

C-97a

## ASISTENCIA DE EMBARAZADAS A LA CONSULTA PRENATAL EN MATERNIDADES PUBLICAS DE ROSARIO, ARGENTINA<sup>1</sup>

José M. Belizán,<sup>2</sup> José Villar,<sup>3</sup> María Z. Belizán<sup>4</sup> y Nora Garrote<sup>4</sup>

*En este artículo se presentan los resultados de una investigación sobre los factores que determinan una deficiente concurrencia de embarazadas al control prenatal. Se subraya una vez más la importancia de este hecho, después de estudiar las relaciones entre control y desenlace del embarazo. Por otra parte, se consideran las características de la población encuestada, con objeto de que se organicen servicios más adecuados a las expectativas y la realidad cultural de las gestantes.*

### Introducción

Este trabajo se originó en una serie de inquietudes suscitadas en una maternidad pública de la ciudad de Rosario, Argentina. Al analizar la información estadística anual correspondiente a 1973, se hallaron altas tasas de mortalidad perinatal (48.7‰), conjuntamente con baja cobertura en la asistencia anteparto (48% de las pacientes no habían realizado ningún control y la concentración promedio era de dos consultas) (1).

Si bien estos datos pertenecen a una población hospitalaria, son similares a los informados para otros países latinoamericanos: Colombia 43.7‰ (2), Chile 54.0‰ (2), Guatemala 50.8‰ (3). Estas cifras difieren de las de algunos países que han encarado una intensa política perinatal e infantil.

Ejemplo de ello son Costa Rica 30.9‰ (2), Panamá 29.9‰ (2) o Cuba 27.0‰ (4), con concentraciones para este último país de 9 a 10 controles prenatales (5).

Son numerosos los estudios que demuestran los beneficios de un buen control prenatal sobre el desenlace del embarazo (6-9).

Sin embargo, el control prenatal no suele ocupar un lugar importante en los programas materno-infantiles. En general, los hospitales y centros de salud desarrollan una mínima actividad extramural; el personal tiende a capacitarse para hacer frente a emergencias o patologías poco frecuentes, pero se minimiza el interés en la prevención de estas eventualidades. Finalmente, la atención que se ofrece no siempre responde a las necesidades y expectativas sentidas por las gestantes, ya que se organizan servicios alejados de los patrones culturales de estas poblaciones.

Por estos motivos, cuando se trata de implantar programas para aumentar el control prenatal, es necesario conocer tanto los factores que influyen para su realización, como asimismo las características que las pacientes esperan hallar al concurrir a este tipo de servicios.

Teniendo en cuenta estas razones, se planificó la presente investigación, cuyos objeti-

<sup>1</sup> Trabajo realizado en la Unidad Docente Hospitalaria, Maternidad Martín, Rosario, Argentina.

<sup>2</sup> Oficial Médico Científico, División de Desarrollo Humano, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Dirección: Apartado postal 1188, Guatemala, Guatemala.

<sup>3</sup> Becario de la Oficina Sanitaria Panamericana, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Dirección: Apartado postal 1188, Guatemala, Guatemala.

<sup>4</sup> Licenciada en Antropología, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

vos fueron los de conocer en maternidades públicas:

- La relación entre el control prenatal y el desenlace del embarazo.
- Las características de la población con concurrencia deficiente.
- La importancia que las mujeres asignan a este control.
- La visión que las pacientes tienen del hospital como centro de atracción o rechazo.

### Material y métodos

La investigación se realizó mediante encuestas que fueron efectuadas por estudiantes de la Universidad Nacional de Rosario.<sup>5</sup> Antes de la iniciación, los mismos participaron con docentes en la diagramación del formulario de encuesta y recibieron instrucción sobre el modo de llenarlo. Semanalmente se efectuaron reuniones con el cuerpo docente, para estandarización y discusión de los hallazgos y dificultades.

Las encuestas se realizaron dentro de las 24 horas después de cada parto. La información obtenida en el interrogatorio se complementó y se verificó luego, mediante la historia clínica de cada entrevistada.

Entre enero y octubre de 1976 se entrevistaron 689 puérperas que tuvieron sus partos en tres maternidades públicas de la ciudad de Rosario, Argentina: Maternidad Martín, Maternidad del Hospital Centenario y del Policlínico Alberdi. Estas maternidades están administradas por el sector público y en el momento del estudio la atención era gratuita. En todas ellas funcionaban cátedras de la Universidad Nacional de Rosario. Solo una contaba con médicos residentes que realizaban la atención, mientras que en las dos restantes trabajaban parteras graduadas y docentes universitarios.

<sup>5</sup> Realizaron las encuestas: Eduardo Baladoni, Ricardo Dall'Aglio, Ricardo González, Silvia Gubero, Jorge Micozzi, Liliana de Micozzi, Dante Rivaben, Eduardo Rondelli y Daniel Vercesi. Colaboraron en el procesamiento estadístico: Mónica Liborio y María C. Tarrés.

