

ABDOMEN AGUDO GINECOLOGICO

Dr. ABELARDO HERRERA CALMET

Hospital Arzobispo Loayza, Lima Perú

El abdomen agudo ginecológico (A.A.G.), es determinado por afecciones de etiología distinta y caracterizado por dolor de inicio brusco y de intensidad variable.

Las causas que determinan A.A.G. son: A) las hemorrágicas; B) los tumores o procesos mecánicos; C) las infecciones y D) los traumatismos.

Los órganos que pueden ser asiento de hemorragias son: la trompa por embarazo ectópico roto o aborto tubario; el útero, por dehiscencia de cicatriz operatoria; el ovario, por quiste folicular o cuerpo amarillo hemorrágicos.

El A.A.G. por tumores o procesos mecánicos, pueden deberse principalmente a: torsión del pedículo de un ovario y torsión de trompa y útero.

Las infecciones determinadas por gérmenes piógenos, B.K. o gonococo, pueden invadir trompas, ovarios, conjuntivo pelviano y dar lugar a piosalpinx, pioovario, pelvipерitonitis y aún generalizarse.

La perforación traumática del útero, es considerada como causa traumática A.A.G.

En toda paciente con A.A.G., es necesario una historia minuciosa, examen clínico y exploración abdomino-ginecológica completos.

La práctica nos enseña que lo importante es, realizar un diagnóstico oportuno y precoz, a fin de evitar toda tardanza, lo cual conlleva un tratamiento conveniente, que no siempre es quirúrgico.

En el diagnóstico de A.A.G., debemos considerar una serie de datos de suma importancia: a) antecedentes de la paciente (trastornos menstruales, última regla, presencia de tumor intrabdominal antes del cuadro agudo, procesos inflamatorios, partos y abortos recientes, etc.); b) síntomas entre los que se debe considerar **el dolor** en primer lugar y que obliga a la enferma a tomar una actitud antálgica (flexión de los muslos), otras veces el dolor no es tan intenso y permite la deambulaci6n; **los v6mitos** que pueden dar lugar a cuadros de deshidrataci6n; **el meteorismo abdominal**; la resistencia muscular; el shock.

El dolor hay que evaluarlo en todas sus características: inicio, intensidad, irradiaci6n, perioricidad.

Si un dolor intenso se acompaña de síntomas de shock, en una mujer con atraso menstrual, podemos pensar en un embarazo ectópico roto o en aborto tubario, lo cual se confirmará si al examen ginecológico, encontramos empastamiento o tumoración alargada en uno de los anexos, fondo de saco posterior muy doloroso y punción del Douglas positivo (sangre).

El dolor brusco que se inicia en una de las fosas ilíacas, con náuseas sin mayor compromiso del estado general y la presencia de tumoración remitente, dolorosa anexial, nos hará pensar en torsión del pedículo de un quiste de ovario.

Si el dolor, se acompaña de fiebre, postración, contractura muscular, anexos aumentados muy dolorosos, en una mujer con antecedentes de procesos inflamatorios anteriores o un parto o aborto recientes, nos orientaremos en el sentido de A.A.G. infeccioso.

Exámenes auxiliares (Numeración y fórmula, hematocritos, radiografía simples del abdomen, punción del Douglas, culdoscopia) son necesarios para el diagnóstico diferencial.

No son infrecuentes los errores diagnósticos, principalmente con apendicitis.

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio de Ginecología Pab. 5, 11 del Hospital Arzobispo Loayza se realizaron, en 1967, 146 operaciones de urgencia, de las cuales 23 (15.75%) fueron por A.A.G.

Por embarazo ectópico complicado se realizaron 12 operaciones (52.17%); por tumor de ovario a pedículo torcido 9 (39.13%); 2 operaciones (8.69%), se practicaron por procesos infecciosos; 1 por piosalpinx y otra por perforación espontánea de útero que determinó peritonitis.

Embarazo ectópico complicado

Edad

Este proceso se presentó entre los 17 y 42 años, siendo más frecuente entre los 27 y 34 años, con 7 casos, tal como lo señalan la mayoría de los autores, en plena edad reproductiva de la mujer.

Menarquia

En este grupo, se inició a los 13 años en 8 casos, lo que indica que la edad en que se presenta la primera regla, no influye en la etiopatogenia de esta patología.

Paridad

En una paciente fue su primer embarazo; en las 11 restantes la paridad fluctuó entre 1 y 10 hijos; 4 habían tenido un puerperio febril.

Abortos

Cinco de estas mujeres tuvieron un aborto previo provocado.

SINTOMAS

El dolor, se presentó en todos los casos y fue el motivo de la consulta. En 8 fue intenso, con períodos de calma y en las 4 restantes moderado y difuso en el hemiabdomen inferior. Se inició en f. i. izq., en 7 casos y 5 en f. i. derecha, luego se extendió al hemiabdomen inferior.

Amenorrea

Se presentó en todos los casos y el intervalo entre el inicio de la amenorrea y la presentación del dolor varió entre 20 días y un mes y medio.

Metrorragia, fue otro síntoma que estuvo presente en todos los casos, siendo intermitente y de regular cantidad en 9 y abundante sólo en 3.

Lipotimia, la refirieron 8 pacientes y 3 ingresaron con síntomas de shock.

SIGNOS

En 10 pacientes, se observó palidez de las mucosas.

El examen ginecológico reveló: tumoración parauterina, dolorosa y de tamaño variable en los 12 casos; cuello doloroso al desplazamiento y cuerpo uterino discretamente aumentado de volumen en 8; fondo de saco doloroso en 11 pacientes.

Se realizó punción del Douglas en 8 casos, en 6 fue positiva.

A 7 se les hizo numeración, fórmula y Dje de Hb., encontrándose anemia que variaba entre 7 y 10 gramos. La fórmula reveló ligera leucocitosis sin desviación en 5 casos.

La intervención quirúrgica demostró que los 12 casos pertenecían a embarazo tubario de la variedad ampular:

- 5 rotos y organizados.
- 4 abortos tubarios organizados.
- 3 abortos tubarios con hemoperitoneo libre y ambulante.

Localización:

7 fueron de trompa izquierda

5 fueron de trompa derecha.

Tipo de operación realizada:

11 salpingectomías.

1 salpingooforectomía.

A las 12 pacientes se les transfundió sangre en cantidades que variaron entre los 500 ml. a 1 litro.

