

CONSULTORIOS PRENATALES

DR. NICOLÁS CAVASSA (*)

(Prof. de la Facultad de Medicina de Lima. Jefe del Consultorio Externo de la Maternidad de Lima)

AGRADEZCO al Comité Organizador de esta Primera Jornada de Obstetricia y Ginecología, que me permita tomar parte en este certamen de trascendencia nacional. Y lo agradezco por el honor que significa para mi persona y por que se me da la oportunidad para traer mi palabra, que si no tiene nada de académica ni de mayor prestancia profesional, tal vez puede tener algún valor por lo que ella refleja la observación de los médicos que hacemos nuestra vida diaria frente al complejo problema de las madres embarazadas que concurren al Consultorio Pre-Natal de la Maternidad de Lima, y que corre a nuestro cargo.

Si la vida del niño es considerada en todos sus aspectos como la base sobre la que reposa la nacionalidad, cuanto se haga desde el vientre materno, por la asistencia maternal, será la obra primera y de la que dependen el porvenir y el bienestar de la sociedad.

El niño que vemos fuera del claustro materno, y al que atendemos tan celosamente, ya para defender su salud o para restablecerlo del accidente de la enfermedad, es el que llega a la vida como consecuencia de fenómenos naturales o auxiliados por los procedimientos médicos y quirúrgicos que la ciencia y la técnica aconsejan. Pero hay al lado de esta cifra otra que no es menos notable, la que se refiere a los que no llegan al nacimiento o a los que nacen en malas condiciones de desarrollo, por causas maternas, por perturbaciones funcionales o patológicas o por causas sociales, y estas cifras precisa que tendamos a hacerlas menores.

Nosotros vemos el elevado número de abortos que aún no son tomadas en cuenta en las estadísticas generales de nuestro país; y sabemos hoy, con mayores conocimientos que antes, las variadas causas que intervienen en la génesis de este fenómeno perturbador de la vida. Hoy vemos desde los abortos habituales, generados, muchos de ellos, por deficiencias hormonales, por estados carenciales y otras causas, hasta los patológicos, producidos por la sífilis, el paludismo y la tuberculosis, para no mentar sino las enfermedades infecto-contagiosas más frecuentes entre nosotros; suponemos los tantos que serán ocasionados por la fatiga, el hambre, el alcoholismo; y se sabe en fin, los que, hoy más que nunca, se practican intencionadamente por procedimientos traumáticos —por profesionales y empíricos—, cifra que se hace cada vez mayor, por la impunidad con que estas intervenciones se practican, ayudadas por la complicidad de las sulfas antes y los antibióticos ahora, que, como todo lo que

(*) Trabajo presentado a las Primeras Jornadas de Obstetricia y Ginecología reanudadas en Lima. 1953.

el hombre ha inventado o descubierto, tanto sirven para el bien como para el mal.

Al lado del aborto tenemos igualmente las cifras de prematuridad, vinculadas también a causas patológicas y sociales, y las de nati-mortalidad en las que intervienen factores múltiples, muchos de los antes mencionados, a los que hay que agregar la deficiencia de asistencia obstétrica oportuna; la atención empírica, por la falta de profesionales obstétricos en todos los lugares poblados, en el medio rural, muy particularmente; y aún las intervenciones quirúrgicas, muchas de ellas debidas a la ninguna vigilancia y previsión en el período pre-natal, y que, bajo estos cuidados, los accidentes y las distocias pueden ser previstas para conducir a la gestante a la mesa operatoria, si fuera preciso, con la oportunidad que tales casos reclaman o dentro de la mejor integridad de las defensas orgánicas, para que el éxito corone el ideal obstétrico: la salvación de la madre y del hijo.

Además sabemos por la observación personal y por la que ya es universalmente conocida, la influencia que la atención materna, en la etapa antenatal, tiene para bajar muchas de estas cifras, tanto en lo que se refiere a la vida fetal como a la vida de las madres. Las causas de mortalidad maternal: toxemias, hemorragias, traumatismos operatorios o infecciones, son también dominadas, muchas de ellas, por el régimen o el tratamiento, o previstas dentro de cuidados pre-natales, pudiendo evitarse, por consiguiente, la muerte de muchas madres, cuya desaparición constituye a su vez un factor social de enfermedad y de muerte para el niño.