En la ciudad de Rosario más del 95% de los partos son institucionales y estas tres maternidades realizan cerca del 50% de los partos del sector público. A este último pertenecen las pacientes de más bajo nivel socioeconómico y que no poseen servicios de seguridad social o similares.

### Resultados

#### *Distribución de las puérperas según el número de controles prenatales*

Un 7.5% de las mujeres llegaron a su parto sin ningún control prenatal. Considerando siete o más controles como óptimos, solo un 32% de las mujeres lograron esa cifra y un 37% tuvieron tres o menos controles (figura 1). Hubo un promedio de cinco controles prenatales por embarazada.

#### *Asociación entre control prenatal y desenlace del embarazo*

El deficiente control prenatal se asoció con una mayor mortalidad fetal, con una mayor incidencia de neonatos deprimidos y de bajo peso al nacer. En aquellas madres que consultaron siete o más veces, la mortalidad fetal fue casi cinco veces inferior a las que tuvieron de 0 a 3 controles (figura 2). En los neonatos que tuvieron un puntaje de Apgar

FIGURA 1—Distribución de las 689 puérperas encuestadas, según el número total de controles prenatales efectuados durante su gestación.

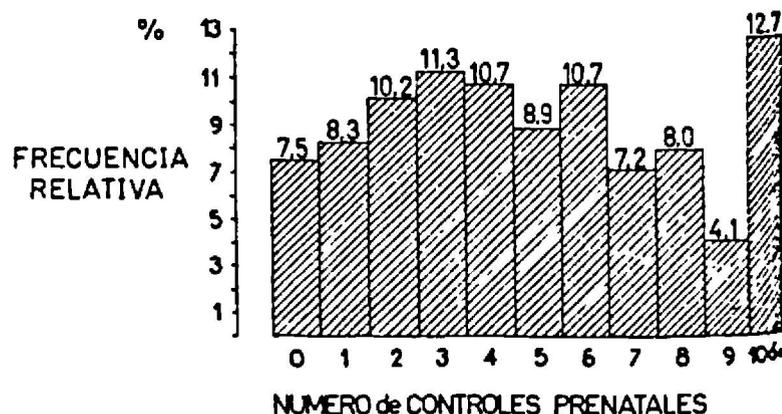
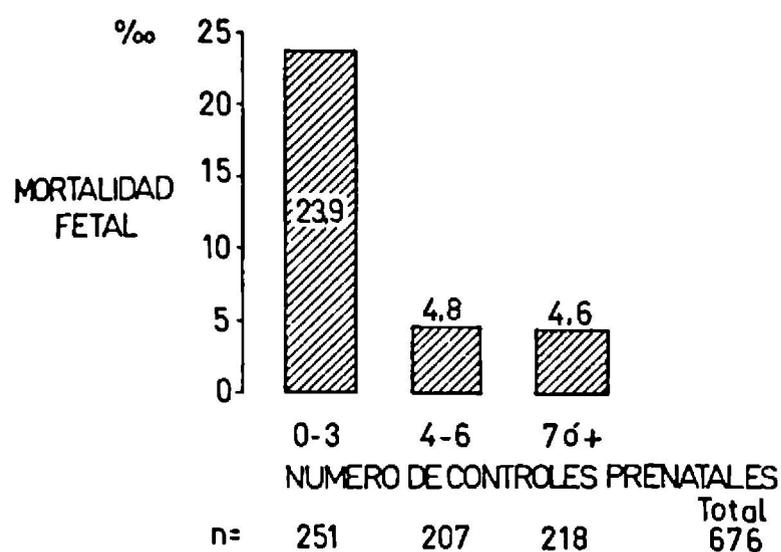


FIGURA 2—Tasas<sup>a</sup> de mortalidad fetal, según el número de controles prenatales.

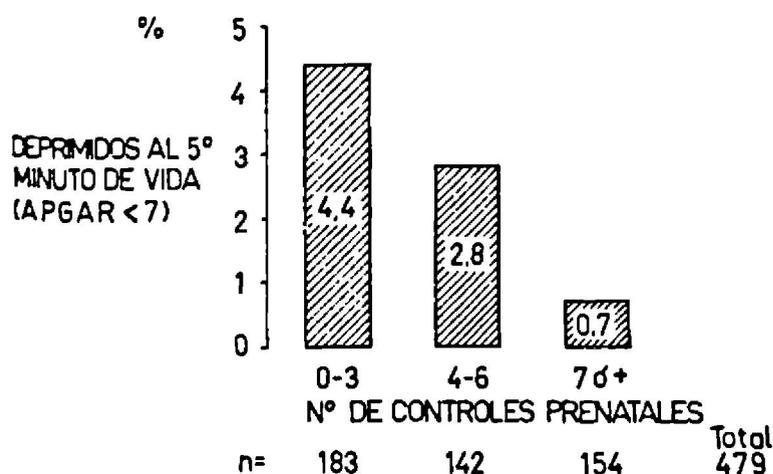


<sup>a</sup> Tasas por ‰.

tomado en sala de partos por un neonatólogo especializado, la incidencia de neonatos deprimidos fue seis veces mayor en el grupo con 0 a 3 controles, que en el de siete o más (figura 3).

