

Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay

Dres. Hans-Albrecht von Waldenfels, Maryann Pflanz, Jorge Ramón

El objetivo de este estudio fue determinar la proporción de concurrencia a los controles prenatales en Montevideo a nivel del sector Salud Pública y establecer cuáles eran las barreras para la concurrencia a dicho control, siendo el control prenatal un elemento importante en la disminución de la morbi-mortalidad perinatal y materna.

Para ello se realizó una encuesta a 220 puérperas en la Clínica Ginecotológica «A» del Hospital Pereira Rossell entre el 17 de enero de 1990 y el 14 de marzo de 1990.

Las preguntas realizadas se referían a factores que podían tener influencia en la participación a los controles, los mismos fueron nombrados en publicaciones extranjeras o detectados como de importancia para Montevideo en un estudio piloto realizado previo a este trabajo.

Los resultados del estudio establecen que de 220 puérperas encuestadas 30% no concurrieron al control prenatal habiéndolo realizado en una o más oportunidades el restante 70%. El promedio de controles fue de 5.4 por embarazo.

Se encontraron para aquellas pacientes que no participaron en los controles los siguientes factores como estadísticamente significativos: primaria incompleta, soltera sin pareja estable, sin carné de asistencia, desconocimiento del plan del Instituto Nacional de Alimentación (INDA).

Comparando los resultados obtenidos con los de otras regiones, se encuentran barreras similares. Pero hay otras en las que juegan un papel importante factores locales.

Parecería posible elevar la tasa de concurrencia a los controles prenatales con un cambio en la estructura organizativa de las policlínicas y una política de información que considere las particularidades específicas de Montevideo.

Palabras clave: Atención Prenatal. Embarazo. Mortalidad Perinatal. Salud materno-infantil. Niveles de atención de salud.

Dr. Hans-Albrecht von Waldenfels
Médico gineco-obstetra. Clínica Ginecotológica «B», Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

Dra. Maryann Pflanz

Dr. Jorge Ramón
Médicos Residentes de Ginecotología. Clínica Ginecotológica «A», Facultad de Medicina, Hospital Pereira Rossell.

Introducción

Los controles durante el embarazo se consideran como una de las medidas más importantes para preservar la

salud del binomio materno-fetal. Investigaciones sobre este tema han podido demostrar que los controles prenatales han contribuido a disminuir la mortalidad materna y perinatal (1-4). Además se sabe que aquellas mujeres con embarazos controlados tienen menos proporción de recién nacidos de bajo peso que aquellas no controladas (2,5). El efecto positivo del control prenatal es evidenciado tanto en países altamente desarrollados como también en aquellos en vías de desarrollo (1-4). El descenso en la mortalidad materna y perinatal logrado por el control prenatal es aun demostrable, teniendo en cuenta que las mujeres provenientes de medios socioeconómicos bajos presentan un riesgo mayor para el parto, a la vez que

Centro Latinoamericano de Perinatología. Hospital de Clínicas
Clínica Ginecotológica «A», Facultad de Medicina, Hospital
Pereira Rossell

Correspondencia: Dr. Hans-Albrecht von Waldenfels, CLAP
Hospital de Clínicas piso 16
Avenida Italia s/n. Montevideo, Uruguay.

Recibido: 26/9/91

Aceptado: 15/11/91

Ver comentario del Dr. Dibarboure, página 15 de esta publicación

constituyen un grupo que concurre menos a los controles (5,6). Hasta el momento no ha sido aclarado aún cuál debería ser el número mínimo de controles recomendado. Lo que se aconseja es que el primer control se realice lo más precozmente posible (7).

La participación en los controles durante el embarazo varía mundialmente. Mientras que en la mayoría de los países europeos, en Cuba, Japón, Canadá y los EEUU la concurrencia es muy elevada, en muchos países latinoamericanos es baja, y oscila entre 44% y 74% según estimaciones de fuentes muy diversas (8).

En Uruguay el Ministerio de Salud Pública recomienda la realización de más de 10 controles durante el embarazo. Un trabajo realizado en el Hospital Pereira Rossell en Montevideo en 1985 estima la concurrencia en 70% (9). El Sistema Informático Perinatal (SIP), en uso en Uruguay desde 1985, permitió al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano estimar sobre casi 50 mil historias clínicas perinatales la asistencia a algún control prenatal en 67.3% para la población atendida por el Estado en Montevideo (Hospital de Clínicas, Hospital Pereira Rossell, Hospitales del Banco de Previsión Social, Hospital de las Fuerzas Armadas), y para los departamentos de Paysandú y Rocha del interior del país (7).

Existen ya publicaciones provenientes de otras regiones del continente americano que se refieren a posibles barreras para la concurrencia a los controles prenatales. Un número importante de investigaciones al respecto, proviene de los Estados Unidos (10). Un trabajo proviene de la ciudad de Rosario, Argentina (11). En estas investigaciones se mencionan, sobre todo: bajo medio socioeconómico, dificultad de transporte, embarazo no deseado, poca información sobre los controles y mal trato como barreras para asistir a los controles.

Pero hay que tener en cuenta que cada región cuenta con estructuras y problemas que les son propios, y por lo tanto la transferencia de las conclusiones de una a otra región no es posible.

El objetivo de este trabajo es determinar:

- Cuál es la proporción de la concurrencia a los controles en Montevideo y su área suburbana a nivel del sector de Salud Pública.
- Cuáles son las barreras de la concurrencia al control prenatal.

