

# CONTROL PRENATAL

La evaluación de las características del control prenatal realizado a lo largo de los meses de gestación y las eventuales relaciones entre este control con el peso normal del recién nacido, por una parte y, por otra, con las condiciones del parto y la salud del niño al nacer, son estudiadas acuciosamente a través del análisis de Tablas relativas a la precocidad y concentración de los controles, según diversas variables en los Consultorios del Area Sur de Santiago.

Se trata de un estudio retrospectivo basado en el análisis total de fichas clínicas correspondientes al 25 por ciento del universo utilizado (último trimestre de 1972).

## Evaluación del Control Prenatal en el Area Sur de Santiago (1972)

Dr. HERNAN VENTURINO P. \*

El control precoz y periódico de la mujer embarazada ha sido considerado como una acción de salud eficaz en la reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil; sin embargo, la información respecto a su eficacia real, es escasa en nuestro país, motivo que impulsó a realizar este estudio de evaluación de la atención pre-natal en el Area Sur de la ciudad de Santiago. Santiago, bajo el punto de vista técnico administrativo de salud ha sido dividido en seis áreas, siendo la mayor de ellas el Area Sur; así, es su maternidad la que más egresos hospitalarios presenta cada año. El Area Sur posee aproximadamente un tercio de la población de la ciudad de 3.800.000 habitantes, población de carácter urbano, de condición económica promedio mediana o baja y de más índices demográficos propios de población en vías de desarrollo.

Se realizó la evaluación de la atención prenatal otorgada el año 1972, con el propósito de exponer su calidad y conocer como ésta repercute en la salud del recién nacido. Para este objetivo se analizaron las variables precocidad y concentración de controles en la atención de la embarazada, relacionándolas con la edad y paridad de ellas; Consultorio que brindó la atención; riesgo de presentar patología concomitante; condiciones del parto y salud del recién nacido. Se estudio además la esterilización quirúrgica en relación a edad y paridad de la mu-

jer. Fue un estudio retrospectivo, analizando el total de las fichas clínicas correspondientes al último trimestre del año 1972 (25% del total del universo).

### RESULTADOS

1.a. En relación a la precocidad en la atención de la embarazada, se obtuvieron las cifras expuestas en la Tabla N° 1. Cabe destacar que en la muestra se encuentran bajo control durante el curso del 5° mes de gestación el 50% de las pacientes en estudio.

TABLA N° 1  
PRECOCIDAD DEL CONTROL EN LA  
ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA.  
AREA SUR 1972

Mes de iniciación	Pacientes	
	Nº	%
Total	2.093	100,0
1	7	0,3
2	131	6,3
3	262	12,5
4	341	16,3
5	340	16,2
6	308	14,7
7	176	8,4
8	122	5,8
9	51	2,4
Sin control	355	17,0

(\*) Médico Becado en Salud Pública, Subdepto. Protección de la Salud, Dirección General del SNS.

1.b. Con respecto a la concentración de controles durante el embarazo (N° de controles realizados), lo observado se expone en la Tabla N° 2. Se considera cifra mínima aceptable, en el presente trabajo, el número de 4 controles realizados en el curso de la gestación, cifra que se cumple en el 59,9% de los casos revisados.

2. Al establecer la relación entre la edad de la consultante y el mes de embarazo en que ella realiza su primer control (precocidad), tomando como base el 5° mes de la gestación, por ser esta fecha en la cual ya esté bajo control el 50% de las pacientes de la muestra, se observa que a medida que la consultante avanza en edad más tarde inicia su control. Así por ejemplo el 55,9% de las mujeres menores de 20 años ya lo han hecho al 5° mes, lo hacen el 51,4% de las mujeres entre 21 a 30, el 48,8% de las mujeres entre 31 y 40 y el 37,1% de las de 41 y más años.