La incidencia de neonatos de peso inferior a 2,500 g descendió a medida que aumentaba el número de controles, hasta llegar a un mínimo de 3 a 4% para el grupo con 5 y 6 controles ( $\chi^2 = 21.49$ ;  $p < 0.0005$ ). El pequeño incremento observado en el grupo de siete o más controles puede deberse a que en el

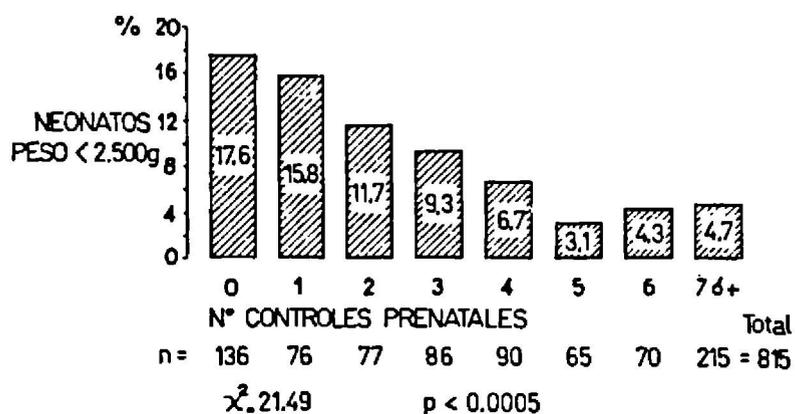
FIGURA 3—Incidencia de neonatos deprimidos<sup>a</sup> al quinto minuto de vida, según el número de controles prenatales.<sup>b</sup>



<sup>a</sup> Apgar < de 7.

<sup>b</sup> Incluye solo a los recién nacidos evaluados por médicos neonatólogos en sala de partos.

FIGURA 4—Incidencia de neonatos con peso inferior a 2,500 gramos y número de controles prenatales.<sup>a b</sup>



<sup>a</sup> Muestra de 815 púerperas.

<sup>b</sup> Se incluyen datos adicionales de 126 mujeres que por diversas causas no completaron el resto del interrogatorio.

mismo hubiera gestantes con patología asociada; por ese hecho podrían haber consultado más veces y se explicaría así un mayor número de neonatos con peso bajo (figura 4). No obstante, la cifra de 4.7% de este último grupo es más de tres veces inferior a la de 17.6%, que corresponde a las madres sin ningún control prenatal.

#### Control prenatal e indicadores socioeconómicos y culturales

**Vivienda.** Para considerar este indicador, se agruparon las viviendas de las embarazadas según tres niveles. Se consideró tipo C la que presentaba las características más deficientes: piso de tierra, paredes y techo de paja, lata o cartón y ausencia de agua potable y de letrinas. La vivienda tipo A tenía piso, paredes y techo de material no fungible (cemento, portland, etc.), agua corriente y baño instalado. La vivienda B tenía características comunes a las de tipo A y C. Se comprobó una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 19.96$ ;  $p < 0.001$ ) entre el tipo de vivienda y el número de controles prenatales. Más de la mitad (53%) de las madres que provenían de viviendas con características más deficientes (C) realizaron menos de tres controles prenatales; por otra parte, solo

un 23% de ellas fueron controladas siete o más veces. Esta situación es inversa en aquellas mujeres cuyas viviendas pertenecían a la categoría mayor (A), ya que solamente un 30% realizó tres o menos controles prenatales, y un 37% realizó siete o más visitas previas al parto. En cuanto a las mujeres de viviendas intermedias (B), un 37% realizó menos de tres controles y un 31% siete o más controles.

**Nivel de instrucción.** Se estudió además la influencia del nivel de instrucción de las embarazadas, respecto a su asistencia al control prenatal. En la figura 5 se observa que en las que tenían el nivel más bajo de instrucción, más de la mitad (55%) había realizado tres o menos controles. A medida que mejoraba la educación se reducía el grupo con un número deficiente de controles: 41% entre las mujeres con educación primaria incompleta y 34% entre las de educación primaria completa. Entre aquellas madres que habían completado su ciclo secundario, el grupo de pacientes con pocos controles se reducía a 20% o menos. Por otra parte, un buen control prenatal era correlativo con un mayor nivel de instrucción. Esta asociación era estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 29.56$ ;  $p < 0.0005$ ).

