

**ATENCION DE PARTO DISTOCICO EN EL  
HOSPITAL DE NUEVA IMPERIAL (NOVENA REGION)  
(Análisis de cinco años: 1975 - 1979) (\*) (\*\*)**

*Dres. Eduardo Reyes V.,  
Felipe Tiznado Q., Antonio Castellaro L.,  
Pamela Oliva N.,  
Maximiliano Rivera L.,  
Lorenzo Rojas G.,  
Sres. Claudio González, Tulio Pino,  
Carlos Reyes V.  
(Alumnos de Medicina  
de la U. de la Frontera - Temuco).*

**INTRODUCCION**

El Hospital de Nueva Imperial (Tipo C) ubicado a 32 Km. de la ciudad de Temuco, es un Centro Asistencial que atiende una población de 35.000 personas, siendo ésta en un 45% de procedencia rural.

En la Maternidad del Hospital se atiende un promedio de 600 partos anuales, lo que constituye el 90% del total de nacimientos, correspondiendo el 10% restante a partos domiciliarios sin atención profesional, los que son pesquisados casi en un 100%.

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión y análisis de los Partos Distócicos ocurridos en nuestra Maternidad durante los años 1975 a 1979, y a través de los resultados obtenidos, conocer la realidad del manejo obstétrico en nuestro medio, por Médicos Generales de Zona y Matronas.

Este trabajo no analiza todos los parámetros susceptibles de ser analizados en la atención del Parto Distócico, sino los más importantes, situación originada fundamentalmente por la dificultad en la obtención de los datos requeridos. Se analiza entonces en cada ficha revisada los siguientes parámetros: Tipo de Parto Distócico, su indicación en el caso de corresponder a Op. Cesárea o a Fórceps, Anestesia usada, Morbimortalidad materna y fetal, días de hospitalización, Paridad, Edad y procedencia de la paciente, así como también control de su embarazo.

**MATERIAL Y METODOS**

Se revisan las Fichas clínicas correspondientes a los Partos Distócicos (Operación Cesárea, Fórceps, Parto en presentación podálica, Parto en Embarazo Gemelar) ocurridos en la Maternidad del Hospital de Nueva Imperial desde el 1º de Enero 1975 al 31 de Diciembre de 1979, y se analizan los datos obtenidos: Para el registro de la información se aplica una ficha individual confeccionada especialmente.

Los resultados obtenidos del análisis de la información se expresan en los siguientes Parámetros: Nº Total de Partos; de ellos, Nº de Partos Distócicos, Tipo de Distocia y cómo fue resuelta. Se analizan también las Causas de Op. Cesárea y Fórceps, Morbilidad Materna y Fetal, Mortinatalidad y Mortineonatalidad Precoz. También se analizan algunos parámetros epidemiológicos maternos (Edad, Control de Embarazo, Procedencia, rural o urbana) y relaciones entre ellos y la Morbimortalidad Fetal. Finalmente se analiza el tiempo de Hospitalización de las pacientes intervenidas de Op. Cesárea y Fórceps.

(\*) Trabajo de Investigación presentado en las Terceras Jornadas Anuales de Medicina, de Cautín (Temuco, Noviembre de 1981).

(\*\*) Premio Colegio Médico de Chile. Regional Temuco. Primer lugar en Trabajos presentados por Médicos Generales de Zona.

**RESULTADOS**

El Nº Total de Partos atendidos en la Maternidad del Hospital de Nueva Imperial durante los Años 1975 a 1979 fue de 2826, siendo de ellos un 78% Partos Eutócicos y un 22% partos Distócicos.

Estos datos son coincidentes con otros publicados, correspondientes al Hospital de Gorbea (Novena Región) (\*).

En la Tabla Nº1 se analizan los diferentes Tipos de Distocias en lo que se refiere a frecuencia de presentación.

	Nº	%
Operación cesárea	544	87,4
Fórceps	46	7,3
Presentación podálica	24	3,8
Parto gemelar	8	1,2
Total	622	100,0

Del análisis de esta tabla se puede concluir que la gran mayoría de los partos distócicos están representados por la Operación Cesárea, (87,4%).

La operación cesárea, en relación a la totalidad de los partos del período 1975-1979 (2.826 partos), estuvo en el 19,2% (544 cesáreas), y el fórceps en sólo el 1,6% (46 fórceps). Este hecho podría ser explicado por una tendencia a la resolución por Vía Alta de los partos distócicos, con el fin de dar una mayor seguridad al feto y a la madre en un medio donde el médico que resuelve no es especialista.

