

Control del embarazo en Capilla del Sauce (departamento de Florida, Uruguay), durante el período 1999 – 2003

<control de embarazo><atención de salud>

Dr. Hugo Dibarboure Icasuriag

dibarsan@adinet.com.uy

Dra. Laura Haro

Dr. Richard Tessier

Dr. Jorge Cuenca

- 1). Introducción.
- 2). Material y método.
- 3). Datos y Resultados.
- 4). Discusión.
- 5). Conclusiones.

Agradecimientos: A los laboratorios Celsius y Eubiosis por su colaboración. Al Laboratorio del Sanatorio Canzani (Servicio del Banco de Previsión Social) por su colaboración en el estudio de la Toxoplasmosis.

Al Laboratorio Central del Hospital de Clínicas por su colaboración en el estudio de la Infección Urinaria.

Al Prof. Dr. Henry Cohen por su desinteresada colaboración, que hizo posible la incorporación de la Ecografía en Capilla del Sauce.

1. INTRODUCCIÓN

Se exponen y discuten los datos correspondientes al control del embarazo realizado en la Policlínica del Ministerio de Salud Pública (MSP) de

Capilla del Sauce (Policlínica) durante el lapso 1999-2003. Se relacionan con la población de la zona y con diversas variables vinculadas a la salud y a la condición social de la población.

Capilla del Sauce es una villa ubicada en la 7ª sección censal del departamento de Florida, en costas del arroyo Sauce del Yi, sobre la ruta 6, a 182 Km de Montevideo por dicha ruta y a 110 Km de la ciudad de Florida por las rutas 6 y 56.

2. MATERIAL Y MÉTODO

En Uruguay no existe una regionalización que determine la responsabilidad de servicios de salud en áreas territoriales delimitadas y su población. Existe la división administrativa del territorio nacional en departamentos, que no tiene significación en la organización de los servicios de salud dada la extensión de dichos departamentos, su población total, la ausencia de subdivisión distrital en ellos, la existencia de un sistema dual de atención de la salud. Por esta razón se estima la zona de influencia de los servicios de salud mediante la procedencia de las personas que demandan servicio y el conocimiento de ella por parte de los integrantes del equipo de profesionales que trabajan en dichos servicios desde hace años. Se considera que la zona de influencia comprende la mencionada 7ª sección censal y parte de la 6ª sección censal. (Figura 1)

Se exponen datos demográficos de la zona de influencia que interesan para evaluar la capacidad captadora de los servicios de atención de la salud radicados en ella y estimar algunos índices demográficos. Se expone la población del área discriminada según localidad y la correspondiente a la población rural dispersa (PRD). Las localidades son Capilla del Sauce y Montecoral. Si bien el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) define estas localidades como población urbana, (1)(2), desde el punto de vista sociológico cabe considerarlas como población rural nucleada (PRN). “Las características de nuestro agro requerirán de la incorporación al análisis, de la población denominada nucleada que se agrupa habitacionalmente en pequeños centros donde tienden a concentrarse parte importantísima de la vida social rural y que suelen operar como centros de servicio primario”(3). La población de Las

Chilcas se incluye en la población rural que en el caso tomamos como correspondiente a la 6ª sección censal que es a la que pertenece. Se trata de un asentamiento que tiene características propias, específicas, que permiten incluirla también como PRN. El INE la categoriza como población rural por exclusión (1) (2), ya que no la discrimina en la información correspondiente a asentamientos, ni en la de la 6ª sección censal. La información respecto de esta población se obtiene de trabajo anterior de uno de los autores (4).

Uruguay tiene un sistema dual de atención de la salud. El sector público, que incluye a varias instituciones de las cuales la más importante es el Ministerio de Salud Pública (MSP), debe brindar atención gratuita a la población indigente. Da cobertura al 73% de la población de Capilla del Sauce (4). La atención se presta en la Policlínica del MSP (Policlínica) de esta localidad. El seguro de prepago, sin fines de lucro, cubre el 27% de la población mediante la afiliación a COMEF (Cooperativa Médica de Florida) (4).

El trabajo se refiere al control realizado a las usuarias del sector público exclusivamente.

Existe un único patrón de registro prenatal y perinatal en todo el país mediante formularios de utilización obligatoria. Estos formularios son en el caso: Carné perinatal y La Historia Clínica Perinatal (5).

Las nóminas de embarazadas y embarazos y los datos referentes a su control se obtienen de los registros correspondientes, en duplicado, radicados en la Policlínica. Se complementan dichas nóminas con información proveniente de otras fuentes a efectos de determinar la real captación de embarazadas: registro de nacimientos llevado en la Policlínica, inscripciones de niños entre 2 y 4 años realizadas en el CAIF (Centro de Atención de la Infancia y la Familia), inscripciones de niños preescolares, entre 4 y 6 años, realizadas en la Escuela Pública Nº 28 de Capilla del Sauce, registro de vacunaciones realizadas en la Policlínica, historias clínicas de control y atención de la población infantil llevadas en la Policlínica.

La atención del parto no se realiza en Capilla del Sauce. El registro civil de nacimientos se realiza según su lugar de ocurrencia no de residencia de la madre. Por esta razón ha sido imposible complementar las nóminas mencionadas mediante este recurso.

La captación de embarazadas se estima mediante la comparación entre la natalidad estimada según la estructura demográfica y la nómina de embarazos y embarazadas obtenida mediante método previamente expuesto.

La comparación con cifras nacionales se establece con las proporcionadas por el Sistema Informático Perinatal (SIP) (6), generales para todo el país y discriminadas según sectores geográficos (Montevideo e Interior) y según instituciones públicas y privadas. Sin embargo la cobertura del SIP es de 70,6% de los nacimientos en 1999 (6) y dentro de ellos la omisión de registro es de 9,1% de los datos (6). La cobertura según área geográfica es de 88,9% para Montevideo y de 52% para el interior del país (6). Debe suponerse entonces fundadamente, subregistro del sistema especialmente en algunos episodios de enfermedad.

La comparación con cifras del Departamento de Florida se establece también con las proporcionadas por el SIP (7) para el mismo período que se estudia en este trabajo: 1999-2003. Si se relacionan estas cifras con las aportadas por el INE (2), puede estimarse que para todo el departamento la cobertura del SIP fue del 46,6%: población 0-5 años: 6167(2); cobertura MSP 73%(4); Cobertura SIP: 2095 partos (7). Esta cifra es algo menor que la previamente citada para el interior del país (52%).

La comparación con las cifras del SIP para Capilla del Sauce no corresponde porque muchos partos se realizan en Sarandi del Yi, Departamento de Durazno, y por lo tanto no están incluidos en el registro SIP del Departamento de Florida. No logramos acceder a la información del SIP correspondiente a Sarandi del Yi. La contrarreferencia de la información respecto de los partos, procedente de los centros donde se realizan, es mínima. En ausencia de estos datos, la información se obtuvo por referencias de la madre sobre aquellos que pudo aportar.

El grupo de profesionales actuantes ha sido de tres médicos en forma permanente y un médico residente de Medicina Familiar que ha variado en los años sucesivos. Ninguno de los médicos es especialista en Gineco-obstetricia ni en Pediatría en el lapso de este trabajo. Son médicos clínicos generales asimilables a lo que en otros países se consideran Médicos de Familia y médicos Residentes en esta disciplina a la que muy recientemente se la dotó de un postgrado. Uno de ellos se calificó para realizar ecografías ginecológicas

y abdominales y enseña en servicio a los demás integrantes del grupo, especialmente Residentes. El equipo de salud se completa con un auxiliar de enfermería y un auxiliar de servicio.

Se indica el origen del material utilizado para educación de los usuarios respecto de salud reproductiva, embarazo, parto, puerperio y lactancia materna. (8)(9)(10)(11). Esta actividad se cumplió mediante la información personal en el momento de cada consulta y la entrega de los textos citados. Por otra parte se organizaron reuniones de embarazadas y madres no embarazadas para promover el intercambio de experiencias y la consideración de diversos aspectos relativos al tema. Así mismo se realizaron reuniones en los centros docentes relativas a la educación sexual.

Se registraron las siguientes variables con sus respectivos códigos:

Número. Número correspondiente a cada embarazada.

Número de embarazo. Número ordinal del embarazo en el total de embarazos controlados.

Edad. Edad de la embarazada en el período en que cursa el embarazo. Se toma como referencia la fecha de la última menstruación (FUM) y la del parto. Se discrimina la población menor de 19 años en tres subgrupos a efectos de calificar adecuadamente el embarazo en adolescentes según se desarrolle en la adolescencia temprana, intermedia, y tardía (12). En relación con los episodios de enfermedad durante embarazo y parto se opta por la distribución en tres grandes grupos etáreos :14-19 años, 20-34 años; 35 años y más, que se consideran representativos de las principales condicionantes etáreas de las embarazadas.

Antecedente de embarazos. Número de embarazos anteriores al que se cursa.

Período intergenésico. Tiempo transcurrido entre la finalización del último embarazo, fecha del parto, y el comienzo del nuevo según FUM.

Instrucción. Grado máximo alcanzado por la embarazada en el sistema educativo nacional.

Estado civil. Se toma la condición relativa a estado civil, hogar y jefatura del hogar en relación a la embarazada durante el período del embarazo. Se opta por este criterio porque describe precisamente la situación en relación al episodio que se estudia, el embarazo y su eventual variación en el lapso

estudiado. De cualquier manera las diferencias son mínimas. Todas las embarazadas que cursaron mas de un embarazo mantuvieron casi en todos los casos la misma condición respecto del estado civil y del hogar.

Corresponde realizar precisiones respecto de la condición del estado civil denominada “unida”. En los documentos consultados no se define este concepto (13)(1) pero de hecho se le asigna a la unión un carácter de cierta permanencia, equiparable al matrimonio, de tal forma que debe distinguirse de una simple relación ocasional. El texto se refiere a “uniones consensuales o de hecho”(1) En la “Normas de Atención Materno-Infantil”, Sección Perinatal (Normas)(14) se incluye como factor de riesgo la “madre soltera abandonada (Padre desconocido o que no vive ni ayuda a la embarazada Desde nuestro punto de vista parece pertinente determinar que en el caso de la condición “unida” la relación de la pareja se mantiene con el embarazo, lo que nos parece el hecho a señalar; es decir si la embarazada está o no acompañada por su pareja. La palabra “cónyuge” se usa indistintamente para las condiciones de casada y unida.

Hogar. Se entiende por hogar a la persona o grupo de personas con o sin vínculo de parentesco que habitan bajo un mismo techo y que al menos para su alimentación dependen de un fondo común (1). Se entiende por hogar nuclear al hogar integrado por los cónyuges, los cónyuges con sus hijos, con hijos de uno de ellos o una persona con sus hijos (1). Se toman tipos de hogar allí definidos que interesan para este estudio. Se clasificará el hogar según la condición que tenga en él la embarazada. El hogar nuclear monoparental está constituido por uno de los padres y su prole. El hogar extendido corresponde a un hogar nuclear más otras personas, sean o no familiares (1).

Procedencia. Se establece según residencia de la embarazada en Capilla del Sauce, Montecoral, Población rural(PR), Otros. En Población Rural, se incluye la población rural de la 7ª Sección Censal de Florida y la de los asentamientos de Las Chilcas y Las Chingolas que el INE incluye, por exclusión en localidades y asentamientos, como PR de la 6ª Sección Censal. (1)(2). En Otros, se incluye población proveniente de localidades y zonas que no están dentro de la zona de influencia de Capilla del Sauce: Sarandi del Yi, Cerro Colorado, San Jorge (Dpto. Durazno), Cerrezuelo (Dpto Durazno).

Jefatura del hogar. Se asume que todo hogar particular tiene un jefe que se define como la persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar(13).

Semana del embarazo en que se realizó la primera consulta. Se establecen comparaciones con cifras del SIP para Uruguay (6) y para el departamento de Florida (7).

Número de controles. Se consideran controles las consultas clínicas formales, realizadas. Se excluyen los controles realizados exclusivamente en relación con exámenes complementarios (examen de orina, ecografía, estudio de la IGM en la Toxoplasmosis, etc.). Se establecen comparaciones con cifras aportadas por el SIP para Uruguay (6) y Florida (7).

Ecografía. . No existe título habilitante de “ecografista” en Uruguay. Para realizar la Ecografía uno de los autores se formó durante dos años en una Clínica Ecográfica en Montevideo. Desde el año 2000 cumple funciones de ecografista en el Centro Departamental del MSP de Florida. Mediante su práctica en Capilla del Sauce permite la formación ecográfica en servicio de los otros médicos actuantes.

Semana de la primera ecografía. Semana del embarazo en que se realizó la primera ecografía. Se valoriza la ecografía precoz como importante dato concurrente a determinar con la mayor exactitud el tiempo del embarazo.

Número ordinal de las ecografías realizadas.

