

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



EVALUACION DE TRES AÑOS
DE CUIDADO PRENATAL

EN EL CENTRO DE SALUD
DE SENSUNTEPEQUE.

* *

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

JUAN SINESIO GONZALEZ MELENDEZ
EN EL ACTO DE SU DOCTORAMIENTO PUBLICO.

*

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

1958

14.5992
56432
1958
F.M.
E.S.1.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

061595

R E C T O R

DR. ROMEO FORTIN MAGAÑA

SECRETARIO GENERAL

DR. JOSE ENRIQUE CORDOVA

*

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

DR. SATURNINO CORTEZ M.

SECRETARIO:

DR. JOSE LLERENA



FACULTAD DE MEDICINA

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES DE
DOCTORAMIENTO PRIVADO

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA MEDICA:

PRESIDENTE

DR. LUIS EDMUNDO VASQUEZ.

PRIMER VOCAL

DR. LAZARO MENDOZA, h.

SEGUNDO VOCAL

DR. J. BENJAMIN MANCIA.

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA QUIRURGICA:

PRESIDENTE

DR. ORLANDO DE SOLA.

PRIMER VOCAL

DR. SALVADOR INFANTE D.

SEGUNDO VOCAL

DR. ROBERTO C. CUELLAR.

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA:

PRESIDENTE

DR. ROBERTO ORELLANA V.

PRIMER VOCAL

DR. ARTURO JOVEL MUNGUIA.

SEGUNDO VOCAL

DR. JOAQUIN RAMOS RAMIREZ.

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE:

DR. ALBERTO AGUILAR RIVAS.

PRIMER VOCAL:

DR. JORGE BUSTAMANTE.

SEGUNDO VOCAL:

DR. LUCIO RAMON FERNANDEZ.

DEDICATORIA

A LA MEMORIA DE MIS QUERIDOS PADRES:

FRANCISCO GONZALEZ BAIRES

Y

ADELA MELENDEZ DE GONZALEZ BAIRES

A MI QUERIDA ESPOSA:

ESPERANZA ESPINOZA DE GONZALEZ MELENDEZ

CON AMOR.

A MIS ADORADOS HIJITOS:

CON TODO MI CARINO.

A MIS QUERIDOS HERMANOS:

FRATERNALMENTE.

A TODOS MIS FAMILIARES:

CON TODO APRECIO.

A MIS PROFESORES:

CON GRATITUD.

QUIERO EXPRESAR MI ETERNA GRATITUD
POR SU VALIOSA COLABORACION

A LOS DOCTORES

JORGE BUSTAMANTE,

Y

MARCO TULIO MAGAÑA

*

MI ESPECIAL AGRADECIMIENTO
A MIS COMPAÑEROS DE ULTIMO AÑO
PORQUE ME BRINDARON SU CONFRATERNIDAD.

PREAMBULO

Todo trabajo debe ser analizado para apreciar su evolución. Las labores de sanidad se deben evaluar, si no periódicamente por lo menos cada año.

Así pensábamos con el compañero Dr. Adán Quan, a quien fui a suceder en el Servicio Social en el Centro de Salud de Sensuntepeque y quien me sugirió el presente tema que debería desarrollar como tesis de mi doctoramiento. Pocos días después, le consulté dicho tema al Dr. Jorge Bustamante, quien con su franqueza que le caracteriza le dió su aprobación y me recomendó la lectura de los trabajos publicados al respecto hasta la fecha para que los estudiara y que me sirvieran de guía en el desarrollo de mi trabajo.

Al tratar de evaluar la labor de tres años consecutivos en el aspecto de los cuidados prenatales realizados por el Centro de Salud de Sensuntepeque, lo hago con el propósito de que se obtenga algún provecho, trato aquí de exponer la forma en que se trabajó en dichos aspectos en años anteriores y tal como se hizo en el año de 1957, cuando hice mi servicio Social. Pongo al final algunas conclusiones y hago sugerencias tendientes a mejorar nuestra atención en el Centro, en beneficio de todas las consultantes en cuidado gestativo, sin pretensiones de que este trabajo sirva de modelo, sino de tratar de que cada día que pasa el trabajo se haga mejor. Es necesario despojarse de la creencia de que lo rutinario es la única forma en que pueden hacerse las cosas.

Debe procurarse mejorar los planes de trabajo, superándolos, corrigiendo nuestros errores y orientándolos en el mejor sentido para bien de nuestros pacientes.

En esta forma presento a consideración este trabajo que creo ser tema de algún interés en lo relacionado con las actividades de Maternidad y Sanitarias, en el cual estimo la labor de un consultorio que viene prestando grandes servicios al público de esta región de Sensuntepeque.

En este trabajo se incluye casi todo el departamento de Cabañas. El mayor número de consultas se tienen de la ciudad y de sus cantones, luego de las poblaciones vecinas de Villa Dolores, Villa Victoria, Villa San Isidro, Villa de Guacotecti y en menor número los procedentes del municipio de Ilobasco. También se le dieron atención a las que nos consultaron de las regiones vecinas de la hermana República de Honduras.

INTRODUCCION

APUNTES DE HIGIENE MATERNA

Según los Expertos en Asistencia Maternal de la O. M. S., los objetivos de la asistencia maternal se definen, en términos más amplios "asegurando a toda mujer embarazada y a toda madre en latencia, buena salud, el aprendizaje de la puericultura, el parto sin complicaciones y el nacimiento de un hijo sano de término".

Con mayor precisión, estos objetivos se cumplen gracias a una educación precoz y adecuada de los adolescentes sobre asuntos de salud en general y en particular la fisiología de la procreación y preparación para la vida en familia; estimulando el matrimonio de los jóvenes, prestando asistencia prenatal desde el primer mes de la preñez y apropiada asistencia del parto, del puerperio y del recién nacido y finalmente, aconsejando la lactancia natural y la más estrecha convivencia del hijo con su madre.

Asistencia del embarazo.— La asistencia prenatal constituye un conjunto de normas para el cuidado de la embarazada, tendientes a procurar su bienestar físico y mental, a prevenir las complicaciones y a alcanzar el término de la preñez en las mejores condiciones para afrontar el parto, el alumbramiento, el puerperio y la lactancia.

Así concebida, la asistencia prenatal proporciona beneficios indudables a la mujer en cuanto se refiere a su higiene, a su alimentación y a su educación para buscar y reconocer oportunamente los primeros signos y síntomas de las complicaciones del estado grávido, puerperal, para indicar de inmediato las medidas de prevención y de tratamiento. Finalmente, durante este período se hacen los planes para la atención del parto y para otorgar al recién nacido los cuidados necesarios.

La asistencia prenatal al mayor número posible de pacientes desde los primeros meses de la gestación, en consultorios organizados para la aplicación de estas normas, constituye una buena medida de Salud Pública, que redundará en favor de la población por reducción de los índices de morbimortalidad materna, fetal y neonatal. Esto justifica el interés del médico, individualmente considerado, y de las Autoridades Sanitarias, también ejercida por médicos, a fin de que se divulguen los principios de la asistencia prenatal y se los utilice en forma adecuada.

La asistencia prenatal es apropiada cuando se apega a las siguientes normas:

a) Examen médico practicado precozmente, antes del tercer mes de la gravidez y que comprende exploración física general, peso corporal, tensión arterial, corazón, tegumentos, mucosas, dentadura, columna, miembros inferiores, etc.

b) Examen obstétrico, embarazo, feto, pelvis y aparato genital.

c) Exámenes de laboratorio, algunos rutinarios y obligatorios tales como: reacciones serológicas de Wassermann-Kahn, radioscopia o radiografías del tórax, análisis de orina, y otros facultativos, tales como hemogramas, grupos sanguíneos y factor Rhesus, volumen globular según hematócrito, etc.

d) Consultas regulares y repetidas en el curso del embarazo, con una frecuencia de una consulta mensual hasta los seis meses, quincenal en el 7º y 8º mes y cada diez días en el noveno mes; en estas consultas se repite el control del peso, de la tensión arterial, se examina el embarazo, se considera el estado general de la paciente y se analiza la orina, investigando glucosa y albúmina.

ch) Asistencia del parto.

