

Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia

Elizabeth Hincapié, Enf.¹, Claudia Patricia Valencia, Enf., M. Epidemiol.²

RESUMEN

En Colombia, las parteras tradicionales atienden cerca de 30% de los partos que se presentan en las zonas urbanas marginadas y rurales. En Quinchía, una población de la zona cafetera de Colombia, 40% de los partos son atendidos en el domicilio y de estos 63% son atendidos por parteras. En Quinchía 55% (34/62) de las parteras son empíricas y el 45% (28/62) se han capacitado a través de los cursos ofrecidos por el Ministerio de Salud. El objetivo de la presente investigación fue determinar el grado de conocimientos entre las parteras capacitadas y no capacitadas frente a la atención del embarazo, trabajo de parto y recién nacido. Además, establecer la relación entre la mortalidad perinatal del año 1997 en el municipio y la atención de los partos por este grupo de parteras. Se aplicó un cuestionario de conocimientos sobre la atención a la embarazada, trabajo de parto y recién nacido a 62 parteras activas. También se exploraron las prácticas cotidianas en el desempeño de su oficio; 65% (18/28) de las parteras capacitadas y 15% (5/34) de las no capacitadas poseen conocimientos apropiados en la atención madre-niño; sin embargo, se encontró en ambos grupos un alto porcentaje de conocimientos inapropiados específicamente en la atención de parto y recién nacido. A pesar que las parteras capacitadas tienen conocimientos más apropiados que las no capacitadas en la atención del embarazo, aún persisten muchas prácticas inadecuadas que atentan contra la salud de la madre y el niño. Durante 1997 en el municipio de Quinchía se presentaron 16 muertes perinatales que equivalen a una tasa de 31.4 por 1,000 nacidos vivos. Cinco de esos casos (31.2%) los atendieron las parteras capacitadas pero con conocimientos insuficientes en la atención del parto y recién nacido. Mientras existan lugares de difícil acceso o problemas de seguridad pública en el país, las parteras son el único recurso con que cuentan las comunidades para resolver los problemas de salud. Por ello se hace necesario continuar apoyando los programas de educación continua, promover su seguimiento y reestructurar las metodologías empleadas en su capacitación.

Palabras claves: Parteras. Mortalidad perinatal. Cursos de entrenamiento. Medicina tradicional.

Gran número de las muertes maternas y perinatales pueden ser evitables, pues están determinadas por las condiciones de la gestante, el parto y el puerperio, más que por las condiciones propias del recién nacido. Por esto un elevado porcentaje de las muertes maternas y perinatales se han encontrado ligadas a las características de los servicios de salud tales como la cobertura, la accesibilidad geográfica, la calidad en la prestación de los servicios y el marco económico y cultural de cada región¹.

Diversos estudios^{2,3} han mostrado que la mortalidad materna y

perinatal puede disminuirse gracias a la vinculación de parteras debidamente capacitadas en la comunidad. En lugares como Bangladesh, Gambia y Guatemala, la presencia de una partera capacitada y capaz de realizar sin riesgos funciones ampliadas con respecto a la maternidad, resultó ser una forma eficaz de reducir la mortalidad perinatal⁴.

En Colombia las parteras empíricas o tradicionales atienden la tercera parte de los partos en áreas marginadas urbanas y rurales donde los servicios de salud prestan bajas coberturas y el acceso de la población a los

centros de salud es difícil⁵. Es allí donde nacen las parteras como líderes de la comunidad ejerciendo gran influencia sobre las prácticas de salud. Ellas aprendieron su oficio como un legado de tradición familiar y muchas perfeccionaron su quehacer mediante programas formales de capacitación.

En 1984 el Ministerio de Salud de Colombia, creó el programa de capacitación formal de parteras como una estrategia para mejorar las coberturas y disminuir la morbimortalidad perinatal⁶. Desde esa fecha esta capacitación se realiza como política de salud en todo el país y de forma continua.

1. Directora del Departamento de Enfermería, Hospital Nazaret, Quinchía, Risaralda.

2. Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

Quinchía es uno de los municipios del departamento de Risaralda (Colombia) que cuenta con un gran número de parteras (n=62), que ejercen un fuerte liderazgo en su comunidad y son respaldadas por sus miembros. Las madres gestantes acuden a ellas como respuesta a la demanda insatisfecha de los servicios de salud. En este municipio 40% de los partos son atendidos en el domicilio. Del total, 63.2% son atendidos por parteras, 31.4% por familiares (esposo o madre) y sólo 5.4% por promotores de salud.

