de tres cuartas partes de las mujeres). Este es otro de los procedimientos quirúrgicos que se realizó para facilitar la labor del médico y no porque existiera una indicación específica. En la atención del parto normal, este procedimiento no está indicado; no existe evidencia que compruebe que la episiotomía previene desgarros y trauma de la cabeza fetal, tampoco que sean más fáciles de reparar que los desgarros, ni que mejoran la función de los músculos perineales (Tacker y Banta, 1983; Gass y Cols., 1986; Hofmyer y Sonnedecker, 1987; Wilcox, 1989; Klein y Cols., 1994).

Por otro lado, se observó que la antisepsia de la región perineal y la revisión de la integridad de la placenta, se llevó a cabo en forma consistente en todos los casos. La antisepsia de la región perineal se recomienda para mantener lo más limpia posible la región por que estará en contacto con el bebé, cuando éste nazca, y que es la región que queda visible para que el médico atienda el parto. Se ha observado que este procedimiento es equivalente al baño de la mujer momentos antes del parto, y por ello,

su uso podría eliminarse, sustituyéndose por el baño (Cunningham, 1989). En cambio, la revisión de la integridad de la placenta, es un procedimiento que debe de llevarse a cabo de manera rutinaria, a fin de prevenir complicaciones en el postparto, debido a la retención de restos placentarios.

En cuanto a las acciones realizadas durante la atención del recién nacido, se observó que la exploración física de los neonatos no se llevó a cabo en todos los casos atendidos, no obstante que éste es un procedimiento médico indispensable, porque permite detectar alteraciones desde el nacimiento (sólo el personal del IMSS llevó a cabo este procedimiento en todos los casos, en la SSA y en el ISSSTE no se efectuó en el 20% de los neonatos). Esta situación refleja una mala calidad de la atención.

Por otro lado, hubo procedimientos que se practicaron a todos los recién nacidos, que reflejan para estos casos particulares, una actitud médica responsable y buena calidad de la atención: aplicación de gotas oftálmicas, aspiración de secreciones nasofaríngeas y registro del peso al nacer.

Con base en los hallazgos encontrados, en lo que se refiere a los recursos y acciones realizadas, es evidente que en el sistema hospitalario se requiere mejorar la calidad de la atención del parto y del recién nacido, ya que por un lado, se utilizan procedimientos y tecnologías de manera rutinaria e innecesaria (exámenes de laboratorio,

aplicación de sueros IV, administración de oxióticos, anestesia epidural, episiotomías), y por otro, no se ejecutan procedimientos que sí son necesarios (exploración física del recién nacido).

Por otra parte, en el **sistema tradicional** que en general, las parteras contaron con escasos recursos para la atención del parto y del recién nacido, y que además no todas llevan a cabo los procedimientos en forma adecuada.

En este sistema, el parto se atendió en el hogar de las mujeres embarazadas, en todos los casos. Ninguno de los partos fue atendido con la mujer en posición de litotomía, sino que la gran mayoría estuvo sentada en la hamaca, y en algunos casos estuvo hincada. En todos los partos, la mujer estuvo acompañada de sus familiares, quienes participaron durante el evento, ayudando a la partera y proporcionando apoyo físico y emocional a las mujeres; en la mayoría de los casos estuvieron presentes el esposo, la madre, la suegra, y/o las tías de las mujeres.

Los resultados mostraron que hubo prácticas inadecuadas de higiene de una cuarta parte de las viviendas y de menos del 10% de las hamacas, lo cual constituye un factor de riesgo para adquirir infecciones, ya sean maternas o neonatales, dado que el parto generalmente se atiende en hamaca, en las viviendas de las mujeres.

Asimismo, se observó que en poco más de la cuarta parte de los partos, la partera no realizó la antisepsia de la región perineal. Esto podría deberse a que, por un lado, ésta es una acción que es ajena a las costumbres de las parteras, ya que ellas les recomiendan bañarse a las mujeres antes de parto, y por otro, aunque ya hayan adoptado esta práctica a través de los cursos de capacitación, podría ser que no contaran con el material para realizar la antisepsia. De cualquier manera se tendría que estudiar esta situación para poder determinar las causas por las cuales, se realiza o no, este procedimiento.

También, se encontró que no todas las parteras llevan a cabo todos los procedimientos en forma sistemática; por ejemplo, en el caso de la revisión de la placenta después del parto, se observó que esta acción no se llevó a cabo en cerca de una cuarta parte de los partos. Esta situación es muy riesgosa para las mujeres, ya que si no se revisa la placenta después del parto, existe la probabilidad de que se queden algunos restos placentarios en el útero, los cuales pueden provocar sangrados abundantes, infección, e incluso, sepsis puerperal. Las razones por las cuales no se llevó a cabo la revisión de la placenta pueden ser: falta de conocimientos de la partera, o que, aunque posea este conocimiento, no lo lleve a la práctica. Cualquiera que sea la razón, el hecho de no revisar la placenta después del parto, implica que el servicio que se está proporcionando no es de buena calidad.

Por otro lado, se detectó que las parteras fueron muy cuidadosas con el material

que utilizaron para cortar y para amarrar el cordón umbilical: en la gran mayoría de los casos emplearon navajas de rasurar nuevas y tijeras desinfectadas para cortarlo, y cintas umbilicales, cintas de trapo o hilos de hamaca limpios, para amarrarlo.

Se observó que no todas las parteras cuentan con los mismos recursos para atender el parto y al recién nacido. En los municipios de Halachó y de Ticul las parteras disponían de cintas umbilicales para amarrar el cordón umbilical y perillas para extraer las secreciones nasofaríngeas; en cambio, las de los otros municipios (Temozón y Valladolid), sólo tenían cintas de trapo o hilos de hamaca limpios y algodón. Además, solamente las parteras de Ticul, contaban con *gotas oftálmicas y básculas para pesar a los neonatos*. Por ello, tan sólo se aplicaron gotas oftálmicas a una cuarta parte de los neonatos, y se obtuvo el peso neonatal en poco más de la mitad de los casos.

Los resultados anteriores muestran claramente que, la mayoría de los recursos y de las acciones realizadas en cada uno de los dos sistemas, fue diferente, y que esto se debió fundamentalmente a las diferencias en la forma de concebir y atender el embarazo y el parto: en el sistema hospitalario, se atiende el parto como una enfermedad, la mujer es un objeto de atención que está a disposición del personal del hospital, quien tiene el poder y decide y actúa sobre su cuerpo. Esto se refleja en el tipo de acciones ejecutadas por el personal médico, *ya que aunque no se requieran, éstas se realizan; por tanto, se aplican innecesariamente tecnologías y procedimientos que son cómodos para el médico*

pero no para la mujer, a quien no se le proporciona información sobre lo que se va a hacer, y mucho menos se le pide su opinión. En el sistema tradicional, el parto es atendido como un evento natural, en el domicilio de la embarazada y deben estar presentes los familiares; la mayoría de las parteras disponen de pocos recursos para atender el parto y al recién nacido, en ocasiones las condiciones de higiene en las que se atiende el parto no son adecuadas y no realizan procedimientos que son importantes para evitar procesos infecciosos en el postparto (revisión de la placenta).

Los procedimientos que compartieron ambos sistemas fueron muy pocos (antisepsia de la región perineal, revisión de la placenta, aplicación de gotas oftálmicas, peso del recién nacido) y todos ellos se realizaron con más frecuencia en el sistema hospitalario, lo cual indica una vez más que, las parteras disponen de escasos recursos para la atención del parto y del recién nacido (antisépticos, gotas oftálmicas, básculas).

Mortalidad materna y neonatal

En ninguno de los dos sistemas se presentaron defunciones maternas y neonatales. Esta situación contradice la creencia tan difundida en el medio médico yucateco, de que las parteras son las responsables de la mortalidad materna y neonatal en el estado, aún en casos de embarazos y partos normales.

Complicaciones en la atención del parto normal

En el inicio de este capítulo se señalaba que en teoría, no deben ocurrir complicaciones en la atención del parto normal. En el presente estudio, se observaron complicaciones maternas y neonatales, tanto en el sistema hospitalario como en el tradicional, las cuales fueron ocasionadas por el tipo de recursos utilizados y las acciones realizadas por el personal que atendió el parto y al recién nacido.

1. Las **complicaciones maternas** se presentaron en los dos sistemas, pero en el hospitalario la frecuencia fue mayor que en el tradicional.

a) Desgarros perineales

Se presentaron en las mujeres que fueron atendidas en el sistema hospitalario (10%) y en el tradicional (6%), pero la diferencia no fue significativa. Esta complicación fue ocasionada por una inadecuada atención del parto, ya que las acciones realizadas por el personal médico (especializado y no especializado) en el sistema hospitalario, y por las parteras, en el sistema tradicional, fueron deficientes, debido a que no realizaron las maniobras adecuadas en el momento de la coronación de la cabeza del producto, para evitar que se produjera el desgarro.

La presencia de desgarros perineales se relaciona con la calidad del servicio de atención del parto, proporcionado por personal médico especializado y no especializado,

en el sistema hospitalario, y por las parteras, en el sistema tradicional.

b) Infección en desgarros perineales

Esta complicación se presentó exclusivamente en el sistema hospitalario, en una de las mujeres que fue atendida en el ISSSTE. Su aparición pudo ser propiciada por cualquiera de las siguientes causas: 1) el hospital es un foco de infección, porque es un lugar en el que se atienden una gran variedad de enfermedades; 2) uso de materiales o instrumentos contaminados para suturar el desgarro; y 3) higiene inadecuada en el sitio del desgarro por deficiencia en las indicaciones médicas, carencia de recursos o negligencia de la mujer. Aunque la presencia de esta complicación no fue significativa y sólo se trató de un caso, esta no debiera de presentarse.

c) Sangrado abundante durante el postparto

Esta complicación se presentó en los dos sistemas. En el hospitalario, se observó en el 2% de las mujeres (todas ellas atendidas en la SSA), y en el tradicional, en el 5% de los casos (ubicados todos en el municipio de Ticul). Las diferencias no fueron significativas. No obstante que se registró que tanto los médicos de la SSA, como las parteras de Ticul, revisaron la placenta, es muy probable que esta acción no se haya realizado de manera eficiente, quedándose algún resto placentario adherido al útero de la mujer, y en consecuencia, produjo un sangrado abundante durante el postparto. También, es probable que en el sistema hospitalario, la hemorragia se haya propiciado

por un uso indiscriminado de tecnologías médicas durante la atención del parto normal, como por ejemplo, laceraciones del canal del parto ocasionadas por la administración de oxitócicos para la inducción del mismo, o bien por atonía uterina, originada por la administración excesiva de analgésicos o anestésicos (McNay y Cols., 1977; Katz y Cols., 1983).