El diagnóstico fue correcto en 10 casos o sea en 83.3% y los errores diagnósticos fueron en: 1 caso con tumor de ovario a pedículo torcido y en otro con apendicitis aguda.

Tumor de ovario a pedículo torcido

Edad

Esta patología se presentó entre los 16 años (enferma más joven) y los 48 años; siendo frecuente entre los 20 y 32 años.

Menarquía

Se presentó entre los 11 y 14 años.

Paridad

5 habían tenido más de 1 hijo.

4 nulíparas

Abortos

5 refirieron por lo menos un aborto previo.

SINTOMAS

Dolor, estuvo presente en los 9 casos, fue de inicio brusco e intenso, para luego volverse difuso en 5 casos. En los casos restantes, se inició en forma insidiosa y siempre en el bajo vientre.

Cuatro pacientes, tenían conocimiento de la existencia de un tumor antes de la presentación del cuadro agudo. En 5 fue el primer aviso de la existencia del tumor.

Náuseas y vómitos se presentaron en 5 pacientes; distensión abdominal en 6.

Trastornos menstruales: Amenorrea en 2 casos, una de 7 meses y otra de 3 meses; polimenorrea en 1 caso; oligomenorrea 1 caso.

Trastornos urinarios: Polaquiuria en 4 casos.

Fiebre hasta 38° en 5 casos.

SIGNOS

El examen ginecológico comprobó tumoración parauterina de tamaño mediano en 7 casos; en dos fue de localización central. La movilización del tumor fue siempre dolorosa.

El cuerpo uterino se encontró aumentado de volumen en el caso de amenorrea de 3 meses; se trataba de quiste de ovario a pedículo torcido y gestación uterina de 3 meses.

Exámenes auxiliares:

Numeración y fórmula Dje de Hb. La Hb varió entre 10 y 12 gramos, y en todo los casos hubo leucocitosis moderada.

El citodiagnóstico vaginal practicado en 5 casos dio células tipo 11.

La biopsia de endometrio se practicó en 4 casos dando los siguientes resultados: Endometritis aguda en 1 caso; endometritis crónica 1; endometrio secretor 1 y endometrio proliferativo 1.

El diagnóstico fue correcto en el 77% y los errores diagnósticos fueron en 1 caso con apendicitis y en otro con embarazo ectópico complicado.

Tipo de operación realizada:

Salpingooforectomía izquierda	6
Salpingooforectomía derecha	3

Tipo de tumor encontrados:

Cistoadenoma seroso	5
Cistoadenoma mucoso	1
Quiste dermoide infectado	1
Quiste dermoide	1
Fibroma de ovario	1

Abdomen agudo ginecológico de causa infecciosa

Dos operaciones (8.6%), se realizaron por esta causa.

El primero se refiere a una paciente de 37 años, que consulta por dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos y fiebre de 4 días de inicio. Después de los exámenes clínicos y de laboratorio es operada con el diagnóstico de apendicitis aguda probablemente perforada, encontrándose en el acto operatorio un piosalpinx derecho, que fue extirpado.

El otro caso es el de una mujer de 60 años de edad que llega por presentar, desde hace 3 días, cefalea, dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos y estreñimiento.

Antecedentes fisiológicos y personales sin importancia.

Examen Clínico: Paciente de edad avanzada, en mal estado general, piel pálida, seca, fría; abdomen distendido, doloroso, con resistencia muscular en el hemiabdomen inferior. El examen ginecológico demostró fondos de saco dolorosos.

Con el diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda u oclusión intestinal es intervenida.

Abierta la cavidad abdominal, se observa pus en buena cantidad, asas intestinales distendidas y con formaciones fibrinosas, el apéndice era subseroso sin mayores alteraciones, la exploración de los genitales internos demostró una perforación de 4 centímetros de diámetro y de bordes necrosados en el fondo del útero.

Se procedió a la histerectomía total y apendicectomía profiláctica.

Diagnóstico post-operatorio: peritonitis por perforación espontánea de útero. El post operatorio inmediato fue tempestuoso y fue dada de alta, en buenas condiciones, 43 días después.

Resultado histopatológico: N° de Registro 67-36566 (Departamento de Patología de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M., Hospital Loayza).

Descripción microscópica: Las secciones al nivel del fondo uterino muestran extensas áreas de necrosis e infiltrado inflamatorio, en el que se destacan los eosinófilos a nivel del endometrio y del miometrio, además áreas de hemorragia y congestión. Arterias de mediano calibre del miometrio muestran engrosamiento endotelial y hialinización, algunas están totalmente ocluidas, la mayoría muestran la capa media infiltrada.

Cérvix con denso infiltrado inflamatorio linfocitario en su estroma.

Glándulas endocervicales dilatadas.

Trompa: muestran en la serosa exudado fibrino leucocitario.

Apéndice: los cortes no muestran alteraciones histológicas significativas.

Una de las posibilidades como causa de la perforación es proceso: trombo vascular oclusivo.

La hospitalización fue por término medio, de 8 días.

No hubo mortalidad en nuestra serie.

En todos los casos se trató de mejorar el estado general de las pacientes, antes de la intervención quirúrgica (transfusiones sanguíneas, suero, etc.).

RESUMEN

El abdomen agudo ginecológico (A.A.G.) alcanzó el 15.75%, en 146 operaciones de urgencia, practicadas en el Servicio de Ginecología Pab. 5, II del Hospital Loayza.

El embarazo ectópico fue el de mayor incidencia (52.17%), el tumor de ovario a pedículo torcido lo sigue en frecuencia (39.13%) y por último lo de causa infecciosa (8.69%).

Hacemos un estudio clínico de nuestros casos, operaciones realizadas, errores diagnósticos y resultados obtenidos.

Merece destacarse por su rareza, el caso de necrosis y ruptura espontánea de útero por trombo vascular oclusivo y que determinó peritonitis.

La intervención quirúrgica debe dirigirse, exclusivamente a la causa del A.A.G. y ser lo más conservadora posible.

SUMMARY

Gynecologic acute abdomen reached 15,7% of 146 surgical emergencies registered in 1967 in the Gynecologic Service of the Loayza Hospital, in Lima, Peru. Ectopic pregnancy had the highest incidence (52,1%); torsion of the pedicle of ovarian cyst followed in frequency (39,1%) and of infectious origin were 8,6%.