El presente trabajo se refiere al sector Salud Pública donde es atendida la población de más bajos recursos socioeconómicos. En este ámbito es donde los problemas de salud materno-infantil son más llamativos. La mortalidad perinatal oscila entre 22 por mil y 43 por mil según las estimaciones, cifras más elevadas que las del resto del país estimadas entre 14 por mil y 18 por mil (7,9). Debido a estos hechos es que una mejor participación en los controles a nivel de salud pública resulta de importancia. Los resultados de esta investigación podrían formar la base de futuras medidas.

Se encuentra en Montevideo a disposición del sector de salud pública una red de policlínicas que son administradas fundamentalmente por el Ministerio de Salud Pública y la Intendencia Municipal de Montevideo (9). La concu-

rruencia a los controles prenatales y la atención del parto se realizan en forma gratuita, independientemente de la posesión del carné de asistencia.

La investigación se basó en una encuesta de puérperas y la evaluación de los datos anotados en el carné perinatal.

Material y método

Encuesta de puérperas

Entre el 17 de enero de 1990 y el 14 de marzo de 1990 se entrevistaron 221 puérperas en la Clínica Ginecocológica «A», Facultad de Medicina, Hospital Pereira Rossell en Montevideo, Uruguay.

La maternidad del Hospital Pereira Rossell junto con el Hospital de Clínicas son las dos entidades que cubren la asistencia materno-infantil del sector salud pública en Montevideo y algunos de sus suburbanos. 97% de todos los partos son institucionales. En el Pereira Rossell se realizan alrededor de 6300 partos al año, en el Hospital de Clínicas alrededor de 1200. En el Pereira Rossell se atienden todas las embarazadas que no cuentan con cobertura mutua, aún las de alto riesgo. Se trata de pacientes provenientes de un medio socioeconómico deficitario.

El Hospital de Clínicas atiende embarazadas provenientes del mismo medio, pero fundamentalmente de alto riesgo obstétrico, siendo un centro nacional de referencia de dichos casos. Además el Hospital de Clínicas trata de atender los partos de aquellas pacientes que se controlan en sus policlínicas. Por lo tanto, para obtener una muestra más representativa de la población deficitaria se realizó la encuesta únicamente en el Pereira Rossell. No contamos con datos de partos realizados en domicilio. Las encuestas se realizaron 12 a 24 horas después del parto, previo acuerdo con la paciente. La duración de la encuesta con cada paciente fue aproximadamente 30 minutos. Las encuestas fueron realizadas por los tres autores, después de ponerse de acuerdo cómo preguntar y apuntar las respuestas de cada una de las 64 preguntas del formulario. El formulario se basó parcialmente en un anteproyecto realizado en el CLAP en 1987 (5).

Las preguntas se referían a factores que podían tener influencia en la participación a los controles, como por ejemplo: datos sociodemográficos (edad, instrucción, estado civil, etc.), evolución del embarazo y antecedentes obstétricos, actitud frente al embarazo, asistencia brindada por Salud Pública, conocimiento sobre la necesidad del control prenatal, conocimiento de la existencia del suplemento alimentario (plan INDA), accesibilidad a las policlínicas y condiciones de transporte. Estos factores fueron nombrados en publicaciones extranjeras (10-12), o detectados como de importancia para Montevideo en un estudio piloto realizado previo a este trabajo. Además se preguntó a las puérperas: razones para la participación o no participación, acuerdo con los controles brindados y sugerencias para el mejoramiento de la asistencia.

Las puérperas no fueron preguntadas sobre su situación económica, ya que en el estudio piloto se constató que las respuestas no fueron confiables.

Durante el estudio piloto se comprobó la aceptación y comprensión de las preguntas del formulario.

La encuesta no se pudo realizar durante el embarazo ya que no se puede captar a aquellas embarazadas que no se controlan. Por otro lado, debemos tener en cuenta que la situación psicológica postparto puede distorsionar algunas respuestas. De acuerdo a la vivencia del parto, las respuestas pueden ser más o menos positivas.

No todas las mujeres que tuvieron su parto durante el período de la recolección de datos pudieron ser encuestadas. Algunas ya habían sido dadas de alta, otras estaban ausentes durante el horario de la encuesta (lunes a viernes 9.00 a 12.00 y 14.00 a 16.00) realizando exámenes paraclínicos o visitando los recién nacidos en centros de cuidados especiales. Además no se realizaron encuestas a aquellas pacientes cuya gestación concluyó con una muerte intrauterina.

El médico de sala, uno de los investigadores (JR), que debía firmar todas las altas, al mismo tiempo anotaba cuántas pacientes tenían uno o más controles o ninguno.

Datos del carné perinatal

Los datos del carné perinatal de cada encuestada fueron anotados una vez terminada la encuesta. Se anotó el número de controles realizados. Alcanzó con haber un único control para catalogar el caso como embarazo «con control prenatal».

Valoración estadística

Los datos de la encuesta de púérperas fueron procesados por medio del programa estadístico CSS para PC. Los factores de riesgo encontrados en las púérperas no controladas o de control tardío fueron determinados mediante tablas de doble entrada con el cálculo de la razón de los productos cruzados (Odds Ratio) y su intervalo de confianza a 95%. Se utilizó el Odds Ratio en vez del Riesgo Relativo por tratarse de un estudio retrospectivo en cuanto a la determinación de los factores de riesgo. Los demás resultados fueron descritos como proporciones.

