

11217

13

2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

Hospital General "DR. FERNANDO QUIROZ G."

I.S.S.S.T.E.

EVALUACION DE RIESGO EN EL EMBARAZO

TESIS DE POSGRADO

Que para obtener el título en la
Especialidad de:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

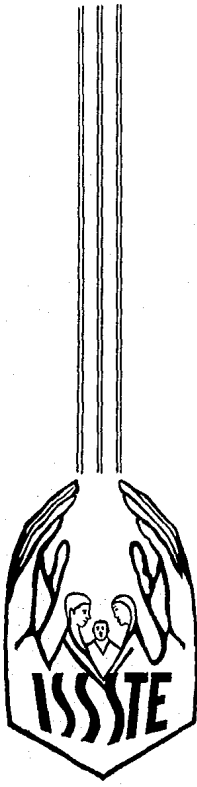
DR. ANGEL MAIDA TERCEROS

Asesor: Dr. Romualdo Bervera Castañeda

México, D. F.

1983

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

- I.- Título
- II.- Hipótesis
- III.- Introducción
- IV.- Material y Método
- V.- Resultados
- VI.- Discusión
- VII.- Conclusiones
- VIII.- Bibliografía

====oOo====

I.- TITULO:

"EVALUACION DE RIESGO EN EL EMBARAZO"

II.- HIPOTESIS:

1. A una clasificación de riesgo mayor en el embarazo corresponde un pronóstico más malo de éste.
2. La embarazada con riesgo alto o medio, que se maneja en forma adecuada, en el lugar y por el personal capacitado para ello, tiene mayores posibilidades de obtener un resultado mejor.

III.- INTRODUCCION:

La alta tasa de morbilidad materno-fetal existente-- aún en nuestro país y en otras latitudes, ha originado que nazca una nueva disciplina dentro del campo de la Obstetricia, esta se ha dado en llamar Perinatología, dedicada especialmente a la atención de la paciente de riesgo en obstetricia, mejor denominada como "Embarazo de Alto Riesgo". (1)

Si bien el riesgo debe determinarse en cualesquiera de las ramas de la medicina, como decía Garfield "los enfermos deben-- separarse de los sanos", aplicable a la Obstetricia desde el -- punto de vista que el embarazo no es una enfermedad, a no ser que presenta alguna patología concomitante con él. (2)

La Perinatología Obstétrica no es conocida aún en su verdadero alcance, ya que es desconocida por la mayor parte de los médicos, teniendo como meta la disminución de la tasa de morbilidad materno-fetal.

Con este nombre se ha concentrado un grupo de conocimientos médicos, científicos y técnicos sobre la reproducción humana y sus efectos sobre la madre y el homocigoto en la etapa perinatal. (3)

Los acontecimientos durante la permanencia en el útero,-- son de importancia para el pronóstico y conformación del nuevo-

ser. Los trastornos del recién nacido en las primeras 72 hrs. tienen su origen generalmente en la etapa prenatal y el parto.

Como ya habíamos manifestado, uno de los problemas que afectan a nuestro país, es el problema perinatal, que incluye la morbilidad de la madre y de su hijo, así como de las secuelas de ambos, que son producto de una deficiente atención del embarazo y el parto; en especial el impresionante número de niños con secuelas neurológicas. (4)

El riesgo perinatal para su mejor entendimiento, ha sido dividido en IV etapas: preconcepcional, gestacional, terminación del embarazo y post-parto. (6)

El concepto de embarazo de alto riesgo, nace en función de la muerte del producto. (7) Sin embargo, la necesidad de -- considerar otras entidades que afectan no sólo a los productos sino también a la madre, han llevado a definir el embarazo de alto riesgo como "aquel donde el feto y/o la madre tienen una alta probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto" (8)

La capacidad asistencial de los sistemas de seguridad social en 1974 sólo alcanzaron a atender el 39 % de los partos de todas las embarazadas de nuestro país (5), es un elemento del problema perinatal que debe ser considerado.

El criterio de selección para la atención de dichas pacientes en niveles especializados de atención, sería la evaluación del riesgo perinatal.

Nesbitt es el primero en abordar la detección temprana de embarazadas de alto riesgo con un sentido epidemiológico (9) en donde de 1001 pacientes encuentra que el 30 % fueron de alto riesgo. Goodwin (10) desarrolla un sistema similar en 936 mujeres y encontró una relación entre alto riesgo y altas tasas de mortalidad, así como puntuaciones bajas de Apgar.

Hobel (11) es quien mejor aborda el embarazo de alto riesgo desde el punto de vista metodológico, identificando cuatro grupos, encontrando mejores resultados en el grupo de bajo riesgo, y los resultados desfavorables en el grupo de alto riesgo.

