

EL SERVICIO DE PARTOS A DOMICILIO COMO PRACTICA PARA LAS AUXILIARES SANITARIAS EN PANAMA*†

ETHEL C. SPRINGER, R.N. C. N. M.

Encargada del Servicio de Enfermería de Salud Pública

Este es un informe de un servicio especial organizado y llevado a cabo en el Departamento de Salud Pública por un período limitado y con el fin de adiestrar a un grupo de jóvenes para la asistencia de partos en el domicilio en áreas rurales.

El planeamiento de este programa se basó en un estudio de los problemas de salud pública en la República de Panamá, especialmente los que afectan a las madres y niños.

CONSIDERACIONES GENERALES

Antes de discutir los detalles de este servicio creímos que sería interesante para nuestros lectores enumerar y analizar algunos de nuestros problemas.

PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA EN EL CAMPO DE LA HIGIENE MATERNAINFANTIL

1. *La dispersión de la población.*

Según el Censo de 1950, Panamá tiene 805,285 habitantes en una extensión de 74.010 km², es decir, hay 10,8 habitantes por km². Esta población no forma núcleos en la zona rural, sino que se encuentra sumamente dispersa.

2. *Indice vital y de natalidad*

El indice vital de Panamá es de 427,2. La tasa de natalidad de la República era en 1952, 36,7 por 1.000, lo cual da un promedio aproximado de 30.000 nacimientos por año.

Hay una mayor tasa de nacimientos si se trata de padres jóvenes: de 20 a 24 años la mujer, y de 25 a 29 años el hombre. De cada 1.000 mujeres en la edad fértil, 12 tienen más de cinco hijos y 3 pasan de diez alumbramientos.

* Artículo preparado con la colaboración de la Enfermera Consultora de la OMS.

† Manuscrito recibido en julio de 1955

El número de nacimientos aumenta en los meses de septiembre, octubre y noviembre, particularmente en el último. Estos son los de lluvias más intensas, lo cual impide la movilidad de los habitantes en algunos puntos. (Muchos de los caminos son inaccesibles durante esta estación).

3. *Asistencia de los partos*

Es muy lógico preguntar quién asiste a este gran número de partos, y nos apresuramos a contestar: los partos en Panamá son asistidos por varias clases de personas, a saber: médicos, enfermeras parteras, parteras graduadas, parteras rurales, parteras empíricas y otras. Entre estos médicos hay algunos especializados (22 ginecólogos y tocólogos) en la capital.

Las enfermeras parteras son enfermeras graduadas que han asistido a un curso de capacitación en obstetricia, de un año de duración y hay actualmente 119 graduadas. Por lo general trabajan como enfermeras en hospitales y no como parteras. Este curso de especialización carece de orientación de salud pública.

Las parteras graduadas han seguido un curso en obstetricia, pero no en enfermería. Estos cursos de obstetricia se enseñaban antes del año 1939, fecha en que se revisó y se elevó a la categoría de curso de ampliación o especialización.

Las parteras rurales siguieron cursillos prácticos en el hospital, autorizados por el Departamento de Salud Pública. Algunas trabajan en este Departamento y otras ejercen privadamente.

Las parteras empíricas son personas sin adiestramiento; algunas han asistido a charlas sobre la materia en las unidades sanitarias.

Además, asisten los partos personas no

FIG. 1.—*Instructora y estudiante se dirigen a un hogar para atender un parto.*

preparadas ni autorizadas para ello, como hermanas, amigas, etc.

En el Cuadro No. 1 se indica el número de nacimientos ocurridos en la República de Panamá en los años 1952-1953 y la clase de asistencia dada a los partos. Como se advierte en este cuadro, en 1952 sólo recibieron atención profesional el 39% de los partos, y en 1953 sólo la recibieron el 42,6%. Los restantes fueron atendidos por parteras empíricas o carecieron de toda asistencia.