Las causas de indicación de operación cesárea se detallan en la tabla Nº2.

En el análisis de la Tabla Nº2 llama la atención el alto número de pacientes intervenidas por indicación de Estrechez pelviana. Hay que mencionar sí, que del total de pacientes intervenidas con operación cesárea por Estrechez pelviana, 58 son primigestas (37,9%), y las restantes, 95 pacientes, tenían uno o más embarazos previos y por consiguiente, cicatrices de cesáreas.

La segunda causa en indicaciones de operación cesárea lo constituye el diagnóstico de Cicatriz de cesárea anterior, no siendo ésta por Estrechez

(\*) Boletín Hosp. San Juan de Dios Agosto 1979.

**Tabla Nº 2  
INDICACIONES DE OPERACION CESAREA SEGUN FRECUENCIA**

Indicación	Casos	%
Estrechez pelviana	153	28,0
Cicatriz cesárea anterior	96	17,6
Sufrimiento fetal agudo	85	15,6
Cesárea electiva	45	8,2
Tronco, más otras distocias (cara, frente)	44	8,0
Rotura prematura de membranas	41	7,5
Embarazo prolongado	26	4,7
Presentación podálica en primigesta	22	4,0
Dilatación estacionaria	18	3,3
Placenta previa	8	1,4
Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta	4	0,7
Eclampsia	2	0,3
<b>TOTALES</b>	<b>544</b>	<b>100,0</b>

pelviana. Este valor es alto y revela el número elevado de pacientes cuyas distocias son resueltas con intervención quirúrgica.

Otro dato de importancia encontrado en la revisión de estas fichas es que el 28,7% de las primigestas (58 pacientes) son intervenidas por Pelvis estrecha.

Las indicaciones más frecuentes de fórceps fueron:

INDICACION	Nº CASOS	%
Expulsivo prolongado	25	54,3
Sufrimiento fetal del expulsivo	10	21,7
Profiláctico por cesárea anterior	6	13,0
Fórceps en primigesta añosa	4	8,6
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

El análisis de la anestesia usada en los diferentes tipos de partos distócico arrojó los siguientes datos: para la operación cesárea, 59,4 % de anestesia raquídea y 40,6 % de anestesia general. Para el fórceps, otras: local, rasch, etéreo, pentotal, petidina más valium.

No hay datos en 94 casos, 34 correspondientes

a operación cesárea, 28 a fórceps y 32 a presentación podálica y partos en embarazo gemelar.

Al analizar la información obtenida en relación a las variables, Control de Embarazo por las Pacientes que fueron atendidas por Parto Distócico, Procedencia (Rural o Urbana), Edad, Paridad se obtuvieron los siguientes datos:

**Control prenatal:** embarazo controlado en 520 pacientes (82,50%); no controlado en 54 (17,50%); sin datos en 48 pacientes.

**Procedencia:** rural, 356 (580/o); urbana, 266 (420/o).

**Control prenatal según procedencia:** embarazos no controlados (54); rural 33 (610/o); urbano 21 (390/o).

**Número de controles prenatales según procedencia en promedio:** rural, 3,7 controles y urbano 4,1.

	Nº de Pac.	%
- de 20 años	127	20.4
21 a 30 años	289	46.4
31 a 40 años	182	29.2
+ de 40 años	24	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>622</b>	<b>100</b>

	Nº de Pac.	%
Primigestas	202	32.4
Secundigestas	92	14.8
2 a 4 niños	241	38.7
+ de 4 niños	87	14
<b>TOTAL</b>	<b>622</b>	<b>100</b>

El análisis de la información antes reseñada muestra que el 82,50% de los embarazos cuyo parto fue distócico tuvo control prenatal y el 17,50% no lo tuvo. Esto es más frecuente en pacientes de

procedencia rural.

Se puede apreciar también un ligero predominio de procedencia rural.

El promedio de controles durante el embarazo es ligeramente menor en las pacientes de procedencia rural en relación a las pacientes urbanas.

En las Tablas Nº4 y 5 se observa que el mayor número de pacientes con parto distócico se encuentra entre las edades de 21 a 30 años (46,40/o), destacando que el 670/o corresponde a pacientes menores de 30 años.

En relación a la paridad, un tercio de las pacientes son primigestas y un 52,70/o con más de tres embarazos en el momento de la atención.