Cualquiera que haya sido la causa del sangrado abundante en el postparto, ésta fue ocasionada por una deficiencia en la calidad de la atención, tanto en el sistema hospitalario como en el tradicional.

d) Infección o dehiscencia de episiotomía

Como se señaló en el capítulo anterior, la episiotomía sólo se realizó en el sistema hospitalario. La infección se presentó en una de las mujeres que recibieron atención del parto en el ISSSTE. Si bien no se pueden determinar las causas específicas que originaron esta complicación, su aparición se relaciona con alguna de las siguientes: 1) antisepsia inadecuada de la región perineal, no obstante que esta acción se registró en todos los casos atendidos en el ISSSTE; 2) empleo de materiales y/o instrumentos contaminados para realizar y/o suturar la episiotomía; 3) falta de indicaciones médicas adecuadas sobre los cuidados higiénicos de la episiorrafía; 4) carencia de recursos o negligencia de la mujer. No obstante que sólo se presentó un caso con esta complicación, se debe poner atención, ya que se ha observado que las infecciones nosocomiales en gineco-obstetricia

representan una amenaza grave. En un estudio realizado en el hospital de Perinatología se observó que de las infecciones postparto, la infección de la episiorrafia ocupó el segundo lugar, con el 21.5% del total (Figueroa y Cols., 1993).

La dehiscencia de episiotomía se presentó sólo en las mujeres atendidas en la SSA (4%) y pudo deberse a cualquiera de las siguientes causas: 1) el médico no efectuó una sutura adecuada de la episiotomía, ya sea porque haya utilizado material de sutura inapropiado, o bien porque la sutura misma fue de mala calidad; y 2) que el material e instrumentos utilizados para suturar la episiotomía hayan estado contaminados, lo que ocasionó infección, que a su vez originó la dehiscencia.

En consecuencia, la infección y la dehiscencia de la episiotomía, son complicaciones que se podrían haber evitado, si los médicos no hubieran realizado las episiotomías en forma rutinaria e indiscriminada, sobre todo porque no existen estudios que apoyen su uso indiscriminado (Tacker y Banta, 1983), e incluso porque se ha demostrado que las episiotomías pueden causar más daño que beneficio (Shion y Cols., 1990; McGuiness y Cols., 1991; Helwig, 1993; LaVoie, 1997). Por ello, tanto la infección como la dehiscencia de la episiotomía, fueron ocasionadas por una deficiencia en la calidad de la atención del parto, ya que en el parto normal, no se requiere realizar procedimientos quirúrgicos, como en este caso, la episiotomía.

e) Flebitis por suero

La aplicación de sueros intravenosos sólo se efectuó en el sistema hospitalario, y por ello, la flebitis se presentó exclusivamente en este sistema, registrándose en el 2% de los casos atendidos (ubicados todos en el IMSS). Esta es otra de las complicaciones que se pudieron haber evitado, si el personal médico hubiera utilizado los recursos en forma racional y con justificación médica. Ya está comprobado que en los partos normales no es necesario aplicar sueros intravenosos, y que estos se aplican para la comodidad y seguridad del médico (Korte y Scaer, 1992; Jordan, 1993). Una vez más, la presencia de esta complicación implica una deficiencia en la calidad de la atención y un uso indiscriminado de tecnologías médicas. En el mismo estudio realizado por Figueroa (1993) en el Hospital de Perinatología, se reporta que la flebitis representó el 5.2% del total de las infecciones nosocomiales postparto .

f) Infección puerperal

Esta complicación sólo se presentó en el sistema hospitalario, en el 3% de los casos, y todos se localizaron en la SSA. La infección pudo ser adquirida por una deficiencia en las técnicas de asepsia y antisepsia, por el empleo de instrumentos contaminados durante la atención del parto, o bien, por retención de restos placentarios. La presencia de esta complicación nos sugiere una deficiencia en la calidad de la atención del parto, ya que los recursos utilizados o las acciones realizadas no fueron adecuadas.

El hecho de que la mayoría de las complicaciones maternas, todas ellas de tipo infeccioso, sólo se hayan presentado en el sistema hospitalario, nos hace pensar en la posibilidad de que el hospital, por ser un sitio de atención de enfermedades y constituir un foco de infección, no es el lugar idóneo para la atención del parto normal (evento fisiológico natural), porque se pone en riesgo la salud de la madre y de su hijo. Las aportaciones de la epidemiología clínica, señalan que las infecciones intrahospitalarias son muy riesgosas y que inclusive pueden llegar a convertirse en epidemias (Villa, 1996).

2. Las **complicaciones neonatales** también se presentaron en los dos sistemas, aunque fueron más frecuentes en el sistema tradicional.

a) Onfalitis

Esta complicación se presentó en el 1% de los casos atendidos en el sistema hospitalario, y en el 2% de los que fueron atendidos en el sistema tradicional. Si bien, no se conocen las causas que produjeron esta complicación, se puede inferir que en el sistema hospitalario, la onfalitis fue ocasionada por alguna de las siguientes causas: empleo de materiales e instrumentos contaminados para cortar o amarrar el cordón umbilical; explicación inadecuada a la madre sobre el aseo del cordón umbilical; ineficiencia de la madre para mantener en buenas condiciones de higiene el cordón, aunque le hayan proporcionado las indicaciones adecuadas.

En el sistema tradicional, es probable que en su aparición hayan intervenido los siguientes factores: empleo de cintas de trapo sucias para amarrar el cordón umbilical; malas condiciones de higiene de la vivienda en la que se atendió el parto; atención de los neonatos a cargo de familiares sin preparación adecuada para manejar el cordón umbilical; ineficiencia de la madre para mantener en buenas condiciones de higiene el cordón umbilical. Esta es una complicación que puede prevenirse fácilmente, contando con los recursos necesarios y llevando a cabo las indicaciones del aseo adecuado del cordón umbilical.

b) Conjuntivitis neonatal

Esta complicación sólo se presentó en el sistema tradicional, y todos los casos se registraron en el municipio de Ticul (7%). Si bien no se pueden establecer las causas de esta complicación, su presencia pudo ser ocasionada principalmente, por la falta de aplicación de gotas oftálmicas a los neonatos; aunque también pudieron haber contribuido, las malas condiciones de higiene de la vivienda y de la hamaca en la cual se atendió el parto. La presencia de esta complicación implica que las parteras carecen de los recursos necesarios para atender a los neonatos, ya que la aplicación de gotas oftálmicas previene la aparición de infección ocular.

c) Traumatismos obstétricos

Solamente uno de los neonatos presentó esta complicación y éste se ubicó en el

sistema tradicional. Como se recordará, los traumatismos son ocasionados por el personal que atiende el parto, en este caso la partera, quien al efectuar una serie de maniobras bruscas e inadecuadas durante la fase expulsiva del trabajo de parto, provocó la dislocación del miembro inferior del recién nacido. Por tanto, el hallazgo de esta complicación implica deficiencias en la calidad del servicio de atención, porque la partera careció de los conocimientos y/o habilidades requeridos para evitar la aparición de este tipo de complicaciones.

Distribución de complicaciones maternas y neonatales en los dos sistemas

Los resultados de este estudio muestran que en el sistema hospitalario se presentaron más complicaciones maternas (23%) que en el sistema tradicional (11%). Mientras que en el sistema hospitalario se observaron desgarros, infección en desgarros, sangrado abundante, complicaciones en episiotomía, flebitis por suero e infección puerperal, en el sistema tradicional, se presentaron solamente desgarros y sangrado abundante.

Es evidente que estas diferencias se deben a que en el sistema hospitalario, el personal médico hace uso, en forma indiscriminada, de tecnologías médicas para atender los partos normales. Por ejemplo, se administraron soluciones parenterales, se realizaron episiotomías y se aplicaron oxitócicos y anestésicos, aún cuando ninguna de estas

prácticas está indicada durante la atención del parto normal. Si se eliminara la aplicación rutinaria de estas prácticas, las complicaciones maternas ocasionadas por su aplicación desaparecerían.

Asimismo, en ambos sistemas se aprecia que no todo el personal que atiende el parto (médicos en el sistema hospitalario y parteras en el tradicional) está capacitado adecuadamente, ya que durante la atención del parto se produjeron desgarros perineales, los cuales no deben aparecer cuando la atención es de buena calidad. Llama la atención que en el sistema hospitalario esta complicación se haya presentado en una mayor proporción que en el sistema tradicional, dado que los hospitales, según opinión de los médicos, cuentan con personal mejor capacitado.

Por otra parte, los resultados del estudio también muestran que las complicaciones neonatales fueron más frecuentes en el sistema tradicional (10%) que en el hospitalario (1%) y las diferencias pueden ser producto de la carencia de recursos indispensables para atender al recién nacido, como por ejemplo, cintas umbilicales y gotas oftálmicas.

De acuerdo al tipo de complicaciones por sistema de atención, se observaron características diferentes en ambos sistemas: mientras que en el hospitalario, predominaron las complicaciones maternas (23%) sobre las neonatales (1%), en el tradicional se presentaron casi en la misma proporción las complicaciones maternas (11%)

y las neonatales (10%). Todas estas complicaciones pudieron ser prevenidas.