Hay cierta tendencia a utilizar los servicios profesionales, pero aún es elevadísimo el número de alumbramientos ocurridos sin asistencia alguna. En el año 1952 más de la mitad de las madres dieron a luz sin asistencia adecuada. Si se excluyen los distritos de Panamá y Colón, donde el porcentaje de alumbramientos asistidos por personal profesional es bastante elevado, en el resto de la República un 72% de los partos no tienen asistencia alguna (atendidos por parientes, vecinos y amigos), lo que sin duda, es factor de gran significación en nuestra elevada mortalidad infantil.

Es significativo que, en 21 de los 63 distritos que integran la República, más del 90% de los partos han ocurrido sin ningún

tipo de asistencia y que en uno, el de Olá, dicho porcentaje se eleva al 100%. Todo ello indica el bajísimo nivel de las condiciones asistenciales en la mayor parte de la República.

4. Número de camas en hospitales

Hay 209 camas en la República para maternidad, 151 en hospitales oficiales y

CUADRO No. 1

Asistencia	Número*	Porcentaje
1952, total	29.013	100,0
Con asistencia	14.298	49,3
En hospital	11.230	38,7
Médico	90	0,3
Partera o comadrona	2.978	10,3
Sin asistencia†	14.715	50,7
1953, total	31.428	100,0
Con asistencia	18.468	58,8
Médico	8.989	28,6
Partera autorizada	3.387	10,8
Comadrona	5.078	16,2
Enfermera	1.014	3,2
Sin asistencia†	12.960	41,2

* Excluye los nacidos muertos y los nacimientos de indios en tribus.

† Se refiere a los nacimientos atendidos por parientes, vecinos, amigos, y los no especificados.

58 en hospitales particulares. Todos los hospitales se encuentran en centros urbanos, si nos basamos en la definición de *urbano* del Departamento de Estadística y Censo de la Contraloría. En los hospitales del interior no hay salas especiales para la atención de partos, y las madres toman cama en las salas de medicina interna, donde con frecuencia hay casos de enfermedades transmisibles. En estos hospitales hay un total de 75 camas para parturientas donde se atienden cerca de 3.000 partos al año; es decir, el 15% de los partos ocurridos en la zona rural.

5. Mortalidad

Es de suma importancia tener en cuenta la mortalidad en la República.

Mortalidad materna: En Panamá la tasa de mortalidad materna es de 3 por cada 1.000 niños nacidos vivos. Las causas de la mortalidad no pueden ser definidas en términos generales, pero citamos el diagnóstico de las madres que murieron en el Hospital Santo Tomás durante el período de dos años:

Hemorragia post-aborto, con retención de restos de placenta.

Ruptura uterina durante el trabajo del parto.

Insuficiencia circulatoria, embarazo de siete meses con anemia, pre-eclampsia, separación prematura de la placenta, edema pulmonar.

Aborto incompleto con hemorragia profusa.

Bronconeumonía bilateral—embolia cerebral con encefalomalacia de carácter paradójico—foramen Botal persistente.

Edema agudo pulmonar, toxemia, bronconeumonía.

Shock operatorio.

Pelvi-peritonitis por rotura de embarazo ectópico infectado.

Edema pulmonar debido a anemia por hemorragia post-aborto infectado por retención de resto placentario.

Al estudiar esta lista, se llega inevitablemente a la conclusión de que, con atención profesional durante el embarazo y parto, se hubieran salvado algunas de estas madres.

Las hay que llegan del campo al hospital demasiado tarde. Si esta situación existe en un centro urbano, ¿que se espera de las áreas rurales que no tienen asistencia profesional?

Mortinatalidad: Según los datos obtenidos, la tasa de mortinatalidad es de 14 por 1.000 nacimientos. La certificación de la causa o causas es bastante deficiente. La maceración ocupa un lugar importante entre ellas, pero no se ha podido establecer qué es lo que produce la maceración del feto.

Excluyendo las causas mal definidas, se puede considerar que las anomalías de la placenta y del cordón umbilical son las que más frecuentemente causan la muerte del feto, siguiendo en segundo lugar las enfermedades y circunstancias del embarazo y del parto, tales como hemorragias, toxemias, infecciones, particularmente las toxemias del embarazo derivadas de afecciones del riñón.