Por otra parte, la madre que recibe atención pre-natal, dentro de normas o disciplinas perfectamente establecidas, es la que, además de dar hijos sanos, con mayor desarrollo y peso, es mejor lactadora por la cantidad y calidad de su leche y hace un puerperio regular que, a la vez que influye en su buen estado personal, hace el bienestar de su hijo.

La asistencia pre-natal, es pues, la base fundamental de la defensa del niño como factor numérico de la población y como elemento sano que llegue a formar parte de la sociedad. El feto se desarrolla mejor por los cuidados proporcionados a la mujer embarazada, y el niño crece y se desenvuelve normalmente por la salud, educación y amparo de la madre. La madre, pues, es todo y es hacia ella adonde debe encaminarse toda la obra que el Estado haga en beneficio del niño: cuidados médicos de la madre; amparo en todas sus expresiones, económica y legal, a fin de asegurarlo, junto con su propia vida, la de su hijo y la de su hogar que es la defensa de la familia, cúspide que debe alcanzar una sociedad perfectamente organizada.

Con este concepto la asistencia que llamamos pre-natal no debe hacerse tan solamente por la atención ocasional de las mujeres que acuden a los consultorios, muchas veces por curiosidad, para que se les diga si están en estado de gestación —pregunta que a veces tiene deliberados propósitos— se les exprese cuántos meses tienen de gestación o se les satisfaga con manifestarles el estado en que se encuentran, para no presentarse nuevamente a la consulta y seguir su proceso de gestación bajo las indicaciones que sean menester. Es-

tas respuestas pueden tener tal o cual interés para ellas, pero los que tenemos a nuestro cargo la defensa del niño por la asistencia de la madre, no debemos sentirnos satisfechos de la obra que llevamos a cabo en tal forma; tal labor es deficiente, es incompleta y hasta peligrosa.

El buen estado de una gestante a los dos, tres o cuatro meses de embarazo, puede tornarse grave hacia los meses ulteriores, y si no hay una vigilancia constante en el proceso de la gestación, si no hay la visita domiciliaria que sirva de control, para encaminarla a la consulta cuando no acuda espontáneamente, si no hay la observación cuidadosa y continuada, sobrevienen entonces las sorpresas.

Aquel embarazo puede haber terminado por un aborto que queda ignorado, como queda igualmente ignorada la causa que le hubiera producido. Pudieron haberse presentado también complicaciones graves que el médico que prestó sus servicios en aquella consulta aislada, ha ignorado; y si el parto se realizó, queda sin saberse en qué condiciones y cuál fué el fin de la madre y del niño.

En el Consultorio de la Maternidad de Lima que está a nuestro cargo iniciamos la historia de la mujer que se consulta, suponiendo que ella va a seguir su atención en el consultorio y que llegará el momento en que ingrese a los servicios clínicos por el parto normal o por alguna complicación, a fin de que se establezca la historia única del caso y seguirlo en la mejor forma. Hay que advertir que muchas de estas historias quedan incompletas por la circunstancia que la consulta se hizo por sólo una vez; la interesada no vuelve a consultarse; ignoramos el curso que siguió el desarrollo de su gestación, y, en otros casos, si la persona ingresa a la Maternidad por alguna complicación o estado de enfermedad pasajera, la historia no vuelve a la sección correspondiente del consultorio para proseguirla, y en una nueva consulta hay que hacer una historia nueva. . . total inconvenientes que precisan eliminarse, pero que esto sólo puede hacerse a base de una organización en el servicio de catalogación de historias que se limita a archivarlas pero no a darles el movimiento que estos documentos deben tener para que sean completos en sus datos y verdaderamente útiles para el estudio que quiera hacerse. Sea de ello lo que fuere, en esta historia se anota el motivo de la consulta, el tratamiento que se le instituye, además de las advertencias que se les hace a cada persona para proseguir en sus atenciones periódicas.

Las gestante, en las que descubrimos una infección luética o gonocócica, reciben el tratamiento indicado en estos casos, pero debemos declarar que no es la atención con la amplitud que quisiéramos desde que, además de que no podemos hacer una investigación total de todas las mujeres que concurren, para saber si están o no infectadas, aquellas que se someten al tratamiento, no cumplen, en muchos casos, concurriendo para recibir todo su tratamiento, y otras, terminado su estado de gestación, se alejan, las perdemos de vista, y aunque cumplimos orientándolas hacia los servicios hospitalarios o hacia los

consultorios anti-venéreos del Estado, muchas no perseveran en su tratamiento; creen que con el parto debe haber terminado su atención y no las vemos más, hasta que otro embarazo las lleva nuevamente a la consulta y así, fácil es comprenderlo, el cuidado se hace insuficiente por la falta de continuidad.