La predominancia de complicaciones maternas sobre neonatales en el sistema hospitalario pudiera reflejar la falta de un enfoque de género en los programas oficiales de salud materno-infantil, ya que hay evidencia de que, en general, en estos se privilegia la salud infantil sobre la materna, no sólo en México sino en América Latina y el Caribe¹³. Asimismo, en la atención del parto se emplean mayor cantidad de tecnologías y procedimientos innecesarios que en la atención del neonato. El uso indiscriminado de estos, así como su manejo ineficiente, pueden contribuir a que las mujeres estén sujetas a más riesgos que los recién nacidos.

En el caso del sistema tradicional, tanto la madre como el neonato son importantes. Al mismo tiempo, el parto es atendido sin emplear las tecnologías o procedimientos que se emplean comúnmente en el sistema hospitalario. Las complicaciones maternas y neonatales observadas en este sistema, se relacionan con carencia de recursos mínimos indispensables y manejo ineficiente, que originan deficiencias en la calidad del servicio. Sin embargo, no debe descartarse la posibilidad de que la madre no haya efectuado los procedimientos como debiera.

¹³ Esta situación se observa, por ejemplo, en las metas fijadas para 1995, en materia de salud materno-infantil (Comité Interagencial para las Américas, 1991). De las 12 metas propuestas, solamente 2 están enfocadas a mejorar la salud materna: reducir la tasa de mortalidad materna y aumentar la cobertura y mejorar los programas de planificación familiar.

Distribución de complicaciones maternas y neonatales en cada sistema

Aunque en el sistema hospitalario se observaron diferencias en la frecuencia de complicaciones entre las instituciones, en ninguna de las tres, la calidad del servicio de atención del parto y del recién nacido fue buena. De acuerdo con los resultados obtenidos, en este caso, la SSA fue la institución que proporcionó un servicio más deficiente, que puede estar relacionado con el uso inadecuado de los recursos y con la carencia de personal capacitado.

En el sistema tradicional, sólo se presentaron complicaciones en los municipios de Ticul y de Valladolid. En el primero, la frecuencia fue más elevada que en el segundo. El hecho de que en Ticul se hayan presentado más complicaciones llama la atención ya que en este municipio, a diferencia de los otros tres, la mayoría de las parteras cuenta con equipo de parto, que les ha sido proporcionado por el sector salud durante los cursos de adiestramiento. Esto podría reflejar que probablemente el adiestramiento no es adecuado y/o que el personal del sector salud no realiza supervisiones periódicas a las parteras para verificar el uso del equipo y la disponibilidad del material. Cualquiera que sea la causa o causas de las complicaciones maternas y neonatales, las características de las mismas sugieren que existe una carencia de recursos y de parteras adiestradas eficientemente.

Al no encontrar diferencias significativas entre el sistema hospitalario y el

tradicional, cuando se compararon las complicaciones maternas y neonatales agrupadas, los resultados sugieren que la calidad del servicio de atención del parto y del recién nacido, proporcionada por los médicos en los hospitales de áreas urbanas, es similar a la atención que brindan las parteras, en los hogares de las mujeres de áreas rurales. En este sentido, ambos sistemas son comparables en términos de la calidad de la atención. En otras palabras, en los dos existe el riesgo de que se presenten complicaciones maternas y/o neonatales, como consecuencia de un servicio de atención de mala calidad.

Ventajas y desventajas de los sistemas hospitalario y tradicional

De acuerdo con los objetivos planteados y los resultados obtenidos en el presente estudio, se identificaron las siguientes ventajas y desventajas.

Ventajas del sistema hospitalario

a) Este sistema contó con recursos y personal calificado para proporcionar un servicio de atención del recién nacido, de buena calidad, en la mayoría de los casos, y que se reflejó en la presencia mínima de complicaciones neonatales.

Desventajas

a) El personal médico y de apoyo que atendió los partos careció, en algunos casos, de una preparación técnica adecuada para proporcionar un servicio de buena calidad. Esta

situación se reflejó en las complicaciones maternas ocasionadas por las acciones que realizó este personal (desgarros perineales, por no realizar las maniobras adecuadas en el momento de la coronación de la cabeza del producto; infección de los desgarros y de episiotomías, dehiscencia de episiotomía e infección puerperal, por emplear materiales e instrumentos contaminados o por deficiencia en las técnicas de antisepsia; sangrado abundante durante el postparto, al no revisar cuidadosamente la integridad de la placenta y flebitis por suero, debida a una deficiencia en el manejo de las técnicas de canalización intravenosa).

b) El personal médico empleó en forma indiscriminada, tecnologías médicas para atender los partos normales, que probablemente influyeron en la aparición de complicaciones (práctica rutinaria de episiotomías, en las que se produjo infección o dehiscencia; aplicación de oxitócicos para acelerar el parto, que probablemente ocasionaron laceraciones del canal del parto y en consecuencia produjeron sangrado abundante en el postparto; aplicación excesiva de anestésicos, que pudieron ocasionar atonía uterina y por tanto hemorragia en el postparto).

c) Probable incremento en el riesgo a infecciones. El hospital puede ser un lugar inadecuado para la atención del parto normal por ser un sitio de atención de enfermedades. En este estudio, las condiciones sépticas del hospital y, por tanto, del material e instrumental empleado en la atención del parto, pudieron intervenir en la

aparición de infecciones en los desgarros y en las episiotomías, así como en la infección puerperal.

Ventajas del sistema tradicional

a) A pesar de que las parteras, en general, carecieron de los recursos indispensables para atender el parto, tuvieron la capacidad de subsanar esta situación en muchos casos (empleo de instrumentos de diferente tipo para amarrar y cortar el cordón umbilical y cuidado en la extracción de las secreciones nasofaríngeas de todos los neonatos).

Desventajas

a) Algunas de las parteras carecieron de los conocimientos y habilidades adecuados para proporcionar un servicio de atención del parto de buena calidad. Estas carencias se reflejaron en la aparición de complicaciones maternas y neonatales (desgarros perineales, por incapacidad de la partera para realizar las maniobras adecuadas durante la coronación de la cabeza del producto; sangrado abundante durante el postparto, por no revisar cuidadosamente la placenta; y traumatismos obstétricos, por realizar maniobras bruscas al producto durante la fase expulsiva).

b) Las parteras carecieron, en muchos casos, de los recursos necesarios para proporcionar una atención neonatal de buena calidad, lo que ocasionó que se produjeran

complicaciones (carencia de cintas umbilicales y utilización de cintas de trapo sucias, que pudieron ocasionar onfalitis; carencia de gotas oftálmicas, que pudo contribuir a la conjuntivitis).

c) En algunos casos las mujeres no tuvieron el cuidado de tener en buenas condiciones de higiene las viviendas o las hamacas que se utilizaron para la atención del parto. Estas condiciones pudieron contribuir a la aparición de complicaciones neonatales (onfalitis y conjuntivitis). No obstante que en la aparición de estas complicaciones, las parteras no intervinieron directamente, el hecho de que el lugar en el que se atiende el parto se encuentre sucio, representa un riesgo para la salud materna y neonatal.

En resumen, los resultados del presente estudio sugieren que existen deficiencias en la calidad del servicio de atención del parto y del recién nacido en el sistema hospitalario y en el sistema tradicional. Al mismo tiempo, los resultados apoyan la hipótesis de que las diferencias en las complicaciones maternas y neonatales están relacionadas con las características de la atención, tanto en términos de recursos y acciones realizadas, como del personal que participa.

Si bien, por una parte las diferencias en la atención del parto y del recién nacido entre las instituciones hospitalarias son congruentes con las características de la población atendida y los recursos humanos y materiales con que cuentan y por otra parte, las

diferencias en el número y tipo de complicaciones maternas y neonatales entre sistemas se relacionan con las características de la atención que proporcionan, los resultados no pueden generalizarse a toda la población. En primer lugar, se trató de un estudio descriptivo ya que se carecía de información sobre el evento de interés. Segundo, por tratarse de partos normales en los que no deben presentarse complicaciones, la frecuencia de éstas fue mínima, dificultando por tanto las comparaciones y por lo mismo, careciendo de significancia estadística. No es posible descartar que algunos de los resultados encontrados se debieran al azar. En particular, éste pudo haber sido el factor que influyó en los resultados observados en el sistema tradicional. El hecho de que en dos municipios se encontraron complicaciones y en los otros dos no, difícilmente se puede explicar.

Sin embargo, y considerando las limitaciones, el presente estudio contribuye a iniciar una línea de investigación en servicios de salud orientada a evaluar la atención obstétrica de los sistemas hospitalario y tradicional.

De manera general, los resultados también muestran que en el sistema hospitalario, el parto se concibe y atiende como enfermedad, y en el tradicional, como un evento natural y familiar que se atiende en los hogares.

VII. RECOMENDACIONES

Uno de los objetivos del estudio fue generar información sobre la calidad de los servicios de atención obstétrica en Yucatán, en particular de la atención del parto y del recién nacido, para elaborar recomendaciones.

Considerando los resultados y las limitaciones del estudio, se sugieren las siguientes recomendaciones:

1. Realizar diferentes tipos de estudios para conocer ampliamente los aspectos involucrados en la atención del parto en los dos sistemas de salud: a) hacer estudios de causa-efecto y, b) estudios interdisciplinarios sobre parto normal y parto con complicaciones.

2. Evaluar rigurosamente el uso indiscriminado de tecnologías médicas que se aplican durante la atención del parto normal para evitar desperdicio de recursos, abaratar los costos y mejorar la calidad de la atención.

3. Propiciar un cambio en la estructura física y administrativa de los servicios de salud, de tal manera que el parto normal sólo se atienda en el primer nivel. Este puede ser el hogar, o ambientes diseñados especialmente para este tipo de atención, en los que

se permita la participación del esposo o de otros familiares. Aunado a ésto, al no ser necesario que personal médico especializado atienda el parto normal, debería propiciarse la capacitación de enfermeras y médicos generales. Más aún, considerar la creación de una carrera técnica en partería.

4. Diseñar e impartir cursos de adiestramiento a parteras, en los que se consideren sus necesidades y características culturales y se incorporen sus conocimientos y prácticas.