Mortalidad infantil: La mortalidad infantil elevada constituye uno de los problemas de salud pública más serios y exige una acción inmediata. Los datos del censo indican que el índice de mortalidad del país fué: en 1952 de 50,4 por 1.000 nacimientos, lo que arroja un total de 1.472 muertes, y en 1953 fué de 52,9 por 1.000 nacimientos, o sea un total de 1.585 muertes en el año. Según datos proporcionados por el Departamento de Salud Pública, en algunas zonas rurales el índice llega a ser mayor de 100 por 1.000.

El 45% de las defunciones de menores de un año son niños que no han cumplido cuatro semanas de vida, y las causas principales de tales defunciones son los padecimientos agudos del aparato respiratorio y las diarreas, lo cual acusa una falta de protección del niño contra el medio ambiente y de educación higiénica de la madre. La prematuridad y la debilidad congénita completan el cuadro de los factores que aumentan la mortalidad en las primeras semanas de vida.

Las cifras indican que sólo el 45,9% de

los infantes (antes de cumplir un año) que mueren reciben asistencia médica, y este problema se agudiza en las áreas rurales, donde apenas el 2,6% reciben los beneficios de esta asistencia. Esta situación indica la necesidad urgente de proveer servicios asistenciales en todo el territorio de la República.

El mayor número de defunciones ocurre en los meses de octubre, noviembre y diciembre. Las principales causas de muerte de los menores de un año son las diarreas y enteritis, en primer lugar, y siguiendo en orden de importancia las lesiones debidas al parto, la asfixia y atelectasia postnatal, ciertas enfermedades propias de la primera infancia, tales como enfermedad hemolítica y hemorragia del recién nacido, inadaptación al régimen alimenticio e inmaduridad; la neumonía y las infecciones del recién nacido.

Estudios hechos sobre las causas de la mortalidad infantil llevan a la conclusión de que los 2/3 de las defunciones se pueden

prevenir. Entre estas muertes prevenibles figuran las causadas por falta de cuidados obstétricos adecuados.

6. Morbilidad

La morbilidad relacionada con el embarazo, con el parto y el puerperio no se puede precisar en general por anomalías del registro; sin embargo un estudio hecho en el Hospital Santo Tomás, y que comprende un período de cinco años, puede darnos una idea del problema. Las cifras se refieren a madres egresadas.

El resultado de este estudio aparece en el Cuadro No. 2, donde se puede observar que más del 31% de los partos fueron complicados: 12% de las madres tuvieron trastornos del embarazo; 5,6% de los partos fueron con complicaciones específicas; 13% fueron abortos, y 0,6% complicaciones del puerperio.

Hay que tener en cuenta que este estudio se refiere a un hospital. La realidad en las

CUADRO No. 2

Número*	1953	1952	1951	1950	1949
XI Partos y complicaciones del embarazo, del nacimiento y del puerperio	7.963	7.231	6.784	6.288	5.742
640-649 Trastornos del embarazo...	986	980	1.049	973	937
650-652 Abortos	921	876	726	612	639
660 Partos sin complicaciones	5.543	4.874	4.485	4.134	3.702
670-678 Partos con complicaciones especificadas	455	410	380	406	361
680-689 Complicaciones del puerperio...	58	91	144	163	103
Y20-29 Nacidos vivos.	5.865	5.143	4.679	4.387	3.925
Y30-39 Nacidos muertos	133	141	186	153	138
Y30 Enfermedad crónica de la madre	1	2	5	3	1
Y31 Enfermedad aguda de la madre	1	0	0	1	0
Y32 Enfermedades y afecciones relativas al embarazo y al parto	3	4	10	11	4
Y33 Absorción de sustancias tóxicas de la madre	0	0	0	0	1
Y34 Dificultades del alumbramiento	5	3	8	9	4
Y35 Otras causas de mortinatalidad procedentes de la madre	0	0	0	6	0
Y36 Anomalías de la placenta y del cordón	14	14	25	23	24
Y37 Traumatismo provocado en el parto	3	11	13	8	10
Y38 Malformaciones congénitas (vicios de conformación) del feto	5	5	10	8	4
Y39 Enfermedades del feto y causas mal definidas	101	102	115	84	90

* Según la sexta revisión decenal de la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismo y causas de Defunción."