Controles biológicos. Se realizan todos los exámenes complementarios determinados por las “Normas”(14) con excepción del Papanicolaou (PAP). Todos se realizan en la Policlínica de Capilla del Sauce. Durante los primeros años del lapso que se estudia, no existía una organización del sector público que permitiera el

traslado seguro y regular de muestras, lo que determinaba que los exámenes o se hacían en Capilla del Sauce o no se hacían. Corregida ulteriormente esa carencia se mantuvo la realización local de los exámenes por varias razones a saber: podían hacerse localmente en forma satisfactoria, permitían disponer de resultados con diferencia de horas previas al momento de la consulta, se satisfacía un objetivo docente en el trabajo con residentes de Medicina Familiar. Se introducen escasas modificaciones a las normas para hacerlas

localmente operativas sin que se afecte el conocimiento del parámetro que se pretende conocer.

No se realiza el Papanicolaou por diversas razones. En ningún caso se comprobó lesión macroscópica de cuello, excepto cervicitis ocasionales, moderadas, que mejoraron con tratamiento local.

Desde 1997 se realiza el Papanicolaou en la Policlínica de Capilla del Sauce. Fruto de ese trabajo existe una amplia cobertura de la población expuesta al riesgo de cáncer de cuello uterino y la accesibilidad al servicio y la relación con la población permiten realizar el test, sin dificultades en los meses siguientes al parto, si es que la paciente ya no se lo había realizado. La pauta que propone la Guía Clínica de Fisterra.com es precisamente realizar el estudio en el puerperio tardío. (15).

El elevado número de embarazadas menores de 20 años, no integran, por otra parte la población en riesgo que se indica estudiar según algunas pautas. El cribado mediante PAP se establece entre los 25 y los 65 años según la Guía Europea y entre los 35 y 65 años según el programa PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) (16). Por otra parte “no hay evidencias de que el CIN (Neoplasia Intra Cervical) progrese más rápidamente por el embarazo, por lo que su manejo en ese caso debe ser conservador” (17)(18)(19). Entonces ¿con qué objeto introducir en el ámbito psicológico de la embarazada un factor que eventualmente puede generar ansiedad, inseguridad, temor, si ello no va a generar modificación en la conducta a seguir? Finalmente de las 65 embarazadas que se estudian, 53 (81,6%) tienen a la fecha, por lo menos un PAP hecho.

Se pasa revista a los exámenes complementarios dispuestos por las mencionadas “Normas” y a las modificaciones que se establecieron en aquellos. Se realizaron según pautas en todas las embarazadas excepto en 6 casos. En 2 casos porque se produjeron sendos abortos, en los restantes por las siguientes causas: continuación del control en otro medio, residencia alejada (San Jorge, Dpto. Durazno) con importante dificultad de traslado; residencia en Sarandi del Yi donde se realizaba los exámenes complementarios informados verbalmente como normales por la embarazada pero cuya documentación no comprobamos, embarazada residente en Las

Chilcas-Las Chingolas con serias dificultades de traslado que impidió el control de la IU por inadecuado recolección de la muestras, se realizaron los otros controles.

Hemograma completo. En una mujer sana, embarazada, sin antecedentes de importancia, interesa determinar la existencia o no de anemia y verificar que no existen trastornos de la coagulación. Ante la imposibilidad de realizar un hemograma completo estudiamos el hematocrito y estimamos la hemoglobina (Hb) en función de su valor (20). Según las circunstancias, si se estiman cifras de Hb menores de 11g/l, se realiza el hemograma completo enviando la muestra correspondiente al Centro Departamental de Florida. La determinación del número de plaquetas en el hemograma completo, suponemos que como única pesquisa de coagulopatías, parece inconveniente porque no todas ellas se detectan mediante dicho recuento, innecesario porque el estudio de plaquetas debería responder a una solicitud expresa si se presume necesario, y caro. A esos efectos determinamos el tiempo de coagulación y de sangría. Así es, por otra parte, como lo indicaban las propias Normas Materno Infantiles del MSP del año 1988 (21).

Orina completa. Las "Normas" establecen que en la primera entrevista se debe solicitar "orina completa", es decir un examen completo de orina (14). No se establece que se considera "examen completo". En los controles prenatales siguientes se establece la solicitud de "examen de orina en todas las consultas" y "se recomienda urocultivo en el 2º y 3er. trimestre" (14).

En "Atención prenatal y del parto de bajo riesgo" ("Atención prenatal") (5) se comenta que "debido a la alta frecuencia (2% a 10%) que tiene la bacteriuria asintomática (BA) cuando es posible se sugiere realizar de rutina un urocultivo en la primera consulta prenatal". Es general la recomendación de hacer el urocultivo sistemático al comienzo del control prenatal, más precisamente entre las 12 y 16 semanas.(15)(22)(23)(24)(25)(26)(27).

No han prosperado en nuestro medio métodos sencillos de urocultivo denominados "semicuantitativo"(25), "Microstix-3, (Laboratorio Bayer) (5).

El sistema de atención en Uruguay, imposibilita que puedan realizarse las primeras maniobras del Urocultivo, siembra e incubación, en el primer nivel de atención y trasladar después los cultivos que desarrollen al laboratorio centralizado. Por esa razón nuestro estudio mediante urocultivo no pudo ser

sistemático sino dependiente de la disponibilidad de medios a los que se accedió con dificultad. La BA se identificó con un único urocultivo.

La alternativa que ofrece el sistema es el traslado de la muestra de orina a Florida en transporte público, distancia/tiempo 2 horas. De esa manera no se cumplen las condiciones requeridas para un examen correcto.

Tanto en caso que el urocultivo inicial fuera negativo como si se comprobara IU, los criterios de las fuentes mencionadas sobre el seguimiento varían.

Por otra parte, determinados a actuar según las posibilidades ofrecidas por el sistema, sin resignación ni afán de justificarlas, comprobamos en diversos trabajos afirmaciones que si bien no siempre se refieren al primer examen, a la BA. ni a la condición de embarazada, relativizan las pautas a seguir. Por ejemplo:

- “ en la embarazada la IU debe buscarse sistemáticamente mediante urocultivo mensual”. (27).
- “parece aconsejable realizar tiras reactivas mensualmente y un urocultivo cada trimestre” (15)
- “la frecuencia óptima para los urocultivos periódicos subsiguientes no ha sido determinada y se deja a discreción del médico” (24).
- “si la leucocituria, la hematuria y los test rápidos son negativos, la posibilidad de no tener una IU es del 98%” (27).
- “Una orina límpida, sin elementos anormales, tiene un valor predictivo negativo de IU entre 97 y 98%” (26).
- “pacientes que inicialmente tienen un urocultivo negativo, no requieren otros test excepto en mujeres con historia de IU recidivantes”. (25)

En estas condiciones se siguió el siguiente procedimiento aplicado tanto al primer examen como a los de seguimiento:

- Instrucción para la obtención de la muestra de la mitad del chorro, previo lavado. Uso de frasco estéril.
- Obtención de la muestra de la primera orina de la mañana.
- Examen dentro de las 3 horas siguientes a su emisión, manteniéndolas refrigeradas (4°C) hasta entonces.

- Examen mediante tira reactiva para la detección de 10 parámetros que incluyen: glucosa, cuerpos cetónicos, densidad, sangre, ph, proteínas, bilirrubina, urobilinógeno, nitritos, leucocito esterasa.
- Estudio de sedimento urinario, valorando la presencia de 10 leucocitos o piocitos por campo y eritrocitos.
- Siempre que fue posible, según disponibilidad de medios, se hizo urocultivo cuantitativo mediante siembra en Agar-Sangre y CLED (Cystine-Lactose-Electrolyte-Deficient). Se dio preferencia, pero no exclusividad, a los casos en que la investigación mediante tira reactiva fue positiva para los parámetros nitritos, leucocito-esterasa, sangre, proteínas, o alguno de ellos. Se cultivó a 37° durante 24 horas. Según el desarrollo obtenido se transportó la placa de Petri a laboratorio centralizado para el diagnóstico microbiológico.
- Los casos tipificados como BA. desarrollaron más de 105 unidades formadoras de colonias por ml.

El número de muestras contaminadas (cultivo polimicrobiano) fue bajo lo que supone una recolección adecuada y manejo correcto de la técnica de cultivo.

Glucemia. La pesquisa de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) es un tema en discusión. “En la actualidad no existe consenso a nivel internacional”(28).

Según las “Normas” “se recomienda la detección de DMG en todas las embarazadas, comenzando con la prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa realizada entre las 24 y 28 semanas”(14).

En “Atención prenatal” se recomienda un esquema de detección dirigido a toda la población de gestantes. “En el inicio se recomienda el empleo de la prueba de detección oral (DOG) con lo que se separan los casos con mas probabilidad de DMG”(5).

En la Guía Clínica “Diabetes gestacional” (28) se recomienda determinar el nivel de riesgo de DMG y “en función del mismo actuar de diferente manera”. Se establecen tres grupos. El primero es el de embarazadas con bajo riesgo.

Está integrado por “menores de 25 años, de peso normal, sin antecedentes de Diabetes Mellitus en familiares de primer grado, ausencia de antecedentes personales de alteraciones del metabolismo de la glucosa o de malos antecedentes obstétricos. En este grupo no sería necesario realizar ningún tipo de pesquisa”. El segundo grupo incluye “mujeres con riesgo moderado y está integrado por embarazadas con 25 o más años de edad, y ningún otro factor de riesgo”. “En este grupo la recomendación es realizar un test de O’Sullivan entre las 24 y 28 semanas de gestación” Finalmente las embarazadas con riesgo alto “son aquellas que tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo: obesidad importante (IMC > 30), glucosuria, antecedentes personales de DMG o patología obstétrica, antecedentes de Diabetes Mellitus en familiares de primer grado. En este grupo se recomienda comenzar la pesquisa con el test de O’Sullivan en la primera visita, entre las semanas 24 y 28, y entre las semanas 32 y 36”.

Nosotros determinamos la glucemia mediante Hemoglucotest (Abbot Laboratories. Medisense Products. Bedford, MA 01730 USA) y realizamos el examen de orina mediante cinta reactiva. De acuerdo a la pauta puede o no realizarse el test de O’Sullivan o prueba de detección oral de la DMG (5) que consiste en la valoración de la glucosa plasmática venosa una hora después de la ingesta oral de 50 g de glucosa, sin preparación previa, a cualquier hora del día. Administramos a hora adecuada los 50 g de glucosa y la paciente se traslada en transporte público al Hospital de Sarandi del Yi, distante 20 minutos, donde se realiza la determinación de la glucemia en sangre venosa.

La Guía Clínica de Fisterra (28) ya citada dice a texto expreso que la determinación debe hacerse en sangre venosa. En “Atención Prenatal”(5) se admite que la determinación puede hacerse en sangre venosa o capilar. Para nosotros no se trata de una banalidad porque de una manera lo podemos hacer en la propia Policlínica mediante Hemoglucotest, y de otra debemos trasladar la paciente. Hemos optado por esta última alternativa, según se ha expuesto. La prueba es positiva cuando se obtienen valores mayores a 140 mg/100ml.

El test de O’Sullivan nos permite disponer de un elemento adicional de tamizaje, con la consecuencia práctica de que no necesariamente debemos trasladar la paciente a la ciudad de Florida desde el día anterior al de la

realización de la prueba de tolerancia, con los consiguientes costos sociales, económicos y relacionados a la salud.

En los casos en que se obtiene un test de O'Sullivan positivo debe realizarse la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Nuestros pacientes se realizan la prueba en el Centro Departamental de Florida, donde se usa la sobrecarga con 75 g de glucosa y determinación de la glucemia basal, a la hora y a las dos horas de la ingesta. Se consideran valores normales los determinados por la ADA (American Diabetes Association)(28).

VDRL. Para la pesquisa de Sífilis se usaron en el lapso que se estudia dos test, a saber:

VDRL test. Suspensión antigénica estabilizada para realizar la prueba VDRL modificada (USR) de detección de sífilis. Almacenamiento a temperaturas comprendidas entre 2 y 10 grados centígrados. Muestra: suero. El test comparado con el diagnóstico mediante inmunofluorescencia demostró una concordancia en los resultados del 96%. Wiener lab. Rosario, Argentina.

Syphilis Ab Test. Inmunoensayo rápido, cromatográfico en capa fina, para la detección cualitativa de anticuerpos antisífilis en suero humano. Sensibilidad 96,6%. Especificidad 99,1%. Celsius Diagnostica. La sustitución del método anterior por el que se expone se debió a donación del material, pero además tiene ventaja sobre el anterior por su mayor sencillez operativa, y fundamentalmente a que el transporte y conservación del material no requiere cadena de frío. Almacenamiento del material a temperatura ambiente sin exponerlo a temperaturas mayores de 30 grados centígrados, a la luz directa del sol o a una excesiva humedad. Muestra: suero.