En las siguientes Tablas se resume la información obtenida acerca de las condiciones al Nacimiento del Recién Nacido, (Apgar), la Morbilidad, Mortinatalidad, Mortalidad Neonatal Precoz, y las relaciones existentes entre Control Prenatal y Procedencia de las Pacientes atendidas, con las variables antes mencionadas.

CLASIFICACION	Nº de R.N.	%
<b>BUENO (8-9-10)</b>	<b>428</b>	<b>86.4</b>
<b>REGULAR (6 - 7)</b>	<b>42</b>	<b>8.4</b>
<b>MALO (1-2-3-4-5)</b>	<b>25</b>	<b>5.0</b>
<b>No hay datos en 116 R.N.</b>		

De esta Tabla se puede señalar que el 86.40/o de los R.N. nacieron con Apgar Bueno, y un 50/o con Apgar Malo; correspondiendo estos principalmente a Fórceps (12 Casos) Parto en Presentación Podálica (8 Casos) y Op. Cesárea (3 Casos). Los otros dos casos restantes correspondieron a 2 R.N. productos de Embarazo Gemelar.

Hay que aclarar el criterio, para clasificar los diferentes Apgar de los R.N.. Se consideró válido para la tabulación el Apgar consignado a los 5 minutos, clasificándose en uno u otro Grupo establecido con anterioridad.

La Morbilidad Fetal que fue registrada con más frecuencia en las Fichas de Parto Distócico fue la "Asfisia Neonatal", Moderada en un 6.10/o de los

casos y Severa en un 1.90%. La tabla siguiente detalla las diferentes causas de Morbilidad Fetal y su frecuencia. En términos estrictos es más exacto hablar de Morbilidad Neonatal.

Diag. de Morbilidad	Nº de Casos	%
Infecciones del R. N	18	2.8
Asfixia Neonatal		
Severa	12	1.9
Moderada	39	6.1
	51	8.0
Traumatismos	5	0.8
Síndrome de distres respiratorio (F)	3	0.4
Depresión Anestésica (C)	5	0.8

En la siguiente Tabla se analizan los 5 Casos de Traumatismos en el R.N.

Diagnóstico	ANTEC. DEL PARTO
Parálisis Facial (2 Casos)	Forceps por Expulsivo Detenido.
Parálisis Braquial	Macrosomia Fetal - Fórceps.
Fractura de Clavícula	Parto en Presentación Podálica
Cefalohematoma	Fórceps en Expulsivo Prolongado.

En el siguiente Cuadro se detalla la Mortinatalidad y la Mortalidad Neonatal Precoz.

Nº de Recién Nacidos Vivos :	611	
Nº Mortinatos :	19	3.00%
Muertes en 1era. Semana de vida :	4	0.60%

Los antecedentes del Embarazo y del Parto en los 19 casos de Mortinatos se detallan a continuación:

Sufrimiento fetal agudo	8 Casos	(Circular de Cordón = 5 Casos) Cesárea en los 8 casos) A. Gral. 5 Casos A. Raquídea 3 Casos.
Procidencia		
Miembros	3 Casos	Op Cesárea en los 3 Casos
Placenta Previa		
Sangrante	2 Casos	Op. Cesárea en los 2 Casos
Podálica - S.F.A	2 Casos	Una Multipara Una primigesta
Cesárea en 2do. Gemelar por S.F.A.	1 Caso	
Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.	1 Caso	Op. Cesárea. Anestesia Raq.
Op. Cesárea en Pres. Trans.	2 Casos	

En el análisis de los Partos Distócicos se encuentran 4 Casos de Muerte del R.N. en la Primera Semana de Vida lo que constituye el 0.60% del Total de Nacidos Vivos.

El Cuadro siguiente muestra los Antecedentes del Embarazo y Parto de los 4 Casos:

**MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ  
(Causas Registradas)**

Nº de Casos = 4

- 1ero. Asfixia Severa en R. N. producto de Embarazo con Parto en Presentación Podálica en Multipara.
- 2do. Asfixia Severa en R. N. producto de Parto en Presentación Podálica en Primigesta que ingresa "Completa" desde su domicilio a la Sala de Partos.
- 3ro. R. N. Prematuro (32 sem) producto de Parto Normal Prematuro que presenta S. D. R. Severo.
- 4to. Asfixia severa en R.N. extraído por Op. Cesárea, cuya indicación fue: S.F.A., Dilatación Estacionaria, Hiperdinamia.