Resultados

Encuesta de púérperas

Características de la población

De las 485 pacientes dadas de alta durante el período de la encuesta en la Clínica «A» del Hospital Pereira Rossell, 221 púérperas pudieron ser entrevistadas, en 264 no correspondió el horario de la encuesta y una paciente se negó a ser encuestada. De las 221 encuestadas fueron tomadas en cuenta 220, puesto que una paciente fue controlada en Argentina.

De estas 200 púérperas, 66 (30%) cursaron embarazos no controlados y 154 (70%) tuvieron uno o más controles, según el carné perinatal. En seis casos faltaron los datos del carné perinatal, pero se contaba con resultados paraclínicos por lo cual se admitieron dichas pacientes como controladas. Las cifras del grupo total de 485 púérperas eran similares con 139 (28.6%) gestaciones no controla-

CUADRO I.
Control prenatal e inicio del control en el grupo entrevistado

| | n | % |
|------------------|-----|------|
| Entrevistadas | 220 | 100 |
| No controladas | 66 | 30,0 |
| Controladas | 154 | 70,0 |
| inicio < 14 sem | 28 | 12,7 |
| inicio 14-28 sem | 82 | 37,2 |
| inicio > 28 sem | 38 | 17,2 |
| sin datos | 6 | 2,7 |
| inicio > 20 sem | 64 | 29,1 |

das y 346 (71.4%) controladas. El promedio de controles fue de 5.4 por embarazo controlado (media 6 controles).

28 pacientes concurren en forma precoz, antes de la semana 14 (12,7%), 82 (37,2%) en el segundo trimestre y 38 (17,2%) en el tercer trimestre.

Antes de la semana 20 concurren a los controles 64 (29,1%) de las púérperas (Cuadro I).

El número de controles realizado por las pacientes se encuentra en la figura 1.

De la población encuestada, 35.9% no completaron primaria. 23% eran solteras sin pareja estable, 36.4% eran casadas y 38.6% mantenían una unión estable. Menores de 19 años eran 16.8%, mayores de 35 años 8.6% 26.4% de las púérperas trabajaban (Cuadro II).

El porcentaje de nulíparas fue de 25.5%, alrededor de la mitad de las pacientes (53%) tenían hasta 3 hijos y 21.4% tenían 4 hijos o más. 36.8% tenían a su cuidado además del recién nacido otro hijo menor de tres años. 49.5% de todas las púérperas tuvieron factores de riesgo obstétrico en alguna gestación anterior.

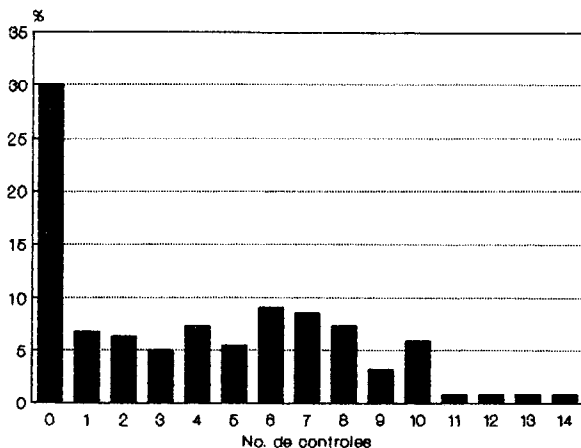


Figura 1 Proporción de cada número de controles realizados.

CUADRO II.
Datos sociodemográficos de la muestra

| | | n | % |
|--------------|---------------------|-----|------|
| Edad | < 19 | 37 | 16,8 |
| | 19-36 | 164 | 74,6 |
| | > 36 | 19 | 8,6 |
| Estado Civil | Casada | 80 | 36,3 |
| | U. Estable | 90 | 40,9 |
| | Soltera | 60 | 22,7 |
| Educación | Primaria | 141 | 64,1 |
| | Completa | | |
| | Primaria Incompleta | 79 | 35,9 |
| Trabajo | Si | 58 | 26,4 |
| | No | 162 | 73,6 |

CUADRO III.
Antecedentes obstétricos

| | | n | % |
|-------------------|----------|-----|------|
| Paridad | 0-pares | 56 | 25,4 |
| | 1-3 | 117 | 53,2 |
| | > 3 | 47 | 21,4 |
| Hijo anterior | < 3 años | 81 | 36,8 |
| Riesgo Obstétrico | Si | 109 | 49,5 |
| | No | 111 | 50,5 |
| Embarazo Deseado | Si | 98 | 44,5 |
| | No | 122 | 55,5 |

Más de la mitad (55%) de las puérperas contestaron que su embarazo no había sido deseado (Cuadro III).

Barreras al control prenatal

El cuidado de los otros hijos dificultó o imposibilitó el control a 30.5% de todas las pacientes. 20.9% mencionaron tener miedo frente a los controles. En cuanto a qué

CUADRO IV.
Acceso a la policlínica

| | | n | % |
|---|----|-----|------|
| Puede acceder caminando | | 155 | 70,5 |
| Acceso por transporte | | 53 | 24,1 |
| No saben | | 12 | 5,4 |
| Gastos para transporte son un obstáculo | Si | 55 | 25,0 |
| | No | 75 | 75,0 |

les parecería lo más importante a realizar durante los controles, para 60.5% eran los exámenes tendientes a comprobar la salud materno-fetal y para 35.9% el diálogo con el médico o partera; 3.6% no supo que contestar.