Grupo sanguíneo. Se usaron para su determinación sueros ORTHO anti A, anti B, y anti D. En los casos de grupo Rh negativo se realizó el control mediante test de Coombs enviando la muestra a Florida. La excepción fue un caso en el que el padre también era Rh negativo.

Serología para Toxoplasmosis. Las "Normas" recomiendan estudiar los valores de IgG específica en el primer trimestre y otras acciones según el resultado obtenido(14). Actualmente no se cumple en muchas dependencias del MSP. Sin embargo está documentado desde hace tiempo que el test de aglutinación de partículas de latex (AL) constituye un método eficaz para el cribado serológico de rutina para anticuerpos anti Toxoplasma Gondii (29). En

el servicio del BPS, de reconocida calidad en el medio y con amplia experiencia en la pesquisa de Toxoplasmosis en embarazadas, se opta como primer paso por este test (30). Es el procedimiento que hemos seguido. Durante el primer año del lapso en estudio se usó Pastorex R Sanofi Pasteur, con sensibilidad de 98,1% y especificidad de 98,6%. Muestra: suero fresco. Posteriormente usamos el Reactivo Latex toxoplasmosis producido por Rabinovich y asociados, Montevideo, Uruguay, con control de calidad realizado por la cátedra de Inmunopatología de la Facultad de Química, Universidad de la República, mucho más barato y de excelente resultado. Para la técnica cualitativa Sensibilidad 91%, Especificidad 96,4 %, valor predictivo positivo 95,6 %, valor predictivo negativo 92,6 % (31)(30). En ambos reactivos usados, el almacenamiento debe realizarse a temperaturas entre 2 y 8 grados centígrados. Las embarazadas sero positivas en el primer análisis con la técnica de AL fueron testadas para detección de IGM específica en el Laboratorio Central del BPS ("Sanatorio Canzani") y seguir el algoritmo adoptado en esa institución para determinar el tiempo estimado de la seroconversión: IGM, IGG, test de avidéz (30). En esos casos se trasladó muestra de suero fresco a temperatura entre 2 y 8 grados centígrados.

Antígeno de superficie para Hepatitis B. Se usaron dos métodos indistintamente, de iguales características. Hexagon HbsAg. Método inmunocromatográfico para la detección de HBsAg en suero humano o plasma. El test tiene una especificidad mayor de 99,7% y una sensibilidad de 100%. (1 ng/ml). Laboratorio HUMAN, Human Gesellschaft für Biochemica und Diagnostica. Germany. HbsAg Test. Inmunoensayo rápido para la determinación de antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en suero. Sensibilidad 1ng/ml. Especificidad: todos los subtipos de antígenos del virus de la hepatitis B muestran resultados positivos. Celsius Diagnostica.

En ambos casos almacenamiento a temperatura ambiente sin necesidad de cadena de frío.

Serología HIV. Inicialmente se usó el test Hexagon HIV, ELISA, inmunocromatográfico, para detección de anticuerpos de virus de la Inmunodeficiencia adquirida humana I + II. Especificidad 99,8%. Sensibilidad HIV 1 99,8%, HIV 2 100%, HIV 1 y 2 (coinfeción) 100%. Muestra: sangre total, plasma o suero. Almacenamiento entre 2 y 8 grados centígrados. Laboratorio

HUMAN, Human Gesellschaft für Biochemica und Diagnostica. Germany, distribuído por Eubiosis SRL.

Durante el año 2002 se usó HIV Ab test, inmuno ensayo cromatográfico en capa fina , test rápido para la determinación de anticuerpos anti-HIV en muestras de suero o sangre total. Sensibilidad 100%, especificidad 99,6%. Almacenamiento a temperatura ambiente sin exposición directa al sol, temperaturas mayores de 30 grados centígrados ni excesiva humedad. Celsius Diagnostica.

Desde 2003 se usa el test Hexagon HIV prueba rápida inmunocromatográfica de 3ª generación para la detección de anticuerpos contra los virus 1 y 2 de la inmunodeficiencia humana. Sensibilidad 100%, Especificidad 99,5% verificadas con relación a una prueba ELISA comercial conocida, mediante 3218 muestras negativas y 521 muestras positivas. Muestras: sangre total del pulpejo del dedo, suero o plasma. Almacenamiento a temperatura ambiente, sin temperaturas mayores de 30º C. . Laboratorio HUMAN, Human Gesellschaft für Biochemica und Diagnostica. Germany, distribuido por Eubiosis SRL.

Todos los test mencionados han sido autorizados por el MSP.

En todos los casos los procedimientos fueron y son muy simples y no requieren ningún adiestramiento especial. La tecnología ha mejorado la situación inicial haciendo innecesaria la cadena de frío que se requería hace unos años y además permitiendo realizar la exploración con sangre del pulpejo, lo que facilita el procedimiento especialmente en niños.

18. Hemoglobina.

19. Problemas Rh.

20. Infección urinaria.

21. Controles de IU. Número ordinal correspondiente al número de controles realizados, se tenga o no infección.

22. Urocultivo.

23. Toxoplasmosis.

24. Diabetes gestacional.

25. Evolución patológica del embarazo. Se discrimina entre episodios de enfermedad en función de los registrados. A unos los denominamos mayores: Aborto, Parto de Pretérmino, Preeclampsia, HTA, Óbito fetal. A otros los

denominamos menores: IU y Anemia. Optamos por esta diferenciación para distinguir la diferente gravedad de hecho o potencial entre los distintos tipos. Aborto “es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de edad gestacional o la expulsión de un producto gestacional con un peso menor de 500g”(32)(12). Arias sitúa el plazo mencionado en 24 semanas (33). Se entiende por Óbito fetal la muerte fetal durante la gestación. Puede ser temprano, antes de las 20 semanas, lo que da lugar a un aborto, intermedio entre las 20 y 28 semanas y tardío después de las 28 semanas. (32). El Parto de pretérmino es el parto que se produce antes de las 37 semanas de edad gestacional, 259 días (32)(12). referencias al Retraso del Crecimiento Intrauterino (RCIU), Pre E.,HTA, IU, anemia.

26. Riesgo. Las “Normas”(14)(21), se refieren al diagnóstico de riesgo según “variables”. Sin embargo pensamos que “variable de riesgo” no es un concepto epidemiológico. No hemos encontrado su definición ni su referencia en diversas obras consultadas.(34)(35)(36). Optamos entonces por las definiciones de Last (34). “Factor de riesgo” es “un aspecto de comportamiento personal o de estilo de vida , una exposición ambiental o un carácter hereditario o congénito basados en evidencia epidemiológica conocida por asociarse con condiciones relacionadas a la salud, que se considera importante prevenir”. Last añade que el término se usa también con cierta liberalidad con el significado de: “marcador de riesgo” (“atributo o exposición asociada con un aumento de la probabilidad de un resultado específico, como la ocurrencia de una enfermedad. No es necesariamente un factor causal”) y de “determinante”, (“atributo o exposición que aumenta la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico”).

Nos referiremos en términos generales a las denominadas “Variables” como Factores de Riesgo. Se exponen a continuación según texto de las “Normas” (14).

Antecedentes maternos. (Normas 1999). - Muy bajo nivel socio-económico o educacional. -Embarazo no deseado. -Madre soltera abandonada. (Padre desconocido o que no vive con ni ayuda a la embarazada) -Madre menor de 16 años. -Gestante añosa, mayor de 35 años. - Multiparidad, más de 4 partos previos. -Desnutrición u obesidad materna según tablas de relación peso-talla. – Altura menor de 150 cm. -Consanguinidad entre los padres. -

Corto período intergenésico (menos de un año entre parto anterior y comienzo del presente embarazo). - Antecedentes familiares maternos de Diabetes. – Captación tardía: primer control del presente embarazo después de las 14 semanas. -Tabaquismo en el embarazo en curso (más de tres cigarrillos día) - Alcoholismo en el embarazo en curso (500 cc de vino/día o 60 cc de bebidas destiladas/día.) - Drogadicción. Ingestión habitual de medicamentos. - Pacientes con patología psiquiátrica.

Antecedentes patológicos maternos.

Gineco-obstétricos.

- Embarazadas Rh negativo inmunizadas. – Antecedentes de esterilidad y/o infertilidad tratados con drogas u hormonas. - Muerte fetal o neonatal previa. – Antecedentes de pequeño para la edad gestacional. – Uno o más partos de pretérmino. (< 37 semanas) – Hijo macrosómicos o de bajo peso. – Dos o más abortos inducidos o espontáneos. – Pre-eclampsia previa. – Historia sospechosa de incompetencia cervical. – Una o más cesáreas anteriores. – Antecedentes de flebitis puerperal. – Cicatriz uterina no debida a cesárea. – Estrechez pélvica. – Defectos de nacimiento en embarazos previos. –Dos o más infecciones urinarias.

Generales.

Hipertensión arterial. - Diabetes - Tuberculosis. - Sífilis. -HIV (+). -Otros (nefropatía, cardiopatía, epilepsia, etc.)

Complicaciones durante el embarazo

- Anemia (< 10g Hb/dl) - Amenaza de parto prematuro. -Infección urinaria. - Primoinfección por Toxoplasmosis -Albuminuria (++; 0,3 g/l o >). - Presión arterial > de 140/90. o un aumento de 15 mm de Hg la diastólica y/o 30 mm la sistólica, de la presión de base de la paciente. - Hipotensión arterial < 90/60. - Aumento insuficiente de peso o aumento excesivo no controlado por dieta. (Según gráfica del SIP). -Disminución de peso materno. – Inmunización anti Rh durante la gestación. – Reacción serología positiva de sífilis, rubeola, hepatitis, HIV. – Varicela en cualquier momento de la gestación. –Herpes genital. - Rotura de membranas antes de término (37 semanas). - Altura uterina en desacuerdo con la amenorrea. - Presentación podálica después de las 36 semanas. - Situación transversa después de las 36 semanas. - Polihidramnios. – Oligoamnios. - Crecimiento fetal insuficiente. - Crecimiento fetal excesivo. – Embarazo múltiple. – Síndrome febril prolongado. - Genitorragia. - Desprendimiento prematuro de placenta. – Placenta previa. - Ausencia de movimientos fetales después de las 24 semanas. - Ausencia de latidos fetales detectables clínicamente o por paraclínica. - Diabetes aparecida en el embarazo. - Disminución de los movimientos fetales percibidos por la madre durante más de tres días después de las 36 semanas. -Defecto congénito fetal.

Finalmente corresponde realizar algunas consideraciones sobre el punto. El factor de riesgo “Muy bajo nivel socio-económico o educacional” no está definido en las Pautas. Nuestro trabajo se realiza mediante la atención de la población considerada pobre o indigente, porque dispone de carné de asistencia gratuita del MSP que lo otorga cuando se configuran esas condiciones de acuerdo a especificaciones precisas. Se trata de “clases sociales dominadas propiamente dichas” (3) que constituyen el 71,5% de la población rural y clases marginales que constituyen el 13,3% para un total de 84,8% en todo el país. La diferencia con el 73% de cobertura por el MSP que hemos registrado en otro trabajo (4), puede explicarse por la exclusión en ese conjunto, de población asalariada que se atiende en el sector privado compulsivamente por su necesaria afiliación en el BPS. y por variaciones demográficas producidas desde el trabajo de Errandonea (3). El conocimiento del medio por parte de los autores permite pensar por una parte que toda la

población estudiada es de muy “bajo nivel económico y social” según los parámetros mencionados. Sin embargo estimamos que existe fácil accesibilidad al servicio expresada en la captación de embarazadas, la semana de la primera consulta y en el número de controles, por lo que puede inferirse que aquellas condiciones del riesgo social no han operado en el caso para la atención de las embarazadas. Por esa razón por un lado se exponen condiciones sociales de las embarazadas (nivel de instrucción, características del hogar, estado civil, etc.) y por otro se tipifica el riesgo según los siguientes parámetros: déficit alimentario, mantenimiento de la lactancia de embarazo anterior, trabajo excesivo referido a la actividad doméstica (atención de familia numerosa con más de cuatro hijos, lavado manual de ropa, corte de leña, ordeño de vacunos, racionamiento de animales.) y la promiscuidad entendida como el mantenimiento de relaciones sexuales con varias personas.

Resulta llamativo la no inclusión como factor de riesgo de la infección vaginal por *Gardnerella vaginalis* y bacterias anaerobias (Vaginosis bacteriana) que se asocia al aborto y al parto de pretérmino, (37)(38), puede diagnosticarse clínicamente y tratarse (39). Nosotros no nos referimos al tema porque incorporamos la pesquisa con posterioridad al comienzo de la serie que se presenta. Tampoco se plantea el estudio del *Estreptococo agalactiae* del grupo B. cuyo resultado positivo obliga a la profilaxis intraparto para evitar la infección neonatal (15).

27. Tratamiento. Se realizó tratamiento sistemático con Hierro y Ácido Fólico. Se utilizó preparado farmacéutico compuesto con Sulfato Ferroso 300 mg y Ac. Fólico 350 mcg.