áreas rurales que carecen de servicios profesionales debe ser muy distinta.

7. *Servicios inadecuados*

Según observaciones hechas se ha encontrado que una gran parte del tiempo de las unidades sanitarias rurales se dedica a la atención de madres y niños, pero estas actividades carecen de orientación y uniformidad, encontrándose circunscritas a la ciudad o poblado en que está localizada la Unidad. La población beneficiada por los servicios prestados en las Unidades apenas si alcanza el 10% de la población, siendo estas actividades mínimas en las zonas más apartadas. En la ciudad de Panamá (capital) hay servicios destinados sólo a madres y a niños: un centro de higiene maternoinfantil, guarderías, la maternidad del Hospital, etc. Sin embargo, estos servicios oficiales y semi-privados no están coordinados entre sí.

No hay continuidad en la vigilancia y atención médica de la madre en los períodos del embarazo, parto y puerperio, lo cual ocasiona una pérdida de esfuerzos y un servicio poco eficiente. Es indiscutible que los recursos para atender estas actividades no son muy amplios, pero lo grave es que éstos no se utilizan en forma correcta.

La educación higiénica se ha realizado en una escala muy pequeña y se considera que los resultados obtenidos hasta hace poco obligan a considerarlos como uno de los puntos más débiles de trabajos anteriores.

Después de lo expuesto, quisiéramos resumir nuestros problemas de esta índole. Hay una tasa de mortalidad maternoinfantil alta en la República debido a la falta de asistencia profesional y de servicios adecuados durante el período de la maternidad. De aquí la necesidad de aumentar y mejorar los servicios y de preparar personal auxiliar.

PLANES PARA LA SOLUCION DEL PROBLEMA

Es interesante saber lo que la ley establece en relación con este servicio. El Código Sanitario de Panamá, en su capítulo primero sobre protección de la maternidad y de la infancia, establece en su artículo 156 que en

los lugares donde no existen facilidades de hospital para embarazadas, los médicos y enfermeras de las unidades sanitarias, no sólo tendrán a su cargo las atenciones preventivas de dichas embarazadas, sino que están en la obligación de vigilar los partos atendidos por parteras empíricas. Estos funcionarios dedicarán actividad especial a enseñar a las comadronas de sus respectivos distritos las prácticas fundamentales de higiene.

Para realizar este trabajo se propuso emprender una labor que tendría, como una de las metas finales, la protección y promoción de la salud de la madre y del niño.

Las actividades en general comprenderían la atención y supervisión del embarazo, del parto, del postparto, del recién nacido, del lactante, del preescolar y el escolar.

Además, hay planes para el mejoramiento del servicio de las maternidades dependientes de hospitales, para el establecimiento de anexos maternales en las unidades sanitarias en áreas distantes de los hospitales y de buenos servicios de partos en el domicilio y la vigilancia de las parteras empíricas.

1. *Adiestramiento de personal auxiliar*

Como parte de los planes inmediatos para la solución de estos problemas, tenemos el adiestramiento de auxiliares sanitarias. El programa lo describió la Sra. Silvia C. de Duncan, Enfermera Jefe del Servicio de Enfermeras de Salud Pública en el artículo "Preparación del personal auxiliar de enfermería en Panamá" y se publicó en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. XXXVII, No. 3, septiembre de 1954.

Durante el período de adiestramiento y antes de la práctica de partos en el domicilio, las auxiliares sanitarias asistieron a un total de 100 horas de instrucción en higiene maternoinfantil, 430 y media horas de práctica en las salas de maternidad y 66 horas en las salas de pediatría.

En el artículo antes citado se menciona la práctica de partos en la maternidad del Hospital Santo Tomás y la práctica de partos en el domicilio. Era necesaria esta división

de las prácticas para ofrecerles de esa manera a las estudiantes una mayor experiencia, ya que en la República de Panamá no existe un servicio de partos a domicilio bien organizado.