A clinical study, type of surgery and diagnostic errors of 23 cases is presented; the author points out that the surgical treatment must be directed exclusively to the cause of the problem and be as conservative as possible.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— J. BOTELLA LLUSIA: *Enfermedades del aparato genital de la mujer*. Editorial Científica Médica 1962. Barcelona.
- 2.— Novak-Seager: *Tratado de Ginecología*. Sexta Ed. Editorial Interamericana S.A. 1962.
- 3.— Te Linde: *Ginecología Operatoria*. José Bernades. 1956.
- 4.— Carrasco Reyés: *Abdomen Agudo Médico*. Año 2. Tribuna Médica Vol. 11, 7 de Febrero 1966. Lima-Perú.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA

Drs.: CARLOS BUSTIOS ROMANI, ALVARO ULLOA ZAVALETA y ALEJANDRO PATRON PAZOS

INTRODUCCION

El distrito de Magdalena tiene una población estimada, para 1967, de 76,149 habitantes, con una tasa de natalidad estimada de 3%, con un nivel de vida superior al promedio existente en Lima Metrópoli.

En este distrito se registró, en el período 1962-1964, una tasa de mortalidad materna (por complicaciones del embarazo, parto y puerperio) de 7.2 defunciones por 10,000 nacidos vivos. Cifra que es inferior a la mitad de la encontrada en Lima Ciudad para el mismo período; y baja si la comparamos con otras ciudades latinoamericanas (1). (Cuadro N° 1).

CUADRO N° 1

DEFUNCIONES POR COMPLICACIONES DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO —EN DOCE CIUDADES Y EN EL DISTRITO DE MAGDALENA— PERIODO 1962 - 1964

Ciudad	N° de nacimientos	Mortalidad Materna	
		N°	Tasa
SAN FRANCISCO	9,091	1	1.1
BRISTOL	11,110	2	1.8
RIBERAO PRETO	8,772	5	5.7
MAGDALENA	5,575	4	7.2
SAO PAULO	441,379	36	8.7
CARACAS	47,422	46	9.7
BOGOTA	49,206	62	12.6
LA PLATA	13,534	18	13.3
LIMA	53,846	84	15.6
GUATEMALA C.	42,138	67	15.9
MEXICO C.	46,784	80	17.1
CALI	44,495	97	21.8
SANTIAGO	29,114	92	31.6

Fuente de información: Patterns of Urban Mortality - Report of the Inter-American Investigation of Mortality. Pan American Health Organiz.

Tasa por 10,000 nacidos vivos.

Uno de los factores que está influyendo en esta mortalidad baja, creemos, es la alta cobertura de atención obstétrica prenatal y hospitalaria intranatal, que desde el año 1961 alcanza niveles útiles (Cuadro N° 2).

En el lugar, desde el año 1956, funciona el Centro de Salud de Magdalena, uno de cuyos Servicios es el de Higiene Materna que tiene como propósito la promoción, prevención y recuperación de la salud de la futura madre, de la gestante, de la puerpera a fin de ayudar a un embarazo sin temores ni complicaciones y al nacimiento de una criatura sana. Sus actividades están dirigidas en forma prioritaria a la madre residente en el distrito cuyo bajo nivel socio-económico la imposibilita atenderse en el sector privado y que tampoco tenga derecho a ser atendida en las instituciones de salud del Subsector Público Independiente.

CUADRO N° 2

DEFUNCIONES POR COMPLICACIONES DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. SU RELACION CON LA COBERTURA DE ATENCION OBSTETRICA PRE-NATAL Y HOSPITALARIA INTRANATAL EN EL DISTRITO DE MAGDALENA. PERIODO 1960-1965

Por año inscripción	Total de nacimientos inscritos		Con atención obstétrica prenatal		Con atención hospitalaria intranatal		Mortalidad materna	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	Tasa
TOTAL	10,488	100	9,008	85.9	8,649	82.5	10	9.5
1960	1,736	100	1,372	79.0	1,270	73.2	5	28.7
1961	1,579	100	1,561	98.8	1,246	78.9	0	0.0
1962	1,835	100	1,317	71.8	1,536	83.7	0	0.0
1963	1,890	100	1,540	81.5	1,617	85.5	2	10.6
1964	1,850	100	1,771	95.7	1,592	86.1	2	10.8
1965	1,598	100	1,447	90.6	1,388	86.9	1	6.3

Fuente de Información: División de Estadística de Salud.
Servicio de Estadística del C. S. Magdalena.

Tasa por 10,000 nacidos vivos.

El Programa de Actividades del Servicio de Higiene Materna contempla las siguientes acciones:

- a) Consulta Externa por médico y obstetrix en el período prenatal y postnatal. Un mínimo de 4 controles.
- b) Atención dental a todas las gestantes.

- c) Visitas domiciliarias por Auxiliar de Enfermería. Un mínimo de 1 visita en el período prenatal y 1 en el post-natal. Fines educativos.
- d) Atención por servicio Social en el período pre-natal. Prediagnóstico social.
- e) Ayuda alimentaria a los casos sociales.
- f) Consulta Externa por médicos especialistas en casos de morbilidad no obs-trétrica.
- g) Actividades educativas: a grupos de madres por una Puericultora. Estas gestantes son transferidas en el momento del parto a la Maternidad de Lima y Central Santa Rosa.

Es norma del personal del Centro de Salud tratar de captar a la gestante lo más precozmente posible con el pensamiento de que en esa forma se garantizará más la prevención y promoción de su salud y del producto de la concepción.

Una de las formas de medir los resultados de las acciones del Programa del Servicio de Higiene Materna es a través de indicadores negativos como la mortalidad y morbilidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio en las gestantes atendidas. Nuestra intención es hacer esa evaluación y establecer una relación estadística entre esos indicadores y el nivel de vida y el trimestre de inicio del control prenatal de esas madres.

Esta evaluación nos permitirá señalar el nivel de salud de las madres atendidas y dar elementos de juicio para posibles reajustes en las técnicas empleadas en el Programa.

1.— ATENCION PRENATAL Y POSTNATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA

En los años 1966-1967 se atendieron 1,550 gestantes que recibieron un total de 6,564 controles prenatales que hacen un promedio de 4.2 controles por gestante atendida. De ese total: 329 (21%) acudieron en el 1er. trimestre de su gestación recibiendo un promedio de 6.1 controles prenatales; 692 (45%) lo hizo en el 2do. trimestre con un promedio de 4.6 controles por gestante atendida; y 529 (34%) iniciaron su control en el 3er. trimestre recibiendo un promedio de 2.6 controles prenatales (Cuadro N° 3).