Posterior a los trabajos antes citados, surgen infinidad de modificaciones a los sistemas propuestos (12, 13, 14) ó aplicaciones de los mismos a poblaciones diferentes (15), encontrando resultados más o menos similares a los de los autores originales.

A pesar de los avances en los sistemas de detección de riesgo durante el embarazo, existen una gran cantidad de problemas, que se reflejan en las altas proporciones de falsos positivos-- (28 % en la experiencia de Hobel (16)) y falsos negativos. Lo anterior obliga a las instituciones de atención maternoinfantil aborden como proyecto de investigación, la detección de embarazadas de alto riesgo.

El Instituto Nacional de Perinatología aborda desde sus orígenes(17) todas las fases que conciernen a la epidemiología del embarazo de alto riesgo, de ésta manera durante el año 1979 (18) se recibieron 175 embarazadas consideradas de riesgo.

Por último podemos decir que una valoración obstétrica de riesgo es fundamental, importante e imprescindible como en cualquier rama de la medicina, para poder realizar una atención preventiva de la paciente gestante, el mismo que se inicia con el "enfocue de riesgo" que adopta la Organización Mundial de la Salud en la organización y preparación de servicios integrados de salud maternoinfantil y de planeación familiar.

Es así que consideramos que la valoración de riesgo es de prioridad para la detección, prevención y/o tratamiento adecuados de la embarazada.

IV.- MATERIAL Y METODO:

1. Se realiza un trabajo de investigación en 544 pacientes que ingresan al Servicio de Labor del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" en el ultimo trimestre del año de 1981.
2. A todas se les aplica una hoja de detección de riesgo-- la cual se compone de 6 capitulos fundamentalmente tal- y como se detalla a continuación:
 - 2.1 Datos Generales:
 - 2.1.1 Nombre
 - 2.1.2 Edad
 - 2.1.3 Peso
 - 2.1.4 Estatura
 - 2.1.5 Nivel Socioeconómico
 - 2.1.6 Estado Civil
 - 2.1.7 Actitud ante el embarazo
 - 2.2 Antecedentes Ginecobstétricos:
 - 2.2.1 Paridad
 - 2.2.2 Tipo de parto anterior
 - 2.2.3 Abortos consecutivos
 - 2.2.4 Anomalías ginecológicas
 - 2.2.5 Cesareas previas
 - 2.2.6 Cirugía previa
 - 2.2.7 Muertes perinatales
 - 2.2.8 Preeclampsia
 - 2.2.9 R.N. Pretérmino y/o bajo peso
 - 2.2.10 Productos macrosómicos
 - 2.3 Antecedentes médicos:
 - 2.3.1 Hipertensión crónica
 - 2.3.2 Cardiopatía

2.3.3 Nefropatía

2.4 Evolución del embarazo:

2.4.1 Amenaza de aborto

2.4.2 Hemorragias a la 2a. mitad del embarazo

2.4.3 Amenaza de parto pretérmino

2.4.4 Ruptura prematura de membranas

2.4.5 Cuadros hipertensivos del embarazo

2.4.6 Factor Rh

2.5 Factores intercurrentes:

2.5.1 Anemia. Hb en gramos

2.5.2 Tabaquismo

2.5.3 Otras toxicomanías

2.5.4 Radiaciones ionizantes

2.5.5 Abdomen agudo

2.6 Otros factores.

2.7 Puntuación por capítulo

2.8 Puntuación total

2.9 Clasificación de riesgo

2.10 Lugar en que se realizó la valoración

2.11 Diagnóstico integral

2.12 Recomendaciones.

Cada una de las subunidades está cuantificado con un valor numérico entre 0 y 45 puntos.

Los valores numéricos indican aproximadamente el riesgo, si se considera que:

a) Cada factor de Riesgo Bajo equivale a 5 puntos.

La suma de tres factores de riesgo bajo equivale a un factor de riesgo medio.

b) Cada factor de Riesgo Medio equivale a 15 puntos.

Los factores que son calificados con 30 equivalen a la suma de dos factores medios.

c) Un factor de Alto Riesgo se cuantifica en 45.

La suma de todos los valores numéricos, de cada una de las subunidades y el total de puntos indica el riesgo actual de la paciente de acuerdo a la tabla siguiente:

RIESGO ALTO: 45 puntos o más.

RIESGO MEDIO: 15 a 40 puntos

RIESGO BAJO: 0 a 10 puntos

Al final de la hoja tiene los datos de fecha, nombre y firma del médico responsable. (Ver hoja anexa)

Asimismo se toman datos como: fecha de nacimiento, fecha de la última menstruación y semanas de gestación.