5. Proveer continuamente a las parteras, de los recursos indispensables para atender el parto normal y al recién nacido, por ejemplo antisépticos, tijeras, cintas umbilicales, perillas, gotas oftálmicas y básculas. Para ello es recomendable que el personal del sector salud efectúe supervisiones periódicas a las parteras, para verificar el uso del equipo de parto y la disponibilidad del material.

6. Considerar que la partera constituye un recurso para la salud muy valioso en la atención del parto y del recién nacido en las áreas rurales de Yucatán, y del país en general. Por ello, es recomendable que se vinculen con los programas de Atención Primaria de Salud y que incorporen en su práctica tradicional, sólo aquellos conocimientos, técnicas o recursos de la medicina moderna, que sean indispensables para mejorar la calidad del servicio que proporcionan.

7. Organizar encuentros de médicos y parteras, en los que se propicie el intercambio de conocimientos, opiniones y experiencias.

8. Propiciar un cambio de actitud del personal del sector salud y de los profesores que se encargan de la formación de los médicos jóvenes, ya que existe un rechazo de estos hacia las parteras. Por un lado, se señala que las parteras carecen de conocimientos y preparación adecuados y se les acusa de ser las responsables de la mortalidad materna y perinatal en Yucatán, sin contar con información que apoye esta aseveración. Por otro lado, las parteras suelen señalar que el personal del sector salud considera que no trabajan bien, careciendo en muchas ocasiones de evidencia. Al mismo tiempo, existe información anecdótica que documenta un trato discriminatorio hacia las mujeres de áreas rurales al ser atendidas durante el parto.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar F, Alvarez C, Lezana MA, Salvatierra B, Vivanco B, Miranda R, y Carbajal J. Tendencias de Investigación en servicios de salud en México, 1984-1991. *Salud Pública de México* 1993; 35: 550-555.
- Amirikia H. Cesarean section: a 15 year review of changing incidence, indications and risks. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1981; 140: 91-97.
- Annandale E. Proletarianization or restratification of the medical profession? The case of Obstetrics. *International Journal of Health Services*. 1989; 19: 611-634.
- Araujo G, Araujo L, Janowitz L, Wallace S, y Potts M. Parteras tradicionales en la atención obstétrica del nordeste de Brasil. *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud* 1984; 96: 47-53.
- Arias H J, Solís JA, y Magaña B. *El papel de la empírica como promotora de salud materno infantil*. Publicación interna de la Dirección General de Atención Médica Materno Infantil de la SSA. México, D.F., 1973.
- Arredondo A, y Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México* 1992; 34: 36-49.
- Bader MB. The international transfer of medical technology. An analysis and a proposal for effective monitoring. *International Journal of Health Services* 1977; 7:443-457.
- Baird D. Induction of labour. *British Medical Journal* 1976; 1: 896-916.
- Ballantyne J. A plea for a pro-maternity hospital. *British Medical Journal* 1991; 1: 813-816.
- Barker C. Acute colitis resulting from soapsuds enema. *Canadian Medical Association Journal* 1965; 52: 285-291.
- Benson C. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Editorial El Manual Moderno, S.A. México, 1973.
- Blankelfield A. The optimum position for childbirth. *Medical Journal of Australia* 1965; 2: 666-669.

- Gordosi J, Huston N, Lynch C. Randomised, controlled trial of squatting in the second stage of labour. *The Lancet* 1989; 8: 74-77.
- Grylback L, Chu S, Scanlon W. Use of intravenous fluids before cesarean section: effects on perinatal glucose, insulin, and sodium homeostasis. *Obstetrics and Gynecology* 1984; 63: 654-658.
- Güemez MA. *Estado Actual de las Prácticas Médicas Tradicionales en Pustunich, Yucatán*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, 1984 (no publicada).
- Guzmán MG. *Concepciones de la Salud y Enfermedad en una Comunidad Campesina de Yucatán*. Tesis de Maestría en Antropología (Antropología Social) Escuela Nacional de Antropología e Historia. México, D.F., 1992 (no publicada).
- Helwig JT, Thorp JM, and Bowes WA. Does midline episiotomy increase the risk of third and fourth degree lacerations in operative vaginal deliveries? *Obstetrics and Gynecology* 1993; 82(2): 276-279.
- Hemminki E, Malin M, and Kojo-Austin H. Prenatal care in Finland: from primary to tertiary health care? *International Journal of Health Services* 1990; 20: 221-232.
- Hofmeyr GJ, and Sonnedeker EW. Elective episiotomy in perspective. *South African Medical Journal*. 1987; 71(6): 357-359.
- Howard FH. The physiology position for delivery. *Northwestern Medicine* 1951; 50: 98-102.
- Howard FH. The application of certain principles of physics to the physiology of delivery. *Western Journal of Surgery* 1954; 62: 607-612.
- Howard FH. Delivery in the physiologic position. *Obstetrics and Gynecology* 1958; 11: 318-322.
- Huerta JA, y Keller A. La partera empírica: colaboradora potencial del Programa Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación familiar. *Salud Pública de México* 1976; 18: 883-892.
- Hugo M. A look of maternal position during labor. *Journal of Nurse Midwifery* 1977; 12: 22-26.

- IMSS. *Memoria de Descentralización de los Servicios del Programa IMSS-COPLAMAR*. Gobierno del Estado de Morelos, México, D.F., 1987.
- Inch S. *Birth-rights: What every parent should know about childbirth in the hospitals*. New York: Pantheon books. 1984.
- INEGI (1990a). *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*. Yucatán. Resultados Definitivos. Tomo I. Tabulados Básicos. INEGI. México, D.F., 1990.
- INEGI (1990b). *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*. Yucatán. Resultados Definitivos. Tomo II. Tabulados Básicos. INEGI. México, D.F., 1990.
- INEGI (1990c). *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*. Yucatán. Resultados Definitivos. Tomo IV. Tabulados Básicos. INEGI. México, D.F., 1990.
- INEGI. *Anuario Estadístico de Yucatán*. México: INEGI-Gobierno del Estado de Yucatán. Aguascalientes, México. 1993.
- INEGI. *Archivos*. Delegación Regional Sureste. Mérida, Yucatán.
- Jawalekar S, y Marx F. Effect of IV fluids on maternal and fetal blood glucose. *Anesthesiology* 1980; 53(3): 3115-3118.
- Jones J, Koldjeski D. Clinical indicators of a developmental process in phlebitis. *Obstetrics and Gynecology* 1984; 10: 279-285.
- Jordan B. Birth in Four Cultures. *A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Cuarta edición. Waveland, Press. Illinois. 1993.
- Jurado E. El problema perinatal en México. En: *Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. 1984; Publicación Científica núm 461: 220-231. Washington, D.C.
- Katz Z, Yemini M, Lancet M, Mogilner BM, BenHur H, y Caspi B. New aggressive management of post-date pregnancies. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 1983; 15: 71-79.
- Kennep N, Shelley WC, Gabbe G. Fetal and neonatal hazards of maternal hydration with 5% dextrose before cesarean section. *The Lancet* 1982; 1(8282): 1150-1152.

- Kerssens J. Patient satisfaction with home-birth care in The Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 20(4): 344-350.
- Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, Johnson B, Waghorn K, Gelfand M, Gurolnick MS, Luskey GW, Joshi AK. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 171: 591-598.
- Korte D, and Scaer R. *A Good Birth, a Safe Bbirth*. Boston: Common Press. 37-45 1992.
- LaVoie A. Episiotomy may be overused. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997; 176: 411-414.
- Lezana MA, Alvarez C, Leviz A. Evaluación del programa de mejoramiento de servicios de salud México-BID, 1991. *Salud Pública de México* 1993; 35: 541-549.
- Lewis AE. Dangers inherent in soap enemas. *Pacific Medical Surgery* 1975; 73: 131-137.
- Lidell H, Fisher PR. The birthing chair in the second stage of labour. Australia, New Zeland. *Journal of obstetrics and Gynaecology* 1985; 25: 65-68.
- MacNay MB, McLlwaine GM, Howie PW, y MacNanghton MC. Perinatal deaths: Analysis by clinical cause to asses the value of induction of labour. *British Medical Journal* 1977; 301: 247-350.
- MacMahon B, Pugh TF. *Principios y Métodos de Epidemiología*. LaPrensa Médica Mexicana. México, D.F. 1988: 232-234.
- Martínez-Narváez G. Cobertura de los servicios de salud. *Salud Pública de México*. Suplemento 1992; 34: 16-28.
- Marx GF, Luykx WM, Kohen S. Fetal neonatal status following cesarean section for fetal distress. *British Journal of Anesthesiology* 1984; 56: 1009-1013.
- McGuinness M, Norr K, and Nacion K. Comparison between different perineal outcomes on tissue healing. *Journal Nurse Midwifery* 1991; 36(3): 192-198.

- Mckay S, Mahan CH. Laboring patients need more freedom to move. *Contemporary Obstetrics and Gynecology* 1984; 119-124.
- Mellado V, Zolla C, y Castañeda X. *La Atención al Embarazo y el Parto en el Medio Rural Mexicano*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). México, D.F. 1989.
- Mendiola J, Grylack L, Scanlon W. Effects of intrapartum maternal glucose infusion of the normal fetus and newborn. *Anesthesia and Analgesia* 1982; 61(1): 32-35.
- Menéndez E. *Poder, Estratificación y Salud*. Ediciones de la Casa Chata, número 13. CIESAS. México, D.F., 1981.
- Morley G, Arshag DM, Allen L, Morley J. Mechanism of pain in diabetic peripheral neuropathy: effect of glucose on pain perception in human. *The American Journal of Medicine* 1984; 47: 79-82.
- Myers RE, y Myers SE. Use of sedative, analgesic and anesthetic drugs during labor and delivery: bane or boon? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1979; 133: 83-94.
- National Center for Health Statistics. New study shows lower mortality rates for infants delivered by certified nurse midwives. *NCHS Press Office* 1998 (301): 436-7551.
- Newton N, Newton M, Broach J. Psychologic, physical, nutritional and technologic aspects of intravenous infusion during labor. *Birth* 1988; 15(2): 67-72.
- Norusis MJ. *SPSS Base para Windows*. Versión 6.0. Guía del usuario, SPSS Inc. 1993.
- OMS. *Serie de Informes Técnicos*, Núm 622. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud 1978.
- OMS. *Formulación de Estrategias para Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2,000*. Génova, Suiza. Organización Mundial de la Salud 1979.
- OMS. *Traditional Medicine and Health Coverage*. Organización Mundial de la Salud. Génova, Suiza 1983: 292-295.
- OPS. Salud para Todos en el Año 2000. *Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington, D.C. Documento oficial 179, 1982.