En los mismos años, de las 1,550 madres atendidas en la etapa prenatal solamente 642 (41.47%) regresaron al Centro de Salud para su control de puerperio (Cuadro N° 4).

CUADRO N° 3

GESTANTES ATENDIDAS POR TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL Y SEGUN NUMERO DE CONTROLES — PROMEDIO DE CONTROLES POR GESTANTE ATENDIDA. CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA — AÑOS 1966 - 1967

Por trimestre	Gestantes Atendidas Por número de controles prenatales								Total				Controles prenatales	
	1 - 2		3 - 4		5 - 6		7 y más							
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	Promedio		
Total	482	31	423	27	332	21	313	21	1,550	100	6,564	4.2		
1er.	58	18	45	14	66	20	160	48	329	100	2,006	6.1		
2do.	139	20	189	27	215	31	149	22	692	100	3,183	4.6		
3ro.	285	54	189	36	51	9	4	1	529	100	1,375	2.6		

CUADRO N° 4

MADRES PUERPERAS ATENDIDAS SEGUN NUMERO DE CONTROLES POSTNATALES — PROMEDIO DE CONTROLES POR PUERPERA ATENDIDA. CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA — AÑOS 1966 - 1967

Según control postnatal	Puerperas Atendidas Controles postnatales				Total		Controles postnatales	
	Uno		Dos					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	Promedio
Con Control	549	39.5	93	4.1	642	39.6	734	1.1
Sin Control	000	60.5	00	0.0	908	60.5		
Total	549	39.5	93	4.1	1,550	100.0		

2.— HIPOTESIS PLANTEADAS

- 1º La mortalidad materna de las madres atendidas en el Servicio de Higiene Materna del Centro de Salud de Magdalena es inferior a la que se registra en el promedio de la población de madres de todo el distrito.
- 2º La mortalidad y morbilidad materna de las madres atendidas en el Servicio de Higiene Materna del Centro de Salud de Magdalena está en relación inversa con su nivel de vida y en relación directa con el trimestre de inicio de control prenatal.

3.— OBJETIVOS DEL TRABAJO

- 1º Medir la mortalidad y morbilidad materna en la población de madres atendidas en el Centro de Salud de Magdalena. Fines evaluativos.
- 2º Establecer una relación estadística entre la mortalidad y morbilidad materna y el nivel de vida e inicio del control prenatal.

4.— METODOS

4.1. ENFOQUE METODOLOGICO GENERAL

El estudio se realizó utilizando la información disponible del trabajo rutinario del Servicio y buscando una nueva información específica para este trabajo.

4.1.1. Información disponible

- a) Sistema de Registro de las madres atendidas en el período 1966-1967, ordenada alfabéticamente y por día de inicio del control prenatal. Registro que era un resumen de las atenciones recibidas por la madre.
- b) Ficha Familiar, que incluye: información sobre la vivienda y el grupo familiar, las historias clínicas de la madre y de sus hijos, y el informe social de pre-diagnóstico.

4.1.2. Información específica

- a) Encuesta domiciliaria a una muestra representativa de las madres atendidas, que eran citadas enseguida para su control ginecológico en el Consultorio del Servicio de Higiene Materna.
- b) Examen Ginecológico completo a las madres citadas.

Con toda esta información se procedió a llenar una tarjeta individual para cada madre encuestada, con los datos necesarios para estudiar las hipótesis planteadas. Tarjetas que posteriormente fueron tabuladas y analizadas.

4.2. ELECCION DE LA MUESTRA

El universo estadístico es la población de gestantes atendidas en el período 1966-1967 y anotadas en el sistema de registro.

4.2.1. Toma de la muestra

- a) Unidad estadística: gestante atendida durante 1966-1967.
- b) Estratificación de la muestra y universo:
 - Se agrupó a las gestantes registradas en 3 estratos según el trimestre en que había iniciado su control prenatal.
 - Tamaño de la muestra: debido a la homogeneidad de los estratos se decidió estudiar a 50 madres de cada estrato. Para ello se programó la visita a 180 madres.
 - Método de muestreo: Como los estratos se diferenciaban en tamaño se utilizó el método de muestreo estratificado no proporcional. Eligiendo al azar 60 madres de cada estrato.

4.2.2. Muestra pareada.

Para establecer la relación estadística entre la mortalidad y morbilidad materna con el nivel de vida y el inicio de control prenatal. Se seleccionó en la muestra:

- a) Para el estudio de la influencia del nivel de vida: dos subgrupos análogos en todas sus características (grupo de edad, orden de gravidez, ocupación, inicio de control, etc.) excepto en el nivel de vida, variable estudiada.
- b) Para el estudio de la influencia del inicio de control prenatal: tres subgrupos que solamente se diferenciaban en el trimestre de inicio de control prenatal.

4.3. LA ENCUESTA

La realizaron a domicilio las 4 visitadoras de hogar del Centro de Salud de Magdalena bajo la supervisión de un médico. Una vez realizada la encuesta citaban a la madre para su examen ginecológico al Centro de Salud.

4.3.1. Capítulos de la encuesta (Anexo 1)

- a) Filiación.
- b) Síntomas y tipo de atención durante la gestación, parto y puerperio.

- c) Información sobre el producto de la concepción:
 - Terminado en nacido vivo,
 - Terminado en natimuerto,
 - Terminado en aborto,
 - Terminado en muerto antes de los 28 días de nacido vivo.
- d) Información sobre defunciones maternas.
- e) Información sobre nivel de vida.

4.3.2. Criterio para calificar el nivel de vida

Se utilizó 12 indicadores, cada uno de ellos con un puntaje, según una encuesta sociológica diseñada por O. Sepúlveda y adaptada para nuestro medio por los Drs. Meza Cuadra y M. Paredes. (Anexo II). Al finalizar la encuesta se suma el puntaje de todos los indicadores: el puntaje máximo es de 38 puntos y sus variaciones tienen la siguiente interpretación:

- a) Clase Baja: de 0 a 18 puntos,
- b) Clase Media: de 19 a 23 puntos,
- c) Clase Alta: de 24 a 38 puntos.

Este puntaje después era chequeado por el informe de pre-diagnóstico social.