En la siguiente tabla se muestra la Relación encontrada entre Mortinatalidad, Mortalidad Neo-

natal Precoz, y Presencia de Apgar Bajo con la Variable "Embarazo No Controlado".

**Tabla N°11**  
**CONTROL PRENATAL Y PROCEDENCIA EN**  
**PACIENTES CON MORTINATOS Y MORTALIDAD**  
**NEONATAL PRECOZ**

	Procedencia Rural (o/o)	Embarazo no Controlado (o/o)
MUESTRA TOTAL	(356) 58 o/o	(54) 17.5o/o
Mortinatos	( 9) 47.3o/o	(12) 63 o/o
Mortalidad Neonatal		
Precoz	( 2) 50 o/o	( 3) 75 o/o
Apgar Bajo (1-2-3-4-5)	( 11) 44 o/o	( 7) 28 o/o
Mortinatos = 19		
Mortineonatos = 4		
Precoces		
Apgar Bajo = 25		

Se puede apreciar que las Pacientes cuyos R.N. fueron Mortinatos, Mortineonatos Precoces o Presentaron Apgar Bajo al Nacimiento, presentan en forma muy significativa valores o cifras de Control de Embarazo muy inferiores a la Muestra Total, lo que puede de algun modo influir en la presencia de las situaciones de Morbimortalidad del R. N.

**MORBILIDAD MATERNA POST PARTO.**

Las infecciones Puerperales constituyen la principal causa de Morbilidad Materna Post Parto, siguiéndole en importancia la Anemia Puerperal y la Fiebre de origen no Precisado.

**Tabla N°12**  
**MORBILIDAD MATERNA POST PARTO**

MORBILIDAD	Nº de Casos	PORCENTAJES	
		Incidencia	Total
Infección Hda.			
Op. (C)	42	27.4o/o	7.7o/o
Endometritis	58	37.8o/o	9.3o/o
Anemia			
Puerperal	17	11.1o/o	2.7o/o
Infección			
Episiotomia	6	3.9o/o	7.6o/o

Cefalea Post			
Raquídea	8	5.2o/o	2.6o/o
Fiebre de Origen no Precis. (C)	14	9.1o/o	2.5o/o
Lesiones			
Traumáticas	5	3.2o/o	0.8o/o
Pelviparitonitis			
Pos Op.	3	1.9o/o	0.48o/o
TOTAL	153	100o/o	33.63o/o

En el cuadro siguiente se analizan los 5 Casos de Lesiones Traumáticas Maternas descritas en la Tabla N°12 como una de las Causas de Morbilidad Materna Post Parto.

**MORBILIDAD MATERNA POST PARTO**

**Tipo de Lesiones Traumáticas**

(5 Casos)

TIPO DE LESION	ANTEC. DEL PACIENTE
Desgarro Cervical	Parto en Pres. Podálica en Multipara. Macrosomía Fetal
Desgarro Perineal de 3er. Grado	Fórceps por Exp. Detenido y S. F. A.
Desgarro Perineal de 2do. Grado (2 casos)	Fórceps por Expulsivo Prolongado
Fistula Vesico Vaginal	Cesárea por Desproporción cefalo-Pélvica en Multipara. Dg. Post Op.

El Promedio de días de Hospitalización de las Pacientes intervenidas (OP. CESAREA) fue de 7.2 días; 6.4 días las pacientes cuya distocia fue resuelta por Fórceps; siendo el Promedio de días de Hospitalización Por parto Normal de 3.7 días.

El 48.2o/o de las Pacientes intervenidas (P. Cesárea) tuvo un tiempo de Hospitalización de 6 a 10 días, encontrándose un 17.2o/o que tuvo + de 10 días de Hospitalización. (Tabla N°13)

**Tabla N°13**  
**DIAS DE HOSPITALIZACION EN PACIENTES**  
**INTERVENIDAS (OP. CESAREA)**

Nº de días	Nº de Pac.	o/o
- de 6 días	200	34.4o/o
6 a 10 días	280	48.2o/o
+ de 10 días	100	17.2o/o
No hay Datos	42	

El 47.80% de las Pacientes cuya Distocia fue resuelta por Fórceps tuvo un tiempo de Hospitalización de menos de 6 días; encontrándose un 130% que tuvo más de 10 días de Hospitalización. (Tabla Nº 14)