Para la mayoría (72.4%) las policlínicas eran accesibles fácilmente a pie. 25% de las puérperas contestaron, que los costos para el transporte constituían una barrera para concurrir al control prenatal (Cuadro IV).

Antes del embarazo 85.9% de las puérperas ya había tenido contacto con instituciones del sector de Salud Pública. Casi todas las encuestadas (96%) tenían conocimiento de la existencia de policlínicas para el control prenatal. 37.2% de las encuestadas no tenía carné de asistencia (Cuadro V).

77.7% de las puérperas tenía conocimiento del plan INDA. 50% recibieron alimentos a través de dicho plan, con 16.6% en el grupo sin controles prenatales y 64.2% en el grupo con controles (Cuadro V).

A 35.1% de las pacientes controladas se les pidió el carné de asistencia en las policlínicas. 33% concurren a las policlínicas hospitalarias y 67% a policlínicas periféricas. Los controles prenatales fueron realizados en 69.5% de los casos por médicos ginecólogos y en 30.5% por parteras. El trato dado por los mismos fue catalogado como bueno en la gran mayoría de los casos (94.8%).

A las 51 pacientes que se controlaron en la policlínica de un hospital se les preguntó por qué no se controlaron en la policlínica periférica. Para 21, el hospital estaba más

CUADRO V.
Conocimiento del suplemento nutricional del Instituto Nacional de Alimentación (INDA)

| | | n | % | |
|---|-------------------|-----|------|------|
| Conocimiento del Plan INDA | Si | 171 | 77,7 | |
| | No | 49 | 22,3 | |
| Reciben alimentos por INDA | Con control n=154 | Si | 99 | 64,2 |
| | Sin control n=66 | No | 55 | 38,8 |
| | | Si | 11 | 16,6 |
| | No | 55 | 83,4 | |
| El Suplemento Nutricional era una Razón Importante para concurrir al Control (n=99) | Si | 35 | 35,4 | |
| | No | 64 | 64,6 | |

CUADRO VI.
Gastos de transporte para ir a la policlínica

| | n | % |
|---------------------|----|------|
| No usaba transporte | 81 | 52,6 |
| 2 boletos | 46 | 29,9 |
| > 2 boletos | 27 | 17,5 |

cerca, 12 no tenían confianza en las policlínicas periféricas, 7 habían sido derivadas al hospital para la realización de exámenes especiales, 6 se quejaron del mal trato recibido en la policlínica periférica y las restantes 4 emitieron diferentes razones.

17.5% de las pacientes controladas tuvieron que pagar más del valor de dos boletos comunes para ir a la policlínica (Cuadro VI).

De las 99 puérperas que concurren al control prenatal y que obtuvieron alimentos por medio del plan INDA, 35.4% contestó que dicho plan constituyó una razón importante para la concurrencia (Cuadro V).

Factores de riesgo

Se encontraron para aquellas pacientes que no participaron en los controles los siguientes factores de riesgo como estadísticamente significativos (Odds Ratio >1 y el intervalo de confianza a 95% no incluye a la unidad):

- Primaria incompleta

- Soltera sin pareja estable
- Sin carné de asistencia
- Desconocimiento del plan INDA

En el cuadro VII se encuentran expuestos los resultados de todos los factores, que fueron tomados en cuenta.

No pudieron ser comprobados como factores de riesgo estadísticamente significativos para la no concurrencia al control prenatal la adolescencia, el vivir alejada de la policlínica, el desconocimiento de la importancia de los controles, el embarazo no deseado, la gran multiparidad y la actividad laboral.

Dentro del grupo de las pacientes controladas, aquellas que no pudieron acceder a las policlínicas caminando, comenzaron el control más tardíamente (Cuadro VII).

Dentro del grupo de las multíparas se encontraron diferencias entre mujeres con hijos menores de tres años y aquellas cuyo hijo menor ya tenía tres años o más. Las mujeres con hijos menores de tres años concurren menos a los controles y cuando concurren lo hicieron más tardíamente. La existencia de un riesgo obstétrico previo en el grupo de las multíparas no condujo a una participación más frecuente (Cuadro VIII).

Razones por concurrencia y no-concurrencia al control prenatal

Las principales razones para la concurrencia a la primer consulta dadas por las 154 pacientes controladas fueron las siguientes (figura 2):

- Por seguridad: para saber si la propia salud y la del feto eran normales. Se mencionó más frecuentemen-

CUADRO VII.
Factores de riesgo para la no-concurrencia en el grupo de todas las entrevistadas y factores de riesgo para el inicio tardío del control prenatal en el grupo de las controladas