OPS. El control prenatal. *Salud perinatal* 1990; 3: 121-136

Paré L. *El Subsistema de Ciudades Yucatán-Quintana Roo*. Regionalización del Estado de Yucatán. Reporte final al CONAPO. México, 1988. (no publicado).

Pike B. Soap colitis. *New England Journal of Medicine* 1971; 285: 217-222.

Pitchard JA, MacDonald P, Norman F. *Williams Obstetrics* 17th ed. New York: Appleton-Century-Crofts 1985: 289-292.

Potter J. Utilización de los servicios de salud materna en el México rural. *Salud Pública de México* 1988; 30: 387-393.

Raina N, y Kumar V. Management of birth asphyxia by traditional birth attendants. *World Health Forum* 1989; 10: 243-251.

Rockner G, Jonasson A, and Olund A. The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. *Acta Obstétrica Ginecológica Scandinávica* 1991; 70(1): 51-54.

Rodríguez DJ, y López AD. *La Investigación de Servicios de Salud*. Mimeografiado. 1979.

Rojas R. *Guía para realizar investigaciones sociales*. U.N.A.M. México, D.F. 1982: 169-171.

Romney M, and Gordon H. Is your enema really necessary? *British Medical Journal* 1981; 282: 1269-1274.

Rooks J, Norman L, Weatherby E, Ernst KM, Stapleton S, Rosen D, y Rosenfield A. Outcomes of care in birth centers: The national birth center study. *New England Journal of Medicine* 1989; 321: 1804-1811.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Evaluación del Programa Nacional de Salud* 1988-1994. México, D.F., 1989.

Seropian R, and Reynolds B. Wound infections after preoperative depilatory versus razor preparation. *American Journal of Surgery* 1971; 121: 251-258.

Servicios Coordinados de Salud Pública. *Programa Estatal de Salud 1988-1994*. Gobierno del Estado de Yucatán. Mérida, Yucatán, 1988.

- Servicios Coordinados de Salud Pública. *Monografía sobre Salud Pública de Yucatán*. Gobierno del Estado de Yucatán-Secretaría de Salud. Mérida, Yucatán. (1993).
- Servicios Coordinados de Salud Pública. *Archivos*. Mérida, Yucatán.
- Shiono P, Klebanoff MA, and Carey JC. Midline episiotomies: more harm than good? *Obstetrics and Gynecology* 1990; 75(5): 765-770.
- Singi S; Choo K, Hall E. Hazards of maternal hydration with 5% dextrose. *The Lancet* 1982; 2: 335-337.
- Sharma N, y Bali P. Care of the newborn by traditional birth attendants. *India Pediatrics* 1989; 26: 649-656.
- Sleep J, and Grant A. West berkshire perineal management trial. *British Medical Journal* 1984; 289: 587-590.
- Snooks SJ. Risk factors in childbirth causing damage to the pelvic floor innervation. *British Journal of Surgery* 1985; 72(Suppl): 515-517.
- Steele C. Teaching and learning with traditional birth attendants in rural Kenya. *Journal of Nurse Midwifery* 1990; 35: 53-58.
- Stewart P, Hillian E, Caldre A. A randomised trial to evaluate the use of a birth chair for delivery. *The Lancet* 1983; 1: 1296-1298.
- Sullivan D, y Weitz R. *Labor Pains: Modern Midwives and Home Birth*. 1988. Yale University Press. New Haven, CT.
- Tacker SB, y Banta D. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the english language literature, 1960-1980. *Obstetrics and Gynecology Survey* 1983; 38(6): 322-338.
- Tew M. *The case against hospital deliveries: the statistical evidence*. En: Kitzinger, S. y Davis, J (Eds). *The place of birth*. Londres, Oxford University Press, 1978: 55-65.
- Thorp JM, and Bowes WA. Episiotomy: can its routine use be defended? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989; 160: 1027-1030.

Torres A, y Reich M. The shift from home to institutional childbirth: a comparative study of the United Kingdom and the Netherlands. *International Journal of Health Services* 1989; 19: 405-414.

UNAM. *La investigación de los servicios de salud en México 1960-1981*. Revisión documental UNAM y Coordinación de los Servicios de Salud. México, D.F., 1982.

Velázquez O, Ramírez G, Rodríguez L, y Tapia R. Información epidemiológica de mortalidad en México, 1990. *Boletín Mensual de Epidemiología* 1992; 7: 217-229.

Villa JP. Vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias. *Epidemiología*, México, 1996; 13: 1-2.

Villa Rojas A. La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán. *Estudios Etnológicos, Los Mayas*. UNAM, 1985: 187-198.

White E, Shy KK, y Daling Jr. An investigation of the relationship between cesarean section birth and respiratory distress syndrome of the newborn. *American Journal of Epidemiology* 1985; 121: 651-663.

Wilcox LS. Episiotomy and its role in the incidence of perineal lacerations in a maternity center and a tertiary hospital obstetric service. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989; 160: 1047-1052.

Williams A. *Tratado de Obstetricia*. Editorial Salvat. México, D.F., 1988.

Zolla C. La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud. En: Lozoya, X. y Zolla, C. (Eds): *La Medicina Invisible. Introducción al Estudio de la Medicina Tradicional de México*. Folios Ediciones, México D.F., 1983: 14-37.

A N E X O 1

Prácticas rutinarias de atención del parto normal,

en el sistema hospitalario.

Al llegar al hospital, las mujeres son revisadas en el servicio de urgencias o en el de admisión; posteriormente, pasan a la sala de labor y, finalmente, son trasladadas a la sala de expulsión (que es el lugar en donde es atendido el parto).

En el servicio de urgencias o de admisión, se realizan habitualmente los siguientes procedimientos:

1. Un interrogatorio general para identificar antecedentes gineco-obstétricos (fecha de la última menstruación, gesta, paridad, abortos, fecha del último parto); antecedentes personales patológicos (diabetes, hipertensión arterial); frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, para determinar el grado de avance del trabajo de parto; eliminación de moco, líquidos o sangre por vía vaginal.

2. Exploración general, a través de la cual se registran: la temperatura corporal, el pulso y la presión arterial. También se lleva a cabo la exploración abdominal, determinándose la altura del útero; se registra la frecuencia, regularidad, intensidad y duración de las contracciones uterinas; se ausculta el latido cardíaco fetal y se realiza una exploración vaginal.

Posteriormente, la mujer es transferida a la *sala de labor*. En esta sala, generalmente se realizan los siguientes procedimientos:

1. Se le proporciona a la mujer una bata del hospital.
2. La mujer permanece en reposo, acostada en una cama (en el servicio de urgencias o de admisión).
3. Se le rasura el vello púbico.
4. Se realiza la antisepsia de la región perineal.
5. Se aplica un enema para evacuar el intestino grueso.
6. Se canaliza una vena y se administra generalmente solución glucosada.
7. Se aplica oxitocina, en algunos casos, para inducción y conducción del parto.
8. En algunas ocasiones se aplican analgésicos o anestésicos regionales para aliviar el dolor del parto.
9. Se practican de manera frecuente, exploraciones externas e internas (vaginales), para determinar el progreso del trabajo de parto.

Cuando llega el momento del parto, se traslada a la mujer a la *sala de expulsión*.

Las características y acciones realizadas en esta sala son:

1. Las luces son intensas, los médicos y enfermeras usan batas, gorros y cubrebocas.
2. Se coloca a la mujer en posición de litotomía en una mesa de partos (se recuesta a la mujer en decúbito dorsal, con sus piernas levantadas y acomodadas -a nivel de las

rodillas- en unos estribos de la mesa).

3. Se realiza antisepsia de la región perineal.

4. Se cubre a la mujer con campos y sábanas estériles, dejando expuesto solamente el introito, que es el área requerida para que el médico realice su trabajo.

5. Se realiza episiotomía (en algunos casos) y se atiende el parto por vía vaginal.

6. Se corta el cordón umbilical con tijeras estériles.

7. Se revisa la integridad de la placenta y en algunas ocasiones la cavidad uterina.

8. Un médico diferente, se encarga de atender al recién nacido. Se lleva a cabo la exploración física del mismo. Se recomienda realizar las siguientes acciones durante dicha exploración:

a) Revisar la posición después del nacimiento, la cual depende principalmente de la presentación fetal. Los infantes que se presentan de vértice tienden a asumir una posición de flexión, que es la posición fetal.

b) Revisar todas las partes del neonato: cabeza, cuello, tórax, abdomen, genitales, ano y extremidades.

c) Tomar la temperatura (la temperatura corporal del recién nacido maduro fluctúa entre 36.7°C y 37°C) y checar los reflejos (de succión, de prensión Moro, Babinski, tono cervical, tendinosos profundos, cutáneoabdominales y cremastéricos).

d) Registrar el peso corporal. La obtención del peso al momento del nacimiento es una acción muy importante que debe efectuarse en todos los casos. Con el registro del peso al nacer se puede identificar a los neonatos que se encuentren en riesgo, es decir, aquéllos

cuyo peso se encuentre por debajo de los 2500 gramos. Los niños que nacen con este peso son muy vulnerables a la repercusión de los factores ambientales y sociales, y están en gran riesgo de mortalidad y morbilidad durante el primer año de vida y la niñez temprana.

e). Realizar la evaluación del Índice de Apgar (A apariencia, P pulso, G gesticulación o irritabilidad refleja a la estimulación plantar, A actividad o tono muscular, R respiración o esfuerzo respiratorio) al minuto y a los 5 minutos. El grado de respuesta en cada categoría se califica como 0, 1 ó 2. Un recién nacido normal o deprimido levemente es aquel que obtiene una puntuación de 7 a 9 (8 ó 9 de 10 neonatos normales obtienen un índice de 7 ó más en el momento del nacimiento).

f) Tomar la frecuencia cardíaca (de 120 a 140 lat/min) y la frecuencia respiratoria (de 38 a 44/min).

g) Aspirar las secreciones nasofaríngeas (en algunas ocasiones con una perilla, y en otras, con un aspirador) y aplicar gotas oftálmicas con antibióticos. La aplicación de estas gotas, previene posibles infecciones oculares neonatales, dado que cuando el feto sale del vientre materno (que es un medio aséptico) se pone en contacto con microorganismos patógenos durante su paso por canal del parto.