4.4. REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA GESTANTE Y EXAMEN GINECOLÓGICO

En cada caso al llegar a su cita la madre encuestada se procedía a la revisión de la encuesta, de la historia clínica y el examen ginecológico por médico.

Los criterios utilizados para el diagnóstico fueron:

- a) Pre-eclampsia y eclampsia: la definición de Nelson "la presión diastólica hasta 90 mm. de mercurio o más después de 24 semanas de embarazo, sin albuminuria o con albuminuria evidente y no atribuible a infección" (2).
- b) Anemia del embarazo: el propuesto por el grupo de estudio de la O.M.S. sobre Anemia Ferropénica, que es el de considerar que existe anemia en la embarazada cuando se descubre un índice de he-

moglobina inferior a 10 grs. por 100 ml. (2).

c) Parto con laceración del periné: los desgarros de periné sin considerar las episiotomías.

d) Partos distócicos: las cesáreas y los partos con fórceps.

Las otras complicaciones y enfermedades ginecológicas de acuerdo a criterios de uso corriente.

4.4. TRABAJO EN TERRENO

De las 180 gestantes o madres visitadas solamente se logró ubicar a 140 de ellas, obteniéndose una distribución de la muestra como sigue: 44 en el subgrupo del 1er. trimestre; 47 en el segundo y 49 en el subgrupo del 3er. trimestre.

La residencia de estas madres en el momento de la encuesta (máximo un año ó meses después del inicio del control prenatal) sólo en un 65.7% del total seguía siendo de Magdalena, en casi la tercera parte de los casos se habían trasladado a otros distritos o habían dado la dirección de un familiar o amiga. Esta movilidad de la población de gestantes fue mayor en el subgrupo del tercer trimestre en que casi la mitad ya no residía en el distrito. (Cuadro N° 5).

CUADRO N° 5

ELECCION DE LA MUESTRA DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUN TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL Y RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA. CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA 1966 - 1967

Por trimestre	Total de la muestra		Magdalena		Según Residencia Actual Trasladas		Dirección mala	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	140	100	92	65.7	36	25.7	12	8.6
1ro.	44	100	29	65.9	12	27.2	3	6.9
2do.	47	100	35	74.5	10	21.3	2	4.3
3ro.	49	100	28	57.1	14	28.6	7	14.3

4.5. TABULACION DE LA INFORMACION

Con toda la información disponible se trasladó los puntos y variables en estudio a una tarjeta individual.

La información trasladada a las tarjetas se tabuló en su totalidad o en las submuestras pareadas.

5.— RESULTADOS

El procesamiento de la información nos proporciona lo que a continuación se expone.

5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA TOTAL DE GESTANTES

- a) No existían gestantes en edades extremas, solamente el 12% tenían más de 34 años de edad. (Cuadro N° 6).
- b) El 19% de las gestantes era primigrávidas y el 33% habían referido 5 o más gestaciones. (Cuadro N° 6).
- c) El 16% de la muestra eran madres solteras y el 23% convivientes. (Cuadro N° 6).
- d) El 16% desempeñaban tareas de doméstica durante su gestación y el 6% desempeñaban otra ocupación. (Cuadro N° 6).

CUADRO N° 6

**CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE GESTANTES ATENDIDAS
CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA — AÑOS 1966 - 1967**

Grupos de edad		Orden de gravidez		Condición civil		Ocupación durante gestación	
Grupo (años)	%	N° de Orden	%	Clase	%	Clase	%
Total	100	Total	100	Total	100	Total	100
Menos de 15	0	Uno	19	Soltera	16	Su casa	78
15 - 24	46	Dos	22	Conviviente	22	Doméstica	16
25 - 34	42	Tres	12	Casada	62	Otro	6
35 - 44	12	Cuatro	14				
45 y más	0	Cinco y más	33				

- e) La totalidad de la muestra había recibido atención profesional durante su parto, aunque solamente el 22% había sido atendida por médico. (Cuadro N° 7).
- f) Solamente el 10% había tenido su parto en domicilio, el resto en el hospital o clínica. (Cuadro N° 7).
- g) Solamente el 40% de gestantes atendidas en el Consultorio de Higiene Materna regresó para su control post-natal. (Cuadro N° 7).
- h) Para la condición socio-económica de las gestantes atendidas, e!

nivel de vida fue alto para la tercera parte y bajo (límites con la subsistencia) en las dos terceras partes de la muestra. La distribución fue distinta para el subgrupo del 3er. trimestre, donde solamente la cuarta parte tenía un nivel de vida alto. (Cuadro N° 8).

CUADRO N° 7

**CARACTERISTICAS DE ATENCION INTRANATAL Y POSTNATAL DE LA MUESTRA DE MADRES ATENDIDAS.
CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA — 1966 - 1967**

Atención Intranatal		Lugar ocurrencia		Atención Postnatal	
Clase	Asistencia				
Clase	%	Clase	%	N° Cont.	%
Total	100	Total	100	Total	100
Médico	22	Clínico	2	0	60
Obstetriz	78	Hospital	88	1	35
Empírica	0	Domicilio	10	2	5

CUADRO N° 8

**CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA DE GESTANTES ATENDIDAS POR TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL
PRENATAL Y NIVEL DE VIDA — CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA — 1966 - 1967**

Por trimestre	Total muestra		Gestantes según nivel de vida			
	N°	%	Alto		Bajo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	140	100	47	33.5	93	66.5
1er.	44	100	17	38.6	27	61.4
2do.	47	100	17	36.1	30	63.9
3ro.	49	100	13	26.5	36	73.5

5.2. MORTALIDAD MATERNA, FETAL Y NEONATAL

5.2.1. Mortalidad materna

No se encontró ninguna defunción materna en la muestra estudiada. (Cuadro N° 9).

5.2.2. Mortalidad fetal precoz

Para la muestra total se registraron 5 abortos lo que da una tasa de 35.7 por mil nacidos vivos. Pero en el grupo del 1er.