| | Grupo de las entrevistadas n = 220 | | | | Grupo de entrevistadas con control n = 154 | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------|------------|---------------------------|---|----------------------------|------------|---------------------------|
| | no controlada n = 66 | controlada n = 154 | odds ratio | intervalo de conf. 95% | control ≥ 14 sem. n = 120 | control <14 sem. n = 28 | odds ratio | Intervalo de conf. 95% |
| Primaria incompleta | 33 (50%) | 46 (29%) | 2.35 | 1.3-4.2 | 34 (28%) | 12 (43%) | 0.53 | 0.2 - 1.2 |
| Edad < 19 años | 11 (16%) | 26 (17%) | 0.98 | 0.5 - 2.1 | 19 (16%) | 7 (25%) | 0.55 | 0.2 - 1.3 |
| Soltera sin pareja estable | 24 (36%) | 26 (17%) | 2.80 | 1.5 - 5.3 | 24 (20%) | 2 (7%) | 3.25 | 0.8 - 13.4 |
| Trabaja | 19 (29%) | 39 (25%) | 1.19 | 0.6 - 2.3 | 33 (28%) | 6 (21%) | 1.39 | 0.5 - 3.7 |
| Mal acceso a la policlínica | 15 (23%) | 44 (29%) | 0.77 | 0.4 - 1.5 | 41 (34%) | 3 (11%) | 4.32 | 1.3 - 14.0 |
| Embarazo no deseado | 41 (62%) | 81 (53%) | 1.48 | 0.8 - 2.7 | 70 (58%) | 11 (39%) | 2.16 | 0.9 - 5.0 |
| Sin carné de asistencia | 36 (55%) | 46 (30%) | 2.80 | 1.6 - 5.1 | 37 (31%) | 9 (32%) | 0.94 | 0.4 - 2.3 |
| Falta de información sobre control prenatal | 25 (38%) | 41 (27%) | 1.68 | 0.9 - 3.1 | 37 (31%) | 4 (14%) | 2.67 | 0.9 - 8.0 |
| Más de 3 hijos | 17 (26%) | 30 (19%) | 1.43 | 0.7 - 2.8 | 26 (22%) | 4 (14%) | 1.66 | 0.5 - 5.2 |
| Desconocimiento del programa nutricional (INDA) | 21 (32%) | 28 (18%) | 2.1 | 1.1 - 4.0 | 24 (20%) | 4 (14%) | 1.5 | 0.5 - 4.7 |

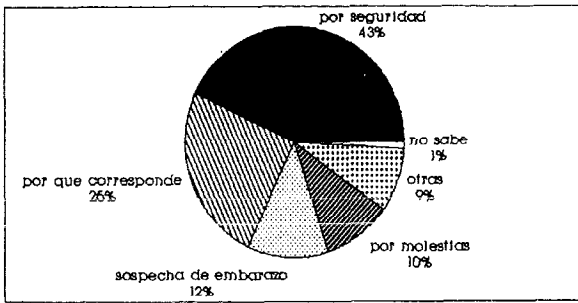


Figura 2 Razones para la concurrencia al control prenatal (166 respuestas de las 154 púérperas controladas).

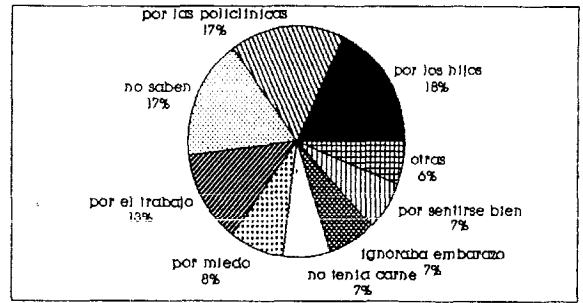


Figura 4 Razones para la no concurrencia al control prenatal (72 respuestas de las 66 púérperas no controladas).

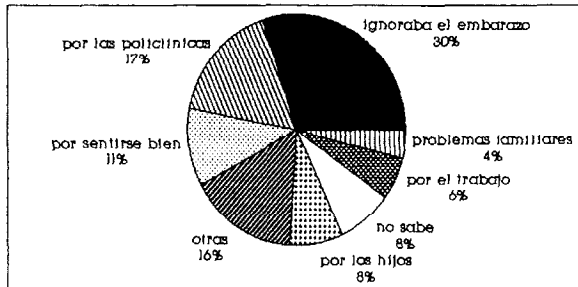


Figura 3 Razones de la concurrencia tardía al control prenatal (132 respuestas de 126 púérperas controladas a partir de la semana 14).

cionadas al embarazo durante el segundo y tercer trimestre, como contracciones, dolor y sangrado.

No hubo diferencia entre las razones mencionadas por el grupo de pacientes de control temprano (< 14 semanas) y las dadas por el grupo de control tardío.

Las razones para la consulta tardía expresadas por las 126 mujeres que concurren luego de la semana 14 por primera vez fueron las siguientes (figura 3):

- Ignoraban el embarazo: algunas de estas pacientes esperaron a tener la certeza del mismo para concurrir al control. Otras tenían miedo de informar a su familia del mismo por varias razones (ser soltera o adolescente, problemas de la pareja).
- Por mala organización en las policlínicas: se mencionaron los horarios, el tiempo de espera y el mal trato.
- Me sentía bien: algunas se sentían bien y no veían la necesidad de concurrir a los controles hasta que surgieran problemas durante el embarazo.
- Por los otros hijos: muchas pacientes expresaron que no tenían a nadie con quien dejar a los otros hijos.
- Por el trabajo: para algunas coincidían el horario del trabajo y el de la policlínica.
- Por problemas en la familia: se trataba de problemas

te la salud fetal como razón para ir al control prenatal que la salud materna.