Como consecuencia lógica, si del examen de ingreso o de los siguientes se desprende una sospecha o la certeza de algún proceso mórbido, verivigracia: sífilis, tuberculosis, cardiopatías, toxemias, etc., se procederá al tratamiento que esté indicado.

En el curso de la asistencia prenatal se formulan a la paciente las indicaciones relativas a su higiene y alimentación, y se determinan las condiciones para la atención del parto. Esto comprende el establecimiento de un pronóstico aproximado acerca de la evolución y fecha del parto, y la disposición de todos los preparativos para el oportuno traslado de la enferma al Hospital de Maternidad o para su asistencia a domicilio y en lugar adecuado.

HISTORIA DE LOS SERVICIOS MEDICOS

Con el fin de obtener datos de los servicios médicos y sanitarios de la ciudad de Sensuntepeque, al servicio del municipio y aún de todo el departamento, aboqué a los doctores: Benjamín Simó Leiva, Juan Carlos Bonilla y José César Santos, todos me recibieron con la mayor atención agradézcóles infinitamente.

El Dr. Santos me refirió que en esta ciudad, existió un hospital que llevó el nombre de Hospital Cabañas. Me dijo también que desde hacía muchos años se había organizado la Delegación Departamental de la Beneficencia Pública, cuya presidencia estuvo a cargo de los Gobernadores Departamentales pero desde cierta fecha, que no recordaba fué designado él para desempeñarla. Con el fin de averiguar la fecha exacta, por lo menos de cuando se nombró a un civil, fui a San Salvador, para pedir se me facilitaran los archivos en donde obtener dicho dato. El Dr. Santos desempeñó el cargo de Presidente Ad-honorem, desde en junio de 1939, animado únicamente por el bien al prójimo y el deseo de servirle a Sensuntepeque, como a la ciudad natal.

1930.—El Dr. Juan Carlos Bonilla, me refirió haber tenido la honra de ser él, el Director Propietario de la Gota de Leche, institución que se fundó a la iniciativa del Dr. Luis V. Velasco, como Presidente de la Beneficencia Pública, que era en ese entonces, el acto de inauguración estuvo presidido por el Gobernador Político, don Gustavo Lacayo.

1938.—El Dr. Juan Carlos Bonilla estuvo al frente como Médico Director Propietario, durante ocho años. Renunció del cargo el 3 de octubre de 1938, en esta fecha le hizo entrega al Director Suplente Dr. Mónico Noé Rivas, quien funcionó hasta el día 24 de junio de 1946, fecha en que asume dicha dirección el Dr. Benjamín Simó Leiva.

1943.—El Dr. Benjamín Simó Leiva, me proporcionó los archivos del Centro de Salud, para obtener los datos que a continuación anoto.

A las nueve horas del día veintidós de marzo de mil novecientos cuarentitrés, bajo la presidencia de los Señores Delegados del Consejo Central Directivo de la Sociedad de Beneficencia Pública, encabezado por el recordado maestro Dr. Ranulfo Castro, convinieron en organizar un comité en esta ciudad que se encargue de hacer llegar fondos para financiar el establecimiento de una sala de maternidad para mujeres pobres a fin de evitar hasta donde fuere posible la mortalidad infantil que por descuido e ignorancia, estaba tomando caracteres alarmantes en nuestro país.

En esta ocasión salió electo Presidente el Dr. José César Santos. Esta iniciativa no logró llevarse a feliz término, se recaudó cierta cantidad de dinero, pero no fué posible fundar la mencionada Sala de Maternidad.

1946.—En el año de 1946, se convocó, en la Gobernación Política Departamental para elegir a una Junta Directiva Provisional del Hospital San Jerónimo Emiliani. Este acuerdo lo emitió el Poder Ejecutivo, en el Ramo de Asistencia Social, el día 6 de febrero de 1946, bajo el N° 77. La presidencia estuvo a cargo del coronel Macario Rivera, Gobernador Político Departamental. Después se nombró como Director Ad-honorem, al Reverendo Padre Medardo Jaime.

1946.—Hubo una Junta Administradora Provisional. Por oficio N° 01012 de fecha 16 de marzo de 1946, dirigido por el señor Ministro de Asistencia Social nombrando al personal del referido Centro. El Hospital San Jerónimo Emiliani funcionó durante ocho años al cabo de los cuales se organizó nueva Junta Directiva con el fin de dotar a la ciudad de un hospital que llenase las exigencias del momento. Así fué como el once de diciembre de 1955, se inauguró el Centro de Salud. Desde en esa fecha se procedió a la integración de servicios, por orden superior, tal como en la actualidad funciona.

1950.—El 17 de abril de 1950 se inauguró la Clínica Nutricional, en dicho acto estuvo presente el Sr. Director de la División

Materno Infantil de la Dirección General de Sanidad y de la UNICEF, Dr. Marco Tulio Magaña.

Se organizó un Consejo Directivo, saliendo electa como Presidente Doña Lidia González de Velasco.

ORGANIZACION DEL ACTUAL CENTRO DE SALUD

La dirección está a cargo del Dr. Benjamín Simó Leiva, Médico Director.

Un Médico Interno, a cargo de un estudiante en servicio social.

Un Administrador.

Cuatro enfermeras graduadas, vienen a cumplir su servicio social obligatorio.

Ocho enfermeras prácticas, entre ellas la mayor parte originarias de la población, están en servicio desde que se fundó el Hospital San Jerónimo Emiliani.

En 1956 hubo un servicio de Partos a Domicilio que estuvo a cargo de una enfermera práctica.

Cuatro mozos de servicio.

Un Laboratorio y Rayos X a cargo de una técnica competente.

La Secretaría, a cargo de una señorita quien está al frente del Archivo.

Un servicio de Tisiología, servido por el Dr. Rafael Vega Gómez, quien hace dos visitas regulares por semana. Este servicio tiene su Secretaría que también lleva el Archivo de Tisiología.

El Centro cuenta con dos servicios de Medicina, con 8 camas respectivamente.

Dos servicios de Cirugía, también con 8 camas cada uno.

Una sala para asistir partos, con dos camas para el Servicio de Trabajo. Una sala de Puerperio. Hay una sala de Prenatales, para dar atención a aquellos casos que presenten un embarazo complicado. Contamos con un Servicio de Pediatría, un Servicio de Aislados para niños y adultos, por enfermedades infectocontagiosas. En total 60 camas.

El 13 de junio de 1958, se inauguró la Sala de Operaciones, bautizándola con el nombre de don WALTHER THILO DEININGER, filántropo que regaló todo el equipo necesario.

Nota.—Se hace comparecer la hoja de recolección de datos para la evaluación de servicios de higiene materna, que se elaboran en la Dirección General de Sanidad, ésta me la proporcionó el Dr. Marco Tulio Magaña, para que me sirviera en el estudio de todas las fichas que analicé.

En el presente trabajo de tesis aparece la abreviatura C. S. S. que equivale a Centro de Salud de Sensuntepeque.

**DESARROLLO DEL TRABAJO
DE
EVALUACION**

Oficina:

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS PARA EVALUACION DE SERVICIOS DE HIGIENE MATERNA

1	Nº de Ficha	
2	Residencia	
3	Rex. Tórax	Tb.
4	Se refirió a control	
5	Serología	Sífilis
6	Completó tratamiento	
7	Mes del embarazo al inscribir	
8	Otras enfermedades importantes concurrentes con el embarazo (excepto anemia)	
9	Días entre inscripción y la 1ª visita al hogar	
10	Nº de visitas a la clínica	
11	Positivas	Visitas al hogar, ante-partum
12	Negativas	
13	Complicaciones del embarazo	
14	Edad Embarazo al parto, aborto	
15	Condición del niño al nacer	
16	Condición de la madre	Puerperio
17	Condición del niño	
18	Antes de 24 horas	
19	Después de 24 horas	
20	Complicaciones del puerperio	
21	Examen Médico post-parto	
22	Fecha	Cese
23	Causa	
24	Días que duró como activa	
25	Niño inscrito en control antes 8ª semana	
26	Parto atendido en:	

CUADRO Nº 1

DISTRIBUCION DE CASOS PRENATALES ESTUDIADOS
EN EL C.S.S. POR DOMICILIO DURANTE EL PERIODO
DE 1955 A 1957

ORIGEN	2 9 5 5		1 9 5 6		1 9 5 7		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Urbanas	99	34	188	24	159	19	446	23.6
Rurales	174	60	523	67	587	70	12,84	67
Foráneas	14	5	61	7.9	75	9	150	7.9
Ignoradas	4	1	8	1	1	1	13	.6
Totales	291	—	780	—	822	—	1,893	—

Analizando el cuadro anterior, encontramos datos sugestivos de alguna consideración, vamos a explicar por qué aparecen así.