Un servicio de rayos X hace las investigaciones radioscópicas de todas las mujeres que concurren al Consultorio, a fin de comprobar su estado pulmonar, orientándolas hacia el Preventorio Raimondi cuando el caso le exige, ya que así está establecido para el control y tratamiento por los servicios nacionales que hacen la campaña antituberculosa. Sin embargo no es raro el caso que, en un momento dado, por la urgencia de un parto u otra complicación vinculada al estado de gestación, tengamos que intentar desde el Consultorio a mujeres con lesiones de carácter tuberculoso a las salas comunes por no tener una sala especial que nos permita el aislamiento de tales enfermas, que exigen cuidados especiales tanto para ellas como para el hijo.

Completa nuestro equipo de trabajo, la sección de dentisteria para atender las infecciones bucales, por caries o descuidos higiénicos de esta clase. La sección oculística, que cumple previniendo, sobre todo, complicaciones mayores por las investigaciones oculares cuando los casos lo reclaman. Un pequeño laboratorio para investigaciones de urgencia; y, en fin, una pequeña sección para cumplir con la preparación de las indicaciones terapéuticas, sección dependiente de la Farmacia de la Maternidad.

Un personal médico con la colaboración de obstetrices y enfermeras obstetrices cumple en las horas de la mañana atendiendo a cuantas mujeres solicitan atención y dos señoritas asistentes sociales, prestan determinados servicios, sin que ello signifique que el consultorio tenga un personal que se dedique a estas funciones asistenciales de manera especial.

Esta es, pues, la función que desempeña el Consultorio Pre-natal que atendemos, y esta labor que practica y hemos logrado, por la propaganda y el consejo, una cierta orientación educacional, primera cuestión que es indispensable en toda obra de asistencia y previsión para encausar a la masa que se consulta por el camino de la confianza, de la comprensión y, en cuanto sea posible, hacia el conocimiento de su propio estado, a fin de que contribuye por ella misma a la defensa de su bienestar y a evitar toda complicación que pudiera presentarse. Algo, pues, hemos hecho. Desde que intervinimos en la función que desempeñamos la concurrencia diaria de gestantes ha aumentado notablemente. En un principio prestábamos atención a un promedio de 30 personas cada día, hoy asistimos a más de 100 personas cada mañana que pasan a veces de 200 lo que suma más de 30.000 consultas al año. Observamos la constancia de mujeres a las que hemos prestado nuestros cuidados desde su primer embarazo, así como la concurrencia de madres que vienen de todos los sectores de población inmediatos a Lima, y, en fin, las que llegan de lugares lejanos, nos referimos a gestantes procedentes de pueblos del norte, centro y sur de la República. Todo esto nos hace ver que no ha sido estéril el entusiasmo que pusimos desde el primer momento al cumplir nuestra misión, y nos dice de la falta de recursos de igual índole en otros lugares de nuestro territo-

rio, hasta los que ya va sintiéndose la necesidad de estos servicios de medicina social.

Ahora bien sabemos y apreciamos el empeño que el Estado tiene por multiplicar los servicios que llevan a la madre los auxilios de defensa y protección en beneficio de su hijo. Dentro de tales normas se cuenta con varios centros maternos de carácter obstétrico. Hay un centro de Educación Maternal. Funciona la sección de Ampara Legal de la Maternidad. Existe un Servicio Nacional Antivenéreo. Una Escuela de Servicio Social. Una Escuela de Enfermeras Sanitarias. Un Dispensario Central Antituberculoso. Se presta atención a un determinado número de madres después del parto en un Refectorio Maternal. Algunos de estos servicios tienden a extenderse por el territorio nacional. Y mientras el Estado cuenta con todos estos recursos y algunas beneficencias sostiene otros, otras muchas no cuentan con ninguno. Conviene, pues, dada la importancia de la asistencia de la mujer embarazada, darles una mayor extensión, a estos servicios, pero es tiempo ya de que hablemos también de su mejor organización, de darles a estos centros de atención pre-natal un plan de trabajo, dotándolos de todos los elementos para hacerlos mucho más eficaces, relacionarlos, coordinarlos, a fin de que se haga una obra común de conjunto, orientada por una dirección, con una documentación idéntica y planes iguales, que es como deben encauzarse las obras generales de asistencia social.