El objetivo de la presente investigación fue determinar el grado de conocimientos entre las parteras capacitadas y no capacitadas sobre la atención del embarazo, trabajo de parto y recién nacido y establecer la relación entre la mortalidad perinatal del año 1997 en el municipio de Quinchía y la atención de los partos por este grupo de parteras durante ese mismo año. Esto con el fin de medir el impacto de los programas de capacitación a esta población y proponer estrategias educativas acordes con las necesidades encontradas; asimismo motivar a las parteras no adiestradas a que participen de las actividades de capacitación y sustentar ante la administración local de salud la importancia de asignar recursos financieros para la continuidad de los programas estrechando el vínculo entre la medicina tradicional y el sector salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un censo previo para conocer el número de parteras y su ubicación geográfica en el municipio de Quinchía. Este censo mostró que existía un total de 62 parteras activas de las cuales 45% (28) eran capacitadas y 55% (34) correspondía a parteras tradicionales. La población bajo

estudio estuvo conformada por la totalidad de las parteras activas existentes en ese momento en el municipio, con el fin de obtener un panorama global de la población.

La información sobre mortalidad perinatal se complementó mediante la revisión de los certificados de nacimiento y defunciones del DANE, y los formularios de notificación de mortalidad perinatal diseñado por el Servicio de Salud de Risaralda.

Para el presente estudio se denominó partera adiestrada la que fue capacitada por instituciones de salud y a quien se le adiestró a través de cursos formales de capacitación referente al embarazo, el parto y puerperio. Como partera tradicional se hace referencia a la que obtuvo sus conocimientos por tradición oral y de generación en generación.

El instrumento que se aplicó estuvo constituido por un cuestionario de conocimientos diseñado de acuerdo con los parámetros de capacitación y evaluación del programa de complementación de parteras tradicionales del Ministerio de Salud. Paralelamente se aplicó una encuesta estructurada a cada una de las personas incluidas en el estudio durante las visitas realizadas a las diferentes veredas del municipio. Esta encuesta la diligenció las investigadoras por el bajo grado de escolaridad o alfabetismo funcional de las parteras. El instrumento incluía preguntas abiertas y cerradas las cuales median las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia, tiempo de práctica, método de capacitación, mortalidad perinatal por partera y grado de conocimientos relacionados con la atención de la embarazada, la atención en trabajo de parto y la atención del recién nacido.

Para el procesamiento de la información se creó una base de datos con el programa EpiInfo 6.0 con el cual se

realizó el análisis univariado y bivariado. Para la evaluación de los conocimientos se asignó una nota cuantitativa en una escala de 1 a 5 que se manejó también en una escala de medición cualitativa como una variable de intervalo de acuerdo con las siguientes equivalencias: conocimientos apropiados, puntaje de 3 a 5; conocimientos inapropiados, puntaje entre 0 y 2.9.

RESULTADOS

Ubicación geográfica y datos sociodemográficos. Toda la población objeto del estudio accedió a participar voluntariamente. De las 62 parteras activas del municipio de Quinchía, 34 (55%) eran parteras tradicionales y 28 parteras que han sido adiestradas a través de diferentes programas formales de capacitación ofrecidos por el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud de Risaralda; 59 de ellas viven en la zona rural y 3 en el área urbana.

Las personas que ejercen el oficio de parteras en el municipio de Quinchía son en su mayoría mujeres (n=61); se encontró un solo caso de hombre partero. A pesar de este hallazgo durante la redacción del presente documento se hará referencia a la población en género femenino.

Del total de parteras 75% son mayores de 50 años. El promedio de edad para la población general fue 57 años (rango 36-86). En relación con la escolaridad, 21% de las parteras son analfabetas y 68% poseen primaria incompleta; 89% (55) informó más de 11 años de práctica o experiencia en el ramo y 11% tiene menos de 10 años, lo cual representa el surgimiento de nuevas parteras al sistema.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de parteras (adies-

tradas y tradicionales) en relación con la edad (p: 0.68), la escolaridad (p: 0.23) y los años de práctica (p: 0.27), lo que refleja homogeneidad en el total de la población bajo estudio.