CUADRO Nº 9

MORTALIDAD MATERNA, FETAL Y NEONATAL EN MUESTRA DE MADRES ATENDIDAS SEGUN TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL —
CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA — AÑOS 1966 - 1967.
SU RELACION CON EL NIVEL DE VIDA

Por trimestre	Tamaño de la muestra según nivel de vida			Mortalidad según nivel de vida						Neonatal									
	Materna			Fetal precoz			Fetal tardía												
	Alto	Bajo	Nº	Alto	Bajo	Nº	Alto	Bajo	Nº	Alto	Bajo	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº			
Total	47	93	0	0.0	0	0	0.0	2	42.6	3	32.3	1	21.3	0	0.0	1	21.3	4	43.0
1er.	17	27	0	0.0	0	0	0.0	2	117.6	2	74.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	74.1
2do.	17	30	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	1	58.8	1	33.3
3ro.	13	36	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	76.9	0	0.0	0	0.0	1	23.8

Tasa por mil nacidos vivos.

trimestre la tasa fue de 90.9 por mil nacidos vivos; la tasa por nivel de vida es diferente: en el alto fue de 117 por mil y en el bajo de 74 por mil nacidos vivos. (Cuadro N° 9).

5.2.3. **Mortalidad fetal tardía**

Solamente se registró una muerte, pero es sugestivo que esa defunción fetal tardía sucedió en una madre que había iniciado su control prenatal en el tercer trimestre de su gestación. (Cuadro N° 9).

5.2.4. **Mortalidad neonatal**

En la muestra total se registraron 5 defunciones de los hijos, producto de la gestación observada, antes de que cumplieran 28 días de edad; lo que da una tasa de mortalidad neonatal de 35.7 por mil nacidos vivos.

La mortalidad neonatal presentó diferencias notables entre los dos subgrupos de distinto nivel económico, siendo de 21.3 por mil en el alto y 43.0 en el bajo. (Cuadro N° 9).

5.3. MORBILIDAD MATERNA

En la muestra total de gestantes atendidas se constató que presentaron por lo menos una:

- a) Complicación del embarazo, el 42% de la muestra (aunque la mayor por anemia de embarazo) (Cuadro N° 10).
- b) Complicación del parto, el 22% de las madres (el grueso por desgarros del periné) (Cuadro N° 10).
- c) Complicación del puerperio, el 12% de la muestra. (Cuadro N° 10).
- d) Complicaciones o enfermedad ginecológica: el 90% de las madres. O sea que de cada 10 madres examinadas, 9 tenían por lo menos una enfermedad ginecológica. (Cuadro N° 10).

5.3.1. **Incidencia de complicaciones en el período prenatal**

En la muestra total una incidencia del 2% de eclampsias, 2% de infecciones, 2% de hemorragias (no aparecen en el cuadro), 5% de abortos y 30% de anemias. (Cuadro N° 11).

CUADRO N° 10

NUMERO DE PERSONAS CON COMPLICACIONES POR EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO O ENFERMEDADES GINECOLOGICAS EN MUESTRA DE MADRES ATENDIDAS.
CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA — AÑOS 1966 - 1967

Según morbilidad presente o ausente	Complicaciones de embarazo, parto y puerperio						Enfermedades Ginecológicas	
	Prenatal		Intranatal		Postnatal		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Total	140	100.0	140	100.0	140	100.0	140	100.0
Presente	57	41.0	30	22.0	17	12.0	126	90.0
Ausente	83	59.0	110	78.0	123	88.0	14	10.0

En la muestra pareada:

- a) Por nivel de vida: diferencias en la incidencia de anemias y abortos que es mayor en el subgrupo de nivel de vida bajo. (25 a 32, y 4 a 8) (Cuadro N° 11).
- b) Por trimestre de inicio de control prenatal: la incidencia de anemias aumenta según se demora el momento del inicio de control prenatal. De 15% en el subgrupo del primer trimestre se eleva al 40% en el subgrupo del tercer trimestre. (Cuadro N° 11).

5.3.2. Incidencia de complicaciones en el período intranatal

En la muestra total un 2% de partos distócicos y un 20% de laceraciones del periné. (Cuadro N° 11).

En la muestra pareada:

- a) Por nivel de vida: no existen diferencias. Cuadro N° 11).
- b) Por trimestre de inicio de control prenatal: las laceraciones del periné fueron más frecuentes en las atendidas. (Cuadro N° 11) en el 1er. Trimestre.
- c) **Por lugar de atención intranatal:** El total de partos distócicos fueron atendidos en el hospital, por haber sido transferidos para su atención especializada.

Las laceraciones del periné sucedieron con mayor incidencia en las madres atendidas en hospital. (Cuadro N° 11).

5.3.3. Incidencia de complicaciones en el período post-natal

En la muestra total un 7% de sepsis puerperales y un 5% de mastitis (Cuadro N° 11).

En la muestra pareada:

- a) Por nivel de vida: las mastitis fueron un 8% en el grupo bajo y 4% en el grupo alto. (Cuadro N° 11).
- b) Por trimestre de inicio de control prenatal: las sepsis fueron menos frecuentes (5 a 10 en el grupo del 1er. trimestre. (Cuadro N° 11).
- c) Por lugar de atención intranatal: las infecciones fueron algo más frecuentes (10 a 7) en el grupo de las atendidas en domicilio. (Cuadro N° 11). Todas las mastitis sucedieron en las madres atendidas en el hospital.

5.3.4. Incidencia de enfermedades ginecológicas

En la muestra total el 57% de las madres tenían una enfermedad infecciosa del útero, el 28% prolapso uterovaginal, el 7% ovaritis y salpingitis y 4% una posición anormal del útero. Como es evidente muchas madres presentaban simultáneamente más de una enfermedad ginecológica. (Cuadro N° 12).

En la muestra pareada:

- a) Por nivel de vida: El grupo bajo tenía una incidencia mayor de infecciones del útero que el grupo alto (64% en el primero y 50% en el segundo). El grupo de nivel de vida alto tenía una incidencia mayor de prolapso uterino y de leucorrea. (Cuadro N° 12).
- b) Por trimestre de inicio de control prenatal: la salpingitis y ovaritis y las enfermedades infecciosas del útero aumentan en incidencia conforme se demora el inicio del control prenatal. De 0% a 15% en el primer caso y de 55 a 70% en el segundo. (Cuadro N° 12).
- c) Por lugar de atención intranatal: La incidencia de salpingitis y ovaritis, enfermedad infecciosa del útero y prolapso úterovaginal es mayor en el grupo que se atendió en domicilio. (Cuadro N° 12).