TABLA N° 2

CONCENTRACION DE CONTROLES DURANTE EL EMBARAZO. AREA SUR 1972

Mes de iniciación	Pacientes	
	Nº	%
Total	2.093	100,0
1	133	6,4
2	135	6,4
3	215	10,3
4	281	13,4
5	224	10,7
6	291	13,9
7	195	9,3
8	187	8,9
9	77	3,7
Sin control	355	17,0

TABLA N° 3

PRECOCIDAD DEL CONTROL SEGUN EDAD DE LA MADRE - AREA SUR 1972

Mes de iniciación	EDAD DE LA MADRE									
	Total		- 20 años		21 - 30		31 - 40		41 y +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	2.093	100,0	535	100,0	1.157	100,0	347	100,0	54	100,0
1	7	0,3	2	0,4	2	0,2	2	0,6	1	1,9
2	131	6,3	26	4,9	84	7,3	19	5,5	2	3,7
3	262	12,5	75	14,0	141	12,2	42	12,1	4	7,4
4	341	16,3	96	17,9	180	15,6	55	15,9	10	18,5
5	340	16,2	100	18,7	186	16,1	51	14,7	3	5,6
6	308	14,7	59	11,0	173	14,9	62	17,8	14	25,9
7	176	8,4	56	10,5	87	7,5	27	7,8	6	11,1
8	122	5,8	25	4,7	65	5,6	26	7,5	6	11,1
9	51	2,4	8	1,5	36	3,1	6	1,7	1	1,9
Sin control	355	17,0	88	16,4	203	17,5	57	16,4	7	12,9

La relación entre la precocidad del control y paridad de la consultante presenta caracteres muy semejantes a la variable anterior, así, son las primigestas quienes en un 56,7% están ba-

jo control al 5° mes, le siguen en frecuencia las multíparas con 49,8% y finalmente las grandes multíparas con un 38,5% de cobertura al cursar el 5° mes de gestación.

TABLA N° 4

PRECOCIDAD DEL CONTROL SEGUN PARIDAD - AREA SUR 1972

Mes de iniciación	P A R I D A D							
	Total		Primíparas		Multiparas		Grandes multiparas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2.093	100,0	769	100,0	1.197	100,0	127	100,0
1	7	0,3	1	0,1	6	0,5	—	—
2	131	6,3	61	7,9	65	5,4	5	3,9
3	262	15,2	120	15,6	132	11,0	10	7,9
4	341	16,3	135	17,6	186	15,6	20	15,7
5	340	16,2	119	15,5	207	17,3	14	11,0
6	308	14,9	102	13,3	178	14,9	28	22,8
7	176	8,4	61	7,9	110	9,2	5	3,9
8	122	5,8	41	5,3	65	5,4	16	12,6
9	51	2,4	14	1,8	34	2,8	3	2,4
Sin control	355	17,0	115	15,0	214	17,9	26	20,6

La observación de las relaciones entre número de controles realizados (concentración) durante el embarazo y la edad y paridad de la consultante se expone en las Tablas N.os 5 y 6; se destaca en ellas que mientras más joven y menos hijos tenga la madre, mayor es el número de controles que ella realiza. Tomando como mínimo aceptable 4 controles (las normas clásicas recomiendan un control mensual desde el 1° al 7° mes y control cada 15 días

en el 8° y 9° mes, se observa que las primíparas en un 64,1%, las multiparas en un 58% y las grandes multiparas en un 51,9% realizan 4 y más controles durante el curso de la gestación; con respecto a edad se observa que el 62,1% de mujeres menores de 20 años, el 59,3% entre 21 a 30 años, el 58,6% entre 31 a 40 y el 49% de 41 y más años presentan una concentración aceptable.

TABLA N° 5

CONCENTRACION DE CONTROLES SEGUN EDAD DE LA MADRE - AREA SUR 1972

Concentración	E D A D D E L A M A D R E									
	Total		- 20 años		21 - 30		31 - 40		41 y +	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2.093	100,0	535	100,0	1.157	100,0	347	100,0	54	100,0
1	133	6,4	25	4,7	76	6,6	29	8,3	3	5,6
2	135	6,4	33	6,2	71	6,1	27	7,8	4	7,4
3	215	10,3	55	10,3	123	10,6	30	8,6	7	13,0
4	281	13,4	74	13,8	150	13,0	49	14,2	8	14,8
5	224	10,7	59	11,0	122	10,5	39	11,2	4	7,4
6	291	13,9	75	14,1	169	14,7	38	11,0	9	16,4
7	195	9,3	60	11,2	96	8,3	34	9,8	5	9,2
8	187	8,9	46	8,6	106	9,2	28	8,1	7	13,1
9 y +	77	3,7	20	3,7	41	3,5	16	4,6	—	—
Sin control	355	17,0	88	16,4	203	17,5	57	16,4	7	12,9