Finalmente, se viste al recién nacido y se envuelve con una sábana o cobija y se coloca en una cuna.

Después del parto, se traslada a la mujer y al neonato a la *sala de recuperación*.

Las normas y acciones características de esta sala son:

1. Las mujeres permanecen acostadas en una cama o en una camilla, durante sólo algunas horas (1-3 horas); este tiempo varía según las normas establecidas en cada centro hospitalario.

2. Se continúa con la administración de sueros (fundamentalmente glucosados).

3. Se checan los signos vitales (pulso, temperatura, presión arterial).

4. Se revisa la presencia de sangrados por vía vaginal y expulsión de loquios.

5. Se administran analgésicos y oxitócicos (por vía intramuscular o intravenosa).

6. En algunas ocasiones, el personal médico conversa con las mujeres sobre la importancia de la planificación familiar.

7. Los recién nacidos permanecen en una cuna junto a sus madres. El personal de enfermería revisa el color de tegumentos, la respiración, la temperatura y la frecuencia cardíaca.

Posteriormente, la mujer es trasladada al área de hospitalización y el recién nacido a los cuneros. Con frecuencia, las mujeres que acaban de parir, comparten la sala de hospitalización con otras mujeres, que presentan diversas patologías.

En las salas de hospitalización se realizan las siguientes acciones:

1. Revisión periódica de signos vitales (pulso, temperatura y presión arterial).

2. Se prescriben indicaciones de deambulaci3n inmediata.
3. Se revisa la expulsión de loquios y características del sangrado por vía vaginal.
4. Se suspende la administraci3n de sueros.
5. Se proporciona dieta normal.
6. El tiempo de estancia hospitalaria de la mujer es de 24 horas, aproximadamente, que es el momento en que es dada de "alta". Este tiempo es variable, dependiendo del centro de atenci3n m3dica.

En los cuneros se llevan a cabo las siguientes acciones:

1. Se coloca al reci3n nacido en una cuna.
2. El personal de enfermería se encarga de revisar los signos vitales (pulso, frecuencia respiratoria y temperatura) así como la coloraci3n de tegumentos.
3. Se alimenta al reci3n nacido con suero glucosado y/o con leche maternizada cada tres horas.
4. Se lleva al neonato con su madre, en forma peri3dica. En algunos centros hospitalarios, como en el caso del IMSS, se coloca al reci3n nacido en una cuna junto a su madre.

Las visitas del esposo y otros familiares solamente se permiten durante horarios específcos, previamente establecidos por las autoridades del hospital.

A N E X O 2

Prácticas rutinarias de atención del parto normal, en el sistema tradicional.

Las características de la atención tradicional del parto así como los procedimientos realizados por las parteras durante el mismo, son:

1. El parto se atiende en el domicilio de la embarazada.
2. La partera es llamada cuando se presentan los primeros dolores de parto, revisa a la mujer por medio de sobadas abdominales, le pregunta cuando empezaron las primeras contracciones uterinas y determina el tiempo en que ocurrirá el nacimiento.
3. En el interior de la vivienda, generalmente en un rincón, se delimita el espacio en el que se atenderá el parto; en el resto de la casa continúa normalmente la vida cotidiana.
4. Se encuentran presentes el esposo y los familiares más cercanos, ellos ayudan a la partera y le brindan apoyo físico y emocional a la mujer que va a parir, inclusive, le dicen palabras de aliento en cada contracción.

5. Durante el trabajo de parto, la mujer puede caminar o sentarse cuando ella así lo decida. Generalmente el esposo se coloca junto a su mujer, le toma las manos y le habla cariñosamente. El papel del marido como apoyo moral y físico es evidente, su participación es tan intensa, que hasta podría decirse que "él también está pariendo"¹ (Favier, 1984).

6. Para atender el parto, las parteras realizan previamente un lavado de la región perineal (que puede ser con agua y jabón, o algún antiséptico que les proporciona la Secretaría de Salud).

7. En el momento del parto, la mujer se sienta en una hamaca, extiende los brazos y se agarra con fuerza de los extremos de la misma; el esposo se coloca detrás de su mujer y pone los brazos por debajo de las axilas de ésta, con el fin de que pueda apoyarse con seguridad y se facilite la atención del parto.

8. Cuando las contracciones son muy fuertes y se acerca el momento del parto, la partera le dice a la mujer "vamos empuja" (en maya ko'osh); la cabeza del niño aparece e inmediatamente después sale el cuerpo.

¹ La presencia del marido es un deber y una obligación. Su presencia es importante no sólo por la ayuda que le proporciona a su esposa, sino también porque se considera que es importante que el hombre vea como sufren las mujeres para parir. La presencia de la madre o de la suegra también se considera de importancia, tanto por el apoyo moral que sólo puede ser proporcionado por una mujer que ya sufrió lo que ella está sufriendo, como por la ayuda que la partera necesita. En caso de que ninguna de las dos estén presentes, entonces un familiar muy cercano del sexo femenino y que ya haya tenido hijos deberá ayudar a la mujer (puede ser la hermana o la cuñada).

9. La partera sostiene a la niña o al niño entre sus brazos y espera a que salga la placenta.

10. Al salir la placenta, la partera amarra y corta el cordón umbilical midiendo dos o tres dedos. El cordón puede ser cortado con tijeras, con filos o navajas de rasurar (nuevas o ya usadas), y se amarra con cintas umbilicales, hilera o hilos de hamaca. En algunas ocasiones, el extremo del cordón umbilical es quemado con una vela blanca, para facilitar la cicatrización y prevenir infecciones. La vela blanca constituye un símbolo de pureza entre la población maya de Yucatán y también es utilizada cuando se realizan curaciones contra los "malos vientos" a los infantes².

11. Después del parto, las parteras acostumbran revisar la placenta y verifican la integridad de la misma. Existe la tradición de enterrar la placenta en el patio o ponerla en la "candela", para evitar que las mujeres tengan "dolores de barriga", para prevenir que las niñas o niños tengan desgracia³, y también, para abonar la tierra.⁴ También, se ha reportado (Favier, 1984) que la placenta, es considerada entre la población maya,

² Los "malos vientos" es una entidad tradicional, que se caracteriza por evacuaciones diarreicas frecuentes y llanto excesivo.

³ Las mujeres que se atienden en el hospital y no pueden recuperar la placenta, tienen mucha confusión y temor, ya que según la tradición maya, la niña o el niño cuya placenta no se quemó o enterró en la debida forma, puede tener desgracia.

⁴ Existe la creencia de que la placenta enterrada o quemada, sirve de abono a la tierra, debido a que esta placenta fué nutrida por la madre, nutrió a la niña o niño durante nueve meses y el padre la quema o entierra para que nutra la tierra donde la niña(o) va a vivir.

como una cosa muy íntima y muy personal. La placenta tiene varios significados simbólicos: algunos dicen que es la casa de la niña o niño, otros la consideran como su compañera. En el primer caso, se considera que todas las niñas o niños de la misma madre viven en la misma matriz, pues es la misma casa, pero que la placenta es una casa personal de cada criatura; cuando se considera a la placenta como compañera, se dice que vivió junto a la niña o niño durante todo el embarazo y que muere en el momento del nacimiento, se dice que inmediatamente que sale la placenta, el viento la mata.

12. La partera baña a la niña o niño con agua tibia, le limpia los ojos y en algunas ocasiones, en caso de que tenga, le aplica gotas oftálmicas que le son proporcionadas por el sector salud; posteriormente envuelve a la pequeña(o) en un pañal (sábana pequeña) como tamalito.⁵

Después del parto, las mujeres descansan en sus hamacas en compañía de la niña(o). El esposo coloca una hamaca cerca de su mujer y descansan juntos.

La familia coloca ramos de hojas del árbol de anona en las puertas de las viviendas, para anunciar el nacimiento de la niña o niño, y también, para alejar a los "malos vientos" que podrían dañar a la mamá y al niño(a). Este ramo de hojas se deja

⁵ Las parteras refieren que hay que envolverlos así (muy apretados), para que sientan todavía la protección que tenían dentro de la mamá (Favier, 1984 y Méndez, 1990).

durante 8 días.

Se acostumbra aislar a la madre y a su hija o hijo, manteniendo cerrada la vivienda, por un espacio de entre 8 a 15 días, porque se considera que el neonato es un ser muy frágil y susceptible de adquirir enfermedades. De manera especial se prohíbe la entrada a mujeres embarazadas y a mujeres que se encuentren en su período menstrual, pues existe la creencia de que su presencia puede influir para que "no seque a tiempo el ombligo". Transcurrido este período, la vivienda se abre y se permite nuevamente la entrada de visitas a la casa.

Cuando el cordón umbilical se desprende, en el caso de los varones, el padre se encarga de ir a tirarlo al monte para evitar que al niño le de miedo y pueda trabajar bien en las labores del campo. En el caso de las niñas, las madres lo colocan abajo del fogón, con el propósito de que cuando crezcan puedan realizar adecuadamente las labores del hogar. De acuerdo con los estudios realizados por Villa Rojas (1985), existe la creencia de que si los restos del cordón fuesen comidos por algún animal, el niño crecería tímido y cobarde.

Las parteras les recomiendan a las mujeres caminar durante las dos horas después del parto para facilitar la eliminación de coágulos. También, les recomiendan a las mujeres, bañarse con hojas de naranja y guayaba durante el puerperio inmediato.