**Estado civil.** Respecto al estado civil, se observó que cuanto más sólida era la pareja, tanto mejor era la concurrencia al control prenatal. Es así que de las madres solteras un

FIGURA 5—Asociación entre el nivel de instrucción de las embarazadas y concurrencia al control prenatal.

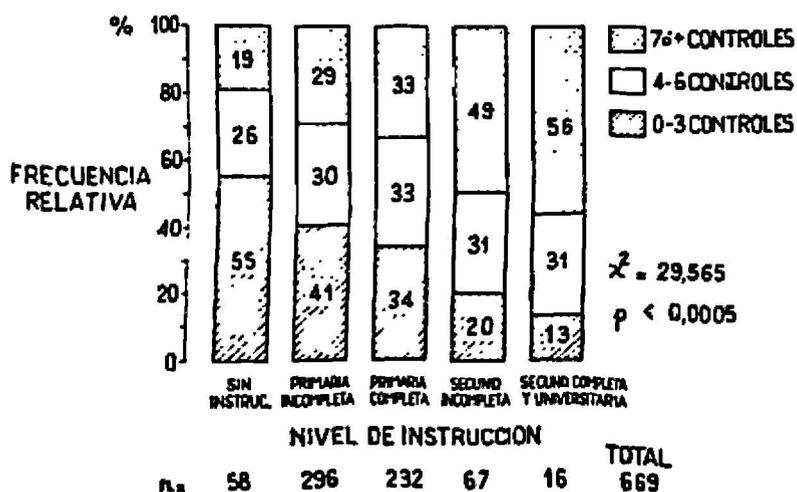
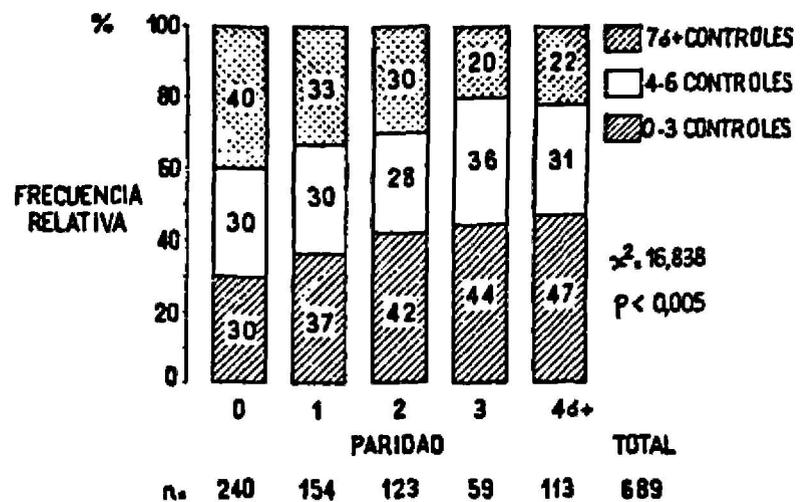


FIGURA 6—Asociación entre el número de partos previos<sup>a</sup> y concurrencia al control prenatal.



<sup>a</sup> No se considera el parto actual.

62% realizó un control deficiente, cifra que se redujo a un 44% entre las que tenían una unión consensual y a un 25% en las casadas. Un 42% de las madres casadas realizó siete o más controles. Asimismo, el grupo de unión consensual mostró una mejoría de 27% en el control con respecto a las solteras (9%). Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 50.73$ ;  $p < 0.0001$ ).

**Paridad.** Finalmente se evaluó la influencia que tuvo el número de hijos previos respecto a la concurrencia a las maternidades. Tal como se indica en la figura 6, cuanto mayor era la paridad, tanto mayor era el número de mujeres con control prenatal deficiente. Situación inversa se observó con respecto a aquellas que presentaron siete o más visitas previas. Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 16.84$ ;  $p < 0.005$ ).

*Concepto de la paciente sobre el control prenatal*

Para esta evaluación se consideró como un control prenatal deficiente aquel en que la embarazada concurreó menos de cuatro veces a la consulta y/o que la comenzó en el último trimestre del embarazo. En el cuadro 1 se presentan los motivos dados por la paciente en relación con la conducta adoptada.

CUADRO 1—Motivos dados por las embarazadas que determinaron la deficiente consulta prenatal.<sup>a</sup>

Motivos	No.	%
Le pareció que no tenía importancia el control	85	23.2
Se sentía bien	77	21.0
No tiene quien le cuide los hijos	50	13.6
Vive lejos	49	13.4
En embarazos anteriores le fue bien y no se controló	31	8.4
No estaba en la ciudad	25	6.8
Los turnos del hospital no le convienen	16	4.4
No sabía que estaba embarazada	10	2.7
Rechazo del embarazo	10	2.7
Problemas de relación entre médico y paciente	10	2.7
Concurrió, la atendieron mal y no volvió	4	1.1
Total	367	100.0

<sup>a</sup> Se incluyen aquellas embarazadas que asistieron menos de cuatro veces o que comenzaron su control en el tercer trimestre.