28. El parto. Se discrimina entre parto vaginal normal, parto vaginal instrumental y cesárea. Los partos se realizaron en Sarandi del Yi, en la ciudad de Florida y en escaso número en Montevideo. Predominan los realizados en Sarandi del Yi, donde no existe centro obstétrico quirúrgico. Se dispone información parcial del SIP, para todo el departamento de Florida y para Capilla del Sauce en el mismo lapso que se estudia. En ausencia de datos propios del sector, la información se obtuvo por referencias de la madre sobre aquellos que pudo aportar.

29. El producto. Se refiere a la situación del recién nacido.

30. Lactancia materna. Se discrimina el lapso de lactancia recibida entre mayor y menor de 6 meses. La comparación sólo puede establecerse con las cifras el SIP pero estas se refieren exclusivamente a la situación en el momento del alta hospitalaria lo que informa muy parcialmente sobre el asunto.(6)(7)

31. Anticoncepción. Hasta julio de 2002 no se dispuso en Capilla del Sauce del abastecimiento adecuado de materiales de salud reproductiva. Ello dificultó y limitó el uso de métodos anticonceptivos posteriormente al parto. A partir de esa fecha se dispuso directamente de todos los insumos necesarios para desarrollar la tarea. Se utilizó ACO sólo de progestágeno durante la lactancia. La inserción del dispositivo intrauterino (DIU) se hizo después de las 6 semanas del parto (40) Se analizan especialmente la anticoncepción en embarazadas que tuvieron episodios mayores de evolución patológica del embarazo y en las que tuvieron más de un embarazo en el período estudiado. La comparación con las cifras aportadas por el SIP (6)(7) adolecen de la misma limitación que la anteriormente citada ya que se refieren al momento del alta hospitalaria.

3. DATOS Y RESULTADOS

Se controlaron 83 embarazos que cursaron en 65 mujeres. En el lapso estudiado, 51 de ellas tuvieron 1 embarazo, 11 tuvieron 2, 2 tuvieron 3 y 1 tuvo 4. Se exponen datos demográficos que interesan y los resultados obtenidos.

CUADRO No 1

Capilla del Sauce y Estación "Capilla del Sauce" 2004. Población según edad y sexo. Detalle. (Valores absolutos).

EDAD	SEXO		TOTAL
	Masc.	Fem.	
80 a. y +	15	22	37
65 - 79	51	46	97
50 - 64	73	65	138
30 - 49	113	103	216
25 - 29	25	22	47
20 - 24	26	18	44
15 - 19	50	48	98
6 - 14	88	82	170
0 - 3	25	18	43
TOTAL	486	440	926

Fuente: INE, 2004.

CUADRO Nº 2

Distribución de embarazadas según su edad.

		Número	%	% acum..
Edad	1 - 14	2	2,4	2,4
	15 - 16	10	12,0	14,5
	17 - 19	24	28,9	43,4
	20 - 24	14	16,9	60,2
	25 - 29	13	15,7	75,9
	30 - 34	7	8,4	84,3
	35 - 39	10	12,0	96,4
	40+	3	3,6	100,0

	Total	83	100,0	
--	-------	----	-------	--

CUADRO Nº 3

Procedencia de las embarazadas.

	Número	%	% acum.
C del S	54	65,1	65,1
Monte*	5	6,0	71,1
PRD	19	22,9	94,0
Otros	5	6,0	100,0
Total	83	100,0	

(*Montecoral)

CUADRO Nº 4

Distribución de embarazadas según sus antecedentes obstétricos.

		Número	%	% acum.
Nº de embarazo	0	25	30,1	30,1
	1	14	16,9	47,0
	2	15	18,1	65,1
	3	10	12,0	77,1
	4	6	7,2	84,3
	5	5	6,0	90,4
	6	3	3,6	94,0
	7	1	1,2	95,2
	8	2	2,4	97,6
	9	2	2,4	100,0
	Total	83	100,0	

CUADRO Nº 5

Distribución de embarazadas según su edad y estado civil.

		edad								Total
		1 - 14	15 - 16	17 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40+	
Estado	unida	1	7	22	12	6	3	4	2	57
	casada		1		2	6	4	6	1	20
	soltera	1	2	2		1				6
Total		2	10	24	14	13	7	10	3	83

CUADRO Nº 6 Distribución de las embarazadas según su edad y riesgo obstétrico.

		riesgo					Total
		antec mater	embarazo complicad	1 + 2	1 + 3	1 + 4	
edad	1 - 14	1				1	2
	15 - 16	6	1		1	2	10
	17 - 19	7	4			2	13
	20 - 24	4				5	9
	25 - 29	4	2	1	1	2	10
	30 - 34	4			1	2	7
	35 - 39	4			1	5	10
	40+			1		1	2
Total		30	7	2	4	20	63

(Código: 1 Antecedentes maternos; 4 Complicaciones durante el embarazo; 1+2 Antecedentes maternos y Antecedentes patológicos maternos gineco-obstétricos; 1+3 Antecedentes maternos y antecedentes patológicos maternos generales; 1+4 Antecedentes maternos y complicaciones durante el embarazo).

CUADRO Nº 7

Distribución de embarazadas según su edad y semana de la 1ª consulta.

	Edad	Semana de la primera consulta						Total
		< 10	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 +	
	1 -14	1			1			2
	15 - 16	3	3	2	2			10
	17 - 19	8	7	6	2	1		24
	20 - 24	5	2	3	2		2	14
	25 - 29	8	2	1			2	13
	30 - 34	3	2	1			1	7
	35 - 39	2	5	2	1			10
	40+	1	1			1		3
Total		31	22	15	8	2	5	83

CUADRO Nº 8

Distribución de embarazadas según nivel de instrucción formal y semana de la primera consulta.

Instrucc	Semana 1ª consulta						Total
	< 10	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 +	
1 - 5 a	1	2			1		4
6 a	17	11	10	4			42
7 - 9 a	10	6	3	2	1	5	27
10 a	1	2	2	2			7
11 a	1						1
Otros	1	1					2
Total	31	22	15	8	2	5	83

(Referencias: 1-5 a. Primaria incompleta; 6 a. Primaria completa; 7-9 a. Ciclo Básico incompleto; 10 a. Ciclo básico completo; 11 a. 2º ciclo incompleto; Otros: niveles superiores).

CUADRO Nº 9

Distribución de embarazadas según número de consultas realizadas.

Consultas	Número	%	% acumul.
1 - 3	9	10,8	10,8
4 - 6	18	21,7	32,5
7 - 9	42	50,6	83,1
10 +	14	16,9	100,0
Total	83	100,0	

CUADRO Nº 10

Distribución de episodios de enfermedad (valores absolutos y porcentuales respecto al número de embarazadas) durante el embarazo según edad de la embarazada.

Edad	Embarazadas	Ep. Enf	Aborto	Pre Tér	Óbito	Pre E.	HTA.	. IU.	Anemia
14-19 a.	36	14 - 38,8%	0	1	0	1	0	7	5
20-34 a.	34	23 - 67,9%	3	5	0	1	1	5	8
35 a. y +	13	10 - 76,9%	2	1	1	0	0	2	4
Total	83	47 - 56,5%	5	7	1	2	1	14	17

CUADRO Nº 11

Distribución de los embarazos según edad de la embarazada y patología.

(Valores absolutos y porcentuales respecto al número de embarazadas).

Edad	Embarazos	Normales	Patológicos	Episodios	Episodios
14 – 19 a.	36	27 75%	9 25%	2 14,3%	12 85,7%
20 – 43 a.	34	17 50%	17 50%	10 43,5%	13 56,5%
35 a. y +	13	4 30,8%	9 69,2%	4 40%	6 60%
Total	83	48 57,8%	35 42,2%	16 34%	31 66%

CUADRO Nº 12

Lactancia materna según edad de la madre.

Edad	Embarazadas	L. M.	% del grupo
14-19 a.	36	33	91,6
20-34 a.	32*	25	78,1
35 a. y +	9**	7	77,7

(Se reduce el número de embarazadas por: * 2 abortos; ** 3 abortos, 1 P.P.)

4. DISCUSIÓN

a) Sobre las embarazadas

1. Captación. Procedencia

Se expone el número de embarazos según procedencia de la embarazada y la estimación de la captación.

Capilla del Sauce. La población de hasta 5 años fue en 2004 de 79 (2). La población que se atiende en el MSP se estima en 73% del total (4). La población total de Capilla del Sauce y Estación Capilla del Sauce, lugar aledaño cuya población se atiende en la Policlínica es de 926 (2). De acuerdo a estas cifras el número de nacimientos de población usuaria del MSP, en 5 años fue 59. Se captaron 56. En nuestro conocimiento del pueblo, nuestro propio registro de nacimientos, ante la estimación realizada y el bajo número de embarazos, consideramos que captamos todos los embarazos. El número exactamente igual registrado por el SIP y por nosotros como partos de embarazadas procedentes de Capilla del Sauce realizados en Florida, parece confirmar nuestra tesis.

Montecoral. La población de hasta 5 años fue de 9 en 2004 (4). La población total de Montecoral es de 98 (4) y la dependiente del MSP 73% del total. De acuerdo a ello el número de embarazadas fue de 6 y se captaron 5.

Según nuestros registros, sin embargo, se registraron 5 nacimientos en el lapso estudiado, y se captaron todas las embarazadas.

Población rural (PR). Incluye la PR de la 6ª sección censal de Florida y a los asentamientos de Las Chilcas-Las Chingolas que el INE incluye como PR de la 7ª sección censal. El conjunto no es homogéneo. La población rural dispersa está constituida predominantemente por hombres (2), que por otra parte tienen su domicilio en las localidades de la 6ª sección (Capilla del Sauce y Montecoral) o en el asentamiento de Las Chilcas-Las Chingolas. A su vez Las Chilcas-Las Chingolas es un asentamiento donde viven mujeres en edad fértil, frecuentemente con prole numerosa. Según relevamiento hecho por nosotros (4) su población es de 105 habitantes. Es muy probable que tenga una natalidad mayor que la estimada para Capilla del Sauce (20,4%). Tomando esta cifra como referencia los 19 embarazos captados en la PR. sugieren que se ha captado la totalidad de embarazadas.

Otros. Se refiere a casos en que la procedencia de la embarazada no corresponde a la zona de influencia de Capilla del Sauce: Sarandi del Yi, Cerro Colorado, población rural de Las Palmas, San Jorge, Cerrezuelo.

En resumen consideramos haber controlado a toda la población de embarazadas. Según cifras del SIP (6) la ausencia de control prenatal es de 9% en la atención del MSP para el interior del país.

2. Distribución de los embarazos según edad de la embarazada.

La distribución de embarazadas según su edad durante el embarazo muestra una importante predominancia del grupo menor de 20 años, es decir categorizable como embarazo en la adolescencia. Se exponen los datos en la tabla correspondiente. Como se observa el 2,4% (2 embarazos) se produjeron en menores de 15 años, en ambos casos tenían 14 años; el 12% (10 embarazos) en edades de 15 y 16 años y 24 embarazos (28,9%) entre 17 y 19 años. El total fue entonces de 36 embarazadas menores de 19 años, 43,4% del total.

Es muy difícil la comparación con las cifras totales del país. Existen desigualdades importantes entre el sector público y el privado y por lo tanto entre los distintos sectores sociales de donde proceden sus respectivos

usuarios (41). Los embarazos de menores de 20 años son según las fuentes el 16% (41), el 17,5% para todo el Uruguay (6) y el 24,9% para las usuarias de los servicios públicos del interior del país (6).

No encontramos información que discrimine el número de embarazos de la población urbana según el volumen de población de las localidades, lo que podría mostrar patrones diferentes para distintas situaciones, por ejemplo entre capitales departamentales y localidades con menos de 3000 habitantes como es el caso de Capilla del Sauce.

Esta cifra que presentamos es significativamente alta en relación con las disponibles para el país y determina que el principal aspecto a discutir en el rubro es el del embarazo en adolescentes. Dado la relevancia que se ha adjudicado internacionalmente al punto y a la existencia de programas específicos existentes en el medio, lo tomamos como referencia principal para el análisis de las variables.

Los mejores resultados del embarazo, parto, puerperio, lactancia materna, según edad de la embarazada, corresponden a las menores de 20 años. Se analizarán más adelante en el cruce de edad con cada una de las otras variables.

Nuestra experiencia nos permite suscribir conceptos que se encuentran en la bibliografía. “En los pasados 20 años muchos estudios han examinado la relación entre la edad materna y el resultado del embarazo. Cuanto más sofisticado el estudio, mas evidente parece que las diferencias encontradas entre madres adolescentes y madres mayores de 20 años, son mínimas”. “Los factores socio-económicos tienen una influencia más poderosa en el resultado del embarazo, que la edad de la madre” (42) “Las madres adolescentes no tienen desventajas físicas para la reproducción al ser comparadas con madres mayores, en los veinte años” (43). Arias (Arias F., 1994) cita a Coopland que no adjudica riesgo a embarazos en embarazadas entre 16 y 35 años (33). Las propias “Normas” también limitan el riesgo hasta los 16 años (14).