En cuanto a la iniciación en su aprendizaje como parteras, 40% (25) aprendió de un familiar en la práctica, 27% (17) aprendió acompañando alguna partera cuando ejercía su oficio y 31% (19) aprendió atendiendo directamente un caso de urgencias o atendíendose ellas mismas sus partos. Sólo una partera fue adiestrada desde un principio por un funcionario de la salud.

Conocimientos en la atención del embarazo. Del total de las parteras capacitadas 89.2% y 64% de las tradicionales obtuvieron conocimientos apropiados en este aspecto (χ^2 : 7.19, Gl: 2, p: 0.02) (Cuadro 1). Los signos que establecen el diagnóstico de embarazo para las parteras fueron: atraso menstrual, mareos, náuseas, vómitos, dolor en bajo vientre, agrandamiento de los senos; la mayoría le da mucha importancia a los cambios de comportamiento: tristeza, mal genio, mirada apagada. Además de esto utilizan métodos de diagnóstico empírico como la prueba de la aguja que consiste en introducir una aguja nueva en la orina de la paciente durante 24 horas; si aparece oxidada se confirma el diagnóstico de embarazo.

Del total de las parteras 92% utili-

zan el recurso de la herbolaria para tratar enfermedades. Según su tradición son provocadas por "el frío y el calor". Entre las plantas más utilizadas se encuentran la yerbabuena, la manzanilla, canela, brevo, salvia, que sirven para eliminar el "frío de la matriz". La mayoría (90%) de las parteras refirieron conocer los daños que pueden ocasionar el tomar medicamentos sin prescripción médica; sin embargo, formulan analgésicos como acetaminofén, aspirinas y vitaminas entre otros medicamentos

Conocimientos en la atención durante el trabajo de parto. Poseen conocimientos inapropiados en relación con la atención del trabajo de parto 43% de las parteras capacitadas y 82% de las tradicionales. Se encontró diferencias estadísticas significativas en ambos grupos (χ^2 : 11.42, Gl: 2, p: 0.003). Sólo 22.5% de las parteras poseen instrumental o dotación adecuada para la atención de partos. Las parteras atienden los partos en las casas de sus pacientes donde por lo general se encuentran deficiencias en saneamiento, higiene y hacinamiento. La intervención durante el trabajo de parto consiste en ponerlas a caminar, administrar bebidas y practicar masajes o "sobadas" para acelerarlo. Una cuarta parte realiza tactos vaginales pero sin ningún criterio claro para valorar la dilatación.

Uno de los factores más relevantes en la población bajo estudio fue que sólo 51% ayudan en el período expulsivo a sacar el bebé y 49% restante sólo se encarga de atender a la madre ayudándola mediante presión en el abdomen dejando que el bebé caiga a la cama o en algunos casos al suelo.

Conocimientos en la atención al recién nacido. En la atención al recién nacido, sólo 25% de las parteras capacitadas y 9% de las tradicionales obtuvieron conocimientos apropiados (p: 0.21). Se encontraron deficiencias en la reanimación, secado y limpieza de secreciones, que se realizan después de cortar el cordón una vez sale la placenta.

Analizando el grado de conocimientos globales (embarazo, parto y recién nacido) se encontró que 65% de las parteras capacitadas obtuvieron puntajes apropiados y de las tradicionales sólo 15% (χ^2 : 36.63, gl: 27, p: 0.10).

Una vez realizado el análisis estadístico bivariado no se encontró en ninguno de los dos grupos asociación estadísticamente significativa entre la nota total de conocimientos adquiridos en las tres áreas evaluadas y la edad (p: 0.84), tiempo de práctica (p: 0.57) y la escolaridad (p: 0.37).

Mortalidad perinatal. La tasa de mortalidad perinatal para Quinchía muestra índices muy variables a lo largo de los últimos 5 años. Oscila entre 5% y 31%; esto se puede explicar porque sólo a partir del 1 de enero, 1997 se mejoró la notificación de información de nacimientos y defunciones con respecto a años anteriores debido al nuevo sistema de notificación diseñado por el DANE. Igualmente para 1997 se tomó la tasa real de muertes perinatales ocurridas en el municipio y fuera de él a donde se remitieron las embarazadas o recién

Cuadro 1
Grado de conocimientos en la atención del embarazo, trabajo de parto y recién nacido entre parteras capacitadas y tradicionales del municipio de Quinchía, Risaralda

Grado de conocimientos	Capacitadas (%)	Tradicionales (%)	Parámetros
Conocimientos apropiados en atención del embarazo	89.2	64.7	χ^2 : 7.19 p: 0.02
Conocimientos apropiados en atención del trabajo de parto	82.4	42.9	χ^2 : 11.47 p: 0.033
Conocimientos apropiados en atención del recién nacido	25.0	9.0	χ^2 : 3.04 p: 0.21

nacidos que requerían de un nivel superior para su atención.