De su análisis se desprende que la mayoría de ellos están vinculados con una mala información sobre el embarazo y el significado del control prenatal. El 13% de las encuestadas adujo que "no tiene quién le cuide los hijos", lo que podría explicar la asociación hallada con la paridad (figura 6). La respuesta "vive lejos" implica una mala in-

CUADRO 2—Motivos dados por las embarazadas que las llevaron a consultar a la maternidad.

Motivos	No.	%
Conocimiento del lugar	231	35.6
Recomendaciones y referencias	180	27.8
Cercanía a su vivienda	69	10.6
Traslado de otro servicio con internación	46	7.1
Derivación de médicos y parteras	23	3.6
Traslado de otro servicio sin internación	21	3.2
Mal servicio mutual	9	1.4
Otros	19	3.0
Sin respuesta	50	7.7
Total	648	100.0

formación, ya que en la ciudad de Rosario existen centros periféricos de atención cuyo acceso es fácil para la mayor parte de la población. Además, tal como se observa en el cuadro 2, los motivos por los cuales consultaron están relacionados fundamentalmente con el nivel de conocimiento directo o indirecto que tenían del servicio, o por ser derivadas de otras instituciones (14%). Cabe señalar que solamente un 3.2% de estos provenían de centros sin internación (consultorios periféricos). En cierta forma, esto indica la poca cobertura alcanzada por los mismos, ya que las maternidades estudiadas son su lugar natural de referencia.

#### Referencias dadas de las maternidades

Se instó a las puérperas para que relataran las impresiones tanto agradables como desagradables que habían recibido en cada uno de los sectores de la maternidad: consulta externa, internación y sala de partos. En los resultados que se muestran solo figuran las respuestas a aquellas que contestaron en forma clara y que relataron sus impresiones. Por lo tanto, se excluyeron las que respondieron "todo" o "nada" sin especificar.

*Consulta externa.* En los hospitales generalmente no se le asigna a la consulta externa la importancia que le corresponde. Esto

CUADRO 3—Referencias agradables dadas por las embarazadas de la consulta externa.<sup>a</sup>

Referencias	No.	%
Atención de los médicos	108	57.4
Atención del personal en general <sup>b</sup>	76	40.4
Otros	4	2.2
Total	188	100.0

<sup>a</sup> Se incluyen solo aquellas puérperas que dieron algún motivo claro y se excluyen las que contestaron "todo" o "nada".

<sup>b</sup> Se incluyen en este ítem las que vieron como agradable la atención del personal sin especificar cuál de ellos.

**CUADRO 4—Referencias desagradables dadas por las embarazadas de la consulta externa.<sup>a</sup>**

Referencias	No.	%
Horario de atención	36	41.4
Administración: problemas en laboratorio, esperas prolongadas, turnos limitados, etcétera	27	31.0
Mala relación entre médico y paciente <sup>b</sup>	16	18.4
Incomodidades edilicias y de equipamiento	8	9.2
Total	87	100.0

<sup>a</sup> Se incluyen solo aquellas puérperas que dieron algún motivo claro y se excluyen las que contestaron "todo" o "nada".

<sup>b</sup> Se incluye mala comprensión de indicaciones, presencia de estudiantes en la consulta, etc.

ocurre pese a que es un concepto aceptado que, además de su función médica específica, representa la puerta de entrada más importante de toda unidad asistencial. Por este motivo se intentó conocer las impresiones tanto agradables como desagradables que tenían las pacientes de este sector, a fin de que las modificaciones propuestas reflejaran los puntos de vista expresados. En los cuadros 3 y 4 se observa que la mayoría de las respuestas se refiere a la atención que se presta tanto

**CUADRO 5—Referencias agradables dadas por las embarazadas de la internación.<sup>a</sup>**

Referencias	No.	%
Atención del personal en general <sup>b</sup>	128	49.5
Atención de las enfermeras	61	23.5
Atención de los médicos	38	14.7
Aspectos de hotelería (comida, etc.)	28	10.8
Atención de las parteras	3	1.1
Otros	1	0.4
Total	259	100.0

<sup>a</sup> Se incluyen solo aquellas puérperas que dieron algún motivo claro y se excluyen las que contestaron "todo" o "nada".

<sup>b</sup> Se incluyen en este ítem las que vieron como agradable la atención del personal sin especificar cuál de ellos.

médica, como del resto del personal, así como a la organización administrativa (horarios inapropiados, largas esperas, etc.).