La atención llamada pre-natal debe prestarse en Centros Maternológicos dotados de todos los recursos que esta asistencia exige; recursos que bien pueden estar instalados dentro de los mismos centros, según su magnitud, o, estar en relación con ellos, para que puedan responder en un momento dado a una atención inmediata y eficiente, no sólo a un examen obstétrico, sino médico y ginecológico.

Con este concepto todo Centro Maternológico debe contar con dos primeros consultorios fundamentales, uno de asistencia médico-obstétrica o pre-natal y otro post-natal y ginecológico. El primero inmediatamente en relación con un Centro de Educación Maternal, que puede estar en esta misma sección, y con las salas de Maternidad para la asistencia que determinadas gestantes lo requieran; y el segundo con servicios hospitalarios o consultorios ginecológicos, gotas de leche y otros establecimientos de asistencia infantil. Y aún más, en estos centros no debe faltar un servicio de Rayos X; uno de oftalmología; uno de dentistería; un servicio antivenéreo y hasta una sección médica en la que las observaciones de metabolimetría y cardiología son indispensables, con particular atención en nuestro medio en donde aún no llevamos una observación seria de estos estados en nuestras gestantes. Pensamos aún en la conveniencia que en estos centros, se lleven a cabo observaciones a propósito de la esterilidad.

Pero todos estos servicios indispensables no cumplen en todo su importante función, sino están provistos de servicios sociales. Quiero referirme a los que prestan las asistentes sociales y las enfermas de Salud Pública. El estado de embarazo no es sólo una cuestión a observar y a atender desde el punto de vista obstétrico. La gestación es un hecho social que está vinculado a una serie de problemas que precisa tener en consideración para la vida normal de la mujer en estado de embarazo y para defensa y mejor organización de la sociedad. La miseria, el abandono de la madre, la falta de reconocimiento de los hijos, la deficiencia de habitación, la escasez de alimentos, etc., son problemas que están vinculados a la vida de la mujer embarazada. Los diarios nos ofrecen en sus páginas noticias sensacionales de abortos, muchas veces con consecuencias fatales; de abandono de niños recién nacidos, y hasta actos de infanticidio realizados por madres que llegan a estos extremos por falta de múltiples recursos de orden jurídico que eviten la huída de los padres sin responsabilidad o de otro carácter, me refiero a los de amparo social, que recoja para su auxilio a las madres abandonadas, mujeres solteras de preferencia, a las que conviene volverlas a la vida normal, para evitar los actos delictuosos que ocurren, creándoles ambientes de educación y trabajo. Precisa, pues, que en los Centros maternológicos, en estos consultorios llamadas prenatales, exista un cuerpo de asistentes sociales que penetre en la investigación de estos casos cuya resolución influyen en la vida y bienestar de las madres. La investigación de los recursos de vida de la embarazada, la organización de su hogar, el reconocimiento de sus hijos, son factores que alientan a la madre y que las ponen a cubierto de muchos otros riesgos de carácter obstétrico, que pueden presentarse por esta vida incierta y perturbada, por cuestiones de carácter social.

Si la colaboración de la Asistente Social es imprescindible en la actualidad en estos servicios, no es menos la que deben prestar las enfermeras de S. P. o las enfermeras obstetricas orientadas hacia la función que deben cumplir vigilando a la embarazada, haciéndola concurrir a los servicios respectivos, cuando tengan alguna complicación o sufra de una enfermedad infecciosa que reclame tratamiento; las de naturaleza venérea, entre otras, para que no se interrumpa el tratamiento, pudiéndose por este control igualmente saber, las interrupciones que pudieran haber ocurrido de los embarazos por causas diversas; en resumen, un control que sirva a hacer más eficaz la labor de los Consultorios o del servicio pre-natal y a prevenir muchos desenlaces que con tal vigilancia pueden evitarse.