CUADRO Nº 11

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUESTRA DE MADRES ATENDIDAS. POR NIVEL DE VIDA, TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL Y LUGAR DE ATENCION INTRANATAL. CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA — AÑOS 1966 - 1967

Morbilidad	Incidencia en muestra total	Por nivel de vida	Incidencia en muestra pareada				Por lugar de At. Intranatal		
			Media	Baja	1er. de control prenatal	2do. de control prenatal		3er. de control prenatal	Hosp. Dom.
	Nº casos	%	%	%	%	%	%	%	%
1. COMPLICACIONES EN EL PERIODO PRENATAL:									
Infecciones del aparato genital durante la gestación (630)	3	2	3	3	3	2	3	—	—
Anemia del embarazo (633)	42	30	25	32	15	25	40	—	—
Pre-eclampsia y eclampsia (637)	3	2	3	3	5	0	0	—	—
Aborto espontáneo (643)	7	5	4	8	10	5	0	—	—
2. COMPLICACIONES EN EL PERIODO INTRANATAL:									
Parto distócico	3	2	3	3	0	5	0	4	0
Parto laceración periné	27	20	21	18	25	15	5	24	16
3. COMPLICACIONES EN EL PERIODO POSTNATAL:									
Sepsis del parto y puerperio (670)	10	7	4	4	5	10	10	7	10
Mastitis (678)	7	5	4	8	5	5	5	6	0

CUADRO N° 12

**INCIDENCIA DE ENFERMEDADES GINECOLOGICAS EN MUESTRA DE MADRES ATENDIDAS, POR NIVEL DE VIDA, TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL Y LUGAR DE ATENCION INTRANATAL.
CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA — AÑOS 1966 - 1967**

Morbilidad	Incidencia en muestra total	Incidencia en muestra pareada					Por lugar de At. Intranatal		
		Por nivel de vida	Por trimestre de inicio de control prenatal						
N° casos	%	Alta	Baja	1er.	2do.	3er.	Hosp.	Dom.	
		%	%	%	%	%	%	%	
Solpingitis y oovitis (612-613)	9	7	4	0	0	0	15	5	15
Enf. infecciosas útero (620-622)	79	57	50	64	55	50	70	50	80
Prolapso útero vaginal (623)	39	28	36	25	40	25	20	25	30
Posición anormal útero (624)	6	4	4	7	15	0	0	2	4
Leucorrea (629.3)	28	20	29	14	20	20	20	20	20
Otras	2	1	0	4	0	0	0	0	0

6.— COMENTARIO

Un primer comentario que debemos hacer es sobre la movilidad de la población de gestantes de baja condición socio-económica del distrito, que en casi la tercera parte de los casos atendidos habían trasladado su domicilio fuera de la zona de influencia del Centro de Salud en un lapso máximo de 18 meses; esto se debe a que gran parte de ellas son domésticas o habitan en viviendas precarias que en un intento de mejorar su nivel de vida migran continuamente a través de todos los distritos de Lima Metrópoli. Esta constatación nos lleva a meditar sobre la validez técnica de la sectorización de los Servicios de Salud en Lima.

La mortalidad materna fue nula en la muestra. Aunque no podemos hacer interferencias de valor estadístico al universo, por el tamaño de la muestra, si tenemos una serie de argumentos para afirmar que la tasa de mortalidad materna de las madres atendidas en el Centro de Salud es inferior a la tasa de 7.4 encontrada para el promedio del distrito. Estos argumentos son:

- 1º La ausencia de defunciones maternas en la muestra.
- 2º La cobertura total, con una concentración suficiente, de atención obstétrica prenatal a estas madres.
- 3º La cobertura útil de atención intrahospitalaria de estas madres en el período intranatal y en el período puerperal inmediato.

Con estas altas cobertura de atención obstétrica prenatal e intranatal nos llama la atención la alta tasa de mortalidad neonatal (35.7 por mil nacidos vivos) encontrada entre los nacidos vivos de las madres observadas. Tasa alta si la comparamos con la registrada para el promedio del distrito en el mismo período que es de 18 y la estimada para Lima Metrópoli que es de 25 por mil nacidos vivos. Es sugestivo que esta alta tasa de mortalidad neonatal coincide con la enorme incidencia de enfermedades ginecológicas en esas mismas madres: que posiblemente están dificultando la normal adaptación del producto de la concepción durante el parto y en sus primeros contactos con el medio externo. Esta tasa de mortalidad neonatal fue aún mayor (43 por mil nacidos vivos) en el grupo de nivel de vida bajo.

La tasa de abortos espontáneos para el grupo del 1er. trimestre, único donde todos sus componentes tenían todavía probabilidades de presentarlo, fue de 90.9 por mil nacidos vivos, análoga a los que se encuentra en todos los sitios donde se ha hecho este cálculo.

Las complicaciones en el período prenatal se distribuyeron así: una alta incidencia de anemias (30%) y baja de toxemias y hemorragia (2% cada una); la baja incidencia de estas últimas complicaciones podemos explicarla por el

alto promedio de controles prenatales y otras acciones de salud que recibieron estas madres en el Centro de Salud. La alta incidencia de anemias del embarazo era esperada por el nivel socio-económico de donde provienen estas madres, que sabemos tienen muchos motivos para arrastrar esta deficiencia desde antes de la gestación observada. El nivel de vida y el inicio del control prenatal influyó en la incidencia de anemias por razones ya explicadas y porque las oportunidades de diagnóstico y tratamiento precoz disminuyen conforme la gestante demoraba el inicio de su control prenatal.

Las complicaciones en el período intranatal fue en su incidencia, baja en los partos distócicos y alta en las laceraciones de periné. La baja incidencia de partos distócicos se debe muy posiblemente a la calidad de la atención prenatal que ha evitado la presencia de muchos factores que podían favorecer su aparición. Nos llamó la atención la alta incidencia de desgarros de periné a pesar de que la totalidad había recibido atención de su parto por profesionales y la mayor parte en hospitales de maternidad; pensamos que esto se explica porque el 90% fueron atendidas en su parto en hospitales que son Centros de Entrenamiento para obstétrices y médicos, que en una fase de entrenamiento son las que atienden el parto de estas madres, con los problemas que trae la atención por personal inexperto; cosa que se afirma más por el hallazgo que la incidencia de desgarros fue menor en las madres atendidas en domicilio, que si fueron atendidas, seguramente por obstétrices y médicos con amplia experiencia y con mejor técnica.