**Internación.** En el sector de internación cerca del 90% de las referencias agradables se centraban en la atención del personal de salud: amabilidad, trato, etc. (cuadro 5). Esta atención también resalta en las referencias desagradables: 23% (cuadro 6). El resto está dado por aspectos de hotelería (ropa de cama, comidas, limpieza), el limitado horario de visita de familiares y la escasez de materiales personales o asistenciales (vajilla individual, material de curaciones, etc.). Los aspectos edilicios solo fueron motivo de queja en un 7% de las que contestaron. Es de notar que dos de estas maternidades son construcciones antiguas y una de ellas estaba en muy malas condiciones edilicias.

**Parto.** En este período de la hospitalización se destaca aún más la importancia de la atención del personal de salud, en la experiencia recogida por las parturientas (cuadros 7 y 8). La ignorancia del proceso del

**CUADRO 6—Referencias desagradables dadas por las embarazadas de la internación.<sup>a</sup>**

Referencias	No.	%
Hotelería (comida, ropa de cama, limpieza)	53	37.8
Atención profesional (médico o parteras)	19	13.6
Horario de visitas	14	10.0
Atención de las enfermeras	13	9.3
Carencia de materiales de uso personal (vajilla, elementos de limpieza, etc.)	12	8.6
Aspectos edilicios	10	7.1
Carencia de materiales asistenciales (gasas, fajas, material de curaciones, etc.)	8	5.7
Moblaje	4	2.9
Otros	7	5.0
Total	140	100.0

<sup>a</sup> Se incluyen solo aquellas puérperas que dieron algún motivo claro y se excluyen las que contestaron "todo" o "nada".

CUADRO 7—Referencias agradables dadas por las embarazadas acerca del parto.<sup>a</sup>

Referencias	No.	%
Atención del personal en general <sup>b</sup>	95	47.9
Atención de los médicos	55	27.8
Atención de las parteras	36	18.2
Atención de las enfermeras	12	6.1
Total	198	100.0

<sup>a</sup> Se incluyen solo aquellas puérperas que dieron algún motivo claro y se excluyen las que contestaron "todo" o "nada".

<sup>b</sup> Se incluyen en este ítem las que vieron como agradable la atención del personal sin especificar cuál de ellos.

parto también constituyó un factor adverso importante (43%).

### Comentarios

En el estudio realizado, la concurrencia de las embarazadas al control fue sumamente insatisfactoria. Tal como era de esperarse, el bajo número de controles se asoció con un mal desenlace del embarazo. Así, si se considera el grupo que consultó tres o menos veces, este tuvo una mortalidad fetal de 23.9‰, una incidencia de deprimidos de 4.4% y un 14% de niños con peso inferior a 2,500 gramos. En cambio, si se toma el grupo de siete o más controles, estas cifras descienden a 4.6‰, 0.7% y 4.7%, respectivamente (figuras 1 a 3)

Del examen de estas cifras se desprende que el control prenatal representa la acción de salud más importante en la gestante y que se deben realizar todas las acciones posibles para aumentar la concurrencia al mismo. Para ello, es necesario conocer las características y creencias de la población obstétrica al respecto. En la serie en estudio se observa que la mayor parte de los motivos por los cuales la embarazada no consulta se deben a una mala información e instrucción.

CUADRO 8—Referencias desagradables dadas por las embarazadas acerca del parto.<sup>a</sup>

Referencias	No.	%
Derivaciones de la mala preparación (temores, desconocimiento de lo que iba a suceder, etc.)	26	43.4
Relación y dedicación del personal	19	31.7
Atención de las parteras	6	10.0
Atención de las enfermeras	5	8.3
Atención de los médicos	2	3.3
Otros	2	3.3
Total	60	100.0

<sup>a</sup> Se incluyen solo aquellas puérperas que dieron algún motivo claro y se excluyen las que contestaron "todo" o "nada".

Por lo tanto, hay que propiciar la realización de campañas sobre el tema para instruir a la población. Esta tarea educativa debe dirigirse de modo preferente hacia el grupo de población de más bajo nivel socioeconómico, fácilmente identificable por sus características y habitat. Dadas sus condiciones, se deben utilizar elementos de fácil comprensión, a través de medios de difusión accesibles a dicha población y con una retroalimentación continua por parte de la comunidad. La participación comunitaria debe ser el eje de estas acciones.

Por otro lado, el hecho de mejorar la visión que este grupo tenga del centro hospitalario puede redundar en un gran beneficio. De acuerdo con este estudio, las modificaciones que deben introducirse son de muy bajo costo: mayor amabilidad por parte del personal de salud y mejoras en la faz administrativa. Si se lograra una cobertura como la propuesta, esto representaría un significativo aumento en la demanda de atención.