Durante el post-parto se toman datos de Anagar, peso y tipo de parto: si es eutocia o distocia, dentro de las distocias con sideramos si tuvo aplicación de forceps o fué cesarea.

Por último se realiza la selección de pacientes tomando en cuenta primero la edad gestacional y posteriormente la clasificación de riesgo como a continuación detallamos:

1. INMADUROS

1.1 Bajo Riesgo

1.2 Mediano Riesgo

1.3 Alto Riesgo

2. PREMATUROS

2.1 Bajo Riesgo

2.2 Mediano Riesgo

2.3 Alto Riesgo

3. DE TERMINO

3.1 Bajo Riesgo

3.2 Mediano Riesgo

3.3 Alto Riesgo

4. POST-TERMINO

- 4.1 Bajo Riesgo
- 4.2 Mediano Riesgo
- 4.3 Alto Riesgo

La clasificación de riesgo se correlaciona con:

- 1. Apgar obtenido por el producto
- 2. Peso del producto
- 3. Tipo de distocia (Forceps o cesarea)
- 4. Complicaciones (RPM y/o asfisia neonatal)

La hoja de recolección de datos fue rediseñada en base a otras existentes por el autor.

La nomenclatura utilizada para algunos términos empleados es la siguiente:

- 1. Para la Edad Gestacional:
 - 1.1 Inmaduros. Desde la 20 semana de gestación a la 27-semana.
 - 1.2 Prematuros. Desde la 28 semana a la 36 semana de gestación.
 - 1.3 De Término. Desde la 37 semana a la 42 semana de gestación.
 - 1.4 Post-Término. Desde la semana 43 en adelante.
- 2. Por el peso de los productos:
 - 2.1. Hipotrófico. Aquellos que pesan menos de 2500 grs.
 - 2.2 Eutrófico. Aquellos que pesan entre 2500 a 3800 grs.
 - 2.3 Hipertrófico. Aquellos que pesan de 3800 grs. en adelante.

RPM.=Ruptura Prematura de Membranas.

FECHA
 día mes año

NOMBRE DE LA PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO
 día mes año