TABLA N° 6

CONCENTRACION DE CONTROLES SEGUN PARIDAD - AREA SUR 1972

Concentración	P A R I D A D							
	Total		Primipara		Multipara		Gran multipara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2.093	100,0	769	100,0	1.197	100,0	127	100,0
1	133	6,4	44	5,7	81	6,8	8	6,3
2	135	6,4	39	5,1	82	6,9	14	11,0
3	215	10,3	78	10,1	125	10,4	12	9,4
4	281	13,4	87	11,3	172	14,4	22	17,3
5	224	10,7	86	11,2	127	10,6	11	8,7
6	291	13,9	121	15,7	158	13,2	12	9,7
7	195	9,3	87	11,3	98	8,2	10	7,9
8	187	8,9	73	9,5	106	8,8	8	6,3
9	77	3,7	39	5,1	34	2,8	4	3,1
Sin control	355	17,0	115	15,0	214	17,9	26	20,6

3. Objetivo del presente trabajo, es también, establecer la relación entre el grado de cumplimiento de las normas y el consultorio periférico en donde la embarazada recibió la atención. En el Area Sur de Santiago la maternidad base es la del Hospital Barros Luco-Trudeau, centro asistencial en el que se realiza la atención profesional del parto y puerperio de las 13 policlínicas que se citan a continuación: 1) Consultorio Barros Luco; 2) Consultorio San Joaquín; 3) Consultorio Recreo; 4) Consultorio La Legua; 5) Consultorio Joao Goulart; 6) Consultorio La Feria; 7) Consultorio Dávila; 8)

Consultorio Lo Valledor Sur; 9) Consultorio José María Caro; 10) Consultorio Clara Estrella; 11) Consultorio Santa Anselma; 12) Consultorio Cisterna Sur; 13) Consultorio Villa Sur. Las pacientes de los restantes consultorios del Area reciben la atención de parto y puerperio en la maternidad del Hospital Parroquial de San Bernardo (consultorios El Pino, Cóndores de Chile, San Bernardo).

La relación entre precocidad y concentración de controles respecto a consultorios periféricos se expone en las Tablas N.ºs 7 y 8.

TABLA N° 7

PRECOCIDAD EN EL CONTROL SEGUN CONSULTORIO PERIFERICO DONDE SE RECIBIO LA ATENCION - CIFRAS RELATIVAS - AREA SUR 1972

Consul- torio	MES DE INICIACION									
	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Barros Luco	100.0	0.9	14.6	18.6	15.5	14.9	16.6	7.6	7.0	4.3
San Joaquín	100.0	—	4.0	12.7	29.4	21.4	17.5	6.3	7.9	0.8
Recreo	100.0	—	7.1	11.4	15.7	11.4	24.4	15.7	10.0	4.3
La Legua	100.0	—	6.4	18.1	21.4	19.1	19.1	7.4	7.4	1.1
Joao Goulart	100.0	—	7.0	15.7	21.7	20.0	20.0	8.7	5.2	1.7
La Feria	100.0	—	1.9	11.3	17.0	30.2	17.9	13.2	3.8	4.7
Dávila	100.0	—	7.4	6.4	16.0	24.5	23.4	14.9	7.4	—
Lo Valledor S.	100.0	1.0	2.1	17.5	14.4	28.9	16.5	11.3	3.1	5.2
J. María Caro	100.0	—	9.1	18.9	21.6	15.7	14.4	11.8	5.2	3.3
C. Estrella	100.0	—	1.7	10.0	30.2	23.5	16.0	7.6	7.6	3.4
Sta. Anselma	100.0	—	4.2	16.6	18.6	18.6	16.9	14.0	10.2	0.9
Cisterna Sur	100.0	1.2	3.6	13.3	26.5	26.5	16.9	4.8	4.8	2.4
Villa Sur	100.0	3.2	22.6	16.1	16.1	9.7	12.9	12.9	6.5	0.0

El análisis de los porcentajes expuestos en la tabla anterior permite concluir que en 9 de los consultorios en estudio se tiene el 50% de la población de embarazadas bajo control durante el curso del 5° mes de gestación, haciendo excepción a esto los consultorios Barros

Luco, José María Caro y Villa Sur que ya tienen dicho porcentaje de cobertura al 4° mes de gestación y el consultorio Recreo que llega a esa cifra sólo durante el curso del 6° mes de embarazo.