La práctica en la maternidad del Hospital Santo Tomás abarcó un período de 15 semanas, repartidas en tres épocas diferentes para facilidades del servicio. De este total pasaron 7 semanas y media en la sala de partos, donde asistieron de 15 a 38 partos normales cada una.

En dicha maternidad, donde se asiste a un promedio de 562 a 600 partos mensuales, hay un campo propicio para la práctica de los principios básicos de la atención a madres e hijos, ya que, para alguna de las estudiantes, esto era algo completamente nuevo. Aquí aprendieron a tomar presión arterial, a hacer exámenes rectales, a preparar a las madres para el parto, a atender a las madres (multíparas normales) durante los tres períodos, atender al recién nacido (cortar el cordón, profilaxis de los ojos), cuidado de la piel, inspección, baño, y sobre todo atenderlo sin temor y sin lastimarlo. El resultado de esta práctica fué muy satisfactorio.

Teniendo presente las funciones de estas estudiantes en su área de trabajo en lo que se refiere a higiene maternoinfantil se les proporcionó una experiencia práctica en los períodos preparto y postparto en las clínicas de las unidades sanitarias y en las visitas a domicilio.

Las estudiantes dieron prueba de haber aprendido muy bien todo lo arriba mencionado.

Durante estas prácticas ellas fueron supervisadas muy estrictamente por enfermeras parteras que recibían un curso de adiestramiento especial. Las clases teóricas se daban al mismo tiempo que hacían sus prácticas y a esto se atribuye gran parte del éxito obtenido.

Creo que se deben mencionar las relaciones o, mejor dicho, la compenetración existente entre la instructora del curso y el personal profesional de la maternidad, con

quien aquélla había trabajado por cinco años, lo cual facilitó mucho el trabajo.

2. Servicio de partos a domicilio

Los preparativos comenzaron con tres meses de anticipación. La sección de Unidades Sanitarias facilitó el material necesario para este servicio. Para el transporte, el Departamento de Salud Pública cedió una camioneta de UNICEF a la instructora encargada.

*Selección de las madres**: La selección de las madres que se beneficiaron de esta fase del servicio se hizo de acuerdo con estas condiciones: 1. Multíparas con antecedentes de partos normales; 2. Frecuencia de sus asistencias a la clínica de higiene maternoinfantil de las unidades sanitarias y de las clínicas de médicos particulares; 3. Indicación del médico a la madre de hallarse en condiciones de ser atendida en su domicilio; 4. Consentimiento de la familia; 5. Evaluación de las condiciones socioeconómicas del hogar de acuerdo con los siguientes puntos: a) contar en el momento del parto con una cama para la madre exclusivamente; b) con una persona que cuide de los hijos de la familia durante el parto; c) poseer algún mobiliario y posibilidad de remover los muebles en exceso durante el parto; d) posibilidad de obtener equipo y material mínimo para el parto de acuerdo con las instrucciones dadas; e) contar con una persona que se encargue de los quehaceres domésticos; f) alumbrado adecuado para el momento del parto. No se ha mencionado el agua, porque en la ciudad de Panamá todas las casas tienen agua potable.

Ayuda de salud pública: El apoyo del servicio médico de salud pública al servicio de partos a domicilio consistió en lo siguiente:

1. Servicio de higiene maternoinfantil en las unidades sanitarias.
2. Selección de las madres para el servicio.
3. Ordenes de rutina.

* Se procuró escoger a las madres que asistían a las unidades sanitarias y que normalmente irían al hospital para el parto ya que las parteras empíricas cobran por los partos que asisten.

a) Administración por vía oral a todas las madres de una serie de seis dosis de ergotrate de 0,02 mg cada una.

b) Administración intramuscular de 10 U de pitocín y de 0,02 mg de ergotrate en caso de relajamiento y hemorragia del útero.

4. Consulta telefónica o entrevista personal en casos necesarios.

5. Hospitalización en la maternidad del Hospital Santo Tomás de los casos difíciles.

El apoyo brindado por el servicio de enfermeras de salud pública consistió en: 1. Ayudar en la selección de casos; 2. Estimar qué madres debían usar el servicio de partos a domicilio; 3. Visitas a domicilio de madres gestantes.