**Tabla Nº 14**  
**DIAS DE HOSPITALIZACION EN PARTOS CON APLICACION DE FORCEPS**

Nº de días	Nº de Pac.	%
— de 6 días	22	47.80%
6 a 10 días	14	30.40%
— de 10 días	6	13.00%
No hay datos	4	8.60%

**CONCLUSIONES**

1. Se analizan 622 Fichas correspondientes a Partos Distócicos atendidos entre los años 1975 a 1979 en el Hospital de Nueva Imperial
2. Los Partos considerados como Distócicos constituyen el 220% de los Partos totales en el Período.
3. El 87.40% de los Partos Distócicos corresponden a Op. Cesárea; constituyendo esta intervención el 19.20% de los Partos Totales.
4. Se encuentra un 580% de Procedencia Rural en los Partos atendidos.
5. Se encuentra que el 82.50% de los Partos atendidos tenían Control Prenatal.
6. El 670% de los Partos Distócicos atendidos corresponden a pacientes de menos de 30 años
7. Un tercio de las pacientes atendidas son Primigestas, encontrándose un 52.70% de pacientes con más de tres Embarazos en el momento de la atención.
8. Se encuentra un porcentaje mayor de Embarazos no Controlados en Pacientes Rurales (610%) en relación a la muestra total (17.50%)
9. El promedio de Controles Prenatales encontrado fue de 4.1 en Paciente Urbano y 3.7 en Paciente Rural.
10. Las indicaciones más frecuentes de Op. Cesárea fueron: Estrechez Pelviana, Cicatriz de Cesárea Anterior, y Sufrimiento fetal agudo; encontrándose que la indicación más frecuen-

te en el uso de Fórceps fue "Expulsivo Prolongado".

11. El 86.40% de los R.N. presentaron Apgar Bueno, un 8.40% Regular y un 50% Malo.
12. Se encuentran en el Período un número de 19 Mortinatos (30% del Total de Nacidos) registrándose también 4 Muertes Neonatales precoces (0.60% del total de nacidos vivos).
13. Se encuentran 18 Casos de Infecciones del R.N. (2.80% del Total de R. N. vivos), 51 Casos de Asfixias Neonatales (80%) y 5 Casos de Traumatismos del R. N. (0.80%), como Morbilidad Neonatal.
14. Se encuentra una relación significativa entre Control de Embarazo y Mortinatalidad, Mortalidad Neonatal Precoz y Apgar Bajo (1-2-3-4-5), apreciándose un Porcentaje muy superior de Embarazos no Controlados en los casos en que se presentaron tanto Mortinatos, Mortineonatos Precoces, y R.N. con Apgar Bajo.
15. No se encuentra relación significativa entre Ruralidad y Apgar Bajo, Mortinatalidad y Mortalidad Neonatal Precoz.
16. Las causas más frecuentes de Morbilidad Materna Post Parto fueron: Endometritis (9,3 0% de todos los Partos Distócicos), Infección de la Herida Operatoria (7,7, 0% de todas las Cesáreas efectuadas), Infección de la Episiotomía (7,6 0% de todos los Partos Distócicos atendidos por vía Vaginal), Anemia del Puerperio (2,7 0%), Cefalea Post Raquidea (2,6 0% de las Anestias colocadas).
17. El Promedio de días de estada de las Pacientes Cesarizadas en el Hospital de Nueva Imperial fue de 7.2 días.  
Las Pacientes con Parto Distócico con Aplicación de Fórceps tuvieron un promedio de 6.4 días de estada.

**RESUMEN**

Se analizan 622 historias clínicas de partos distócicos ocurridos entre 1975 y 1979 en el Hospital de Nueva Imperial. Ellas representan el 22 0% de todos los partos de ese período.

Se comprueban las cifras siguientes:

El 87,40% de los partos distócicos fueron

obtenidos por cesárea, lo que representa el 19,2% de todos los partos.

El 58% de las mujeres provenían del sector rural.

El 82,5% había recibido controles prenatales.

El 67% era menor de 30 años; de ellas un tercio eran primíparas.

El 52,7% había tenido ya 3 partos.

El 61% de las mujeres rurales no había tenido controles prenatales.

El promedio de controles prenatales era de 4,1 para las del sector urbano y de 3,7 para las del sector rural.

Las cesáreas fueron indicadas con mayor frecuencia por: Estrechez pelviana; Cicatriz de una cesárea anterior y sufrimiento fetal agudo. El fórceps fue indicado más a menudo por período expulsivo prolongado.