TABLA N° 8

CONCENTRACION DE CONTROLES SEGUN CONSULTORIO PERIFERICO DONDE SE RECIBIO LA ATENCION - CIFRAS RELATIVAS - AREA SUR 1972

Consul- torio	CONTROLES									
	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Barros Luco	100.0	9.7	9.7	11.2	15.8	11.9	21.1	10.3	7.0	3.3
San Joaquín	100.0	5.6	6.3	21.4	17.5	15.9	15.1	5.5	9.5	3.2
Recreo	100.0	14.3	4.3	14.3	17.2	11.4	15.7	11.4	5.7	5.7
La Legua	100.0	4.3	6.4	7.4	16.0	8.5	18.1	15.7	15.9	11.7
Joao Goulart	100.0	6.1	4.4	8.8	16.7	17.4	20.2	10.5	18.4	3.5
La Feria	100.0	3.8	12.3	6.6	24.5	13.2	9.4	8.5	14.2	7.5
Dávila	100.0	2.1	4.3	17.0	12.8	9.6	19.1	17.0	16.0	2.1
Lo Valledor S.	100.0	8.2	7.2	11.3	9.3	22.8	14.4	13.4	11.3	2.1
J. María Caro	100.0	5.3	9.9	14.5	17.1	15.1	15.1	9.2	7.2	6.6
C. Estrella	100.0	6.7	6.7	15.1	18.5	19.3	20.3	8.4	4.2	0.8
Sta. Anselma	100.0	6.4	8.9	11.9	13.6	9.4	16.6	15.7	14.5	3.0
Cisterna Sur	100.0	9.6	6.0	6.0	18.1	13.3	7.2	15.7	15.7	8.4
Villa Sur	100.0	6.5	6.5	16.1	9.7	19.3	16.1	6.4	9.7	9.7

Las cifras de la Tabla N° 8 revelan que en todos los consultorios periféricos las pacientes reciben 4 y más controles durante la gestación en un 60% de ellas.

4. Otro objetivo de este trabajo, es establecer la proporción de embarazadas que asisten a sus controles y son referidas a consulta médica de embarazo patológico, por sospecharse en ellas enfermedades concomitantes

con la gestación. El riesgo de enfermedad se ha estudiado también en relación a las variables de edad y paridad y se ha medido en función de tasas, por ser el índice de medición más apropiado para ello; igualmente se exponen en las tablas siguientes las tasas de patología concomitante más frecuentes, siempre en relación a las variables edad y paridad de la consultante.

**TABLA N° 9**  
**MORBILIDAD ESPECIFICA SEGUN PARIDAD EN EL EMBARAZO.**  
**CIFRAS Y TASAS - AREA SUR 1972**

Causas	P A R I D A D							
	Total		Primipara		Mutipara		Gran multipara	
	Cifra	Tasa	Cifra	Tasa	Cifra	Tasa	Cifra	Tasa
Total	453	216,4	140	182,1	285	238,1	28	220,5
Toxemias	78	37,3	35	45,5	37	30,9	6	47,2
Ictericia	25	11,9	5	6,5	17	14,2	3	23,5
Embarazo prolongado	84	40,1	23	29,9	57	47,6	4	31,5
Patología RH (—)	16	7,6	4	5,2	12	10,0	—	—
Parto prematuro	17	8,1	5	6,5	11	9,2	1	7,9
Síntomas de aborto	14	6,7	7	9,1	7	5,8	—	—
Metrorragia III trimestre	15	7,2	5	6,5	8	6,7	2	15,7
Embarazo gemelar	5	2,4	2	2,6	3	2,5	—	—
Polio Hidro Amnios	8	3,8	3	3,9	5	4,2	—	—
Infec. urinaria	49	23,4	15	19,5	25	20,9	9	70,9
Mala historia obstétrica	14	6,7	6	7,8	7	5,8	—	7,9
Distocia presentación	5	2,4	—	—	5	4,2	—	—
Otras patologías y las mal especificadas	125	58,8	30	39,0	91	76,0	2	15,7