Primeramente notamos que los totales de casos en cada año, van en aumento.

En segundo lugar, los totales de casos urbanos, sufren considerable aumento en el año de 1956 y decae en el año de 1957.

En tercer lugar, notamos en los casos del área rural, que los mismos datos van en aumento siguiendo el orden de los años de 1955 al año de 1957.

Este mismo dato lo observamos en los casos que nos vinieron de las poblaciones vecinas.

Como cuarto punto, vemos las cantidades de casos, de aquellos a quienes no pudimos identificar su origen, la cual calificamos de ignoradas, aumentan hasta el año de 1956 y luego los vemos descender marcadamente, en el año de 1957.

Trataré de explicar por qué sucedió así:

El aumento del grupo de urbanas en el año de 1956, puede ser debido:

a) Mejor labor del grupo de Enfermeras Visitadoras, a quienes les tocó cumplir su año social. b) La gran acogida del Servicio de Partos a Domicilio, a cargo de una enfermera práctica, quien lo sirvió a satisfacción. c) El reparto de leche, en ese año se les dió a cuantos la solicitaron. ch) Esmerada atención del médico en servicio social. d) En último término no debemos olvidar, en ese año, todavía se hacía sentir la situación bonancible, del gobierno anterior, quien dotó de medicamentos suficientes para la mejor asistencia.

En cuanto a la clientela del radio rural creo son otras las razones que se pueden traer a cuentas. 1º La mayor parte de pacientes rurales vienen al consultorio, por otras dolencias. 2º La obtención de algún medicamento para dichas enfermedades. 3º Muchas de entre ellas viven en regiones malsanas. 4º En cuanto a reparto de leche se les dió preferencia a las rurales. 5º La mayor divulgación del cuidado prenatal. 6º Breves pláticas dadas momentos antes de cada consulta de prenatal, recomendando ventajas de la asistencia del parto en el medio hospitalario.

CUADRO Nº 2

NUMERO Y PORCENTAJES DE CASOS PRENATALES ATENDIDOS EN EL C.S.S. EN RELACION CON LA POBLACION TOTAL Y PARTOS OCURRIDOS, DURANTE EL PERIODO DE 1955 A 1957

	1955		1956		1957	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
POBLACION	3,989	18,744	4,033	18,947	4,076	19,150
Nº de Embarazadas..	199	937	202	947	204	957
Nº de Prent. atendida	99	174	188	523	159	587
Tanto por ciento de atención	50	18.5	93	55	77	61

Por los cálculos de población, hechos por el Ingeniero Aldama para el año de 1955, hubo 3,989 habitantes urbanos y debió de haber habido 199 mujeres embarazadas, inscribiéndose en la clínica 99, es decir el 50% aproximadamente de ellas.

En el año de 1956, hubo 4,033 habitantes urbanos que arrojan aproximadamente 202 mujeres embarazadas, se inscribieron 188 o sea el 93% de embarazadas.

En el año de 1957, para una población urbana de 4,076 habitantes, debió haber habido 204 mujeres embarazadas, se inscribieron 159 pacientes lo que significa el 77% de ellas. Las cifras de asistencia de prenatales las podemos catalogar de buenas pues no bajaron del 50% de casos urbanos en cuidado, haciendo notar que en el año de 1956, se llegó a vigilar casi la totalidad de embarazadas.

Para el año de 1955, hubo 18,744 habitantes rurales y debió de haber habido 937 mujeres embarazadas, se inscribieron en la clínica, 174, es decir el 18.5% aproximadamente de ellas.

Durante el año de 1956 hubo 18,947 habitantes rurales y debió de haber habido 947 mujeres embarazadas, se inscribieron 523 es decir el 55% de mujeres gestantes.

En el año de 1957, hubo 19,150 habitantes rurales, debió de haber habido 957 mujeres embarazadas, inscribiéndose 587 casos, lo que representa el 61% de gestantes.

Es de hacer notar de que en los casos analizados de la jurisdicción rural, el mejor tanto por ciento lo alcanzó el año de 1957, ya que no bajó del 50%.

CUADRO Nº 3

INVESTIGACION RADIOSCOPICA DE TUBERCULOSIS
EN CASOS DE PRENATALES EXAMINADOS EN EL C.S.S.
POR DOMICILIO DURANTE LOS AÑOS DE 1955 A 1957

ORIGEN	Casos Inscritos	Número Exámenes	% %	Casos Inscritos	Número Exámenes	% %
Urbanas	188	106	56.38	159	60	37
Rurales	523	18	3.61	587	112	19
Foráneas	61	—	—	75	13	17
Ignoradas	8	2	25	1	—	—

En el año de 1955, no hubo aparato de fluoroscopia, éste se adquirió amediados del año de 1956.

Como vemos en el cuadro anterior, aparecen con fluoroscopia, 106 casos de 188 inscritos o sea el 56.38% y en el siguiente año aparecen con examen fluoroscópico 60 casos de 159 inscritos, a los cuales corresponde el 37%, esto es referente a la población urbana.

Para los habitantes de los cantones, las cifras se modificaron en la forma siguiente, así se aprecia: 18 casos aparecen con examen de 523 inscritos lo que representa el 3.61% para el año de 1956 y aparecieron 112 casos de 587 inscritos equivalente a 19% para el año de 1957.

En los casos foráneos del año de 1956, no aparece ninguno, en cambio en el año de 1957 se anotaron 13 casos de 75 inscritos, correspondiéndoles el 17%.

En las prenatales de domicilio ignorado, ocurrió lo inverso, de los casos foráneos, aparecen 2 casos de 8 inscritos, lo que dió a un 25% en el año de 1956.

Comentario: Vamos a partir de que a todos los casos, se les indicó su examen de frluoroscopia y por lo tanto lo ideal hubiera sido, se les hiciese a todos.

Hemos dicho anteriormente que las labores de Rayos X se iniciaron a mediados del año de 1956 y a pesar de ello los casos correspondientes al radio urbano alcanzó un 56.38%.

¿A qué se debe tal incremento en el año de 1956?

1º Recordamos el hecho de la reciente inauguración de tan importante servicio y que muchísimas personas hasta esa memorable fecha, tal vez nunca se habían practicado tal examen.

2º También se debe pensar en el espíritu de novedad del pueblo, por la adquisición de un examen de tan gran utilidad.

3º Se debe tener muy presente como factor importante la bondad del especialista.

4º Mejor control en el año de 1956, en cuanto ha anotar, en el lugar respectivo, la contestación de todos los exámenes verificados.

Es notorio el grado de mejoría del número de casos que logró su examen de fluoroscopia, en las gestantes llegadas de los cantones en el año de 1957; pero se deja constancia de que dicha mejoría, no es satisfactoria como para catalogar de buena. Esto fué debido a:

1º Cuando estas pacientes venían a la clínica, bien era faltando dos o tres días para la fecha que le correspondía llegar el especialista de Tisiología.

2º El factor pobreza aquí jugó gran papel. Por esto no podían esperar se les practicara dicho examen.

Y por último tenemos las razones que se mencionan en el cuadro número 9, cuando tratamos de explicar por qué las rurales no volvían a la clínica en la fecha indicada.