A los nueve días postparto les practican el "kaxyet" (sobar-amarrando en maya). Este masaje tiene la finalidad de acomodar los órganos internos, los cuales después del parto, se encuentran fuera de su lugar y desligados del tipté; también, con este masaje, se acomodan todos los huesos del cuerpo, principalmente los de la pelvis, y se evitan hemorragias.

Habitualmente las parteras lavan la ropa de las mujeres, preparan su comida durante una semana y bañan al recién nacido. La familia establece una relación muy estrecha con la partera, quien se convierte en la comadre de la familia, motivo por el cual se le conoce como "partera o comadrona".

Descripción del kaxyet.

- a. Se colocan algunos cobertores en el suelo y la señora se acuesta sobre ellos boca arriba (decúbito dorsal).
- b. La partera empieza a sobar el vientre, de abajo hacia arriba; posteriormente, del lado derecho al lado izquierdo y viceversa. Cada masaje o sobada lo repite durante nueve veces⁶.
- c. Posteriormente, la partera le pide a la señora que se coloque boca abajo (decúbito ventral) y le da masajes de abajo hacia arriba y viceversa; el masaje se repite

⁶ El nueve es un número de gran importancia para los Mayas desde la época prehispánica. Esta asociado con los planos del cosmos.

durante nueve veces. Después del costado izquierdo al derecho y viceversa, durante nueve veces.

d. Con la señora en decúbito ventral, la partera le flexiona las piernas hacia las caderas. La partera apoya todo su cuerpo sobre las piernas de la señora y realiza esta flexión durante nueve veces.

e. A continuación, la partera le pide a la señora que se coloque en decúbito lateral derecho, y soba el costado izquierdo durante nueve veces. Esta maniobra se repite de la misma forma para el costado derecho.

f. Posteriormente, se colocan las dos de pie (la partera detrás de la señora) y la partera pasa sus brazos por debajo de los brazos de la señora, agarrando el cuello con ambas manos y ejerce un tirón fuerte sobre el mismo (apretando).

g. Nuevamente la partera le pide a la señora que se coloque en decúbito dorsal, la partera le flexiona las piernas hacia el vientre y provoca la expulsión de flatulencias.

h. Después, ambas se sientan en el suelo. La partera se sienta atrás de la señora, coloca una de sus manos debajo del mentón y la otra sobre la cabeza de la señora, efectúa movimientos rápidos de izquierda a derecha, hasta lograr que "truenen" los huesos de la columna cervical.

i. La señora se coloca nuevamente en decúbito dorsal. La partera cruza un pañal alrededor de la cabeza y tensa y jala fuertemente ambas puntas (para realizar esta maniobra, la partera se sienta en un banquillo).

j. Posteriormente la partera cruza el pañal alrededor del cuerpo (a nivel de los

hombros) tensando y jalando también con fuerza.

k. A continuación, realiza la misma maniobra en los brazos, cintura, caderas, piernas y tobillos.

l. Para finalizar, la partera amarra el vientre y la cintura con un solo pañal (quedando el nudo hacia atrás), la señora se queda recostada durante un rato (15 a 20 minutos aproximadamente) y permanece con este amarre durante todo el día.

A N E X O 3

GUIA DE ENTREVISTA Y DE OBSERVACION DEL PROCESO DE LA
ATENCION HOSPITALARIA DEL PARTO

INSTRUCCIONES GENERALES. Los datos correspondientes a los apartados I y II se obtendrán a través de preguntas dirigidas a las mujeres. Los datos referentes a exámenes de laboratorio se podrán obtener directamente del expediente clínico. En los apartados III y IV se efectuarán observaciones directas.

FOLIO _____

INSTITUCION _____

FECHA _____

OBSERVADOR _____

I. IDENTIFICACION.

NOMBRE _____

LUGAR DE PROCEDENCIA ()

1. Suburbano 2. Urbano 3. Rural

DOMICILIO _____

EDAD _____

ESTADO CIVIL ()

1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Divorciada
5. Viuda

II. DATOS SOCIOECONOMICOS.

Escolaridad de la madre ()

1. Sin escolaridad 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta 5. Secundaria Completa 6. Técnico 7.
Bachillerato 8. Profesional 9. Otro (especificar)

Ocupación ()

1. Hogar 2. Artesana 3. Sirvienta 4. Empleada de comercio 5.
Empleada de gobierno 6. Vendedora ambulante 7. Secretaria 8.
Otro.

Ocupación del esposo ()
01 Albañil. 02 Mecánico. 03 Artesano. 04 Campesino. 05 Empleado
de Comercio. 06 Jardinero. 07 Carpintero. 08 Pescador. 09
Apicultor. 10 Empleado de gobierno. 11 Comerciante. 12
Profesionista. 13 Desempleado. 14 Otro.

Salario ()

1. Mínimo 2. Menos del salario mínimo 3. Hasta 2 salarios
mínimos 4. De 2-3 salarios mínimos 5. De 3 salarios mínimos
adelante.

Vivienda con servicio sanitario ()

(1) Si

(2) No

II. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

GESTA _____ PARA _____ ABORTOS _____

FUP _____ FUR _____ SEM GEST _____

III. OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LAS ACCIONES REALIZAS A LAS MUJERES, EN LA SALA DE EXPULSION.

1. Observar y anotar quién es el encargado de atender el parto ()

- (1) Espontáneo
- (2) Méd Especialista en Gin-Obs.
- (3) Méd Residente de Gin-Obs.
- (4) Médico General.
- (5) Médico Pasante.
- (6) Médico Interno de pregrado.
- (7) Enfermera.
- (8) Estudiante de medicina.
- (9) Estudiante de enfermería.
- (10) Otros.

2. Tipo de personal que ayuda en la atención del parto ()

- (1) Enf especializada.
- (2) Lic en enfermería.
- (3) Pasante de medicina.
- (4) Pasante de enfermería.
- (5) Méd Interno de pregrado.
- (6) Estudiante de medicina.
- (7) Estudiante de enfermería.
- (8) No existe ayuda.

3. Observar en el expediente si existen exámenes de laboratorio :
- A. Biometría Hemática ()
 - (1) Sí Normal
 - (2) Sí con Anemia.
 - (3) No

 - B. Química Sanguínea ()
 - (1) Sí Normal
 - (2) Sí con elevación de glucosa.
 - (3) Sí con elevación de ácido úrico
 - (4) Sí con elevación del colesterol
 - (5) No

 - C. Examen General de Orina ()
 - (1) Sí Normal
 - (2) Sí con proteinuria
 - (3) Sí con hematuria
 - (4) Sí con glucosuria
 - (5) Sí con albuminuria
 - (6) No
4. Observar si se canalizó vía parenteral ()
- (1) Solución fisiológica
 - (2) Sol glucosada
 - (3) Sol hartman
 - (4) Paq globular
 - (5) Sangre total
 - (6) No se canalizó
5. Antisepsia ()
- (1) Agua y jabón
 - (2) Merthiolate
 - (3) Benzal
 - (4) Yodo
 - (5) Otro
 - (6) No se realiza.
6. Identificar el tipo de anestesia utilizado ()
- (1) Se aplica anestesia regional.
 - (2) Se aplica anestesia local.
 - (3) Anestesia general.
 - (4) No
7. Persona encargada de la aplicación de la anestesia ()
- (1) Aplicada por anestesiólogo.
 - (2) Méd Residente de Anestesiología.
 - (3) Méd general.
 - (4) Méd pasante.
 - (5) Otro.

8. Observar si se aplica oxitocina ()
 - (1) para inducir el parto
 - (2) para conducir el parto.
 - (3) no se aplica

9. Observar si se efectúa episiotomía ()
 - (1) Mediana
 - (2) Mediolateral
 - (3) Lateral
 - (4) No se efectúa

10. Presencia de desgarros perineales ()
 - (1) Sí
 - (2) No

11. Observar si se efectúa revisión de placenta ()
 - (1) Sí
 - (2) No

12. Observar si se efectúa revisión de cavidad ()
 - (1) Sí
 - (2) No

13. Tipo de parto atendido ()
 - (1) Parto vaginal.
 - (2) Parto vaginal con forceps.

14. Anotar si el producto nació ()
 - (1) vivo
 - (2) muerto

15. Presentación del producto ()
 - (1) cefálica (de vértice)
 - (2) Pélvica

IV. OBSERVACIONES QUE SE REALIZARAN RESPECTO AL RECIBIMIENTO DEL NEONATO.

1. Observar quién recibe al niño en el momento de la atención del parto y se encarga de las maniobras de reanimación ()
 - (1) Pediatra.
 - (2) Med Residente de Pediatría.
 - (3) Méd Residente de Gineco-Obst.
 - (4) Médico General.
 - (5) Médico Pasante.
 - (6) Méd Interno de pregrado.
 - (7) Estudiante de Medicina.
 - (8) Enfermera.
 - (9) Auxiliar de enfermería.

2. Observar si se efectúa exploración física del recién nacido ()
(1) Sí
(2) No
3. Anotar peso del producto _____
4. Observar si se efectúa aspiración de secreciones ()
(1) Se efectúa con perilla.
(2) Se efectúa con aspirador.
(3) No se efectúa
5. Observar aplicación de gotas oftálmicas ()
(1) Se aplican gotas de nitrato de plata.
(2) Se aplica solución oftálmica con antibióticos.
(3) Otras.
(4) No se aplican.
6. Observar si se llevan acabo maniobras de resucitación ()
(1) Se administra oxígeno.
(2) Se realiza masaje cardíaco.
(3) Se efectúa respiración artificial.
(4) No se llevan a cabo.
7. Anotar a donde es enviado el recién nacido ()
(1) Enviado a cunas.
(2) Enviado a incubadora.
8. Tiempo de estancia hospitalaria .
Madre _____
Recién Nacido _____

CONACYT - CINVESTAV
GUIA DE ENTREVISTA Y DE OBSERVACION DEL PROCESO DE LA
ATENCION TRADICIONAL DEL PARTO

INSTRUCCIONES GENERALES : Los datos correspondientes a los apartados I, II y III se obtendrán a partir de una entrevista que se efectuará a las madres. En las secciones posteriores se llevarán a cabo observaciones directas del proceso de la atención del parto y del recién nacido.