Suele presentarse como interrogante si el control prenatal es el factor importante que influye sobre el desenlace del embarazo o bien, si son las condiciones socioeconómicas deficientes del grupo mal controlado las que explican las cifras encontradas. Todo planificador de salud sabe que para mejorar ambas condiciones la acción debe ser conjunta y que

una medida primordial es la de elevar el nivel socioeconómico de la población mediante una equitativa distribución de los recursos. Lamentablemente ese hecho escapa en general a las autoridades de salud y este sector solo puede proponer medidas parciales como las consideradas en este artículo.

### Resumen

El principal objetivo de este trabajo es el de conocer las causas que originan una baja concurrencia de las embarazadas al control prenatal. Para ello se encuestaron 689 puérperas que tuvieron sus partos en tres maternidades públicas (gratuitas), en la ciudad de Rosario, Argentina. Se encontró un promedio de cinco controles prenatales por embarazada. Por otra parte, el bajo número de controles (tres o menos) se asoció con una mayor mortalidad fetal (23.9‰), mayor incidencia de neonatos deprimidos (4.4%) y de bajo peso al nacer (14%). También se observó que las embarazadas con más baja concurrencia pertenecen a grupos con mayor

paridad y de bajo nivel socioeconómico y cultural, a juzgar por las características de su vivienda, el nivel de instrucción y el estado civil. De los motivos dados por las embarazadas para explicar su deficiente concurrencia al control prenatal se observa que estas tienen una mala información sobre el mismo.

De las impresiones tanto agradables como desagradables que reciben las pacientes respecto al hospital se destacan las referencias a la atención del personal médico y paramédico. Los centros asistenciales deben mejorar la visión que las embarazadas tienen sobre estos, con medidas simples como mayor amabilidad del personal de salud y mejoras en el aspecto administrativo.

Son bien conocidos los efectos beneficiosos que el control prenatal tiene sobre el desenlace del embarazo. Por esta razón, es necesario aumentar la concurrencia de las embarazadas a la consulta prenatal. Con ese fin se deben promover campañas de instrucción sobre el tema, dirigiéndolas de modo preferente a la población de bajos recursos económicos. □

### REFERENCIAS

- (1) Belizán, J. M. Estadísticas anuales de la Maternidad Martín de Rosario, Argentina, 1974. Datos inéditos.
- (2) Avendaño, O. Organización de la atención materna y del recién nacido en América Latina. VII Congreso Latinoamericano y V Congreso Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia. Tomo II: Memorias y temas oficiales. Quito, Ecuador, 22-28 de julio, 1973.
- (3) Organización Mundial de la Salud. *World Health Statistics Report*. Vol. 22, No. 1, Ginebra, 1969.
- (4) Riverón Corteguera, R., H. García Ferrer y F. Valdés Lazo. Avances en pediatría y atención infantil en Cuba (1959-1974). *Bol Of Sanit Panam* 80(3):187-204, 1976.
- (5) Cabezas-Cruz, H., H. Duyos-Gato y F. Rojas-Ochoa. La atención materno-infantil y la reducción de la mortalidad perinatal en Cuba. Dirección Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba 1974.
- (6) Butler N. R. y D. G. Bonham. *Perinatal mortality*. Livingstone, Edimburgh y London 1963.
- (7) Navarrete-Orta, S. et al. Estudio socioeconómico de la consulta prenatal en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol (Venezuela)* 34:12, 1974.
- (8) Niswander, K. y M. Gordon. *The Women and their Pregnancies*. Filadelfia, W. B. Saunders Co., 1972.
- (9) Schwartz, S. Prenatal care, prematurity and neonatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 83:591, 1972.

### Attendance of pregnant women at prenatal consultation services in public maternity hospitals of Rosario, Argentina (Summary)

The principal objective of this study was to determine the causes of pregnant women's low attendance at prenatal control consultations. To that end, 689 lying-in patients who had given birth in three public (free) maternity hospitals in Rosario, Argentina were polled. An average of five prenatal control visits per patient was found. Moreover, a low number of control visits (three or less) was associated with a higher rate of fetal mortality (23.9%) and with a greater frequency of neonatal depression (4.4%) and low-weight births (14%). It was also noted that the pregnant women whose visits were least frequent belonged to groups in which parity was higher than average and the socioeconomic and cultural level, judging by the characteristics of their housing, level of schooling and marital status, was low. The reasons the women gave for their faulty attendance at prenatal control con-

sultations showed that they were poorly informed as to their nature.

An outstanding feature of the patients' impressions, both agreeable and disagreeable, of their hospital was the references they made to the care provided by the medical and paramedical staff. Public health centers must improve their image in the eyes of pregnant women by such simple measures as a more courteous attitude on the part of their health personnel and better administrative procedures.

The beneficial effects of prenatal control consultations on the outcome of pregnancy are well-known. The attendance of pregnant women at prenatal consultations must therefore be improved. To achieve that end, the authorities should promote instruction campaigns, preferably aimed at the low-income sectors of the population.