CUADRO Nº 4

INVESTIGACION SEROLOGICA DE SIFILIS EN CASOS DE PRENATALES EXAMINADOS
EN EL C.S.S. POR DOMICILIO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1955 a 1957

ORIGEN	1955		1956		1957	
	Casos	Número de Casos Exa- minados %	Casos	Número de Casos Exa- minados %	Casos	Número de Casos Exa- minados %
Urbanas	99	24 24	188	13 7	159	65 40
Rurales	174	23 13	523	8 1.5	587	158 27
Foráneas	14	1 7	61	3 5	75	17 22
Ignoradas	4	0 0	8	— —	1	— —
Total	291	48 —	780	24 —	822	240 —

Fijando la atención en el cuadro anterior, notamos que las cifras correspondientes a los porcentajes son muy bajos. en ninguno de los años llegó a alcanzar ni siquiera el 50%.

Comentario: ¿Por qué resultan esos datos tan bajos?

Para buscar el origen en estos resultados, vamos a formular las siguientes preguntas.

1º ¿Todos los días de la semana se dió consulta de prenatal?

2º ¿A todas se les indicó su examen de Serología?

3º ¿Se les hizo a todas, dicho examen?

Respuesta a la 1ª y 2ª preguntas, es de suponer se trabajó todos los días y que a todas se les indicó.

De la 3ª diremos: sólo los tres primeros días de la semana se tomaron dichos exámenes. Las atendidas en los últimos tres días, tuvieron la necesidad de volver en otra fecha a cumplir con su indicación. Si dentro de estas últimas, habían casos de cantones retirados, lo posible es que no volvieron.

Por otro lado, el material insuficiente proporcionado por la Dirección General de Sanidad, para el traslado de las muestras del Centro de Salud a sus laboratorios; muchas veces nos encontramos con el caso de que en los días asignados para la toma de la sangre no habían frascos suficientes para atender a las personas que demandaban dicho servicio.

¿Qué se hacía en aquel entonces? Se inscribía a la paciente, se pasaba a extracción de sangre y después volvía al médico para su primer examen.

La contraseña se la llevaba la paciente para reclamar después su contestación para anotarla en la casilla correspondiente.

Todo lo anterior se hacía pero la contestación no volvió.

¿Qué se hace desde a mediados del año de 1957?

Tal como lo describimos anteriormente lo hacíamos durante los seis primeros meses del año de 1957, pero en esos días nos visitó el Director del Centro Sanitario Regional de San Vicente y nos sugirió que al hacer la extracción de sangre a nuestras pacientes, la contraseña se fijara a la ficha, la enfermera reclamara la contestación, anotara el resultado en "su casilla correspondiente" y la referida contestación se entregara a la paciente.

Esta medida me pareció muy atinada y la llevamos a la práctica durante el tiempo que trabajé en el Servicio Social. Me parece que es así como vemos aumentada la cantidad del total de casos y de sus porcentajes en el año de 1957.

CUADRO Nº 5

NUMERO Y PORCENTAJES CON RESPECTO AL TOTAL DE CASOS EN CADA GRUPO DE PRENATALES EXAMINADAS POR PRIMERA VEZ, ANTES DEL QUINTO MES DE GESTACION EN EL EL C.S.S. POR DOMICILIO, DURANTE EL PERIODO DE 1955 a 1957

ORIGEN	1955			1956			1957		
	Casos Insc.	Antes 5º mes	%	Casos Insc.	Antes 5º mes	%	Casos Insc.	Antes 5º mes	%
Urbanas	99	39	39	188	109	58	159	69	43
Rurales	174	97	56	523	267	51	587	282	46
Foráneas ...	14	7	50	61	28	46	75	38	50
Ignorados ..	4	0	0	8	6	75	1	0	0
Total	291	143	—	780	410	—	822	389	—

Comparando los datos numéricos del cuadro precedente, encontramos ciertos fenómenos de algunas significaciones por lo cual trataremos de explicarlos, pero antes vamos a señalarlos.

1º Los totales de casos de prenatales, inscritos antes del 5º mes de gestación, la mayor cantidad está enmarcada en la casilla del año de 1956, ponemos en segundo lugar la correspondiente al año de 1957 y en último término dejamos consignada la que se encontró en 1955.

2º Tratando de analizar las cifras de la población urbana, vemos que dichos datos se suceden en orden ascendente, del año de 1955 al año de 1957. Este hecho lo observamos en los casos venidos de la población rural y foráneas.

3º Revisando los porcentajes hallamos: Para el año de 1955, en los casos urbanos se obtuvo el 39%, para el año de 1956 resultó el 58% y para el siguiente año sólo encontramos el 43%.

Comentario: Tiene su valor exponer estos datos, pues es bien sabido de todos la importancia de iniciar desde los primeros meses el tratamiento del embarazo.

Da margen para hacer las investigaciones necesarias, en busca de un estado patológico que pudiera complicarlo, ya con el fin de colocarlo bajo la mayor observación o al abrigo del especialista, con el propósito de llevar a feliz término el embarazo.

Para corroborar lo dicho anteriormente, imaginémosnos encontrar un caso con patología del tipo luético, ya sabemos, que esta infección repercute en el producto de la concepción, pero si lo gramos descubrir con un cuidadoso examen de sangre, y de ser delatada en los primeros meses del embarazo, se puede tratar a la paciente y conseguir un nuevo ser en magníficas condiciones.

CUADRO N° 6

ENFERMEDADES ENCONTRADAS EN EL PRIMER EXAMEN A LA CLINICA AGRUPADAS SEGUN
LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DURANTE EL PERIODO DE 1955 A 1957

	Nº de clave	Nº de casos
1º Enfermedades infecciosas y parasitarias	021	18
2º Enfermedades alérgicas, de las gland. Endo- crinas, Metab. y Nutrit.	110	132
3º Enferm. Mentales	250	1
4º Enferm. del Sist. Nervioso	353—325	8
5º Enferm. del ojo	364—354—363	70
6º Enferm. del oído	370	5
7º Enferm. del Aparato Circulatorio	390	6
8º Enferm. de las venas	410	20
9º Enferm. Agudas de las Vías Respiratorias Su- periores	460	27
10º Enferm. del Aparato Digestivo	480—473—538	10
11º Enferm. de la Vesícula Biliar	572—056—536—538—089—571	12
12º Enferm. del Aparato Urinario	584	4
13º Enferm. de la Mama	605	1
14º Enferm. de la Piel	621	2
15º Enferm. del Aparato Respiratorio	052—088—135—703—711—696—690—698	55
16º Otros Accidentes	002—241—500—241—519—472—500	42
17º Tumor Bening. del Ovario	F 913—286—114—630—400—216	68
18º Otras Enferm. del Utero	233	2
19º Otros Trast. Alérgicos	644—642—648—637	74
	241	1

Incertamos este cuadro de las enfermedades encontradas en el primer examen que se practicó, para demostrar la labor desarrollada en los tres años que nos impusimos estudiar.

Tiene su importancia exponerlas, ya que una de las razones que expusimos como explicación de aumento de casos de la población rural, fue que venían por consultar otras enfermedades.

CUADRO Nº 7

DISTRIBUCION DE CASOS PRENATALES URBANOS POR INTERVALO ENTRE LA INSCRIPCION Y LA PRIMERA VISITA DOMICILIARIA POR LA ENFERMERA, EN EL C.S.S. DURANTE EL PERIODO DEL AÑO DE 1955 a 1957

	1955		1956		1957	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 0 a 7 días	8	8	48	25	6	3
De 7 a 14 días	11	11	24	13	7	4
De 15 a 19 días	10	10	18	9	6	3
De 20 a 29 días	6	6	24	13	8	5
Segundo mes	22	22	38	20	25	25
Tercer mes	11	11	16	8	17	10
Cuarto mes	12	12	10	5	32	20
Quinto mes	3	3	10	5	7	4
Ninguna visita	12	12	0	0	58	36

Al fijar la atención en las cantidades demostrativas de este cuadro, ellas son las visitas hechas por la Enfermera Visitadora al hogar inmediatamente después de ser inscrita, vemos en cuanto al número de casos de prenatales es sumamente bajo en aquellas en que se tardó sólo de 0 a 7 días; en aquellas pacientes que se visitaron tardíamente, en el segundo mes, las cantidades aumentaron en todos los años.