Como funciona el servicio: Cada una de las instructoras del servicio asistía a las clínicas de maternidad donde se daban charlas, se entrevistaba con las madres ya seleccionadas y con otras que podían beneficiarse del mismo servicio. Se hacían visitas en los hogares para conocer el aspecto económicosocial de las madres y aclarar cualquier duda y para evaluar las casas teniendo en cuenta que debían reunir condiciones propicias y adecuadas a la enseñanza del grupo de auxiliares sanitarias.

A continuación se explicaban a la madre los formularios usados. Al comenzar el trabajo del parto la secretaria de turno en la sección de maternidad del Hospital Santo Tomás, que es quien recibe las llamadas, avisaba a la instructora de turno y a la estudiante y éstas acudían al lugar para asistir el parto.

La manera de recibir las llamadas para el servicio de partos a domicilio fué objeto de un cuidadoso estudio durante el período de planeamiento de este aspecto del curso. Después de varios contactos con las personas interesadas se celebró una reunión a la cual asistieron jefes del servicio médico de la maternidad del Hospital Santo Tomás, enfermeras del mismo servicio, médicos y enfermeras del Departamento de Salud Pública, asesor médico de la OMS, enfermera encargada del adiestramiento de partos

en el domicilio de las auxiliares sanitarias y dos instructores más del curso.

En esta reunión se solicitó la colaboración de la sección de maternidad del Hospital Santo Tomás en los siguientes aspectos:

a) Respaldo al servicio de adiestramiento en asistencia de partos en el domicilio.

b) Servir de oficina central para recibir durante las 24 horas del día las solicitudes de las madres, para atención del parto.

c) Notificar inmediatamente de la llamada recibida a la instructora y a la estudiante de turno.

d) Facilitar alojamiento en el domicilio de maternidad a las estudiantes de turno.

e) Hospitalizar los casos graves y prestar para ello el servicio de ambulancia.

f) Facilitar la esterilización del equipo en los autoclaves de la sección de maternidad.

El personal de la maternidad accedió prontamente a la solicitud hecha por estar ansioso de establecer el servicio de partos a domicilio para el adiestramiento de estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad de Panamá y de las enfermeras graduadas inscritas en el curso de especialización en obstetricia, así como de descongestionar de madres las salas de asistencia pública.

A las madres se les indicó cómo hacer estas llamadas y se les dió un formulario para llenar, los que eran entregados a la secretaria de la sala de partos de maternidad, a quien también se le daba la misma explicación.

Cuidados de la madre y del niño: Se visitó a cada madre y cada hijo dentro de las 24 horas siguientes al parto; luego se hizo una visita diaria por cinco días y, finalmente, el séptimo y el noveno día. Las primeras y últimas visitas las hacía la auxiliar sanitaria acompañada de su instructora, pero las restantes las hacía ella sola. Se envió a la unidad sanitaria correspondiente un informe completo del parto y de los cuidados de la madre y del recién nacido.

Terminado el servicio de partos a domicilio la madre y el niño eran puestos bajo

el cuidado de la unidad sanitaria correspondiente para que les dispensase la atención de rigor; además, el niño se envía a la clínica de higiene infantil para su inscripción y examen físico, a la oficina de sanidad, para la vacunación antivariólica, y la madre se presenta a la unidad sanitaria para el examen de postparto.

Durante el período de adiestramiento, que duró tres meses, 16 estudiantes asistieron a una madre cada una, y 5 ayudaron en los preparativos para el parto y en los cuidados del postparto pero no asistieron al parto.

No hubo suficientes madres durante este período para que todas las estudiantes pudieran asistir a una. De las cinco que no asistieron al parto cuatro eran parteras rurales. Cuando se reconoció que no había suficientes madres para todas las auxiliares, se decidió llevar dos estudiantes a la vez en los últimos partos atendidos.

Lo más interesante en este trabajo fué el programa de educación sanitaria, que incluía la higiene mental. Se les hacía comprender que la familia se considera como una sola unidad.