El 86,4% de recién nacidos tuvo un test de Apgar entre 8 y 10, el 8,4% entre 6 y 7, y el 5% entre 1 y cinco.

Se encontró una relación significativa entre control de embarazo y mortinatalidad, mortalidad neonatal precoz y test de Apgar. Estos porcentajes son más altos para los embarazos no controlados.

No existe relación significativa entre la ruralidad, el bajo índice de Apgar, la mortinatalidad, ni la mortalidad neonatal precoz.

Las causas de morbilidad materna post-parto observadas con mayor frecuencia fueron: endometritis 9,3%; infección de la herida de la episiotomía 7,6%; anemia puerperal 2,7%; Cefalalgia post-raquídea 2,6%.

El promedio de días de estada hospitalaria para los partos por cesárea alcanza a 7,2 y de 6,4 días para las atendidas por fórceps.

### SUMMARY

622 clinical charts of dystocial childbirths occurred between 1975 and 1979 at the Nueva Imperial Hospital are herewith analyzed. They represent the 22% of all childbirth in that period.

The following percentages were verified:

87.4% of dystocial childbirth were intervened by Cesarean, which represents 19.2% of all childbirths.

58% of women proceeded from rural sector. 82.5% had received prenatal controls.

67% were aged of 30 years.

52.7% have already had 3 childbirths.

61% of rural women have not had prenatal controls.

The mean of prenatal controls was of 4.1 for those of urban sector and 3.7 for those coming from the rural sector.

Cesarean interventions were suggested mainly by: pelvic tightness, scar from a previous cesarean and by acute fetal suffering. Forceps was applied most frequently for prolonged expelling period.

86.4% of newborns had an Apgar test between 8 and 10; 8.4% between 6 and 7, and 5% between 1 and 5.

A significative relation was found between pregnancy and mortinatality; early neonatal mortality and Apgar test. These percentages are higher than those for non-controlled pregnancies.

There is no a significative relation between rurality, a low test of Apgar, the mortinatality and early neonatal mortality.

Causes of maternal morbidity post-partum most frequently observed were: endometritis 9.3%; infection of the wound of fisiotomy 7.6%; puerperal anemia 2.7%; cephalalgia post-rachitic 2.6%.

The average days of hospitable stage for cesarean childbirths reaches to 7.2 days, and of 6.4 days for those intervened by forceps.

### RESUME

On analyse 622 dossiers cliniques d'accouchements dystociques survenus entre 1975 et 1979 à l'Hospital de Nueva Imperial. Ceci représente le 22% de tous les accouchements de cette période.

Les suivants chiffres sont rapportés:

Le 87,4% des accouchements dystociques aubient une césarienne, ce qui représente le 19,2% de tous les accouchements.

Le 58% des femmes venait du secteur rural.

Le 82,5% avait reçu de contrôles prénataux.

Le 67% était âgé de moins de 30 ans, dont un tiers des primipares.

Le 52,7 avait déjà eu 3 accouchements.

Le 61% des femmes rurales n'avait pas eu des contrôles prénataux.

Le chiffre moyen des contrôles prénataux était de 4,1 pour celles du secteur urbain et de 3,7 pour celles du secteur rural.

Les césariennes furent le plus fréquemment indiquées par: étroitesse pelvique; cicatrice d'une césarienne préalable et souffrance foetale aigüe. Le forceps fut indiqué le plus souvent par période expulsive prolongée.

Le 86,40% des nouveaux-nés eurent un test d'Apgar entre 8 et 10, le 8,40% entre 6 et 7, et le 50% entre 1 et 5.

Un rapport significatif est trouvé entre contrôle de grossesse et mortinatalité, mortalité néonatale précoce et test d'Apgar bas. Ces pourcentages sont plus élevés pour les grossesses non contrôlées.

Il n'existe pas de rapport significatif entre la ruralité, le bas test d'Apgar, la mortinatalité ni la mortalité néonatale précoce.

Les causes de morbidité maternelle post accouchement le plus souvent observées furent: endométrites 9,30%; Infection de la plaie de l'épisiotomie 7,60%; anémie puerpérale 2,70%; céphalalgie post-rachidienne 2,60%.

La moyenne de jours de stage hospitalier pour les accouchées par césarienne atteint 7,2 jours et de 6,4 jours pour celles accouchées par forceps.