Tenemos por ejemplo el control de la sífilis. No habiendo un personal que guíe y vigile la concurrencia de las enfermas de esta dolencia a la sección respectiva para su tratamiento normal, no se hace la obra pre-natal que debe hacerse hasta lograr, por la concurrencia de la gestante, su curación y el mejor estado del niño que nazca; alejadas estas enfermas, sin cumplir debidamente su tratamiento, son personas que adquirirán complicaciones tardías por la misma infección que no recibió oportunamente un adecuado tratamiento. Revisando documentos que confirmen estas suposiciones, encontramos en las ob-

servaciones hechas por César Silva Delgado que entre 4,249 sífilíticas, estudiadas en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima, hubo 128 casos de aortitis sífilíticas, y este porcentaje es más frecuente entre mujeres de cuarenta a sesenta años, y yo supongo que estas mujeres fueron madres y que, muy seguramente, si se atendieron, el tratamiento fué insuficiente o no se hizo con la oportunidad que debió hacerse, y casi confirmando esta suposición nuestra, en la tesis que presenta Homero Flores Fajardo, estudiando la "Sífilis en nuestras mujeres embarazadas", nos dice que ha encontrado un 31.79% en las internadas en la Maternidad de Lima. La cifra de ponerla en duda por su cantidad, pero de todas maneras indica que la infección luética entre las embarazadas debe tomarse en seria consideración, y esto exige que en los consultorios prenatales se haga una mayor investigación y un control más atento y más severo.

Conocida es la observación que se hace, referente a la disminución de la eclampsia por la atención en los consultorios pre-natales; y nosotros también la hemos hecho. Esta disminución de la cifra de tal complicación, antes tan frecuente, se debe a la vigilancia de las gestantes y a la educación que van adquiriendo, en lo que significa esta complicación de caracteres tan graves para la madre y para el niño; y los casos que se presentan, son para nuestra observación casi siempre en personas que no concurrieron al Consultorio o en aquellas que, aunque concurrieron, lo hicieron al principio de su embarazo, cuando no acusaban mayores complicaciones, y que, no obstante la advertencia que siempre se les hace, de presentarse periódicamente, no lo hicieron, y, en la mayor parte de los casos, ocurre esta grave toxemia en personas que por su vida, lejos del radio urbano, las priva de tomar sus consultas oportunas. Sea lo que fuere, un mayor control por un personal que haga la prevención de estos trastornos, evitará que tal complicación se presente, desde que hasta hoy no hay mejor tratamiento que el cuidado y la previsión.

Pero no sólo es la eclampsia la que hace cifra de muerte en muchos casos que no podemos evitar tan sólo por el consejo, la indicación educadora y el régimen que, a veces, no se cumple. También cae bajo el cuidado y la responsabilidad del consultorio pre-natal las malas implantaciones placentarias, que son causa de muerte en determinados casos y que también, en algunos, tal desgracia se podría evitar. Tanto en la Maternidad de Lima como en la del Callao se han hecho observaciones. En la Maternidad de Lima, del año 1948 al 1952, sobre 87,637, ocurrieron 224 casos de placentas bajas, lo que hace un porcentaje de 0.25% o sea que sobre cada 400 partos se presenta una placenta anormal en su inserción. El estudio que tomo en consideración es el que se refiere a la tesis presentada para obtener el grado de bachiller por el señor Timoteo López Hinostroza. Estudia además los factores etiológicos que pueden haber intervenido, paridad, abortos anteriores, prematuridad, y nos dice igualmente que el mayor número del accidente hemorrágico se presenta en el último trimestre de la gestación. Estudia las formas de tratamiento, quirúrgico en todos los casos naturalmente, y llega a la conclusión de que esta complicación obstétrica dió una mortalidad materna sobre los 224 casos de 7.14% y una mortalidad fetal de 22.3%. Desde luego que nos vamos a ex-

presar ni a suponer que por la asistencia pre-natal, vamos a evitar la implantación anómala de la placenta, pero queremos recordar que casi siempre este fenómeno se anuncia por síntomas hemorrágicos que hacen presentir en la presencia de una placenta mal implantada, y ésto exige la vigilancia de la enferma, no una vigilancia confiada a sus propios cuidados, sino a los que un personal inteligente la controle, por la visita domiciliaria, haciéndola concurrir, cuando sea necesario al consultorio o dirigiéndola a su internamiento oportuno, para evitar, en cuanto sea posible, que la catástrofe hemorrágica tome a la enferma de sorpresa, y que bajo los cuidados clínicos, siempre a la expectativa de lo que pueda ocurrir, se eviten fatales desenlaces. Bien sabemos que la lesión puede presentar caracteres tan graves, que no todos los casos pueden ser salvados por variadas razones, pero bajo servicios de previsión, perfectamente organizados, se pueden salvar muchas pérdidas y disminuir las cifras que dejamos anotadas.