- Porque corresponde: fue constatado que es la norma controlarse durante el embarazo y que los controles sirven para el bienestar del feto y recién nacido.
- Para saber si estaba embarazada.
- Por molestias: se refería sobre todo a molestias rela-

| | Todas las multíparas n = 164 | | | | Multíparas con control n = 112 | | | |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------|------------|------------------------|-----------------------------------|---------------------------|------------|------------------------|
| | no controlada n = 52 | controlada n = 112 | odds ratio | intervalo de conf. 95% | control ≥14 sem n = 92 | control <14 sem n = 20 | odds ratio | intervalo de conf. 95% |
| Sin riesgo obstétrico previo | 17 (33%) | 38 (34%) | 0.95 | 0.5 - 1.9 | 30 (33%) | 10 (50%) | 0.48 | 0.2 - 1.3 |
| Hijos < 3 años | 32 (62%) | 47 (42%) | 2.20 | 1.3 - 4.3 | 43 (47%) | 4 (20%) | 3.51 | 1.1 - 10.8 |

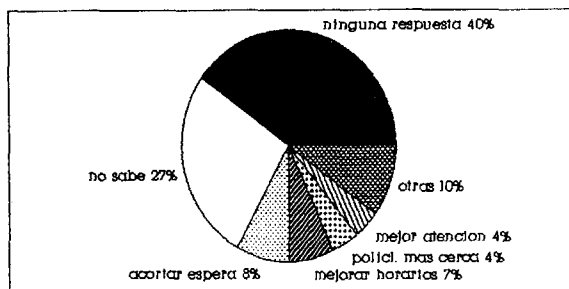


Figura 5 Propuestas para facilitar la concurrencia al control prenatal (220 respuestas de las 220 entrevistadas).

como cuidar a parientes enfermos o problemas de la pareja.

Las 66 pacientes no controladas dieron las siguientes explicaciones para la no-concurrencia (figura 4):

- Por los otros hijos: muchas pacientes expresaron que no tenían a nadie con quien dejar sus otros hijos.
- Por mala organización en las policlínicas: se mencionaron el tiempo de espera, el maltrato y el horario.
- Por el trabajo: para algunas coincidían el horario de trabajo y el de la policlínica.
- Por miedo: fue mencionado por parte de las puérperas el miedo por el examen ginecológico.
- Porque no tenía carné de asistencia.
- 17% de las pacientes no supo que contestar a esa pregunta.

Al final de la encuesta se preguntó a las pacientes qué modificarían para mejorar la concurrencia al control. 40% contestaron que no había nada para cambiar, 27% no supo que contestar. Las restantes respuestas se refirieron sobre todo al funcionamiento de las policlínicas. Se mencionaron tiempo de espera, horario de atención, trato dado por el personal y el tener la policlínica más cerca (Figura 5).

Datos del carné perinatal

De las 154 pacientes controladas, se pudieron evaluar solamente 148 carnés, ya que 6 puérperas no lo tenían.

En 32 de las 154 pacientes controladas (20%) se encontró en el carné perinatal una primera consulta anotada en fecha más tardía que los primeros exámenes paraclínicos realizados. O mejor dicho, 20% de las embarazadas tuvieron contacto con la policlínica sin haber sido examinadas durante ese primer contacto. En vez de esto fueron enviadas a realizar exámenes paraclínicos y volvieron a la policlínica entre 2 y 16 semanas más tarde, con un promedio de 4.6 semanas.

Discusión

El presente trabajo tiene dos finalidades. La primera es de esclarecer el grado de aceptabilidad de los programas de control prenatal en el sector de salud pública por parte de las embarazadas de dicho sector. La segunda es identificar los factores que pudieran influir de manera positiva o negativa en la concurrencia a los controles prenatales.

En cuanto a la aceptabilidad, pudimos confirmar el trabajo de Ferro y otros de 1985 así como los datos obtenidos por el CLAP en los últimos cinco años, según los cuales 67% y 70% respectivamente de las embarazadas se controlaron una o más veces durante el embarazo (7, 9). En nuestro estudio fueron 71,4%. Podemos afirmar que en los últimos cinco años no ha habido un aumento en la cantidad de controles durante el embarazo.

Nuestros resultados son los mismos que en otras investigaciones en lo que se refiere a los factores de escolaridad y estado civil. Las embarazadas sin pareja estable y aquellas que no han finalizado la escuela primaria, quienes ya se encuentran en una situación de riesgo en cuanto a la morbilidad y mortalidad materno-infantil, son las que menos asisten al control prenatal (10,11,13,14).

Encontramos que las adolescentes asisten a los controles con la misma frecuencia que las embarazadas adultas, aunque en muchos trabajos se habla de la adolescencia como un factor de riesgo (13-16).

No pudimos corroborar las afirmaciones de Poland y col. y Bowling y col. quienes encontraron que la asistencia a los controles es más elevada en las mujeres que cursan un embarazo planeado y deseado (12,15).

Similar a lo que exponen algunos trabajos de EEUU (14,17,18) nuestros resultados indican que la distancia de las policlínicas periféricas y los costos para el transporte pueden causar mayores impedimentos en cuanto a la concurrencia al control prenatal de hasta 25% de las embarazadas.

Lo que además parece muy problemático es la derivación de embarazadas al Hospital Pereira Rossell para el único fin de realizar exámenes paraclínicos. Muchas retornan recién después de varias semanas a la policlínica y otras tardan hasta cuatro meses en volver para el próximo control. Y no sabemos cuántas no han vuelto jamás, ya que el tipo de recolección de datos utilizado no permite aclarar esta interrogante. Podríamos considerar la posibilidad de ampliar la oferta de exámenes paraclínicos sencillos (test de embarazo, análisis de orina, extracción de sangre para su posterior envío al laboratorio central) como medida de fomentar la concurrencia a los controles.

No pudimos comprobar que el no reconocer la necesidad de los controles prenatales fuera una razón clave para la inasistencia como lo afirman Swink y col. (19). Tanto en el grupo con controles como en el grupo sin controles no hubieron diferencias significativas en cuanto al nivel de la información sobre la importancia de los controles del embarazo.