TABLA N° 10

MORBILIDAD ESPECIFICA POR CAUSA, EN EL EMBARAZO, POR GRUPOS DE EDAD. CIFRAS Y TASAS (\*) - AREA SUR 1972

Causas	EDAD DE LA MADRE									
	Total		- 20 años		21 - 30		31 - 40		41 y +	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	453	216,4	80	149,5	254	219,5	100	288,2	19	351,9
Toxemias	78	37,3	12	22,4	39	33,7	21	60,5	6	111,1
Ictericia	25	11,9	2	3,7	13	11,2	7	20,2	3	55,6
Embarazo prolongado	84	40,1	17	31,7	50	43,2	13	37,5	4	74,1
Patología RH (-)	16	7,6	3	5,6	5	4,3	8	23,1	—	—
Sintoma parto prematuro	17	8,1	—	—	15	13,0	2	5,8	—	—
Síntomas aborto	14	6,7	1	1,9	10	8,6	1	2,9	2	37,0
Metrorragia III trimestre	15	7,2	4	7,5	9	7,8	2	5,8	—	—
Embarazo gemelar	5	2,4	2	3,7	1	0,9	2	5,8	—	—
Poli Hidro Amnios	8	3,8	3	5,6	4	3,5	1	2,9	—	—
Infección urinaria	49	23,4	11	20,6	20	17,3	17	49,0	1	18,5
Mala historia obstétrica (x)	14	6,7	2	3,7	10	8,6	2	5,8	—	—
Distocia presentación	5	2,4	—	—	5	4,3	—	—	—	—
Otras patologías y las mal especificadas	123	58,8	23	43,0	73	63,1	24	69,2	3	55,6

(\*) Tasas por 1.000 pacientes.

(x) El concepto mala historia obstétrica implica patologías tales como esterilidad primaria o secundaria, infertilidad primaria o secundaria, antecedente de mortinato, mortineonatos, partos prematuros.

Las patologías más frecuentes presentadas, se han extraído de los diagnósticos practicados por médicos en el consultorio de Embarazo patológico, al cual han sido enviadas algunas pacientes (21,6% del total de la muestra), por lo tanto no aparecen consignadas en el presente trabajo la patología concomitante de parto y puerperio, como tampoco la derivada del aborto.

- La relación entre una atención del embarazo que cumple las normas programáticas y las condiciones del parto y salud del recién nacido se exponen en las tablas siguientes. Las Tablas Nos 11 y 12 muestran el riesgo de presentar un parto intervenido médicamente, en relación a la precocidad y concentración de controles realizados.

TABLA N° 11

PARTO INTERVENIDO SEGUN PRECOCIDAD DEL CONTROL CIFRAS Y TASAS. AREA SUR 1972

Mes de iniciación	Parto intervenido	
	Cifras	Tasas *
Total	484	231,2
1	1	142,8
2	38	290,0
3	61	232,8
4	84	246,3
5	88	258,3
6	67	215,7
7	47	267,0
8	28	229,5
9	10	196,1
Sin control	60	169,0

**TABLA N° 12**

**PARTO INTERVENIDO SEGUN  
CONCENTRACION DE CONTROLES.  
CIFRAS Y TASAS - AREA SUR 1972**

Concentración	Parto intervenido	
	Cifras	Tasas *
Total	484	231,2
1	41	308,3
2	28	207,4
3	51	237,2
4	64	227,8
5	46	205,4
6	75	257,7
7	48	246,2
8	49	262,0
9	22	285,7
Sin control	60	169,0

(\*) Tasa por 1.000 pacientes.

Bajo la denominación de parto intervenido se ha incluido todo aquel que haya necesitado participación médica en su resolución, constancia que queda en las fichas clínicas revisadas (aplicación de forceps, operación cesárea, asistencia de parto en presentación podálica, histerectomía de causa obstétrica), excluyéndose solamente el parto eutósico, espontáneo en vértice.

Las Tablas N.os 13 y 14 muestran el riesgo de obtener un recién nacido muerto o un recién nacido calificado con índice de Apgar inferior a 6, en relación con las variables precocidad y concentración de controles realizados.