Por otra parte trabajamos en una población pobre, de condición socio-económica ya descripta, con bajo nivel de instrucción formal, que podrían operar como factores de riesgo, según se describe en trabajos relativos a otras

poblaciones. En el estudio que realizamos estos factores no inciden en los resultados, según se verá.

No pretendemos la validez universal de estos conceptos aplicados a Uruguay, porque estudiamos una realidad concreta, aquella en la que trabajamos. Por la misma razón nos parece adecuado limitar las generalizaciones que se hacen respecto del tema, a las poblaciones y los medios sociales en los que se trabaja. No todos tienen que considerarse iguales, a priori. Por otra parte no hemos encontrado bibliografía nacional que cuantifique los problemas como para sacar conclusiones. Sólo retórica. Desde nuestro punto de vista, si tuviéramos que desagregar un único grupo de embarazadas según riesgo para darle una atención especial, optaríamos por las multigestas, multíparas, mayores de 30 años, con período intergenésico corto, unidas o no. Mujeres flacas, desdentadas, heroicas, generalmente únicas sostenedoras de una prole numerosa de la que constituyen exclusiva referencia. Tendríamos para ofrecerles acciones en salud específicas del sector.

3. Antecedentes de embarazos. Período intergenésico.

Se expone la distribución de embarazos según el número de embarazos anteriores al que se cursa.

En 25 embarazos sobre 83 (30,1%), se trata del primer embarazo. Todos ellos se producen antes de los 30 años y 21 antes de los 20 (25,3% de todos los embarazos; 84% de los primeros embarazos).

Las 2 embarazadas menores de 15 años, son primigestas. 7 de 10 embarazadas de 15 y 16 años también son primigestas y 3 ya tienen un hijo. Entre 17 y 19 años, la mitad de embarazadas (12) fueron primigestas y la otra mitad se distribuyeron en 7 con antecedentes de 1 embarazo, 4 de 2 y 1 de 3 embarazos, que decidió conscientemente el número de su prole y el momento de tenerla. Desde entonces no ha tenido más embarazos. Por otra parte la mayor parte de estos casos se registraron entre los años 1999 y 2002, cuando no dispusimos en forma sistemática de materiales anticonceptivos. Trece embarazadas en 83 embarazos (15,6%) tienen más de 4 hijos. Todas son mayores de 25 años, predominando el grupo etáreo 35-39 años con 6 embarazadas de las 13, 46,1%. En ese grupo se dan 3 de los 5 casos con más

hijos (7,8,9). Los otros 2 corresponden a: 1 mayor de 40 años con 8 hijos; 1 de 29 años con 9 hijos.

Exceptuados los 25 embarazos de primigestas, en los 58 restantes 22 embarazadas tienen un período intergenésico breve de hasta 1 año, 25 un período intergenésico adecuado entre más de 1 año y menos de 5 y las 11 restantes tienen períodos intergenésicos largos y muy largos, entre 5 años y más de 10.

Se considera que el período intergenésico excesivamente breve, menor de 1 año, (14) es un factor de riesgo. En el caso del período intergenésico excesivamente largo asociado a embarazadas añosas, mayores de 34 años, se determina una situación obstétrica considerable como de primigesta, asociada además a la condición de añosa.

Llama la atención el hecho de que en embarazadas mayores de 29 años, en una población que comienza a reproducirse precozmente, se registran embarazos con período intergenésico menor de 1 año (4 casos en 20) y entre 1 y 2 años (3 casos en 20). Esta situación se observa en uniones o matrimonios de años, que al cabo de un tiempo optan por mayor descendencia y tienen entonces más de un hijo chico. Como si hubieran esperado cierta consolidación familiar y económica antes de optar por mayor descendencia.

4. Instrucción.

En las 65 embarazadas 4 de ellas (6,1%) no terminaron la educación primaria. Tres de ellas son mayores de 20 años y una de 14 años.

El resto de embarazadas constituye un grupo bastante homogéneo integrado por quienes completaron exclusivamente la educación primaria (34 embarazadas, 53,7% del total) y quienes iniciaron pero no completaron el primer ciclo de la educación secundaria (18 embarazadas, 27,7% del total). Es decir que integran este grupo 52 embarazadas, 80 % del total de ellas. Las demás tienen niveles mayores de instrucción formal.

Según se verá no se verifica correlación entre niveles bajos de instrucción formal como los que se mencionan, con una consulta tardía, escasa o inadecuada, como se refiere habitualmente, al punto de que se incluye el parámetro como un factor de riesgo por este motivo. Las 4 embarazadas que

no completaron la educación primaria consultaron 3 de ellas antes de las 15 semanas y 1 entre las 25 y 29 semanas. A partir de la consulta todas consultaron según pautas.

En la relación bipolar entre servicio y usuario, generalmente el que juzga resultados es el servicio y el culpable es el usuario. Así se adjudica con facilidad, sin rigor, a la escasa instrucción formal entre otros factores, los malos resultados de captación y control de los servicios, sin comentar las variables relativas a estos, especialmente accesibilidad y trato (44). Las cifras que presentamos no avalan esos criterios mencionados y dejan claro que en nuestro caso, el bajo nivel de instrucción formal no influye negativamente en el control del embarazo, en la lactancia materna ni en el cuidado del hijo.

5. Situación social de la familia.

La situación social de la familia es móvil, varía en el tiempo. Nuestras propias cifras lo corroboran (en 83 embarazos, 21 en hogares con hijos de un solo cónyuge). Al abordar un período de 5 años y al atender 65 embarazadas con 83 embarazos, consideramos que los datos obtenidos expresan la situación actual con márgenes satisfactorios de seguridad. Las diferencias que se registran según que se consideren los embarazos o las embarazadas son mínimas.

Respecto del estado civil, este se modificó en un solo caso en que la embarazada pasó de soltera a unida y de un hogar nuclear extendido monoparental a un hogar con hijo de un sólo cónyuge.

Respecto del hogar se registraron modificaciones en 4 casos más. 2 correspondieron a embarazadas que cursaron su segundo embarazo y pasaron de un hogar nuclear sin hijos, propio de la nulípara, a un hogar nuclear con hijos. Los otros 2 corresponden a casos en los que se pasa de un hogar nuclear monoparental extendido a un hogar con hijo de uno sólo de los cónyuges.

Las embarazadas solteras son pocas en el total de embarazos, (6, 7,2% de los embarazos, 9,2% de las embarazadas), y en su mayoría menores de 20 años: 5 en 6, 93,3% del grupo. Todas ellas integran hogares, por lo menos por ellas, extendidos.

La distribución de embarazadas según estén unidas o casadas en los grupos etáreos de hasta 19 años y de hasta 24 años es prácticamente igual : 30 en 36, 83,3% en el primer caso y 42 en 50, 84%, en el segundo. Predominan notoriamente las embarazadas unidas sobre las casadas: 30 en 31 (96,4%) hasta los 19 años y 42 en 45 (93,3%), hasta los 24 años. Es decir que el comportamiento se mantiene igual más allá de la adolescencia cronológica, hasta esa edad de 24 años.

Las embarazadas de 25 años y más están unidas o casadas en cantidades y proporciones similares: 15 en 33 (45,4%) en el primer caso y 17 en 33 (51,5%) en el último.

Las embarazadas casadas son muy mayoritariamente mayores de 24 años, 17 en 20, 85%.

La relación Hogar/Estado Civil, muestra dos tipos de población: las embarazadas que constituyen su propio hogar y aquellas contenidas en hogares extendidos. Las primeras son ampliamente mayoritarias: 61 embarazadas, 73,5% del total. Las que se acogen en hogares no propios son 22, 26,5% del total.

Las embarazadas casadas tienen casi todas su hogar nuclear propio, es decir del grupo pareja e hijos exclusivamente (19 en 20, 95%). Las unidas también lo tienen pero en menor grado (42 en 57, 73,3%). Las solteras se ubican todas en hogares extendidos.

Los jefes del hogar son predominantemente los cónyuges o parejas de las embarazadas, 51 en 83, 61,4%, casi todos en hogares nucleares exclusivos del grupo familiar, 49 de los 51. Los 2 casos restantes son en hogares extendidos. Las embarazadas son jefes de hogar en 13 casos, 12 unidas y 1 casada. Los padres o suegros son jefes de hogar en el caso de hogares extendidos, (10 en 16, 62,5%) con hijas unidas, 9 en 10 y en 1 caso con hija soltera. Las madres o suegras son jefes de hogar en hogares extendidos (3 en 16) y en casi todos los monoparentales (5 en 6) que albergan a la mayoría de embarazadas solteras (5 en 6).

En resumen: las 6 solteras, son menores de 20 años, viven en hogares extendidos especialmente monoparentales, cuya jefe es casi exclusivamente

la madre o suegra. Se trata de la vieja estructura matriarcal. Hasta los 24 años predominan notoriamente las unidas (84%) que viven en su hogar nuclear propio en el 73,3% de los casos. El cónyuge es predominantemente el jefe del hogar (32 en 57, 56,1%). En las mayores de 24 años se incrementa el número de casadas por lo que ambos grupos son sensiblemente iguales: unidas 45,4% y casadas 51,5%. Las casadas viven casi en su totalidad en hogares nucleares exclusivos de la pareja y sus hijos, cuyo jefe es el cónyuge en casi la totalidad de los casos (19 en 20, 95%) Las unidas tienen su hogar nuclear exclusivo en menor proporción, ubicándose el saldo en hogares extendidos y monoparentales. Casi todas las embarazadas jefes de hogar son unidas (12 en 13). Sólo 1 es casada. Todos los hogares monoparentales tienen como jefe a la madre o suegra de la embarazada.

Como se observa, las embarazadas están contenidas en estructuras sociales, no están solas, aisladas, con las consiguientes consecuencias de esa situación, especialmente las económicas relativas a la sobrevivencia.

6. Las embarazadas en situación de riesgo.

De los 83 embarazos estudiados 48 fueron de evolución normal y 35 de evolución patológica. Se registra riesgo obstétrico en 63 embarazos de los que en 28 se registró evolución patológica. En la mitad de ellos la propia evolución patológica se constituyó en factor de riesgo (IU, Anemia). Los restantes embarazos calificados como de riesgo tuvieron una evolución normal.

El grupo principal de factores de riesgo es el de los “antecedentes maternos” dentro del que predominan la condición social y el bajo nivel de instrucción formal. Este factor participa en forma exclusiva o asociado a otros grupos en el 88,9% de los embarazos con factores de riesgo. En el 47,6% de ellos lo hace en forma exclusiva. La influencia del tabaquismo es escasa: 4 casos en 83. El segundo factor de riesgo en importancia es el de las “complicaciones en el embarazo” que se registra como factor exclusivo en el 11,1% de los embarazos con riesgo y en el 31,7% de los mismos asociados a “antecedentes maternos”. De cualquier manera nos parece que la definición de riesgo mediante la enumeración taxativa de los factores involucrados es de baja especificidad.

b) Sobre los controles.

1. Semana de la primera consulta.

Se expone la frecuencia de embarazadas según la semana en que realizaron la primera consulta. Como se observa, en 68 de los 83 embarazos controlados (81,9%), la primera consulta fue antes de las 20 semanas. La captación antes de las 20 semanas es de 62% para todo Uruguay, 51,8% para el sector público del interior del país (6).

Se toma el porcentaje 81,9 como referencia en el cruce del punto en estudio con otras variables. Para cada una de ellas se calcula el porcentaje de quienes consultaron antes y después de las 20 semanas referente a cada grupo particular dentro de la variable en cuestión. Todas las cifras encontradas están por encima de las citadas para todo Uruguay, especialmente las referidas al sector público de atención en el interior del país. Nos detendremos en los casos de porcentajes inferiores al general de nuestro trabajo (81,9%).

Edad. Las cifras son bastante uniformes con valores en los distintos grupos de +/- 2 respecto de 81,9%. Hasta los 19 años se registraron 36 embarazadas de las que 30 consultaron antes de las 20 semanas, 83,3% del grupo. En el grupo 20-34 años se registraron 34 embarazadas de las que 27 consultaron antes de las 20 semanas, 79,4% del grupo. En el grupo de mayores de 34 años, se registraron 13 embarazadas de las que 11 consultaron antes de las 20 semanas, 84,6%. Así pues la edad no influye en la variable en estudio.

Instrucción. Quienes realizaron sólo educación primaria completa fueron 42 embarazadas de las que 38 consultaron antes de las 20 semanas, 90,5%.

Quienes no completaron la enseñanza primaria fueron 4 embarazadas, 3 de ellas consultaron antes de las 20 semanas, 75%. En la consulta de la embarazada restante influyó su procedencia (PRD, asentamiento de Las Chilcas-Las Chingolas) y el hecho de ser multigesta con muchos hijos a cargo.