FOLIO _____

LOCALIDAD _____

MUNICIPIO _____

FECHA _____

OBSERVADOR _____

I. IDENTIFICACION.

NOMBRE DE LA SEÑORA _____

LUGAR DE RESIDENCIA

1. Suburbano 2. Urbano 3. Rural

DOMICILIO _____

EDAD DE LA SEÑORA _____

ESTADO CIVIL

1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Divorciada. 5. Viuda

II. DATOS SOCIOECONOMICOS.

Escolaridad de la madre ()

1. Sin escolaridad 2. Primaria incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria Completa 6. Técnico 7. Bachillerato 8. Profesional 9. Otro

Ocupación de la madre ()

1. Hogar 2. Artesana 3. Sirvienta 4. Empleada de comercio 5. Empleada de gobierno 6. Vendedora ambulante 7. secretaria 8. Otro

Ocupación del esposo ()

01. Albañil 02. Mecánico 03. Artesano 04. Campesino 05.
Empleado de comercio 06. Jardinero 07. Carpintero 08. Pescador
09. Apicultor 10. Empleado de gobierno 11. Comerciante 12.
Profesionista 13. Desempleado 14. Otro

Salario ()

1. Mínimo 2. Menos del salario mínimo 3. Hasta 2 salarios
mínimos 4. De 2-3 salarios mínimos 5. De 3 salarios mínimos en
adelante.

Van al patio a defecar ()

(1) Sí

(2) No

III. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Cuántas veces se ha embarazado la señora _____
Cuantos hijos ha tenido _____

Número de abortos _____

Fecha del último parto _____

Fecha de la última regla _____

Semanas de embarazo de éste último parto _____

IV. OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LAS ACCIONES REALIZADAS POR LA PARTERA, DURANTE LA ATENCION DEL PARTO.

1. Observar si la partera cuenta con equipo para atender el parto

()

(1) Sí

(2) No

2. Lo utiliza ()

(1) Sí

(2) No

3. Observar si se realiza lavado de la región perineal ()

(1) con agua y jabón

(2) merthiolate

(3) benzal

(4) yodo

(5) alcohol

(6) otro

(7) no se realiza

4. Que persona se encuentra presente durante la atención del parto y ayuda a la partera en el mismo ()
 - (1) La madre de la embarazada
 - (2) el esposo
 - (3) la suegra
 - (4) tías
 - (5) otro (especificar)
 - (6) nadie

5. En que condiciones de higiene se encuentra el cuarto en el que se lleva a cabo la atención del parto ()
 - (1) buenas
 - (2) malas

6. En que forma se lleva a cabo la atención del parto ()
 - (1) En hamaca
 - (2) Otro -especificar- _____

7. Condiciones de higiene de la hamaca ()
 - (1) Buenas
 - (2) Malas

8. Observar ruptura de la bolsa de las aguas ()
 - (1) Espontanea
 - (2) Con tijeras limpias ó estériles
 - (3) Con tijeras sin limpiar ó esterilizar
 - (4) Otro -especificar- _____

9. Se efectúa estimulación de contracciones uterinas o dolores de parto ()
 - (1) Sí
 - (2) No

Con qué _____

10. Anotar si el nené nació ()
 - (1) vivo
 - (2) muerto

11. Anotar como nació el nené ()
 - (1) de cabeza
 - (2) de pies

12. Observar si tarda en salir la placenta ()
 - (1) Sí
 - (2) No

En caso afirmativo, describir las acciones que lleva a cabo la partera para facilitar la salida de la placenta _____

13. Efectúa revisión de la placenta la partera ()
(1) Sí
(2) No
14. Observar si la señora se desgarró ()
(1) Sí
(2) No
15. Observar si la partera revisa la matriz de la señora ()
(1) Sí
(2) No

V. OBSERVACIONES QUE SE REALIZARÁN RESPECTO AL RECIBIMIENTO DEL NIÑO.

1. Observar quién se encarga de atender al recién nacido.
(1) partera
(2) un familiar-especificar-
(3) otro.
2. Anotar el tipo de material que se utiliza para cortar el cordón umbilical :
(1) navaja de rasurar nueva
(2) tijeras sin desinfectar
(3) tijeras desinfectadas
(4) otro -especificar- _____
3. Anotar el tipo de material que se utiliza para amarrar el cordón umbilical.
(1) cintas de trapo limpias
(2) cintas de trapo sucias
(3) hilo de hamaca limpio
(4) hilo de hamaca sucio
(5) cintas umbilicales
(6) otro -especificar- _____
4. Observar si se pesa al recién nacido:
(1) sí
(2) no
 peso en gramos _____
5. Observar si la partera extrae las flemas del niño :
(1) se las extrae con la mano
(2) se las extrae con un algodón
(3) se las extrae con una perilla
(4) se las extrae con dos perillas (una para nariz y otra para boca)
(5) no se las extrae

6. Observar si la partera le aplica gotas en los ojos al recién nacido :

(1) le aplica gotas de nitrato de plata

(2) le aplica solución oftálmica con antibióticos

(3) le aplica colirio

(4) otra _especificar- _____

(5) No se aplica

7. Anotar que otras acciones realiza la partera :

A N E X O 4

CONACYT - CINVESTAV
GUÍA DE ENTREVISTA PARA DETECCIÓN DE COMPLICACIONES
MATERNAS Y NEONATALES EN EL SISTEMA HOSPITALARIO

FOLIO _____

FECHA _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

ENTREVISTADOR _____

INSTRUCCIONES.

Esta entrevista se llevará a cabo a los 15 días después de haber efectuado la observación de la atención del parto en las Instituciones de Salud, con el propósito de identificar alguna complicación en la madre y/o en el recién nacido.

I. COMPLICACIONES IDENTIFICADAS EN LAS MUJERES.

1. Presentó sangrado por retención de restos placentarios (hemorragia abundante, que requirió de atención médica) ()

1. Sí
2. No

2. En caso de haberse practicado Episiotomía durante la atención del parto ()

1. Se presentó infección
2. Hubo dehiscencia de la herida
3. No se presentó ninguna complicación
4. No se practicó la episiotomía

3. Se presentó infección en el desgarro perineal ()

1. Sí
2. No
3. No hubo desgarro

4. En caso de haberse aplicado suero ()

1. Se presentó flebitis por suero
2. No se presentó ninguna complicación
3. No se aplicaron sueros

5. Anotar si se presentaron los siguientes datos durante los 15 días después del parto ()

1. Fiebre elevada, dolor de cabeza, dolor en el perine y/o en el vientre, escurrimiento vaginal abundante y con mal olor.
2. No se presentaron.

6. Como consecuencia de lo anterior se presentó el fallecimiento de la mujer ()

1. Sí
2. No

II. COMPLICACIONES EN EL RECIEN NACIDO

1. Presentó el recién nacido infección en los ojos durante los 15 días después de la atención del parto ()

1. Sí
2. No

2. Anotar si se presentó infección de ombligo ()

1. Sí
2. No

3. Como consecuencia de la atención del parto se presentó algún traumatismo en el recién nacido ()

1. traumatismo en miembro superior
2. traumatismo en miembro inferior
3. traumatismo de cadera
4. otro (especificar)
5. No se presentó

4. Anotar si como consecuencia directa de la atención del parto el

CONACYT - CINVESTAV
GUÍA DE ENTREVISTA PARA DETECCIÓN DE COMPLICACIONES
MATERNAS Y NEONATALES EN EL SISTEMA TRADICIONAL

FOLIO _____

FECHA _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

ENTREVISTADOR _____

INSTRUCCIONES.

Esta entrevista se llevará a cabo a los 15 días después de haber efectuado la observación de la atención del parto llevada a cabo por las parteras, con el propósito de identificar alguna complicación en la madre y/o en el recién nacido.

I. COMPLICACIONES MATERNAS DETECTADAS DURANTE EL POSTPARTO.

1. Presentó sangrado abundante después del parto, que requirió de atención médica? ()
 1. Sí
 2. No

2. En caso de haberse presentado desgarro perineal durante la atención del parto, anotar la presencia de ()
 1. Enrojecimiento y dolor de la región en donde se presentó el desgarro, pus, calentura.
 2. No se presentaron los datos anteriores.
 3. No hubo desgarro perineal.

3. Anotar si se presentaron los siguientes síntomas durante los 15 días después del parto. ()
 1. Fiebre elevada, dolor de cabeza, dolor de perineo o bajo abdomen, escurrimiento vaginal abundante y con mal olor.
 2. No se presentaron.

4. Como consecuencia de lo anterior se presentó el fallecimiento de la mujer ? ()

1. Sí
2. No

II. COMPLICACIONES EN EL RECIEN NACIDO.

1. Anotar si durante la primera semana posterior a la atención del parto, se le infectaron los ojos al recién nacido (con presencia de pus) ()

1. Sí
2. No

2. Anotar si se presentó algún problema con el ombligo del recién nacido . ()

1. Secresión de pus en el ombligo, con olor fétido y calentura .
2. No se presentó ningún problema.

3. Como consecuencia de la atención del parto se presentó alguno de los siguientes problemas en el recién nacido? ()

1. Dislocación del brazo (luxación)
2. Dislocación de la pierna.
3. Dislocación de cadera
4. Otro (especificar)
5. No se presentó ninguno

4. Anotar si durante los 10 días después de la atención del parto, se presentaron los siguientes datos. ()

1. Fiebre elevada, expectoración con moco y sangre.
2. No se presentaron.

5. Anotar si el recién nacido falleció como consecuencia de lo anterior. ()

1. Sí
2. No

recién nacido presentó Neumonía por la existencia de Broncoaspiración ()

1. Sí
2. No

5. Anotar si el recién nacido falleció como consecuencia de lo anterior o por alguna otra causa relacionada directamente con la atención del parto ()

1. Sí
2. No