En los partos atendidos entre enero 1 y diciembre 31 de 1997 en el municipio de Quinchía, se informaron 16 muertes perinatales correspondientes a una tasa de mortalidad perinatal de 31.4 por 1,000 nacidos vivos. Analizando esta mortalidad perinatal, 7 casos (44%) fueron atendidos por médicos, 4 (25%) por familiares o por las mismas gestantes y 5 (31.2%) por parteras. Estos 5 casos fueron asistidos por 4 parteras adiestradas; 4 de las muertes se clasificaron como evitables y una como no evitable*. Tres casos eran producto de embarazadas que esperaban su primer bebé y dos su cuarto bebé; las edades de las madres oscilaban entre 15 y 35 años, y sólo una asistió a control prenatal durante su embarazo. Los motivos que explicaban la no asistencia al control prenatal en el resto de embarazadas fueron: falta de tiempo, carencia de dinero y temor a que la familia se enterara. De estos embarazos 3 fueron no deseados.

Tres de los recién nacidos muertos se encontraban entre 28 y 36 semanas de gestación; los otros dos entre la 38 y 41 semana; se presentaron dos muertes antes del parto, dos durante el parto y uno en los primeros días de vida. Entre las causas de muerte se encontraron 3 niños con asfixia perinatal debido al sufrimiento fetal crónico, sufrimiento fetal agudo, por desproporción céfalo-pélvica, enfermedad de membrana hialina y dos niños cuya causa de defunción fue sepsis por gastroquiasis (malformación congénita) y corioamnionitis por ruptura prematura de membrana.

DISCUSIÓN

Más de la mitad de las parteras del

municipio de Quinchía son parteras tradicionales, quienes no han recibido nunca ningún curso formal de capacitación. El resto corresponde a parteras que han participado de los cursos de complementación ofrecidos por el Ministerio de Salud desde 1984. Los dos grupos de parteras mostraron homogeneidad en su conformación en cuanto a las variables de edad, escolaridad y años de práctica lo cual los hizo comparables. Tal como lo muestran los resultados del estudio, a pesar que las parteras capacitadas tienen conocimientos más apropiados que las tradicionales en la atención del embarazo, aun persisten muchas prácticas inadecuadas que atentan contra la salud de la madre y el feto. Igualmente se observa que el grado de conocimientos es inapropiado e insuficiente en la atención del parto y del recién nacido para ambos grupos, pese al curso de capacitación recibido por las complementadas. Además de esto las condiciones y técnicas con las cuales se atienden las pacientes pone aun en mayor riesgo la salud del binomio madre-hijo.

Los programas de capacitación a las parteras enfatizan en la detección y referencia de embarazos y partos de alto riesgo^{2,5}; sin embargo, los resultados de este estudio muestran cómo en múltiples ocasiones las parteras no diferencian estos signos o síntomas y por el contrario realizan manipulaciones abdominales muchas veces excesivas o fuertes que pueden causar daño al feto o abortos. Reflejo de ello es el análisis que el Comité de Mortalidad Perinatal realizó a los cinco casos de muertes perinatales atendidos por parteras. En cuatro de estos casos la muerte fue clasificada como evitable si se hubiese realizado un diagnóstico certero y una remisión

oportuna. Un dato necesario para explicar la ocurrencia de estas muertes sólo en el grupo de parteras complementadas, sería el número total de partos que atienden cada grupo, que permitiera aproximar el cálculo proporcional de atención de partos y su nivel de complejidad. Pero este dato fue imposible de obtener por el subregistro de esta información. Sin embargo, lo que sí se conoció a partir de este estudio fue que las parteras complementadas que atendieron estos casos obtuvieron conocimientos insuficientes en atención de parto y recién nacido.