¿Por qué sucede esto?

Comentario: Lo ideal de todo cuidado prenatal, en el radio urbano, sería visitar a los casos a lo más tardar de uno a seis días, todo para mayor control de las pacientes en el hogar, ver si están cumpliendo con las indicaciones dadas por el médico y darse cuenta del medio ambiente en que habitan tratando de modificarlo hasta donde es posible en pro de la salud, ya dándoles pláticas con el fin de mejorar la alimentación que se están dando y mejorar la higiene en el hogar.

Muchas hay oyen las recomendaciones del médico y al llegar a sus casas ya han olvidado todo.

En este aspecto es donde se puede valorar la colaboración de nuestra Enfermera Visitadora.

CUADRO Nº 8

FRECUENCIA Y RESULTADO DE VISITAS DOMICILIARIAS ANTEPARTUM POR LA ENFERMERA VISITADORA A PRENATALES URBANAS ATENDIDAS POR C. S. S. DURANTE EL PERIODO DE 1955 A 1957

Nº de Visitas	Positiva	% D. total	Neg.	% D. total	Positiva	% D. total	Neg.	% D. total	Positiva	% D. total	Neg.	% D. total
1	69	69	80	80	86	45	101	59	136	85	135	84
2	14	14	3	3	34	18	33	17	10	6	15	9.4
3	6	6	13	13	23	12	9	4.7	9	6	5	3
4	4	4	2	2	21	11	21	11	3	2.8	4	2.5
5	4	4	1	1	112	16	18	6	1	0.6	0	0
Promedio	18	—	16	—	43		51	—	12	—	12	—

En este cuadro se pone de manifiesto el número de visitas que la Enfermera Visitadora hizo a cada paciente en su hogar. Esta labor es tan importante que de hacerse en su número ideal, el servicio que se le presta a cada paciente en la clínica va como si dijésemos, a continuarse en el hogar.

Cuál es ese número ideal? Necesitamos establecerlo para poder calificar el trabajo. Se cree que el número de seis visitas como mínimo sería el ideal.

Ahora bien, al fijarnos en el cuadro anterior, hallamos cifras halagadoras en aquellas pacientes que solo una vez las visitaron, luego va en disminución hasta la cantidad que hemos establecido como ideal.

Encontramos un 2% en el año de 1955, 4% en el año de 1956 y nulo en el año de 1957.

¿Cuál es la razón de esos porcentajes tan bajos?

Parece sólo hay una contestación, tuve la oportunidad de conocer el grupo de Enfermeras Visitadoras que hicieron su año social en el año de 1956 y las colaboradoras en el año pasado (1957) hubo enorme diferencia. Las primeras fueron muy laboriosas.

CUADRO 9

NUMERO TOTAL Y FRECUENCIA DE CONSULTAS DE PRENATALES A LA CLINICA POR DOMICILIO
EN EL C. S. S. DURANTE EL PERIODO DE 1955 A 1957

	1 9 5 5			1 9 5 6			1 9 5 7																
	Urb. %	Rur. %	For. %	Ign. %	Urb. %	Rur. %	For. %	Ing. %	Urb. %	Rur. %	For. %												
1	33	33	118	68	10	71	1	25	49	25	261	49	39	63	6	75	66	35	298	50	50	8	1
2	16	16	32	18	3	21	1	25	31	16	107	20	11	18	2	25	30	18	150	35	15	9	—
3	18	18	8	4	1	7	1	25	24	12	56	10	6	9	0	0	22	13	80	11	8	3	—
4	16	16	5	2	0	0	1	25	27	14	51	9	5	8	0	0	16	10	37	6	0	0	—
5	6	6	3	1	0	0	0	0	19	10	29	5	0	0	0	0	10	5	17	2	2	3	—
6	5	5	4	2	0	0	0	0	9	4	13	26	0	0	0	0	6	3	4	06	0	0	—
7	3	3	3	1	0	0	0	0	13	7	3	05	0	0	0	0	2	1	1	02	0	0	—
Más	1	1	1	0.5	0	0	0	0	11	6	1	01	0	0	0	0	7	4	0	0	0	0	—
Total	99	—	174	—	14	—	4	—	188	—	523	—	61	—	8	—	159	—	587	—	75	—	—
Prom.	2.8	—	1.1	—	1.3	—	2.5	—	3.54	—	2.13	—	1.6	—	1.25	—	2.5	—	2.1	—	1.3	—	—

En este cuadro, hemos representado el número de visitas hechas por nuestros pacientes a la clínica. Llama la atención los totales elevados en aquellos pacientes que solo una vez las vimos en el consultorio y esas cantidades van en disminución según el número de veces que llegaron. Regulares son las cifras hasta aquellos casos cuyo número fué de cuatro. A partir de esta cantidad sigue disminuyendo hasta el siete, solo las prenatales urbanas del año de 1956 se mantienen con cifras mejores. Antes de pasar a analizar otros hechos debemos sentar cuál es el número de visitas a la clínica, ideal para poder catalogar de bueno o de mala dicha labor. Según los autores chilenos el número ideal de visitas a la clínica es de seis a ocho: en nuestro medio sería bueno el número de seis visitas. Esto parece estar en relación con la edad del embarazo a que fueron inscritas, por ejemplo si a nuestras clientes las vimos en su tercer mes de gestación y si no encontramos nada especial que obligue verlas antes del mes, entonces le recomendamos volver antes de la cita si siente algún síntoma alarmante. Claro es que si es urbana, es entendido la seguirá la Enfermera Visitadora.

En nuestro estudio tenemos que el grupo de mejor número de visitas es muy escaso, ya que nos da porcentajes bajos, las cifras más altas quedó comprendido en las urbanas. Esto se explica trayendo a cuentas que las rurales en la mayor parte viven a gran distancia del centro y por lo general vuelven a la clínica hasta un mes o más después de la fecha para la cual fueron citadas y las razones que ellas exponen a no ser puntuales a sus citas en primer lugar dan las distancias, lo malo de los caminos que se vuelven intransitables en el invierno, el crecimiento de los ríos que cruzan y una razón de peso es el mismo embarazo cuando están en el 8º o 9º mes de gestación, que les impide hacer largos recorridos, por otra parte recordemos que todos los expertos en la materia están de acuerdo en el peligro que acarrea el mucho ejercicio en los últimos meses del embarazo, por lo cual en esas circunstancias mal haríamos en exigir puntualidad a las prenatales de medio rural distantes de la ciudad.

¿ CUADRO Nº 10

DISTRIBUCION DE LOS EMBARAZOS ATENDIDOS EN EL C. S. S. SEGUN SU TERMINACION,
 POR DOMICILIO DE LA MADRE, DURANTE EL PERIODO
 COMPRENDIDO DE 1955 A 1957

	Urb.		For.		Ign.		Rur.		For.		Ing.		Rur.		For.		Ing.						
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%					
Nacidos a tér.	28	28	9	5	1	5	0	105	55	71	13	11	18	3	37	86	54	65	11	8	10	0	0
Ignorados ...	71	71	165	94	13	92	4	83	43	452	86	50	81	5	62	73	46	513	88	67	89	1	100
Total	99	—	174	—	14	—	4	188	—	523	—	61	—	8	—	159	—	578	—	75	—	1	—

Los porcentajes encontrados en este cuadro nos dicen lo siguiente: En la casilla de urbanos en el año de 1955 tenemos 28% nacieron a término y el 72% se ignoró. De los rurales nacieron a término el 5% y el 94% se ignoró. La población foránea el 5% fueron a término. El 92% no se supo.

En los casos del año de 1956, de procedencia urbana tenemos: el 55% fueron a término, el 43% no se supo. De aquellos procedentes de los cantones resultaron así: 13% nacieron a término, el 86% se ignoró. De los casos de poblaciones vecinas el 18% nacieron a término y el 81% no se supo. En este año hubo más casos que no se supo su domicilio y se tuvo un 37% se supo de su nacimiento y el 62% se ignoró.