Las multíparas con más de tres hijos, que según muchos trabajos (11,13-15,18,20,21) asisten con menos frecuencia a los controles, no se diferencian de las primíparas en

nuestra investigación. Las que sí asisten menos a los controles son las mujeres que tienen que cuidar un hijo menor (menos de 3 años), sin importar cuántos hijos tengan en total.

Debemos realzar dos puntos que son específicos para Montevideo: el carné de asistencia y el programa nutricional del Instituto Nacional de Alimentación, INDA. A pesar de que desde marzo de 1990 el carné de asistencia no es una condición para atender embarazadas en las policlínicas, parece que la no posesión del mismo sigue constituyendo una barrera. Las mujeres que no lo poseen asisten mucho menos a los controles, y las que no asisten nombran frecuentemente al carné como razón. Habría que pensar si una mejor difusión de este aspecto no facilitaría la decisión de hacerse atender en la policlínica.

El programa del INDA para apoyar a la población carente con alimentos básicos incluye a todas las embarazadas que asisten a los exámenes de control. Para muchas mujeres que conocen el programa, éste parece ser un incentivo importante para concurrir a los controles. Las mujeres que desconocen el programa de INDA asisten con mucho menos frecuencia a los exámenes preventivos de embarazo. Parecería ser que una información específica sobre el programa de alimentación podría llevar a una mayor participación en los controles. Habría que lograr que la información llegase hasta las mujeres del grupo de mayor riesgo: las madres sin pareja estable que no han terminado su ciclo de educación primaria.

Al estudiar las respuestas obtenidas al preguntar por las causas que llevaron a un comienzo tardío o a la inasistencia del control del embarazo vemos que las pacientes ponen énfasis, entre otras, en causas relacionadas con la organización de las policlínicas. Este resultado corresponde a otros trabajos (11,18,19,22) en los cuales las características de las instituciones aparecen como determinantes de la inasistencia. Las mujeres que entrevistamos nombraron las largas esperas, el trato poco amistoso y los horarios inflexibles de las consultas entre otros detalles organizativos a criticar. Llama la atención la discrepancia entre las críticas hacia el «maltrato» por la policlínica en general como institución y la valoración positiva de la atención en sí, que fue vista como buena por 95% de las entrevistadas controladas.

Otras razones importantes para la no concurrencia son el cuidado de los demás hijos, el desconocimiento del embarazo y la situación laboral así como el miedo frente al examen médico. Mientras que en los trabajos provenientes de los EEUU (13,17-19,23) el cuidado de los hijos y las obligaciones laborales no son causas considerables, Belizan y col. (11) de Argentina sí los nombran como factores importantes que impiden la concurrencia al control prenatal.

Conclusión

Podemos afirmar que algunas razones para la inasistencia a los controles prenatales en Montevideo son las mismas que en otras regiones pero que hay otras en las que juegan un papel importante los factores locales. Parecería posible elevar la tasa de concurrencia a los exámenes de control durante el embarazo con un cambio

en la estructura organizativa de las policlínicas y una política de información que considere las particularidades específicas de Montevideo.

Hay que reconocer que estas medidas implicarían gastos adicionales para el sistema de salud. Para las gestantes un aumento de controles implicaría más tiempo fuera del trabajo y gastos de transporte. Por otro lado, en un estudio de costo-beneficio realizado en 1985 en EEUU (10), se estima que cada dólar invertido en el control prenatal de gestantes en riesgo social, reduce en 3,4 dólares los gastos en asistencia médica directa en el primer año de vida. Esta disminución de costo se vincula sobre todo a la reducción de la tasa de Bajo Peso al Nacer.

Estamos convencidos, que también en el Uruguay, una medida preventiva como es la inversión en el control prenatal, tendría una mejor relación de costo-beneficio que medidas terapéuticas costosas que son necesarias para el tratamiento de recién nacidos de bajo peso al nacer y recién nacidos prematuros.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Ricardo Schwarcz por su apoyo y recomendaciones, al Prof. Dr. Héctor Rozada por su colaboración, al Prof. Dr. Caldeyro-Barcia por sus informaciones e ideas, al Dr. Fernando Nieto por la revisión estadística, a Luis Delgado y Franco Simini por la revisión del manuscrito y a «Mima» Izquierdo y Lilian Guemberena por la ayuda en la elaboración de las preguntas.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo del CIM (Centrum fuer Internationale Migration und Entwicklung), Frankfurt, Alemania.

Résumé

Le but de ce travail fut celui de chiffrer l'assistance aux contrôles prénatals à Montevideo au niveau de la Santé Publique et d'établir ce qui feine l'assistance; l'importance du contrôle prénatal étant fondamentale pour la diminution de la mortalité périnatale et maternelle.

Dans ce but, on réalisa une enquête à 220 femmes en couches à la Clinique Gynécologique «A» de l'Hôpital Pereira Rossell entre le 17 janvier 1990 et le 14 mars 1990.

Ses résultats révèlent que 30% des 220 mères enquêtées n'assistèrent pas au contrôle prénatal. La moyenne des contrôles fut 5.4 par grossesse contrôlée. En ce qui concerne les mères qui n'assistèrent pas, on constata des points communs: études primaires incomplètes, célibataires seules, pas de livret d'assistance, méconnaissance du plan de l'Institut National d'Alimentation (INDA).