Las embarazadas que no han completado el Ciclo Básico de Enseñanza Secundaria o lo completaron y cursan los años siguientes, son 34 de las que 24 consultaron antes de las 20 semanas (70,6%). Se daría entonces la

contradicción de que quienes tienen una instrucción formal más avanzada demoran más en consultar. En nuestra interpretación del hecho, consideramos que este indica la dificultad de asumir el embarazo por jóvenes ante profesores y compañeros. Es decir que se trata de una actitud vinculada no al nivel de instrucción sino a las condiciones sociales en las que las desarrolla y a los juicios de valor que en esas condiciones se realizan. Por otra parte las condiciones sociales generales de un medio en el que todo se conoce, dificultaba, hasta que dispusimos de todos los recursos de anticoncepción, el acceso a ellos.

Los Otros son 3 embarazos en embarazadas con niveles mayores de educación formal. En todos los casos se realizó la primera consulta antes de las 20 semanas.

Procedencia. Sin influencia en la variable en estudio, con excepción de casos puntuales.

Antecedente de embarazos anteriores. Sin influencia en la variable en estudio. Consultan antes de las 20 semanas el 88% de las embarazadas primigestas.

Período intergenésico. Con un Período Intergenésico (P/Inter) de 1 año se registran 23 embarazadas de las que 15 consultaron antes de las 20 semanas (65,2%). Es el único subgrupo notoriamente por debajo del valor de referencia. En nuestra interpretación del hecho consideramos opera la reticencia de la embarazada a comunicar un segundo embarazo inmediato al primero.

Hogar. Sin influencia en la variable en estudio.

Estado civil. Se registran 57 embarazadas unidas de las que 44 consultaron antes de las 20 semanas (77,2%), algo por debajo del valor de referencia. Las casadas, en cambio son 20 y 19 de ellas consultaron antes de las 20 semanas (87,7%). En los demás grupos se observa una consulta precoz.

En suma: la consulta precoz es la habitual y ampliamente mayoritaria en Capilla del Sauce y su zona de influencia. Las cifras generales están muy por encima de las referidas a Uruguay y especialmente al sector público de atención en el interior del país. Dentro de esta globalidad satisfactoria, señalamos como factores contribuyentes a postergar brevemente la primera

consulta los problemas sociales señalados referidos a estudiantes de Ciclo Básico y a segundos embarazos con período intergenésico breve, especialmente en embarazadas unidas.

2. Número de consultas.

Se expone la frecuencia de embarazadas según número de consultas realizadas. La comparación con cifras del SIP sólo puede hacerse aproximadamente porque en nuestro registro se discriminan situaciones particulares que no supone ausencias de más controles. Por otra parte los rangos establecidos no son exactamente los mismos. Hechas estas aclaraciones, puede decirse que según el SIP la media de visitas prenatales es de 6,4 para la atención en el MSP del interior del país, 6,9 para todo el interior, 7 para Uruguay y para Montevideo. Según nuestros datos la media en Capilla del Sauce fue de 7,36.

56 embarazadas en 83 (67,5%) realizaron 7 y más consultas.

Las embarazadas que consultaron entre 4 y 6 veces fueron 18, (21,6%). En el grupo se incluyen las siguientes situaciones: Aborto 1; Parto de Pretérmino 1; Procedencia de otras zonas 5 (Cerezuelo, Cerro Colorado, Sarandi del Yi, San Jorge, Florida); Emigración a Montevideo 1; Procedencia de Montecoral y Las Chilcas 5, estas últimas controladas parcialmente en el lugar respectivo sin que se disponga del registro correspondiente. Restan 5 casos correspondientes a Capilla del Sauce que realizaron todos ellos 6 consultas.

Las embarazadas que consultaron de 1 a 3 veces fueron 9. En 4 casos correspondieron a aborto; procedencia de otra zona 2; emigración a Montevideo 1; procedencia de Las Chilcas 2, controladas parcialmente en el propio lugar.

El metaanálisis de estudios clínicos relativos al número adecuado de consultas y de que profesionales las realizan (45) concluye que la reducción del número de consultas prenatales no se asoció con un aumento de los resultados negativos perinatales y maternos, aunque ello puede no satisfacer la expectativa de la embarazada. Las embarazadas se mostraron más conformes con el control prenatal provisto por partera o médico clínico. La efectividad

clínica de la asistencia por parte de parteras o médicos clínicos fue similar a la proporcionada por un tocoginecólogo.

3. Controles biológicos.

Todas las embarazadas tenían vacunación antitetánica vigente. Se realizaron los exámenes complementarios determinados por las "Normas" de control del embarazo (14).

Las exploraciones serológicas fueron negativas para VDRL, HIV, y HbsAg en todas las embarazadas.

La prueba de aglutinación del Latex para Toxoplasmosis (AL), fue POSITIVA en 42 embarazos (Prevalencia de 54,4%) y NEGATIVA en 35. El estudio inmunológico de las pruebas AL POSITIVAS (IGM, IGG, Test de avidéz) fueron todas negativas. Así, no registramos ningún caso de seroconversión toxoplásmica durante el embarazo. Las cifras de AL son sensiblemente similares a las del trabajo realizado en el BPS. en el que la Prevalencia fue 52,7% (30).

En 3 embarazadas y 4 embarazos se comprobó grupo sanguíneo Rh negativo. El cónyuge de una de ellas también era Rh negativo por lo que la situación no requirió adoptar otras acciones. Las dos embarazadas restantes, con cónyuges Rh positivo fueron estudiadas mediante prueba de Coombs según pautas. Recibieron gamaglobulina anti D a las 28 semanas y en las 24 horas siguientes al parto una de ellas, por que en el otro caso el niño también fue Rh negativo.

La estimación de Hemoglobina (Hb) en sangre mostró valores inferiores a 11g en 17 embarazos (22% de todos los embarazos).

Se comprobó Infección Urinaria (IU) en 14 embarazos, en 12 de ellos se verificó mediante urocultivo. En 67 embarazos, 87% del total, se realizaron 3 y más controles de orina. Se realizaron urocultivos en 37 embarazos de los 77 que integran este grupo.

No se comprobó ningún caso de Diabetes Gestacional. Se realizó el test de O'Sullivan según pauta en 19 embarazos. Uno sólo de ellos fue positivo (glucemia en sangre venosa mayor de 140 mg/dl) lo que determinó la realización del test de Tolerancia Oral a la Glucosa, que fue negativo. La

vigilancia ulterior del embarazo no mostró anomalías. El recién nacido fue de peso normal y su crecimiento también ha sido normal.

4. Controles ecográficos.

De las 83 embarazadas estudiadas se realizaron ecografías en 74 (89,1%). Se exceptúan 9 embarazadas; algunos casos por aborto y otras por proceder de zonas alejadas.

En 59 embarazadas (71% del total, 79,7% de las que se hicieron ecografía) se realizaron 2 o 3 ecografías. En 6 casos (7,2% / 8,1%) se realizaron más de 3 ecografías y en 9 (10,8% / 12,1%) sólo 1.

En 49 embarazadas (59% / 66,2%) la primera ecografía se realizó antes de las 20 semanas.

En 67 embarazadas (80,7% / 90,5%) la ecografía fue normal.

Sobre los resultados.

1. Evolución patológica del embarazo.

Se registró evolución patológica en 35 embarazos, 42,2% del total, en los que se produjeron 47 episodios de enfermedad. 6 embarazadas tuvieron 2 episodios de enfermedad asociando: 4 Anemia e IU.; 1 Anemia y Parto de Pretérmino y 1 Pre-Eclampsia e IU. 2 embarazadas tuvieron 3 episodios de enfermedad. 1 Parto de pretérmino, HTA e IU en un embarazo múltiple; 1 Parto de pretérmino, anemia e IU.

La discriminación de los embarazos según la patología y edad de las embarazadas es de gran interés. Como se observa en los cuadros Nº 10 y 11, existe una gradación creciente, de menor a mayor edad, en el número de episodios de enfermedad, en el de embarazos con evolución patológica y en el de episodios de enfermedad de mayor jerarquía.

En el grupo de 14 - 19 años, se registraron 36 embarazadas de las que 27 tuvieron una evolución normal y 9 evolución patológica (25% del grupo). Se registraron 14 episodios de enfermedad. 2 fueron episodios mayores (14,3% de los episodios) que correspondieron a 1 Parto de pretérmino y 1 a Preeclampsia. 12 fueron episodios menores (85,7% de los episodios) que correspondieron 7 a IU y 5 a Anemia.

En el grupo 20-34 años, se registraron 34 embarazadas de las que 17 tuvieron evolución normal y 17 (50% del grupo) evolución patológica. Se registraron 23 episodios de enfermedad. 10 de ellos fueron mayores (43,5% de los episodios) y correspondieron a: 3 Aborto, 5 Parto de pretérmino 1 Preeclampsia y 1 HTA. 13 episodios fueron menores (56,5%) y correspondieron a: 5 IU y 8 anemia.

En el grupo de 35 años y más, se registraron 13 embarazadas de las que 4 tuvieron evolución normal y 9 (69,2% del grupo) evolución patológica. Se registraron 10 episodios de enfermedad. 4 de ellos fueron mayores (40% de los episodios) y correspondieron a: 2 Aborto, 1 Parto de pretérmino, 1 Óbito fetal. 6 episodios fueron menores: 2 IU, 4 Anemia.

En suma: las embarazadas menores de 19 años son las que tienen menor porcentaje de embarazos patológicos, menor número de episodios de enfermedad y dentro de ellos, las que tienen menor porcentaje de episodios patológicos mayores.

Se analizan los episodios de enfermedad.

Aborto. Se registran 5 casos de abortos espontáneos, Prevalencia 6,3%, coincidente con la cifra que se da en "Medicina familiar" (12) sin citar la fuente: 5 al 10%. Las cifras nacionales son las del SIP: 1,47% para todo el Uruguay (567 en n= 38548); 0,7% para las instituciones públicas del interior del país (56 en n= 7948) (6). Consideramos que tienen un gran subregistro como se ha comentado, por lo que no nos permiten establecer una comparación válida. Se incluye un caso producido a las 21 semanas pero que incluimos por la relatividad de la semana límite mencionada anteriormente, que por otra parte algunos autores prolongan hasta las 24 semanas (33). No se dispone del peso del producto. Destaca la edad como factor de riesgo, como se señala en "Medicina Familiar" (12). Como se observa todos se registraron en mayores de 25 años, 2 antes de los 30, 2 en mayores de 35 años y 1 entre 30 y 35 años. Predominan los embarazos de hasta 12 semanas que son los más frecuentes, 80% de todos en algunos registros (33). Destaca la patología tiroidea como factor etiológico. Se admite, con referencia a los otros casos, que en los abortos precoces, anteriores a las 12 semanas de gestación, las anomalías genéticas son las causas más frecuentes. Coexisten factores de riesgo

mencionados en cada caso. El legrado evacuador se realizó siempre en el Centro Departamental de Florida. Se dispone del estudio anatómo-patológico de los restos evacuados, en un solo caso. No se dispone del peso en ningún caso. Las pacientes están identificadas. Se exponen los datos relativos a cada una de ellas.

- NN. Primigesta de 26 a. Aborto a las 11 semanas de embarazo. Controles previos a las 6 y 8 semanas. Los exámenes complementarios de control según las normas fueron normales. Se estudió además función tiroidea por orientación clínica, comprobándose Hipotiroidismo, con TSH de 7,82 para un rango de normalidad de 0,32 a 5. La información se obtuvo después de producido el aborto. Otros factores de riesgo: problemas psiquiátricos por los que estaba medicada con Litio, Valproato (DPA), Flunitrazepam, Diazepam. A partir de la primera consulta, en acuerdo con Psiquiatra tratante, se suspendió toda la medicación excepto el Diazepam. Tabaquismo, Promiscuidad.
- NN. Multigesta de 39 años. Aborto a las 12 semanas de embarazo. Consulta a las 11 semanas de embarazo por genitorragia escasa. Portadora de un Hipertiroidismo compensado, en tratamiento con Metimazol y Propanolol, interrumpido para sustituirse por Propiltiuracilo cuando se produjo el aborto. Otros factores de riesgo: mayor de 35 años, multigesta con período intergenésico corto, menor de 1 año. Exámenes complementarios: IU. La decisión del embarazo fue conciente, con información previa sobre el riesgo.
- NN. Paciente de 35 años, secundigesta con período intergenésico de 11 años (equivale a primigesta añosa). Control desde las 9 semanas de embarazo. Aborto a las 21 semanas. Exámenes complementarios normales. Ecografía normal. Se realizó el estudio del material expulsado y de la paciente sin hallazgo de evidencias etiológicas.
- NN. Paciente de 28 años, secundigesta, período intergenésico de 7 años. Control del embarazo desde las 6 semanas. Exámenes complementarios normales. Aborto a las 11 semanas. Sin factores de riesgo. No se obtuvo evidencia etiológica.