Se ha elegido el índice de Apgar como elemento calificador de la salud del recién nacido por su uso frecuente en maternidades y por estar consignado dentro de la ficha clínica, siendo obligatoria su descripción. Se ha utilizado el Apgar tomado al minuto del recién nacido y se ha calificado como no óptimo aquel que fluctúa entre el N° 1 y el N° 6 de su escala. El otro patrón calificador de la salud del neonato, es su peso al nacimiento, que también tiene obligatoriedad de mención en la ficha clínica. Se ha considerado como recién nacido

**TABLA N° 13**

**MORTALIDAD FETAL Y NATALIDAD CON  
INDICE APGAR 1-6, SEGUN PRECOCIDAD  
DEL CONTROL - CIFRAS Y TASAS.  
AREA SUR 1972**

Mes de iniciación	Mortalidad fetal		Indice Apgar 1-6	
	Cifra	Tasa*	Cifra	Tasa*
Total	43	20,5	119	56,9
1	1	142,8	—	—
2	1	7,6	11	84,0
3	4	15,3	12	45,8
4	7	20,5	21	61,6
5	6	17,6	11	32,4
6	9	29,2	21	68,2
7	5	28,4	11	62,5
8	3	24,6	7	57,4
9	—	—	2	39,2
Sin control	7	19,7	23	64,8

(\*) Tasa por 1.000 pacientes.

**TABLA N° 14**

**MORTALIDAD FETAL Y NATALIDAD CON  
INDICE APGAR 1-6, SEGUN CONCENTRACION  
DE CONTROLES - CIFRAS Y TASAS.  
AREA SUR 1972**

Concentración	Mortalidad fetal		Indice Apgar 1-6	
	Cifra	Tasa*	Cifra	Tasa*
Total	43	20,5	119	56,9
1	4	30,1	13	97,7
2	6	44,4	12	88,9
3	6	27,9	10	46,5
4	6	21,4	11	42,7
5	3	13,4	8	35,7
6	4	13,7	13	48,1
7	2	10,3	10	51,3
8	4	21,4	14	74,9
9	1	13,0	5	64,9
Sin control	7	21,1	23	64,8

(\*) Tasa por 1.000 pacientes.

normal aquel cuyo peso es superior a 2.500 gramos, las Tablas N.os 15 y 16 muestran el riesgo de obtener un recién nacido de peso inferior a éste, en relación a precocidad y concentración de controles.

C R A F I C O N º 1

VARIACIONES ESTACIONALES DE LOS PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE MEDICINA INTERNA.  
CONSULTORIOS PERIFERICOS URBANOS. AREA OCCIDENTE, SANTIAGO. JUNIO 1970 - JULIO 1970.