En el año de 1957 se consiguió de nacidos a término de la población el 54% y 46% no se supo. Del radio rural el 11% nacieron a término y no se supo el 88%. De la población foránea tuvimos el 10% nacieron a término y el 89% no se supo. Este año sólo hubo un caso que se ignoró su domicilio y fue también el que no se pudo identificar su terminación.

Comentario: Los porcentajes de casos urbanos mejoraron del año de 1955 al año de 1957, año en el cual podemos calificarlo de buenos pues no bajó del cincuenta por ciento. En cambio las cantidades de población rural que llevaron a término su embarazo, todos fueron bajos, así como también de las de procedencia foránea.

Hay algunas razones de por qué no se sabe el resultado del mayor número de embarazos:

1º La pobreza. Dicen ellas que por su pobreza tienen que quedarse a tener su parto en la casa para velar por sus otros hijos, tan pronto salen del parto.

2º Negligencia de parte de ellas en volver por su examen post-natal, uno de cuyos objetivos es el recoger este dato y anotarlos en la ficha respectiva.

CUADRO Nº 11

ENFERMEDADES ENCONTRADAS COMPLICANDO EL EMBARAZO,
CLASIFICADAS SEGUN LA NOMENCLATURA INTERNACIONAL,
DURANTE EL PERIODO DE 1955 A 1957

COMPLICACION	Número Clave				Número de Casos
1º Enferm. Infec. y parasit.	110				1
2º Enferm. de las venas	460				9
3º Enferm. del Ap. Circ.	410				7
4º Enferm. del Ap. Resp.	002	500	241		9
5º Enferm. del Ap. Digest.	571				7
6º Infecc. Ag. de las Vías Resp. Su- periores	114	480			4
	605				2
8º Enferm. de la mamá	689				2
9º Complic. del embarazo	642	643	644	648 650	79
10º Enferm. de la piel	711				2
11º Otras enfermedades	363	216			8
12º Enferm. del Sist. Nerv.	354				9
13º Enferm. del ojo	370				1

Aquí hacemos aparecer el grupo de enfermedades que se encontraron complicando el embarazo, nos permitimos exponerlas en este cuadro aparte para que el lector tenga una idea del trabajo relacionado en ese sentido.

El total de casos complicados con enfermedades, en número de 140, podemos decir es bajo en relación con el total de casos estudiados en los tres años. Entre ellos hay seis casos de cardiopatía que fueron catalogados de origen anémico todas se modificaron con dieta y tratamiento.

La mayor cantidad encontrada corresponde a complicaciones del embarazo, esto se refiere en su mayor parte a amenazas de aborto en número de 23 de las cuales llegaron a verificarse 14.

El número de partos prematuros fué en número de 9 en los tres años.

En el año de 1956, se encontraron 10 casos de Hidramnios ya en el año de 1957 solo se registraron dos casos.

El número de casos de placenta Previa fueron de tres en el año de 1956 y un solo en el año de 1957. Estos fueron remitidos al Hospital de Maternidad, dos fueron confirmados.

Estos fueron los casos más numerosos que catalogamos como complicaciones del embarazo.

CUADRO Nº 12

NUMERO Y PORCENTAJES DE PACIENTES CON EXAMEN
POST-NATAL POR EL MEDICO DEL C.S.S. POR DOMICILIO
DE LA MADRE DURANTE EL PERIODO DE 1955 A 1957

ORIGEN	1955		1956		1957	
	Nº de Casos	% del Total	Nº de Casos	% del Total	Nº de Casos	% del Total
Urbanas	15	15	43	23	47	29
Rurales	3	1.7	40	7.8	75	12
Foráneas	1	7	56	91	5	6.6
Ignoradas	0	0	2	25	0	0

Aquí tenemos a la vista el cuadro representativo de la cantidad y tanto por ciento de pacientes que llegaron al examen médico de post-natal.

Lo ideal de este examen es que se verificara a todo caso de prenatal al cumplir la sexta semana de haber dado a luz, pero en nuestro medio no se consigue, salvo que aparezca alguna otra enfermedad complicando el puerperio y sea tan grave que la obligue a consultar.

Al analizar los porcentajes llama mucho la atención el 91% de foráneas pero debemos señalar que el total fue de 61 casos y por lo tanto casi todas volvieron a su examen.

Unicamente debemos recalcar el aumento de los casos de urbanas y rurales, del año de 1955 a 1957, en este sentido se recomienda para el medio urbano darle mayor importancia a dicho examen de post-natal por medio de mejor labor de nuestro personal de Enfermeras Visitadoras. En cuanto a los casos del radio rural, solo insistir a que vengan a tener sus hijos al Hospital, pues aquellas que, se quedan en sus casas no vuelven si no es por la razón ya expuesta.

CUADRO N° 13

DISTRIBUCION DE CASOS PRENATALES POR LUGAR DONDE SE EFECTUA EL PARTO
Y DOMICILIO DE LA MADRE POR AÑO DURANTE EL PERIODO DE 1955 A 1957

	1955			1956			1957														
	Urb. %	Rur. %	For. %	Urb. %	Rur. %	For. %	Urb. %	Rur. %	For. %												
Hospital ..	3	3	4	2	0	0	52	27	40	7	6	9	3	37	53	33	36	22	4	25	—
Casa	13	13	3	1	0	0	105	55	71	13	11	18	3	37	17	17	29	5	3	4	—
Ignoradas .	83	83	167	96	14	100	31	16	412	78	44	72	2	25	89	55	522	88	68	90	1

Vemos en el cuadro anterior algunos datos muy interesantes, ellos son las cifras correspondientes al año de 1956 y las que se refieren a partos atendidos en su casa que alcanza un 55%; en el año anterior (1955) y así como en el año de 1957 estas cifras son bajas.

En este aspecto de nuestro estudio hay que considerar que en el año de 1956 hubo un servicio de Partos a domicilio, el cual fué suspendido en el año de 1957, por esta razón es que hay un aumento de esos resultados en este último año.

CUADRO Nº 14

ENFERMEDADES ENCONTRADAS COMPLICANDO EL PUERPERIO,
 CLASIFICADAS SEGUN LA NOMENCLATURA INTERNACIONAL,
 DURANTE EL PERIODO DE 1955 A 1957

COMPLICACION	Número Clave					Total de Casos
1º Enferm. de las venas	460					3
2º Enferm. del Ap. Circ.	410					1
3º Enferm. del Ap. Resp.	500	241				5
4º Infec. Agudas de las Vías Resp.	114					11
Superiores	473	474				2
5º Enferm. del Ap. Urinario	605					4
6º Enferm. de la Mama	689					3
7º Complicaciones del embarazo y puerperio	642	643	644	648	650	18
8º Enfermedades de la Piel	052	703	085			4
9º Otras enfermedades	400					5
10º Enferm. del Ap. Digest.	571	046				3
11º Enfermedades Infec. y parasitarias	110					1
12º Enfermedades del Sist. Nerv. ...	363					2

En el grupo de enfermedades encontradas como complicación del puerperio, en total de 61 casos de las 1893 prenatales que se inscribieron en los tres años que hemos estudiado, vemos que es sumamente baja dicha cantidad. Entre ellas figura un caso de cardiopatía, a cuya prenatal se le recomendó por muchas veces ir al Hospital de Maternidad para control de su enfermedad con el Especialista, pero dada la precaria situación económica de la paciente, y la negatividad de ambulancias en servicio de la Cruz Roja, tuvimos que enfrentar la situación dándole nuestros mejores cuidados, hasta que por obra de Dios, la sacamos con bien. En esta fase de cuidado prenatal, también nos vimos con algunas complicaciones importantes que es digno de mención, una de nuestras pacientes estando en su puerperio normal, un día se instala intensa fiebre, gran quebrantamiento general, y en el cual el examen físico no dió ninguna positividad, ese mismo día por la tarde se instala hemorragia genital, epistaxis y hemoptisis; ante tal cuadro, con el antecedente de estar en plena epidemia de Gripe Asiática, no nos quedó más que catalogarla como tal y seguirle el tratamiento a base de Aspirina, reposo y líquidos por vías oral, al tercer día todo cedió y la paciente fué dada de alta al sexto día en magníficas condiciones.