### Assistência dada a mulheres em estado de gravidez para consulta pré-natal nas maternidades públicas de Rosário, Argentina (Resumo)

O principal objetivo deste trabalho é conhecer as causas que originam uma baixa afluência de mulheres grávidas ao serviço de controle pré-natal. Para este fim investigaram-se 689 parturientes que foram atendidas em seus partos em três maternidades públicas (gratuitas) na cidade de Rosário, Argentina. Encontrou-se uma média de cinco controles pré-natais por mulher grávida. De outra parte, o baixo número de controles (três ou menos) associou-se com uma maior mortalidade fetal (23,9%), maior incidência de recém-nascidos deprimidos (4,4%) e de baixo peso ao nascer (14%). Observou-se também que as mulheres grávidas com nível de presença mais baixo no serviço de controle, pertencem a grupos de maiores parideiras e de baixo nível sócio-econômico e cultural, chegando-se a esse julgamento pelas características das casas que habitam, o nível de instrução e o estado civil. Dentre os motivos dados por essas mulheres procurando

explicar sua deficiente presença no serviço de controle pré-natal, observa-se que elas têm recebido muito má informação sobre este.

Das impressões tanto agradáveis como desagradáveis que recebem essas mulheres a respeito do hospital, destacam-se referências à atenção prestada pelo pessoal médico e paramédico. Os centros de assistência devem melhorar a visão que as mulheres grávidas têm sobre estes, com medidas simples, como por exemplo, uma maior amabilidade por parte do pessoal de saúde e melhoramentos sob o aspecto administrativo.

São bem conhecidos os efeitos benéficos que o controle pré-natal exerce no desfecho da gravidez. É por isso que é tão necessário aumentar a concorrência das mulheres grávidas à consulta pré-natal e com esse fim devem-se promover campanhas de instrução sobre o tema, dirigidas e planejadas preferentemente para a população de baixos recursos econômicos.

### Soins aux femmes enceintes à la visite prénatale dans les maternités publiques de Rosario, Argentine (Résumé)

L'objectif principal de cette étude est celui de connaître les causes qui provoquent la faible as-

sistance des femmes enceintes au contrôle prénatal. C'est pour cela que l'on a mené une enquête

auprès de 689 acouchées assistées dans trois maternités publiques (gratuites). de la ville de Rosario, Argentine. On s'est trouvé devant une moyenne de cinq contrôles prénataux par femme enceinte. D'autre part le faible nombre de contrôles (trois ou moins) a été associé à une plus grande mortalité fétale (23,9‰), une majeure incidence a nouveaux-nés déprimés (4,4%) et de faible poids à la naissance (14%). On a également observé que les femmes enceintes qui assistent le moins appartiennent aux groupes d'accouchements plus nombreux et d'un niveau socio-économique et culturel bas, à en juger par les caractéristiques de leur logement, le niveau d'instruction et l'état-civil. De tous les motifs donnés par les femmes enceintes pour expliquer leur déficiente assistance au contrôle prénatal on observe que ces dernières en sont mal informées.

Des impressions, aussi bien agréables que dés-agréables que reçoivent les patientes concernant l'hôpital, celles qui ressortent le plus se réfèrent à l'attention du personnel médical et para-médical. Les centres d'assistance doivent améliorer l'image que les femmes enceintes se font d'eux, par de simples mesures comme, par exemple, une plus grande amabilité du personnel de santé et des améliorations dans le secteur administratif.

Les effets bénéfiques du contrôle natal sur la bonne fin de la grossesse sont bien connus. Il est nécessaire, pour cette raison, d'augmenter l'assistance des femmes enceintes à la consultation prénatale. Dans ce but il faut promouvoir des campagnes d'instruction sur le thème, dirigées de préférence à la population de faibles recours économiques.

### DENGUE EN PUERTO RICO

Más de 10,000 casos de infección del tipo dengue notificó Puerto Rico en 1978. El aumento de la transmisión del dengue durante la estación de las lluvias, que comenzó el 18 de septiembre, podría ocasionar un mayor número de casos. Aunque no se ha notificado ningún brote importante en las otras islas mayores del Caribe, el dengue sigue siendo endémico en gran parte de esta región. En 1978 se registró un total de 52 casos de dengue en residentes de 17 estados de la parte continental de Estados Unidos de América. Los casos se importaron de Puerto Rico, Tahití y diversos lugares del Caribe. Seis de los casos importados se declararon en cinco de los 10 estados del sudeste, donde se señaló una infección de *Aedes aegypti*.

(Tomado de: *Weekly Epidemiological Record*, Organización Mundial de la Salud, No. 44, Ginebra, 3 de noviembre de 1978. Información basada en: *Morbidity and Mortality*, Vol. 27, No. 39, Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia.)