Actualmente existe una sólida identificación social y cultural entre los usuarios de la medicina tradicional y las parteras, porque éstas ejercen un alto grado de liderazgo dentro de la comunidad donde residen y comparten los códigos de adscripción colectiva⁶. Es importante anotar que mientras existan lugares distantes, de difícil acceso o problemas de seguridad pública, las parteras son el único recurso con que cuentan las comunidades para afrontar los problemas de salud.

Como el oficio de partera es un legado cultural que hace parte de la herencia familiar, cada día es necesario mejorar las prácticas de las parteras, continuando los programas de capacitación que permitan la replicación generacional de conocimientos apropiados en el área.

A pesar que los resultados encontrados en este estudio no son muy alentadores se hace necesario continuar apoyando el programa de capacitación para parteras el cual va a permitir conocer más de cerca las actividades que a diario ellas realizan. Se debe igualmente reestructurar la metodología empleada en los programas formales de capacitación, pues ésta puede estar incidiendo sobre el

* Según la OPS, muerte evitable se relaciona con la que se pudo haber prevenido con la aplicación de la tecnología disponible, calidad de la atención y uso de los servicios de salud.

desempeño de las parteras adiestradas. También es necesario fortalecer el programa de planificación familiar para evitar embarazos no deseados o complicaciones tanto en la madre como en el hijo. Igualmente fortalecer el programa de atención prenatal mejorando la calidad y cobertura de los servicios, especialmente a los sectores más necesitados como lo informan países como Gambia, Guatemala, Bangladesh, Ghana, Nigeria *et al.*⁷

Un nacimiento sin riesgos no requiere medios técnicos ultramodernos pero, si bien los servicios indispensables son simples, para ponerlos a disposición de todas las mujeres se necesita, además de compromiso político, dar alta prioridad a la asignación de recursos y adoptar una estrategia coherente a nivel nacional y local⁴.

Mientras existan parteras en Colombia se deben conocer sus prácticas y costumbres, capacitarlas en forma continua y según sus necesidades, para conocer sus debilidades y fortalecer así el vínculo entre la medicina tradicional y los servicios de salud.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen la cola-

boración de las directivas y personal del Hospital Nazareth, del municipio de Quinchía por la ayuda financiera y el respaldo logístico para realizar la presente investigación; también a las parteras que participaron espontánea y activamente en el estudio.

SUMMARY

In Colombia, the traditional birth attendant (TBA) assists 30 per cent of the births in rural and marginal urban zones. In Quinchía, a town in the Colombian coffee growing region, 55% (34/62) of the TBA are non-trained and 45% (28/62) are trained by the Ministry of Health. The objectives of this study were to 1) identify the TBA's knowledge about pregnancy, birth and newborn care 2) describe the resources and practices used TBA to provide care and 3) determine the characteristics of the perinatal deaths in the deliveries by TBA. A questionnaire based on a training course in reproductive health offered by the Ministry of Health was applied to 62 TBAs. The trained TBAs have better knowledge than the non-trained about pregnancy care. Trained and non-trained TBAs have inappropriate knowledge about labor and newborn care. In 1997, sixteen

perinatal deaths happened in Quinchía. Five of these cases were attended by trained TBA, seven by physicians and four by the mother herself. Regardless of the trained TBA have appropriate knowledge about pregnancy care there are still a lot of inappropriate practices that are dangerous to the mother and baby's health. The strong social and cultural identification between TBAs and patients indicates the need to improve the training courses and to establish continuous follow up of TBAs

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud, División Materno-infantil. *Atención materno y perinatal con criterio de riesgo*. Bogotá; Editorial Impresores Ltda, 1988.
2. Segovia LI. Formación de matronas. *Salud Mundial OMS* 1997; 50: 8-9.
3. Xochitel CC. Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos. *Salud Publica Mex* 1992; 34: 528-32.
4. Nakajima H. Las parteras: salvaguardia del futuro. *Salud Mundial OMS* 1997; 50: 3.
5. Villa M A, Falla MN. *Manual programa para complementación de parteras tradicionales*. Ministerio de Salud; Bogotá, 1997.
6. Ruiz MC, Goublet V. *Medicina tradicional de la mano de nuestros ancestros*. Quito; Editorial Andes, 1995.
7. Network. Una mejor atención salva vidas. *Fam Health Int* 1997; 17: 4.