- NN. Paciente de 32 años, multigesta. Control desde la semana 8 de embarazo. Exámenes complementarios normales. Aborto a las 15 semanas. El estudio de los restos obtenidos mediante legrado uterino, mostraron que “los hallazgos corresponden a una enfermedad gestacional trofoblástica consistente con una mola parcial”. Los controles ulteriores mantenidos durante 1 año fueron normales. En los cuadros presentados se incluye en “Otros”.

Parto de pretérmino. Se registran 7 casos (Prevalencia 8,4%). La prevalencia de “Partos prematuros, < 37 semanas” según registro del SIP es de 10,4% para todo el país y de 9% para el sector público en el interior del país (6). Se incluye 1 caso que en la tabla correspondiente se registra como Hipertensión Arterial (HTA) porque además de esa patología se trataba de un embarazo gemelar. Sobrevivieron todos los recién nacidos.

- NN. Parto vaginal, a las 35 semanas. Recién Nacido (RN) con peso menor de 2500 g. Apgar 8-9. Síndrome de disfunción respiratoria precoz (DRP) leve, con buena evolución. Madre multigesta, 3 hijos, de 29 años con período intergenésico de 5 a 10 años. Consultó antes de las 10 semanas. El número de controles fue adecuado. Los exámenes complementarios mostraron anemia de 10g de Hb que persistió durante el embarazo. Paciente que rechaza toda medicación por vía oral.

- NN. Parto vaginal a las 33 semanas. RN.: peso 1970 g. Apgar 9-10. DRP, apnea por prematurez, por lo que se interna. Ictericia neonatal. Buena evolución. Madre multigesta de 23 años, 4 hijos, con período intergenésico de 2 años. Consultó antes de las 10 semanas. El número de consultas fue adecuado. Los exámenes complementarios fueron normales. Como factores de riesgo se registraron cierto grado de déficit alimentario y trabajo excesivo por prole numerosa, de corta edad.

- NN. Parto vaginal a las 36 semanas. RN con peso menor de 2500 g. Madre tercigesta con período intergenésico mayor de 10 años. Primera consulta y controles correctos. Exámenes complementarios normales. Madre Rh negativa, que recibió inmunización con gammaglobulina anti D a

las 28 semanas. Hijo Rh negativo. La evolución del RN fue buena. Factor de riesgo: moderado tabaquismo.

- NN. Parto vaginal a las 32 semanas (Pretérmino severo). Madre primigesta de 16 años. Primera consulta y controles correctos. RN con peso de 1580 g., Apgar 8-9. SDR precoz. Internado de CTI por episodios de apnea y bradicardia. Buena evolución. Al año moderado hipocrecimiento armónico. Anemia e IU verificada por urocultivo, con tratamiento específico. La IU fue recidivante, por Proteus y Klebsiella.
- NN. Parto vaginal a las 36 semanas. Madre en el grupo etéreo 20-24 años, tercigesta, con período intergenésico entre 1 y 2 años. RN con peso de 1710 g., Apgar 9-10, buena evolución. Primera consulta de la madre antes de las 20 semanas, número de controles adecuado. Controles biológicos normales. Se realizaron 4 ecografías, la primera antes de las 20 semanas. Se registró discordancia entre la edad gestacional según la fecha de la última menstruación (FUM) y según parámetros ecográficos que sugerían menor edad gestacional o retraso del crecimiento intrauterino (RCIU).
- NN. La paciente en el grupo etéreo 35-39 años. Fue derivada a control en centro obstétrico quirúrgico a las 34 semanas por embarazo gemelar. Exámenes complementarios: IU. Parto por cesárea a las 38 semanas. 1er. gemelar de 2085 g de peso, Apgar 8-9. Evolución condicionada por problemas de puericultura debidos a madre poco inteligente. 2º gemelar de 2000g., Apgar 4-8. Edad gestacional correspondiente a 35 semanas. Peso al año 7150g. Problemas de puericultura.
- NN. Paciente en el grupo 30-34 años, con período intergenésico de 5-10 años. Embarazo gemelar en el que se comprueba Hipertensión Arterial Esencial: diagnóstico antes de las 20 semanas, ausencia de elementos orientadores a una etiología, confirmación de HTA posteriormente al parto. Fue tratada con Metildopa. IU verificada por urocultivo, tratada según antibiograma. Consulta y diagnóstico ecográfico de embarazo antes de las 10 y 20 semanas respectivamente. 9 controles. Parto vaginal a las 30 semanas, coincidentes por la clínica y la ecografía. 1er. gemelar 1.555 g., Apgar 7-8. 2º gemelar 1425 g., Apgar 5-8. Buena evolución.

Infección Urinaria (IU).

Se registran 14 episodios, 16,9 de los embarazos. El diagnóstico se realizó mediante urocultivo en 12 episodios y en 2 mediante tira reactiva y estudio de sedimento. Se realizaron 37 urocultivos. En 5 casos se verificó la evolución mediante ellos. En el 88% de los embarazos se realizaron 3 y más controles de orina con un rango entre 3 y 8 controles por embarazo. De los 14 episodios 7 se asocian a otros según ya se comentó. Los gérmenes causales fueron E.Coli 11. Stafilococo saprofiticus 2, Proteus 1.

Anemia. Se registran 17 episodios de Anemia, 20,5% de los embarazos. En 6 episodios se asocia a otra patología. En ningún caso se registró un valor de Hb menor de 10g.

La distribución de los episodios de IU y Anemia según edad de la embarazada se expone en el Cuadro Nº 10. Como se observa, el total de ambos episodios, que calificamos como menores, es porcentualmente creciente con la edad, 33,3%, 38,2% y 46,2% respectivamente para los tres grupos de edad. Pero la IU es mayor en el grupo 14 – 19 años. Nuestra hipótesis para explicarlo es que ello no está condicionado por la edad, sino por la actividad sexual.

2. El parto.

Se expone el número de partos según lugar de realización, tipo de parto, edad de la embarazada y riesgo del embarazo. En los 83 embarazos se registraron, según se ha dicho 5 abortos y 1 óbito fetal. Se analizan entonces 77 partos.

La distribución según lugar donde se produjeron y tipo fue la siguiente:

- Sarandí del Yí 51 partos (66,2%). En este Centro Auxiliar del MSP. no se realizan cesáreas ni partos vaginales instrumentales (fórceps, ventosa obstétrica) por lo que todos ellos fueron vaginales.
- Florida, 23 partos (29,9%). La cifra coincide exactamente con la aportada por el SIP para Capilla del Sauce en el período que estudiamos: 24 (46). La unidad de diferencia se debe a que en nuestra casuística excluimos 1 caso de óbito fetal que consideramos aparte. Sorprende esta coincidencia cuando la cobertura estimada del SIP para todo el departamento es de 46,6% (6).

- Montevideo, 3 partos (3,9%). Las pacientes fueron trasladadas desde Florida para ofrecer mayores servicios a los recién nacidos. Se trató de 1 parto de pretérmino, espontáneo y 2 partos por cesárea.

En este conjunto de 77 partos: 72 fueron vaginales (93,5%) se realizaron 2 forceps y 5 cesáreas.

Las 5 cesáreas constituyen el 6,5% de todos los partos. La cifra es notoriamente inferior a las disponibles para la comparación nacional: Uruguay 24,7%, Uruguay (sector público) 19,8%, Uruguay (interior del país) 21,4%, Departamento de Florida (sector público) 12,8% (6).

Las cesáreas correspondieron a los siguientes casos: 1) embarazo gemelar con rotura precoz de membranas, madre de 34 a. con HTA. 2) presentación podálica, 3) cesareada anterior de 40 años de edad. 4) y 5) embarazadas con edades entre 17 y 19 años, con largo período de dilatación y probablemente sufrimiento fetal. 2 cesáreas fueron en embarazadas con edades entre 17-19 años, que constituyen el 5,5% del grupo, 1 punto debajo de la media. Pero la edad no es la única variable a considerar en el punto. En efecto las 3 eran primigestas, en las que por ese hecho, independientemente de la edad, el riesgo en embarazo y parto es mayor. El grupo de hasta 19 años es de 36 embarazadas de las que 21 (58,3%) eran primigestas. Se practicaron 2 cesáreas en mayores de 30 años, 10% del grupo.

Corresponde mencionar que en el grupo 20-29 años no se realizó ninguna cesárea. El grupo se integra con 27 embarazadas de las que sólo 4 eran primigestas.

En suma: en los 77 partos analizados 72 fueron vaginales (94,8%), 2 de ellos instrumentales (Fórceps, 2,6% del total) y 5 por cesárea (6,5%), 3 de ellas realizadas en Florida y 2 en Montevideo.

Las cifras que se presentan sugieren como una hipótesis muy verosímil que en el que en el sector público la atención del parto la realiza fundamentalmente la partera. Sarandi del Yi es una localidad de 7289 habitantes (2), con una zona de influencia estimada en 15000 habitantes (47). Dispone de un Centro Auxiliar que funciona como referencia de 2º nivel de atención, pero allí no se realizan cesáreas ni partos vaginales instrumentales.

Sabemos que la situación es general en el país para localidades de iguales características que la mencionada. En esas condiciones, con la disponibilidad de médicos de que dispone el país, parece lógico considerar la posibilidad de que el Médico general o Médico de familia adecuadamente entrenado, pueda atender el parto de bajo riesgo.

Uno de los autores de este trabajo tiene experiencia en la atención del parto de bajo riesgo en Capilla del Sauce. Atendió un promedio de 2-3 partos mensuales desde 1963 a 1971 contando con condiciones adecuadas de atención y el uso de la Ventosa Obstétrica. Si bien hoy las circunstancias de comunicación son diferentes y es preferible la atención en Hospitales, ello no impide que pueda ser el MF quien allí atienda el parto. Según la experiencia que se menciona, la atención del parto por el MF es de enorme valor en la relación con la comunidad en que se actúa.

El producto.

Los nacidos vivos de 500 g y más fueron 79, producto de 83 embarazos, 5 abortos, 1 muerte fetal tardía y 2 embarazos gemelares. Los 79 viven y se desarrollaron adecuadamente en términos generales. Su estado de salud al año fue satisfactorio. Los recién nacidos de los partos de pre-término pesaron respectivamente 2500 g., 1970 g., 2300 g., 1580 g., 1710 g., 2085 g., 2000 g., 1535 g., y 1425 g.

No registramos casos evidentes de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). Ocasionalmente se plantearon dudas en la relación clínica-ecografía respecto de la edad gestacional, que no constituyeron problemas de importancia. Las eventuales diferencias no pudieron verificarse con certeza después del parto. Con excepción de los partos de pre-término todos los recién nacidos pesaron dentro del rango señalado como normal: 2500 – 4000 g.(12).

En el quinquenio que se estudia no hubo Mortalidad Infantil en Capilla del Sauce. Se produjo 1 caso de mortalidad fetal tardía (MFT), a las 30 semanas de embarazo, lo que determina una tasa de Mortalidad Perinatal I de 12,6‰ para los 5 años, 2,53‰ anual. Como no se produjeron casos de muerte fetal intermedia ni neonatal, esta tasa se mantiene igual para la de Mortalidad Perinatal II. La cifra es notoriamente inferior a las suministradas por

el SIP(6) en el total de Uruguay, en cualquiera de sus sectores geográficos o del sistema de atención.

4. Lactancia materna.

Los 79 niños nacidos se distribuyen según la lactancia materna (LM) recibida, de la siguiente manera:

- 42 (54,4%) recibieron lactancia materna exclusiva durante más de 6 meses.
- 25 (32,1%) recibieron lactancia materna exclusiva durante menos de 6 meses.
- 11 (14,1%) no se dispone de registro. Corresponden a pacientes con dificultades de acceso o emigración.

El 86,5% de los lactantes recibieron LM. predominando francamente quienes la recibieron durante más de 6 meses. Dentro de ese conjunto, el grupo etáreo con mayor porcentaje de participación fue el de las embarazadas de hasta 19 años, como se observa en el Cuadro Nº 11. La comparación con cifras nacionales sólo puede hacerse con las del SIP y no tienen significación por que estas se refieren a la situación de la puérpera al alta (6).

5. Anticoncepción en la puérpera.

Cifras globales. Después de 83 embarazos se utilizaron métodos anticonceptivos en 59 embarazadas (71%). En 41 (49,4%) de ellas se utilizaron anticonceptivos orales (ACO) o preservativos. En 18 se colocaron dispositivos intrauterinos (DIU) (21,6%). Durante la lactancia se utilizaron ACO sólo de progestágeno.