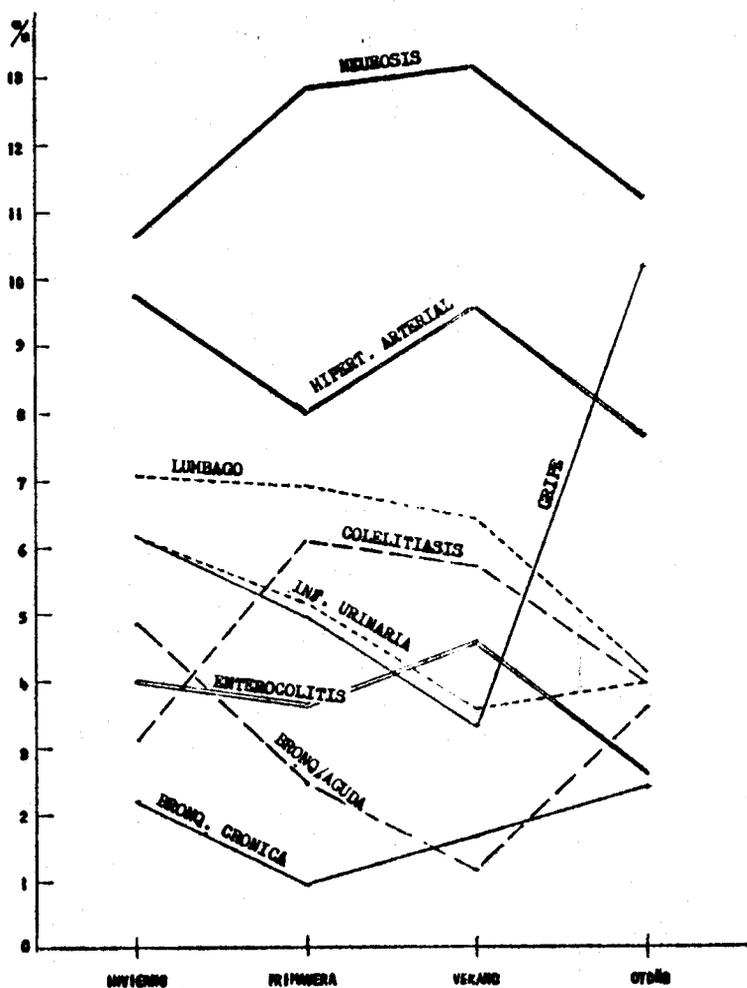


TABLA N º 15

NACIDOS VIVOS CON PESO INFERIOR A 2.500 GRS., SEGUN PRECOCIDAD DEL CONTROL - CIFRAS Y TASAS. AREA SUR 1972

Mes de iniciación	Nacidos vivos	
	Cifra	Tasa *
Total	271	129,5
1 - 5	139	128,5
6 - 9	74	112,6
Sin control	58	160,5

(\*) Tasa por 1.000 pacientes.

TABLA N º 16

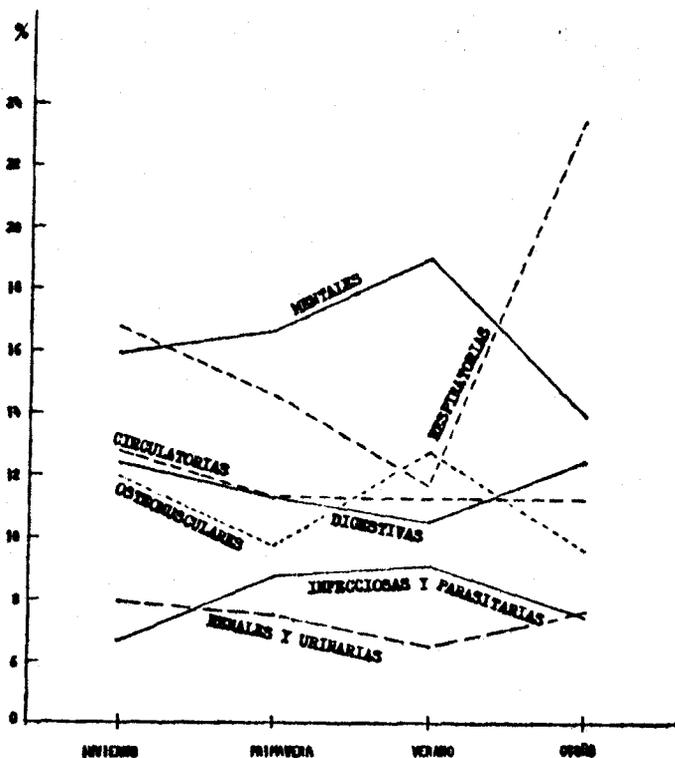
NACIDOS VIVOS CON PESO INFERIOR A 2.500 GRS., SEGUN CONCENTRACION DE CONTROLES - CIFRAS Y TASAS. AREA SUR 1972

Concentración	Nacidos vivos	
	Cifra	Tasa *
Total	271	129,5
1 - 3	80	165,6
4 y +	133	108,0
Sin control	58	160,5

(\*) Tasa por 1.000 pacientes.

**GRAFICO Nº 2**

VARIACIONES ESTACIONALES DE LAS PRINCIPALES AGRUPACIONES DIAGNOSTICAS DE CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA. CONSULTORIO PERIFERICO URBANO. AREA OCCIDENTE, SANTIAGO. JUNIO 1970 - JUNIO 1971.



6. Motivo final de este trabajo es establecer, la proporción de mujeres esterilizadas en relación a edad y paridad; para ello se utilizaron los datos de esterilización durante

el puerperio inmediato, la operación cesárea con esterilización tubaria y la histerectomía de causa obstétrica. Las Tablas 17 y 18 exponen los resultados obtenidos.