La colectividad brindó una buena acogida a este servicio pues casi siempre después de atender a una madre se recibía la solicitud de otra para el mismo servicio. También comprobaban esto las cartas de agradecimiento enviadas al grupo por las familias.

Horario de trabajo del personal: El horario de trabajo durante este período fué el general o de 8 horas diarias. Las horas empleadas en la asistencia de partos ocurridos de noche o en horas libres, se descontaban de las regulares del horario de trabajo. El

promedio de tiempo dedicado a los partos en el domicilio (incluyendo preparación en las oficinas y visitas durante el parto y en el postparto) fué de 22 horas por madre.

Las estudiantes durante este período prestaban servicio en las unidades sanitarias, donde se les recogía durante el día cuando se recibían las llamadas para atender un parto o para trabajo de postparto.

Durante la noche se les buscaba en el cuarto de turno establecido en la sección de maternidad del Hospital Santo Tomás.

Sólo hubo una instructora disponible para este servicio, que duró tres meses; ésta, por lo tanto, se encargó de notificar a la secretaria de la maternidad los lugares donde ella se encontraba para localizarla sin dificultad en cualquier momento.

3. Supervisión de las Auxiliares

Las estudiantes del curso de auxiliares sanitarias terminaron su adiestramiento a fines de julio de 1954. El mes de agosto se dedicó a vacaciones. De acuerdo con el médico jefe de la sección de unidades sanitarias se distribuyeron las auxiliares en determinadas unidades sanitarias para su orientación, bajo estrecha supervigilancia durante cierto tiempo. La práctica de partos fué muy limitada por la falta de un servicio permanente de partos a domicilio y de personal preparado para supervisarlo. Las auxiliares hacen prácticas actualmente en los dos anexos maternos que están funcionando. Se está planeando el establecimiento de un servicio bien organizado en el área de Chorrera, donde se encuentra la unidad modelo. Este servicio proveerá un buen campo para las prácticas del futuro.

RESUMEN DE TRABAJO HECHO

Visitas domiciliarias antes del parto	90
Evaluación de hogares	64
Hogares o condiciones inadecuados para el parto	12
Visitas a las madres en trabajo de parto pasivo	23
Partos asistidos	16
Madres atendidas que tuvieron sus hijos sin asistencia profesional durante el 1 ^{er} y 2 ^o período	2
Visitas a hogares después del parto	130

Niños atendidos	18
Natimuertos (asfixia intrauterina por infartos de placenta)	1
Niños prematuros	2
Niños normales (no se incluyen los prematuros)	14
Niños con anomalías (equipo varus)	1
Madres con temperatura alta de 38°C durante el puerperio (resfriado, sub-involución)	3
Madres con congestión de los pechos (madres de natimuertos)	1
Madres con hemorroides	1
Madres hospitalizadas por hemorragia no dolorosa antes del parto	1
Madres hospitalizadas por hemorragia de postparto (parto sin asistencia profesional)	1
Madres con laceración de 2° grado no saturada (parto sin asistencia profesional y madre que rehusó hospitalización)	1
Consultas médicas	6
Madres aceptadas para el servicio que, por razones varias, no fueron asistidas	12

A continuación se presenta extracto del reglamento de auxiliares sanitarias.

I. EXCERPTA DEL REGLAMENTO DE AUXILIARES SANITARIAS

FUNCIONES DE LA AUXILIAR SANITARIA EN EL SERVICIO DE HIGIENE MATERNOINFANTIL

La auxiliar sanitaria es responsable de las funciones siguientes, dentro del programa de higiene materno infantil:

- A. Tratar con oficiales locales del Gobierno, con maestros, parteras locales y población en general sobre la importancia del cuidado médico de cada mujer embarazada, tan pronto se sospeche la gravidez.
- B. Crear un ambiente atractivo y agradable en la subunidad para atraer a las madres a las clínicas prenatales.
- C. Ayudar a las pacientes a cumplir con conocimiento de causa las indicaciones médicas para corregir trastornos y proteger y mejorar la salud.
- D. Ayudar a la paciente a prepararse para el parto:
 1. En el domicilio.
 2. En el lugar indicado por el médico, sea un anexo maternal o en un hospital.
- E. Asistir al parto en el domicilio si la madre está bajo el cuidado de la clínica prenatal y el médico lo ha aprobado.
- F. Cuidar a la madre y al recién nacido, y enseñar prácticamente a una persona responsable a hacerlo.
- G. Estimular a la madre a que asista a la clínica postnatal e inscriba al niño en la clínica de higiene infantil.