Anticoncepción en embarazadas que tuvieron episodios mayores de evolución patológica del embarazo. 5 abortos: 3 embarazadas optaron por el DIU y 2 por ACO. Una de ellas tuvo su primer hijo en el año 2005. Las demás no han tenido nuevos embarazos. 7 partos de pretérmino. En 1 embarazada se hizo ligadura de trompas al realizarse cesárea en Montevideo. A 4 embarazadas se les insertó el DIU. Una de ellas optó por un nuevo embarazo con período intergenésico de 4 años y parto en el año 2005. Las demás mantienen el método anticonceptivo (ACO o preservativos) y no han tenido nuevo embarazo. 2 Preeclampsia. Se trata de la misma embarazada en dos embarazos sucesivos. Recibe ACO hasta la fecha y no ha tenido nuevos embarazos. 1 Muerte fetal tardía. Embarazada de 44 años. Anticoncepción mediante preservativos. No ha tenido nuevos embarazos.

Anticoncepción en embarazadas que tuvieron más de un parto en el período estudiado. Se trata de 13 embarazadas que tuvieron 31 embarazos en el período que estudiamos: 9 tuvieron 2 embarazos, 3 tuvieron 3 y 1 tuvo 4. Las que optaron por tener 3 y 4 embarazos tomaron una opción conciente aunque en una de ellas facilitada en cierto modo por dificultad geográfica de acceso al servicio. Desde entonces no han tenido nuevos embarazos. 3 de ellas reciben ACO y 1 optó por el DIU. De las 9 que tuvieron 2 embarazos sólo 1 tuvo un nuevo embarazo en 2005. 5 reciben ACO y a 4 le insertamos un DIU que se quitó a solicitud expresa de la paciente citada, que tuvo un nuevo hijo en 2005.

De las 52 embarazadas que tuvieron 1 embarazo en el período estudiado 14 tuvieron posteriormente a él 1 nuevo embarazo y parto.

6. *El modelo de atención.*

Generalmente se atribuyen malos o regulares resultados en la atención del embarazo y parto a determinados factores de riesgo: edad, nivel de instrucción formal, condición socio-económica. Pero el sistema de atención no se evalúa a sí mismo ni considera que algunas de sus características pueden constituirse en factores de riesgo. Como si el sistema de atención nunca fuera yatrógeno. Presentamos una experiencia que evidencia como, mediante la atención en primera línea según la estrategia de APS con médicos asimilables a Médicos de Familia, pueden lograrse buenos resultados contando con los especialistas según el cribado que realiza el equipo de salud de base.

Consideramos que los buenos resultados que presentamos trascienden los recursos humanos actuantes y deben vincularse fundamentalmente a características esenciales de la Medicina Familiar (MF) que es la disciplina médica específica de la APS. : longitudinalidad de la atención; atención holística integral, centrada en el individuo pero que involucra necesariamente al grupo familiar y comunitario a los que pertenece; disponibilidad amplia y permanente del equipo de salud actuante con fluída intercomunicación entre sus integrantes.

El trabajo se desarrolla en una condición geográfica particular: pueblo pequeño, a veces aislado, alejado del Centro Departamental de referencia. Estas condiciones determinan que necesariamente el modelo de atención se asemeje a modelos basados en la Medicina Familiar con la estrategia de la APS.: población a cargo definida, única boca de entrada al servicio, atención mediante recursos médicos polivalentes. Ello permite presentar consolidados de actuación que agrupan parámetros diversos: tasas (MI, Mortalidad perinatal), prevalencia de episodios de enfermedad porque se dispone de denominador; lactancia, anticoncepción, fecundidad en la embarazadas controladas, etc. Y permite que se individualicen los problemas por la permanencia del vínculo usuario-servicio. El modelo vigente, basado en especialidades, está estructuralmente impedido de hacerlo.

5.CONCLUSIONES.

El control del embarazo en Capilla del Sauce y su zona de influencia muestra indicadores satisfactorios y otros hechos a señalar.

- Captación de un alto porcentaje de embarazadas.
- Consulta precoz.
- Número adecuado de consultas.
- Realización local de controles clínicos, biológicos y ecográficos adecuados en todos los casos, de acuerdo a las "Normas" establecidas (14).
- La evolución patológica del embarazo fue mucho mayor que las cifras dadas por el SIP (6), pero sería sensiblemente igual a estas si se consideraran sólo los episodios patológicos mayores, es decir con exclusión de IU y Anemia. Dado el subregistro del SIP (6) se plantea la hipótesis de que la diferencia señalada no sea tal.
- No ha habido Mortalidad Infantil (MI) en el quinquenio. La Mortalidad Perinatal es sensiblemente menor que la registrada por el SIP (6) en todo el Uruguay y en cada uno de los subsectores institucionales y geográficos del sistema de atención.
- Las embarazadas proceden de una sociedad pobre pero integrada, con algunas carencias alimentarias no extremas, generalmente contenidas en estructuras familiares.
- Casi la mitad de las embarazadas tienen hasta 19 años, consideradas adolescentes por el sistema de atención. Ellas constituyen el grupo etéreo que tiene mejores indicadores referidos a captación, consulta precoz, número de consultas, controles realizados, episodios mayores de evolución patológica del embarazo, parto, producto, lactancia materna.
- La pobreza y el escaso nivel de instrucción formal no han incidido negativamente en los indicadores que se presentan.
- En el sector público la atención del parto la realiza fundamentalmente la partera.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Instituto Nacional de Estadísticas, diciembre 1997. VII Censo General de Población, III de Hogares y V de Viviendas. 22 de mayo 1996.
2. www.ine.gub.uy Censo fase 1 2004. Divulgación de resultados.
3. Errandonea, A.(h). Las clases sociales en Uruguay. CLAEH. Colección "Argumentos". 1989.
4. Pizzannelli M., Dibarboure-Icasuriaga, H. Capilla del Sauce. Sobre la población. Inédito. 1999.
5. Schwarcz R., Díaz A.G., Fecsina R., De Mucio B., Belitzky R., Delgado L. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). OPS/OMS. Publicación científica Nº 1321.01. 1995.
6. CLAP- OPS/OMS. Sistema Informático Perinatal (SIP). 15 años de datos. 1985-1999. Publicación científica Nº 1485. Junio 2001.
7. CLAP- OPS/OMS. Sistema Informático Perinatal. SI 1045 Ver 1,5. 21.V.05. Estadísticas básicas. Florida, Uruguay. 1 enero 1999 – 31 diciembre 2003. Informe electrónico.
8. Medline plus. Medical Care During Pregnancy. Nemours Foundation.
9. [www. Planetamama.com](http://www.Planetamama.com) Embarazo y parto.
10. www. Methodisthealth.com Methodist Health Care System. Pregnancy & childbirth.
11. www. Familydoctor.com Lactando a su bebé.
12. Rubinstein A., Terrasa S., Durante E., Rubinstein E., Carrete P., Zárata M. Medicina Familiar y práctica ambulatoria. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2001.
13. Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Continua de Hogares. Principales resultados, 1996. Mayo 1997.
14. Ministerio de Salud Pública. Normas de Atención materno-infantil. Sección Perinatal. Montevideo, Uruguay. 1999.

15. López Alvarez X.L., Martínez Vidal A., Alvarez Prieto X.L., Pousa Fernández P. Doval Conde X.L. Guía Clínica Embarazo. www.fisterra.com/guias2/embarazo.asp Guías Clínicas 2005; 5 (16).
16. Caeiro Castelao J. Actividades preventivas. www.fisterra.com/guiasclinicas/actividadespreventivas/htm. 2ª edición 19.06.2002.
17. Harper D.M., Roach M.S. Cervical intraepithelial neoplasia in pregnancy. *J.Fam.Pract.* 1996 jan, 42(1) 79-83.
18. Jain A.G., Higgins R.V., Boyle M.J. Management of low grade squamous intraepithelial lesions during pregnancy. *Am.J.Obstet Gynecol* 1997 Aug; 177(2) 293-302.
19. Apgar B.S., Zoschnick L.B. Triage of abnormal Papanicolaou smear in pregnancy.
20. OPS/OMS. Manual de técnicas básicas para un laboratorio de salud. Serie PALTEX. Publicación científica Nº 439. Washington DC. EUA. 1983.
21. Ministerio de Salud Pública. Programa materno-infantil. Normas materno-infantiles. Sección Obstétrica y Neonatal. 1988.
22. Orenstein R., Wong E. Urinary tract infections in adults. March 1, 1999. *American Family Physicians*. www.aafp.org/afp/990301ap/1225html.
23. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Structured abstract. Prepared by Lindsay E. Nicolle. Screening for Asymptomatic Bacteriuria in Pregnancy. www.ctfphc.org/abstract/Ch09abs.htm
24. Guide to Clinical Preventive Services; 2nd. Edition, 1996. Section one:SCREENING.
<http://hstat.nlm.nih.gov>
25. Patterson TF., Andriole VT. Detection, significance and therapy of bacteriuria in pregnancy. *Infections Diseases Clinics of North America*. Vol. 11, Nº 3, September 1997.
26. Pedreira W., Purtscher H. Manual de infecciones urinarias. Impresores Asociados S.A. Montevideo, Uruguay 1999.
27. <http://www.infecto.edu.uy/terapeutica>. 23.08.2001. Manejo de las infecciones urinarias comunitarias del adulto.

28. Rubio Sabugueiro B., Carpenente Montero J., Fluiters Casado E., García Soidán F.J., Malo García F., Pérez Vences JA., Vázquez Trroitiño F. Guía Clínica Diabetes Gestacional. www.fisterra.com/guias2/diabetes. Revisión 20.02.2001.
29. Paritosh Mazumder, Hanson YK Chuang, Mirón W. Wentz, Danny L. Wiedbrauk. Latex Agglutination test for Detection of Antibodies to Toxoplasma gondii. Journal of Clinical Microbiology, Nov. 1988, p. 2444-2446.
30. Conti-Díaz IA., Freyre A., Queiruga G., Noya C., Méndez J., Gedda C., Reig B., Acosta M., López Jordi J., González Banfi A. Estudio de la Toxoplasmosis en la Unidad de Perinatología del BPS. en el período 1991-1996. Rev. Med. Uruguay 1998; 14: 226-235.
31. Chabalgoity A., Miraballes I., Villavedra M., Battistoni J. Evaluación de un latex para el diagnóstico de la Toxoplasmosis. Cátedra de Inmunología, Laboratorio de Desarrollo Biotecnológico de reactivos de Inmunodiagnóstico. Facultad de Química. Montevideo, Uruguay. 1990. Documento interno.
32. Polto J., Arena Faroppa J., Berro Dubourg P., Pereira Peña J. Pautas terapéuticas en Obstetricia. Ed. Oficina del Libro, AEM. Montevideo, 1999.
33. Arias, Fernando. Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. Ed. Mosby/Doyma Libros. 1ª edición en español. Madrid, España 1994.
34. Last John M. A dictionary of Epidemiology. Oxford University Press. New York, Oxford, Toronto. Second edition. 1988.
35. OPS/OMS. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. Nº 7. Washington DC., EUA. 1986.
36. Lilienfeld Abraham M., Lilienfeld David E. Foundations of Epidemiology. Second edition. Oxford University Press. 1980.
37. Hay Ph.E., Lamont RF., Taylor-Robinson D., Morgan DJ., Ison C., Pearson J. Abnormal bacterial colonization of the genital tract and subsequent preterm delivery and late miscarriage. BMJ. 1994; 308:295-8.
38. Hillier SL., Nugent RP., Eschenbach DA., and co-w. (For the Vaginal Infections and Prematurity Study Group. University of Washington, Seattle). Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. N Engl J Med 1995; 333: 1737-42.

39. Hauth JC., Goldenberg RL., Andfews WW., DuBard MB., Copper RL. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazol and erythromycin in women with bacterial vaginosis. *N Engl J Med* 1995; 333: 1732-36.
40. Hatcher RA., Rinehart W., Blackburn W., Geller JS., Shelton JD. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore, Facultad de Salud Pública. Universidad Johns Hopkins. Programa de información en población. 1999.
41. Conselo E. (autor principal). Normas de Atención Integral de la Salud en la adolescencia. MSP. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Área Mujer – Niñez. Montevideo, Uruguay. Agosto 2003.
42. Goldenberg RL., Klerman LV. Adolescent pregnancy - Another look. *N.Engl J Med* 1995; 332: 1161-1162.
43. Schlaepper- Pedrazzini L., Bobadilla JL. Relación entre patrones reproductivos y mortalidad infantil: interpretaciones alternativas. *Salud Pública de México*. Julio - agosto 1990. Vol. 32, Nº 4, pag. 381 – 394.
44. Dibarboure-Icasuriaga H., A propósito de “Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay”. *Rev. Med. Uruguay*. 1992;8:15-17.
45. Villar J., Carroli G., Khan-Neelofur D., Piaggio G., Guimezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. In: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.
46. CLAP- OPS/OMS. Sistema Informático Perinatal (SIP). SI1045 Ver1.5 21 V 05. Estadísticas básicas. Capilla del Sauce, departamento Florida, Uruguay. 1 enero 1999 – 31 diciembre 2003. Informe electrónico.
47. Dibarboure-Icasuriaga H. Programa de salud en Sarandí del Yi y su zona de influencia. “Fundación San Antonio de Padua”. Documento interno. 1990.