Esto es lo más importante de nuestras observaciones.

CUADRO Nº 15

FRECUENCIA Y RESULTADO DE MEDICIONES DE TENSION ARTERIAL,
VERIFICADOS SIEMPRE QUE NUESTRA PACIENTE LLEGO A LA CLINICA
EN EL C.S.S. DURANTE EL PERIODO DE 1955 A 1957

Nº de Mediciones	1955			1956			1957		
	Urb.	Rur.	Fer.	Urb.	Rur.	Fer.	Urb.	Rur.	Fer.
1	30	95	12	10	88	1	87	315	52
2	21	38	2	7	37	3	9	116	8
3	9	4	0	11	21	0	23	55	2
4	17	5	0	11	20	0	25	25	5
5	9	6	0	27	15	0	10	62	3
y No se tomó	13	26	0	122	342	57	5	14	5
Total	99	174	14	188	523	61	159	587	75

Creí conveniente insertar en el presente estudio, este cuadro demostrativo del número de mediciones de tensión arterial, dada la importancia concedida a esta clase de investigación, pues debemos recordar que la toma de la tensión arterial es un examen rutinario en todo consultorio de prenatal y debemos tener en mente que debe tomarse a toda embarazada, en control; por lo tanto vamos a dejar sentado lo siguiente: un examen clínico en un consultorio de prenatal, sin tomar tensión arterial debe tomarse como incompleto.

Por qué debemos tomar tensión arterial? Porque un grupo de patología propio de la mujer embarazada, está aumentada sobre la normal.

CUADRO Nº 16

RESUMEN DE LA INVESTIGACION DE PESO A LOS 1893 CASOS
DE PRENATALES ESTUDIADOS, EN EL C. S. S. DURANTE
EL PERIODO DE 1955 A 1957

Nº de Inves- tigación	1955			1956				1957			
	Urb.	Rur.	For.	Urb.	Rur.	For.	Ign.	Urb.	Rur.	For.	Ign.
1	35	104	12	11	88	1	7	59	322	53	
2	15	35	2	7	38	3	1	39	106	12	
3	15	9	0	12	22	0	0	23	49	2	
4	14	6	0	8	20	0	0	16	33	3	
5	7	5	0	10	16	0	0	10	29	2	
No se hizo....	13	15	0	140	339	57	0	12	35	1	

La investigación de peso en nuestros casos de prenatales estudiadas, tal vez valga la pena relacionarlo con el número ideal de visitas a la clínica, pues cuanta vez se presentó la prenatal al consultorio debía haberse tomado, pero en nuestro estudio vemos que en cuanto a esto se refiere, los casos que llegaron cinco veces a la clínica, son relativamente pocos en todos los años. También es importante hacer notar que fueron muchos los casos de urbanos y rurales del año de 1956 que no tuvieron el beneficio de tomarse una tan sola vez su peso.

Pareciera no merecer meditar en el aspecto de este trabajo, pero si es importante recordar que a toda embarazada, debe permitírsele un peso máximo sobre el peso normal, el cual corrientemente se considera es de 18 a 25 libras, aunque algunos autores ponen como término medio la cifra de veinte libras.

Cuánto se debe permitir a una embarazada de peso por semana?

Qué haremos si encontramos exceso de peso según el trimestre?

En el primer trimestre debemos pensar en *Texemia*.

En el segundo trimestre debemos pensar en Embarazo múltiple.

En el último trimestre debemos pensar en *Polihidramnios*.

Por qué no se le tomó peso a todas?

La razón más frecuente es la falta de colaboración o por la incomprensión de la gran importancia que se le considera.

CUADRO N° 17

NUMERO Y PORCENTAJES DE EXAMENES GINECOLOGICOS A PRENATALES EN EL C. S. S. POR DOMICILIO DE LA MADRE, DURANTE EL PERIODO DE 1955 A 1957

ORIGEN	1955			1956			1957		
	Casos Insc.	Casos Exam.	%	Casos Insc.	Casos Exam.	%	Casos Insc.	Casos Exam.	%
Urbanas ..	99	57	57	188	137	72.8	159	118	74
Rurales ..	174	45	25	523	314	60.	587	424	72
Foráneas .	14	2	14	61	28	45.9	75	46	61
Ignoradas	4	0	0	8	6	75.	0	0	0
Total	291	104	—	780	485	—	822	588	—

Considerando el presente cuadro, vemos que el porcentaje de exámenes ginecológicos hechos en la población urbana es satisfactorio. 57% para el año de 1955, el 72.8% para el año de 1956, y un 74% para el año de 1957.

En el radio rural es bajo en el 55, buenos para los otros años.

En cuanto a los casos de prenatales de las poblaciones vecinas a esta Ciudad es bajo para el 55 y mejora en los otros años.

La práctica del examen ginecológico es una rutina ideal en todo consultorio de prenatal y nunca debe olvidarse el uso del especulum.

Cuándo debemos practicar el examen en mención? Nosotros lo hacemos siempre en la primera consulta.

Por ser un examen no muy aceptado por todas las pacientes y grande el número que nos visitaban, nos hemos contentado con hacerlo una sola vez y el especulum lo hemos usado solo cuando se ha sospechado algo patológico.

Al respecto en nuestra consulta al verificar un examen ginecológico se encuentra un caso de una tumoración que revestía todas las características macroscópicas de una neoplasia del cuello uterino, complicando un embarazo como de cuatro meses, el cual no se comprobó porque la paciente rehusó ir al Hospital de Maternidad, donde se le pudo haber hecho un estudio detenido para poderlo identificar.

Por qué es recomendable un examen ginecológico en todo consultorio de prenatal?

1º—Para la evaluación clínica de la pelvis. En nuestro medio se hace imperativo la evaluación clínica de la pelvis, sobre todo en las primigesta, porque son raros aquellos Centros que poseen un equipo completo de Rx. para poder tomar placa y hacer pelvimetría a toda paciente primigesta. Haciendo la evaluación clínica de la pelvis, se hace de por sí una selección de casos que ameritan una placa o pelvimetría radiográfica y teniendo estos casos seleccionados se puede enviar al Centro más cercano para la toma de dicha placa.

CUADRO Nº 18

NUMERO DE EXAMENES DE ORINA PRACTICADOS A 1893 CASOS
DE PRENATALES EN EL C. S. S. DURANTE EL PERIODO
DE 1955 A 1957

Nº de Exámenes	1955				1956				1957			
	Urb.	Rur.	Fer.	Ign.	Urb.	Rur.	Fer.	Ign.	Urb.	Rur.	Fer.	Ign.
1	0	2	2	0	47	190	24	7	62	265	42	0
2	0	0	0	0	39	157	4	1	22	75	5	0
3	0	0	0	0	11	24	7	0	9	11	2	0
4	0	0	0	0	11	22	0	0	7	7	1	0
5 y más.....	0	0	0	0	8	4	0	0	2	5	0	0

EXAMENES DE ORINA POSITIVOS

	1956		1957
Urbanas	34	Urbanas	5
Rurales	69	Rurales	13
Foráneas	7	Foráneas	3
Ignoradas	1	Ignoradas	0

Lo ideal en todo consultorio de prenatal, es practicar un examen de orina cuantas veces llega la paciente a la clínica, ya que por medio de dicho examen podemos descubrir estados patológicos propios del embarazo ó que estén complicando el embarazo.

En nuestro Centro de Salud, se practica durante cuatro días de la semana porque la Técnica del Laboratorio es la misma Técnica del Servicio de Rx. Y tratándose de que el Especialista de Tisiología, nos visita dos veces por semana, en esos días no se practican exámenes de orina salvo mucha urgencia.

ANEXO

Nos propusimos analizar el tiempo que transcurrió entre el parto y la notificación del mismo. En todos los casos medió cierto tiempo: en algunos, pocos días y en otros tal intervalo fué hasta de meses. En los que mediaron pocos días fué una causa patológica la que obligó a la paciente a consultar y entoncés se logró recoger datos de cuándo se verificó el parto, dónde y cómo fué asistido. En un mayor número de casos no se supo. También es oportuno hacer notar que estos datos se refieren a aquellos partos que se verificaron fuera del Hospital.