Si on compare les résultats obtenus à ceux d'autres régions, on trouve les mêmes obstacles, quoiqu'il y en ait d'autres où les facteurs locaux jouent un rôle important.

Il serait possible d'augmenter l'assistance aux contrôles prénatals en changeant l'organisation des Cliniques et la politique d'information à Montevideo.

Summary

The aim of this study was to determine the rate of attendance to the prenatal controls in Montevideo at the Public Health level and to establish the hindrances to attendance, since prenatal control is an important factor in the decrease of perinatal and maternal morbi-mortality.

For the above purpose a survey was carried out of 220 puerperae at Gynecotologic «A» Clinic of Pereira Rossell Hospital between 1.17.1990 and 3.1.1990.

The questions posed referred to factors that might have an influence in the participation of the controls, as stated in foreign publications or detected as important as regards Montevideo, in a pilot study performed prior to this work.

The results thereof establish that of 220 puerperae surveyed 30% failed to attend prenatal control, the remaining 70% having done so on one or more occasions. The average of controls was 5.4 per controlled pregnancy.

As regards non-participants the following factors were statistically significant: incomplete primary education, unmarried without a stable partner, lack of free attendance card, ignorance of the Plan of Alimentary Institute (INDA).

Comparing the results with those of other regions similar hindrances were observed. But there are others wherein important local factors had a bearing.

It might be possible to raise the rate of attendance to prenatal controls through a change in the organization structures of the outpatient departments and an information policy dealing with the specific peculiarities of Montevideo.

Bibliografía

1. Chi IC, Agoestina T, Harbin J. Maternal mortality at twelve teaching hospitals in Indonesia an epidemiologic analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 1981; 19:259-66.
2. *Population Reports*, Johns Hopkins University, 1988; Series L, Number 7.
3. Ryan CM, Sweeny PJ, Solala AS. Prenatal care and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137:876-81.
4. Schwartz R. Prenatal care, prematurity, and neonatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 1962; 83:591-8.
5. Murray JL, Bernfield M. The differential effect of prenatal care on the incidence of low birth weight among blacks and whites in a prepaid health care plan. *N Engl J Med* 1988; 319:1385-91.
6. Greenberg RS. The impact of prenatal care in different social groups. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145:797-801.
7. CLAP. Sistema Informática perinatal, experiencias y perspectivas para el Uruguay. Montevideo, 1990: (Publicación Científica CLAP).
8. Buekens P. Variations in provision and uptake of prenatal care. *Bailliere's Clin Obstet Gyneaeol* 1990; 4(1).
9. Ferro O, Cancela JM, Burghi M, Taramaso R, Peña JL. Control de embarazo. In: Atención Primaria de la Salud, Montevideo. Ministerio de Salud Pública. UNICEF, 1989; 8:11-26.
10. Brown Sarah S. Reaching mothers, reaching infants. Washington: National Academy Press, 1988.
11. Belizan JM, Villar J, Belizan MZ, Garrote N. Asistencia de embarazadas a la consulta prenatal en maternidades públicas de Rosario, Argentina. *Bol Of Sanit Panam* 1979; 86(2):121-30.
12. Poland ML, Ager JW, Olson JM. Barriers to receiving adequate care. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:297-303.
13. Johnson S, Gibbs E, Kogan M, Knapp C, Hansen JH. Massachusetts prenatal care survey-factors related to prenatal care utilization. Boston: SPRANS Prenatal Care Project, Massachusetts Department of Public Health, 1987.
14. McDonald TP, Cobrun AF. The impact of variations in AFDC and Medicaid eligibility on prenatal care utilization. Portland: Health Policy Unit, Human Services Development Institute, University of Southern Maine, 1986.
15. Bowling JM, Riley P. Access to prenatal care in North Carolina. Raleigh: North Carolina State Center for Health Statistics, 1987.
16. Kalmuss D, Darabi KF, López I, Caro FG, Marshall E, Carter A. Barriers to prenatal care: an examination of use of prenatal care among low-income women in New York City. New York: Community service Society, 1987.
17. Duke JC, DePersio SR, Nimmo KE, Lorenza RR. Convenience disincentives and pregnancy desire in relationship to prenatal care. Oklahoma City: Oklahoma State, department of Health, 1987.
18. Learner M, Stephens T, Sears JH, Eflirt C. Prenatal care in South Carolina: results from the prenatal care survey. Columbia: Department of Health and Environmental control, 1987.
19. Swink C. A comparative study of users and nonusers of prenatal care services. Philadelphia University of Oklahoma, 1985.
20. Durrick SK, Leonardson GR. Profile of adequate and inadequate prenatal care persons. Pierre, S. Dak.: South Dakota Department of Health, 1985.
21. Warrick LA. A model for examining barriers to prenatal care and implications for outreach strategies. Paper presented at the American Public Health Association annual meeting. New Orleans, 1987.
22. Johnson CD, Mayer JP. Texas OB Survey: Determining the need for maternity services in Texas. College Station Tex.: Public Policy Resources Laboratory, 1987.
23. Beatly S. Barriers to prenatal care in the Denver Health and Hospital System. Denver: Colorado Department of Health, 1985.

1as. JORNADAS de
PREVENCION de la
MALPRAXIS
MEDICA

13 y 14 de junio de 1992

Salón Social del SMU:

Br. Artigas 1521

Informes:

Comisión de Bioética del SMU

Tels.: 41 47 01 / 02