La asistencia pre-natal tiene también responsabilidad en el número de prematuros. Comprendemos que hay causas de prematuridad que escapan al conocimiento médico, como provocan también el parto prematuro otras, que son imposibles de evitar; pero la prematuridad está vinculada a estados de la madre, tanto médicos como sociales, que son susceptibles de estudio y de atención, y, por consiguiente, puede contribuirse a la disminución de la cifra de prematuridad que, a la vez, aumenta el de mortalidad fetal. Estudios practicados en la Maternidad de Lima, nos hacen ver la cifra de 9.64% de prematuros entre los años 1940 a 1950 y el autor, Luis Gandolfi, anota que en los últimos años se nota un aumento de esta crecida cifra; y tan importante se hace el tema de prematuridad que en el "Primer Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología", reunido en Buenos Aires, octubre del año próximo pasado, constituye relato primordial. "el problema de prematurez", y en su interesante ponencia el Dr. Lucas Machado, de Brasil, deja impresas como indicaciones de la profilaxia del parto prematuro los siguientes: "1ª) Corregir las deficiencias nutritivas de la gestante desde el principio de la gravidez; 2ª) Diagnosticar y tratar la anemia de la gestante, tan frecuente en la clase media y sobre todo en la de menores recursos de vida. (Entre nosotros no tenemos aún estudios a este respecto.) 3ª) Diagnóstico precoz y tratamiento enérgico de la sífilis en las gestantes. 4ª) Protección de la gestante contra las molestias de las infecciones agudas. 5ª) Tratamiento de las molestias infecciosas crónicas o infecciones focales de las gestantes. 6ª) Cuidadosa vigilancia clínica de las gestantes diabéticas. 7ª) Cuidados especiales a las gestantes portadoras de cardiopatías, que deberá ser también orientada por el cardiólogo. 8ª) Vigilancia en lo que se refiere al factor Rh. 9ª) Tratamiento de las endocrinopatías maternas, especialmente la insuficiencia tiroidea. 10ª) Diagnóstico de las toxicosis gravídicas en sus estados iniciales y su mejor tratamiento. 11ª) Evitar toda intervención quirúrgica en la gestante, de carácter evitable, sobre todo si interesa el aparato genital. 12ª) Diagnosticar a tiempo, antes de accidentes hemorrágicos, la placenta previa, de manera que pueda

permitir una conducta espectante que favorezca el desarrollo del feto hasta la época de su mayor madurez".

Como se ve todas estas indicaciones profilácticas conducen a evitar, en estos u otros casos, la pérdida de madres, la pérdida de fetos por causas diversas y a evitar igualmente los traumatismos quirúrgicos a que pueden dar lugar la imprevisión o las atenciones insuficientes. Y estos son los beneficios de la asistencia pre-natal. Las Maternidades deben contar no sólo con los servicios de esta clase sino que ellas deben contar, a su vez, con un número de camas en los servicios clínicos que permita la atención, cuando se hace menester, por el reposo y el cuidado médico del restablecimiento de las complicaciones que pueden presentarse. Los que tenemos a nuestro cargo los servicios de previsión o de higiene pre-natal creemos que no hemos cumplido debidamente con nuestra labor, cuando en las Maternidades se practica demasiado operaciones quirúrgicas; ya lo creo que no todos los casos quirúrgicos pueden ser previstos, pero sí muchos pueden evitarse por la mejor asistencia y cuidado de las madres. La obstetricia constituye el estudio del desenvolvimiento de un fenómeno normal; el accidente es la excepción, por consiguiente debemos procurar hacer menor el número de accidentes. Y esta es la razón de ser de la asistencia pre-natal. Llevados por nuestro entusiasmo por cuanto a la higiene y previsión se refiere, quisiéramos que estos entusiasmos se tornaran en beneficio de las madres y de evitar la mortalidad fetal; por eso, al concluir, quiero expresar como conclusión:

- 1º La conveniencia de la multiplicación de consultorios pre-natales.
- 2º Que estos estén dentro de planes de idéntica organización.
- 3º Que estén dotados de todos los elementos para la mejor asistencia médica, y
- 4º Que cuenten con servicios sociales y enfermeras de salud pública o enfermeras obstétricas que contribuyan al mejor desenvolvimiento de su misión.

SUMMARY

The author shows the present organization of Out-Patients Department of the Hospital Maternity of Lima that it has appropriate services as Urological, X-Ray, Dental, Laboratory, Social Work, etc. However, should be necessary a best coordination between the Out and In. Patient Departments and the importance to take and apply rules and regulations of one standard organization.