**TABLA Nº 17**

**MUJERES ESTERILIZADAS SEGUN PARIDAD - AREA SUR. 1972**

Paridad	ESTERILIZACION					
	Total		Esterilizadas		No esterilizadas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	2.093	100,0	143	6,8	1.950	93,2
Primíparas	789	100,0	2	0,2	787	99,8
Multiparas	1.197	100,0	100	8,4	1.097	91,6
Gran multipara	127	100,0	41	32,3	86	67,7

TABLA N° 18

MUJERES ESTERILIZADAS POR GRUPOS DE EDAD AREA SUR 1972

Grupos de edad	ESTERILIZACION					
	Total		Esterilizadas		No esterilizadas	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	2.093	100,0	143	6,8	1.950	93,2
— 20 años	535	100,0	4	0,7	531	99,3
21 — 30	1.157	100,0	68	5,8	1.089	94,2
31 — 40	347	100,0	61	17,5	286	82,5
41 y +	54	100,0	10	18,5	44	81,5

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el trabajo expuesto permiten concluir:

1. El curso del 5º mes de gestación, es la fecha en que se encuentra bajo control el 50% de las embarazadas.
2. El 60% de las embarazadas recibe 4 y más controles durante el curso de su gestación.
3. La precocidad y concentración de controles es inversamente proporcional a la edad y paridad de la consultante; a menor edad y menor número de hijos, mayor concentración y precocidad de controles.
4. Los consultorios periféricos del Area Sur, en general, cumplen con las cifras promedios de cobertura al 5º mes de gestación (50% de la población consultante) y brindan en un 60% una concentración aceptable de controles (4 y más).
5. El riesgo de presentar patología concomitante con el embarazo es proporcional a la edad de la paciente; a mayor edad y mayor número de hijos, mayor riesgo de presentar enfermedades.
6. No es clara la relación entre la iniciación precoz del control de embarazo y el término de éste con un parto normal. En cambio se aprecia cierta relación entre el número de controles y la existencia de un parto eutósico; a medida que aumenta el número de controles desciende el riesgo de parto intervenido, riesgo que experimenta ascenso nuevamente al haber una mayor concentración (+ de 6 controles), lo que se explicaría debido a que se controla más a la embarazada con patología concomitan-

te, en quien se podría esperar un parto intervenido.

La relación entre precocidad de control y obtención de recién nacido muerto es más clara, se aprecia cierta tendencia a riesgo mayor a medida que el control se inicia más tarde; en cambio la concentración de controles respecto a mortalidad, en general, es inversamente proporcional, a menor número de controles mayor riesgo de recién nacido muerto. Respecto a precocidad de control y obtención de recién nacido con índice Apgar inferior a 6 no se aprecia relación concluyente; sin embargo al compararla con el número de controles realizados, se aprecia disminución de riesgo al haber mayor concentración; riesgo que asciende con un número de controles superior a 6, lo que se explicaría con igual argumento de más controles a la embarazada portadora de patología, quien podría dar nacimiento a un producto con Apgar no óptimo.

La relación entre precocidad de control y riesgo de obtención de producto con menos de 2.500 grs. de peso, es también poco concluyente; por el contrario al comparar tal riesgo con concentración, se aprecia que a mayor número de controles mayor posibilidad de obtención de recién nacido de peso normal. En resumen, el número de controles realizados durante la gestación, parece jugar un rol más preponderante en las condiciones normales de parto y en una buena salud del recién nacido.

Al establecer comparación entre mujeres controladas y no controladas durante su gestación, previa aplicación de pruebas de significación estadística (ji cuadrado, con 1 grado de libertad y 5% de significación),

se aprecia relación directa entre control y peso normal del recién nacido, sin embargo, no se aprecia relación entre control y condiciones de parto, ni entre control y obtención de recién nacido muerto o con índice Apgar inferior a 6.

7. La proporción de mujeres esterilizadas es directa respecto a edad y paridad, a mayor edad y paridad mayor número de esterilizaciones.

8. Deben realizarse nuevas investigaciones al respecto en diferentes Areas, agregando nuevas variables que configuran el complejo mundo de la morbi-mortalidad materno-infantil, destacando especialmente los factores técnicos y administrativos. Opiniones diversas vertidas en Congresos de Obstetricia en relación a eficacia, calidad del control prenatal y causas de morbi-mortalidad invitan a ello.