Visitas a domicilio

La visita regular al hogar se hará inmediatamente después de la inscripción en la clínica prenatal y se realizará a lo menos dos veces más durante el curso del embarazo. Las visitas a domicilio se harán para:

- a) Fomentar la confianza de la paciente.
- b) Orientar a la madre sobre la forma de mejorar las condiciones del hogar.
- c) Orientar a la madre acerca de su higiene personal y de la nutrición.
- d) Procurar que la casa tenga las facilidades necesarias para el parto.
- e) aconsejar a la paciente acerca del arreglo de la casa y de los materiales necesarios para el parto.
- f) Atraer nuevas pacientes.
- g) Buscar a las pacientes que no han asistido a su cita en la clínica.
- h) Cumplir las indicaciones del médico para la paciente.

La auxiliar sanitaria abarcará los aspectos siguientes en sus entrevistas con pacientes y familiares:

1. Propósito del examen médico.
2. Razones para la asistencia a la clínica cuando esté citada.

3. Higiene personal.
4. Peligros del parto sin la preparación necesaria para obtener limpieza y sin la asistencia de una persona debidamente preparada.
5. Valor de la nutrición de la madre y del niño, e importancia de las hortalizas para una buena alimentación. Cómo preparar y utilizar leche en polvo para el caso de que sea proporcionada por la subunidad.
6. Importancia de seguir órdenes médicas para corregir parasitosis y otros trastornos.
7. Cómo preparar la casa para el parto y para recibir al recién nacido en el supuesto de que cuente con condiciones mínimas para que en ella ocurra un parto sin peligro de infección.

8. Importancia de asistir a la clínica de higiene infantil en busca de atención médica para proteger la salud del niño.

Líneas de autoridad

La superior inmediata a la auxiliar sanitaria es la enfermera graduada de salud pública que trabaja en el distrito o servicio respectivo. Todos los problemas profesionales y personales deben tratarse con ella antes de discutirlos con autoridades superiores. La misma enfermera de salud pública guiará el trabajo de la auxiliar sanitaria y evaluará su progreso y eficiencia.

ANEXO

LISTA DE MATERIAL DE ENSEÑANZA Y GUIA PREPARADA PARA ESTE SERVICIO

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan general para el cuidado de pacientes prenatales 2. Interrogatorio y exploración física de la futura madre 3. Cuidados prenatales 4. Rutina para visitas a prenatales a domicilio 5. Normas en el cuidado de madres embarazadas 6. Higiene del embarazo 7. Dieta durante el embarazo y la lactancia 8. Cuidados y consejos en casos de molestias prenatales 9. Plan para una serie de clases para madres 10. Ejercicios para preparar a las madres para el parto (traducción de material elaborado por <i>Maternity Center Association</i>, N. Y.) 11. Equipo ideal para el parto 12. Equipo necesario para maleta de parto y su arreglo 13. Procedimiento para arreglar el paquete del parto 14. Procedimiento para dirigir partos en el domicilio 15. Significación del trabajo de parto 16. Procedimiento de examen rectal | <ol style="list-style-type: none"> 17. Enema de limpieza durante la labor 18. Conducta durante el primer período del parto normal 19. Conducta durante el tercer período normal 20. Inspección del recién nacido 21. Visita de rutina de postparto y del recién nacido 22. Hoja de instrucciones para el formulario "visitas a hogares" después del parto. 23. Demostración del cuidado de la madre y del niño 24. El puerperio 25. Infecciones durante los períodos de maternidad y neonatal 26. La lactancia materna 27. Baño de tina |
|---|--|

El manual de procedimientos y reglamento está en el proceso de confección.

Una parte de este material ha sido adaptada del material utilizado en el *Catholic Maternity Institute* de Santa Fé, Nuevo México.