Las complicaciones en el período post-natal tuvieron una incidencia relativamente alta. El nivel de vida bajo, la demora del inicio de control prenatal y la atención del parto en domicilio influyeron en la mayor incidencia de infecciones puerperales, por razones obvias.

Las enfermedades ginecológicas tuvieron una enorme incidencia en la muestra, donde el 90% de las madres tenía por lo menos una enfermedad ginecológica; predominando las de tipo infeccioso que fueron influenciadas por el bajo nivel de vida, la demora del inicio de control prenatal y la atención del parto en domicilio.

Como un comentario general podemos decir que la cobertura y la calidad de la atención de estas madres en el Centro de Salud de Magdalena y los hospitales de Maternidad de Lima, es suficiente para evitar complicaciones que pudieran poner en peligro de muerte a estas madres durante el embarazo, parto y puerperio; pero todavía no puede impedir la presencia de afecciones ginecológicas que parecen estar influyendo en la tasa alta de mortalidad neonatal encontrada.

Por lo expuesto es importante que el servicio de Higiene Materna del Centro de Salud de Magdalena proceda a realizar los siguientes reajustes en sus Programas de Actividades.

- 1º Aumentar sus actividades educativas para lograr una mayor cobertura de atención del puerperio.
- 2º Ampliar las actividades de las madres más allá del puerperio para darle atención eficiente y oportuna de sus afecciones ginecológicas; para ello debería aumentar sus recursos para disponer de un Consultorio de Ginecología dentro del Servicio de Salud (no de Higiene) Materna.
- 3º Primero coordinar y luego integrar actividades con los Servicios de Hospitalización Obstétrica y Ginecológica del Hospital "Santa Rosa", que teóricamente forma parte de la misma organización a que pertenece el Centro de Salud, para sumar recursos y asegurar una atención de mejor calidad de los partos y enfermedades ginecológicas de estas madres.

7.— CONCLUSIONES

En relación a las madres atendidas en el Servicio de Higiene Materna del Centro de Salud de Magdalena, podemos afirmar que:

- 1º Existen elementos de juicio para pensar que la mortalidad materna es inferior al existente para el promedio distrital.
- 2º La incidencia de anemias y de desgarros de periné fue alta en la muestra.
- 3º La incidencia de toxemias, hemorragias del embarazo y parto distócicos fue de 2%, para cada una, en la muestra.
- 4º La incidencia de enfermedades ginecológicas fue muy alta (90%) en la muestra, predominando las de tipo infeccioso.
- 5º El nivel de vida bajo influyó, aumentando la incidencia, en las anemias, abortos y en las infecciones del embarazo, puerperio y ginecológicas.
- 6º El inicio del control prenatal influyó, aumentando la incidencia en caso de demorarlo, en las anemias, sepsis del puerperio e infecciones ginecológicas.
- 7º La atención del parto en domicilio aumentó la incidencia de los procesos infecciosos puerperales y ginecológicos.
- 8º La atención recibida por estas madres ha evitado la presencia de complicaciones que podrían poner en peligro su vida, pero no impide la presencia de complicaciones o enfermedades ginecológicas.

- 9° Estas altas tasas de enfermedades ginecológicas pueden estar influyendo en la alta tasa de mortalidad neonatal encontrada en los nacidos vivos de las madres observadas.
- 10° El Servicio de Higiene Materna del Centro de Salud de Magdalena debe hacer reajustes en su Programa para asegurar una atención intranatal de mejor calidad y un efectivo tratamiento de las enfermedades ginecológicas de las madres que atiende.

SUMMARY

The "Health Center" of Magdalena, cares for a sector of the population of the Magdalena district, a part of the great Lima. The maternal mortality rate for the Magdalena district of 7 per 10,000 is low compared to that of great Lima 15.6 per 10,000. The study reported tries to gain insight as to the efficacy of the Prenatal Care Program of the Health Center through a survey of a sample of the population covered by this service. It is concluded that the scope and type of service given to these mothers is adequate in regard to the prevention of major illness during pregnancy, delivery and puerperium but can not control the incidence of gynecologic complications that seems to be important to determine the high rate (35.7⁰/₁₀₀) neonatal mortality observed in the study.

8.— BIBLIOGRAFIA

- 1.— O.M.S.: Patterns of Urban Mortality. Scient. Publ. N° 151 Sep. 1967.
- 2.— O.M.S.: La Nutrición Durante el Embarazo y la Lactancia. Serie de Informes Técnicos N° 302.

ANEXO II

CEDULA DE ENCUESTAS PARA MEDIR EL NIVEL ECONOMICO FAMILIAR

1. INSTRUCCION ALCANZADA:	M	P	7. PERSONA POR CAMA:	
Analfabeto	0	0	Más de 3 personas	0
Primaria	1	1	Entre 2.01 y 3	1
Secundaria	2	2	Entre 1.01 y 2	2
Técnica	3	3	1 persona	3
Universitaria (estu.)	4	4	Entre 0.01 y 0.99	4
Universitaria	5	5		
2. CATEGORIA OCUPACIONAL:			8. TIPO DE COCINA:	
Sin trabajo, cesante	0	0	Brasero	1
Ama de casa	1	1	Leña o kerosene	2
Familiar	2	2	Gas y electricidad	3
Obrero	3	3		
Independiente no prof.	4	4	9. BAÑO:	
Empleado	5	5	Ninguna instalación	0
Independiente profes.	6	6	Ducha y lavamanos	1
Empleador patrono	7	7	Lavamanos, ducha, tina	2
3. PREVISION:			10. SERVICIO HIGIENICOS:	
Sin previsión	0	0	No hay	0
Seg. Soc. Obrero	1	1	Letrino	1
Seg. Soc. Empleado	2	2	W. C.	2
Particular	3	3		
4. INGRESOS:			11. LUZ ELECTRICA:	
Madre			No hay instalación	0
Padre			Si hay instalación	1
Otros				
5. VIVIENDA:			12. AGUA POTABLE:	
Barriada	1		No hay instalación	0
Callejón	2		Si hay instalación	1
Quinta	3			
Pensión	4			
Depto. una casa	5			
Depto. Edif. Depto.	6			
Chalet	7			
6. PERSONA POR PIEZA:			SIGLAS USADAS:	
Más de 3 personas	0		M = Madre.	
Entre 2.01 y 3	1		P = Padre.	
Entre 1.01 y 2	2			
Una persona	3			
Menos de una persona	4			