De las 1893 fichas estudiadas, hubo un total de 481 que se pudieron observar hasta su puerperio y hubo 1412 de las cuales se perdieron de vista.

De los casos que pudimos observar hasta el puerperio, se agrupan así: Urbanas, 196; Rurales, 261; Foráneas, 19 y de procedencia ignorada, únicamente 5.

En cuanto a las catalogadas, como perdidas de vista las distribuimos así: Urbanas, 250; Rurales, 1023; Foráneas, 131 e ignoradas fueron 8.

CONCLUSIONES

Cuadro N° 1.—a) Los totales de casos de consulta a prenatal en cada año van en aumento.

b) Los totales de casos urbanos, sufren considerable aumento en el año de 1956 y decaen en el año de 1957.

c) Los casos rurales van en aumento del año de 1955 al año de 1957.

Cuadro N° 2.—a) En el año de 1955 hubo un 50% de asistencia prenatal para el radio urbano y un 18.5% para el radio rural.

b) En el año de 1956 hubo un 93% para el radio urbano y un 55% para el radio rural.

c) Para el año de 1957 hubo un 77% para el radio urbano y un 61% para el radio rural.

Cuadro N° 3.—a) En el año de 1956, el 56.38% de prenatales urbanas se hicieron examen fluorescópico y el 3.61% de prenatales rurales.

b) En el año de 1957, las cifras son 37% para el área urbana y un 19% para el área rural.

Cuadro N° 4.—a) En el año de 1955, el 24% de prenatales urbanas aparecen con examen de serología de sífilis y el 13% de prenatales rurales.

b) En el año de 1956, las cifras son el 7% para el radio urbano y el 1.5% para el radio rural.

c) En el año de 1957, las cifras aumentan así: 40% para las urbanas y 27% para las rurales.

Cuadro N° 5.—a) En el año de 1955, el 39% de prenatales urbanas y el 56% de casos rurales, consultaron antes del 5º mes de gestación.

b) En el año de 1956, los porcentajes se modifican así: 58% para el radio urbano y el 51% para el medio rural, consultaron antes del 5º mes del embarazo.

c) En el año de 1957, los porcentajes son: urbanos 43% y rurales el 46%, hicieron su consulta antes del 5º mes del embarazo.

c) En el año de 1957, los porcentajes son: urbanos 43% y rurales 46%, hicieron su consulta antes del 5º mes de gestación.

Cuadro N° 6.—Llama la atención la gran incidencia de bocio en los casos de prenatales que comprenden nuestro estudio.

Cuadro N° 7.—La labor de la Enfermera Visitadora, la podemos catalogar como buena en el año de 1956 y mala para el año de 1955 y 1957.

Cuadro N° 8.—Podemos concluir en lo mismo del cuadro anterior.

Cuadro N° 9.—a) Si tomamos como seis el número ideal de consultas de una embarazada en control de prenatal encontramos que solamente se alcanzó el 4% como máximo en el medio urbano y el 2.6% en el medio rural.

Cuadro N° 10.—Los porcentajes de nacido a término fué bueno en el año de 1956 y sufrió ligera disminución en el año de 1957, se califica de buena la labor pues no bajó el 50%. Del resto no se supo como terminó el embarazo.

Cuadro N° 11.—El mayor número de complicaciones del embarazo fué en lo que se refiere a amenaza de aborto, se encontró un número de 23 casos de los cuales catorce terminaron en aborto incompleto.

Cuadro N° 12.—En el año de 1955, a un 15% de casos urbanos se le hizo examen médico post-partum y a un 1.7% de casos rurales.

b) En el año de 1956, las cifras aumentan a un 23% de casos urbanos y a un 7.8% de casos rurales.

c) En el año de 1957, hay un aumento respecto al año anterior así: 29% de casos urbanos y 12% de casos rurales.

Cuadro N° 13.—a) Partos asistidos en el Centro de Salud en el año de 1955, 3% de medio urbano y 2% del medio rural.

b) En el año de 1956, hay aumento con respecto al año anterior así: 27% casos urbanos y 7% de casos rurales.

c) En el año de 1957, hay aumento con respecto al año anterior así: 33% de casos urbanos y 22% de casos rurales.

Cuadro N° 14.—El mayor número de complicaciones del puerperio a accidentes frecuentes como las hemorragias post-partum, fué en número de 6.

Cuadro N° 15.—La tensión arterial no se tomó en todas las consultas verificadas, por razones ignoradas y debemos concluir que en el examen de prenatal sin tomar dicha tensión arterial debemos considerarla como incompleta.

Cuadro N° 16.—Encontramos que las consultas a las cuales no se les tomó peso, el mayor número corresponde al año de 1956 cuyas cifras son desproporcionadamente altas al compararlas con los otros años que abarcan nuestro estudio.

Cuadro N° 17.—a) En el año de 1955, a un 57% de casos urbanos se les practicó examen ginecológico y a un 25% de casos rurales.

b) En el año de 1956, los porcentajes aumentan a un 72.8% de casos urbanos y un 60% de casos rurales.

c) En el año de 1957, las cifras llegan a un 74% de casos urbanos y a un 72% de casos rurales.

Cuadro N° 19.—El examen de orina no se hizo en todos los casos, luego la ayuda del laboratorio la podemos calificar de deficiente.

SUGERENCIAS

1º—Dar breves pláticas momentos antes de la consulta, en pro del trabajo y que se ha de realizar: prenatal, puericultura. Exaltar la importancia de los exámenes rutinarios, ej. Rx. Serología, Orina, etc.

2º—Tanto el médico encargado de dicha sección y así como la Enfermera Visitadora, hacer labor educativa con el fin de que toda mujer grávida llegue a consulta antes del 5º mes de gestación.

3º—Interesar a las Autoridades Superiores por la creación de la plaza de una Educadora Social para mejorar los servicios al público.

4º—Dictar cursillos semestrales con el fin de hacer comprender al personal la gran importancia de que una prenatal sea inscrita lo más pronto posible.

5º—Velar porque nuestros casos de prenatales no se vuelven indiferentes ante el examen médico de post-natal, cuando no sea posible venir a tener su parto al Hospital. En lo referente a casos de prenatales urbanas es mera, colaboración de la Enfermera Visitadora.

6º—Velar porque toda contestación de examen sea anotada en la casilla correspondiente de la respectiva ficha con el objeto de dejar constancia de la labor desarrollada.

7º—Que a todo caso inscrito se le tomen sus exámenes rutinarios y se anoten sus resultados. Ejem.: Tensión Arterial, Peso, etc.

8º—Procurar porque la Enfermera Visitadora, se ponga más en contacto con las parteras de la localidad, a fin de que ellas, las mencionadas parteras, den informe de los casos que atiendan.

9º—Gestionar a donde corresponda, por la creación de la plaza de Técnico de Rx. con el propósito de que nuestra Técnica de Laboratorio se dedique solo a dicho ramo, para mejorar la atención de los servicios al público.

BIBLIOGRAFIA

Eastman, N. J.—Obstetricia de Williams, 2ª Edición en español, Editada Uteha, México 1953.

De Lee A., M. N. D. Joseph—Principios y Práctica de Obstetricia, 8ª Edición en español. Unión Tipográfica Editorial Hispano-Americana, México.

Bermúdez, M. C. C. P. H. Salvador—Medicina Preventiva e Higiene.

Lardé y Larín, Jorge—El Salvador, Historia de sus Pueblos, Villas y Ciudades.

Castillo Nuila, Raúl—Tesis Doctoral, Evaluación de Cuidado Prenatal de los Consultorios de San Salvador.

Palomo, Guillermo Ernesto—Estudio de Algunos Problemas Sanitarios de la Ciudad de Atiquizaya en el año de 1957. Tesis Doctoral, Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador, C. A. 1958.

Avendaño, C.—Profesor de la Universidad de Chile. Apuntes del Curso Principal de Salud Pública, año 1955. Tomados por el doctor Carlos A. Sagastume.