FUM
 años mes día

SEMANAS DE GESTACION

1. <u>DATOS GENERALES</u>	Subtotal	<input type="text"/>	4.2 <u>TIPO DE PARTO ANTERIOR</u>	<input type="checkbox"/>
1.1 <u>EDAD (años)</u>			(1) FACIL	<input type="checkbox"/> 0
(1) 14 MENOS	<input type="text"/>	0	(2) PROLONGADO	<input type="checkbox"/> 15
(2) 15-19	<input type="text"/>	15	(3) EXPULSION DIFICIL	<input type="checkbox"/> 15
(3) 20-34	<input type="text"/>	0	(4) TRAUMATICO	<input type="checkbox"/> 30
(4) 35+MAS	<input type="text"/>	30	2.3 <u>ABORTOS CONSECUTIVOS</u>	<input type="checkbox"/>
1.2 <u>PESO (AL INICIO)</u>			(1) NO	<input type="checkbox"/> 0
(1) HAS 10Z	<input type="text"/>	0	(2) 2	<input type="checkbox"/> 45
(2) HAS 15 a 25Z	<input type="text"/>	15	(3) 3 O MAS	<input type="checkbox"/> 45
(3) HAS 26 a 40Z	<input type="text"/>	30	2.4 <u>ANOMALIAS GINECOLOGICAS</u>	<input type="checkbox"/>
(4) MAYOR de MAS 40Z	<input type="text"/>	45	(1) NO	<input type="checkbox"/> 0
(5) MENOS 10Z	<input type="text"/>	0	(2) ESTRECHEZ PELVICA	<input type="checkbox"/> 15
(6) MENOS 11 a 15Z	<input type="text"/>	15	(3) ASIMETRIA PELVICA	<input type="checkbox"/> 15
(7) MENOS 16 a 20Z	<input type="text"/>	30	(4) MALFORMACIONES UTERINAS	<input type="checkbox"/> 30
(8) MENOS 21 O MAS	<input type="text"/>	40	2.5 <u>CEBARRAS PREVIAS</u>	<input type="checkbox"/>
1.3 <u>ESTATURA</u>			(1) NO	<input type="checkbox"/> 0
(1) 1.60 O MAYOR	<input type="text"/>	0	(2) ICESAREA NO COMPLICADA	<input type="checkbox"/> 15
(2) 1.50 a 1.59	<input type="text"/>	5	(3) ICESAREA COMPLICADA	<input type="checkbox"/> 30
(3) 1.46 a 1.49	<input type="text"/>	15	(4) 2 O MAS	<input type="checkbox"/> 45
(4) 1.45 O MENOR	<input type="text"/>	30	2.6 <u>CIRUGIA PREVIA</u>	<input type="checkbox"/>
1.4 <u>NIVEL SOCIOECONOMICO</u>			(1) NO	<input type="checkbox"/> 0
(1) ALTO	<input type="text"/>	0	(2) ANDOMINAL EXTRA-GINEC.	<input type="checkbox"/> 5
(2) MEDIO	<input type="text"/>	5	(3) GINEC. EXTRA-UTERINA	<input type="checkbox"/> 15
(3) BAJO	<input type="text"/>	10	(4) UTERINA. NO CESAREA	<input type="checkbox"/> 30
(4) MUY BAJO	<input type="text"/>	15	2.7 <u>MUERTES PERINATALES</u>	<input type="checkbox"/>
1.5 <u>ESTADO CIVIL</u>			(1) NO	<input type="checkbox"/> 0
(1) CASADA	<input type="text"/>	0	(2) 1	<input type="checkbox"/> 15
(2) UNION LIBRE	<input type="text"/>	5	(3) 2 O MAS	<input type="checkbox"/> 45
(3) SIN CONYUGE	<input type="text"/>	15	2.8 <u>PRE-ECLAMPSIA</u>	<input type="checkbox"/>
1.6 <u>ACTITUD (EMBARAZO)</u>			(1) NO	<input type="checkbox"/> 0
(1) ADECUADA	<input type="text"/>	0	(2) PRE-ECLAMPSIA MODERADA	<input type="checkbox"/> 15
(2) PARCIALMENTE	<input type="text"/>	5	(3) PRE-ECLAMPSIA SEVERA	<input type="checkbox"/> 45
(3) INADECUADA	<input type="text"/>	15	(4) ECLAMPSIA	<input type="checkbox"/> 45
2. <u>ANTECEDENTES G.O.</u>	Subtotal	<input type="text"/>	2.9 <u>R.N. PRETERMINO Y/O BAJO PESO</u>	<input type="checkbox"/>
2.1 <u>PARIDAD</u>			(1) NO	<input type="checkbox"/> 0
(1) 0	<input type="text"/>	0	(2) 1	<input type="checkbox"/> 15
(2) 1 a 5	<input type="text"/>	0	(3) 2	<input type="checkbox"/> 30
(3) 6 a 9	<input type="text"/>	10	(4) 3 O MAS	<input type="checkbox"/> 45
(4) 10 O MAS	<input type="text"/>	30	2.10 <u>PRODUCTOS MACROSOMICOS</u>	<input type="checkbox"/>
			(1) NO	<input type="checkbox"/> 0
			(2) 1	<input type="checkbox"/> 15
			(3) 2 O MAS	<input type="checkbox"/> 30

DETECCION DE RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO

C.R. "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE
 SERVICIO DE PERINATOLOGIA
 1.981

V.- RESULTADOS.

Se estudiaron 544 nacientes que ingresaron al Servicio de La bor en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE, todas ellas en trabajo de parto o alguna causa que ameritó la terminación del mismo.

De los 544 casos estudiados la edad de las embarazadas fluctuaban dentro de los siguientes parámetros: entre los 15 a 19 años el 4,41 %, entre los 20 a 34 años el 85,47 % y las comprendidas de los 35 años en adelante el 10,11 %. (Cuadro No. 1)

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS EMBARAZADAS

E D A D	INMADU- ROS	PREMATU- ROS	DE TER- MINO	POSTER- MINO	TOTAL	PORCENTAJE
14 ó -	0	0	0	0	0	0
15 a 19	0	3	19	2	24	4.41
20 a 34	2	48	393	22	465	85.47
35 ó +	6	7	38	4	55	10.11
TOTAL	8	58	450	28	544	100.00

Si consideramos la paridad vemos que corresponden a primigestas el 33.45 %, de 1 a 5 gestas el 64.70 %, de 6 a 9 gestas el 1.83 %. (Cuadro No. 2).

De acuerdo a la puntuación obtenida en la clasificación de riesgo, correspondieron a Bajo Riesgo 23 casos o el 4.22 %, a Mediano Riesgo 130 casos o el 23.89 % y de Alto Riesgo 391 casos o el 71.87 %. (Cuadro No. 3).

Tomando en cuenta la edad del embarazo fueron clasificados-- como Inmaduros 8 casos o el 1.47 %, como Prematuros 58 casos o el 10.66 %, de Término 450 casos o el 82.72 % y de Postérmino 28 casos o el 5.14 %. (Cuadro No. 4)

CUADRO No. 2

PARIDAD DE LAS GESTANTES

PARIDAD	INMADUROS	PREMATUROS	DE TERMINO	POSTERMINO	TOTAL	PORCENTAJE
0	2	22	149	9	182	33.45
1 - 5	6	34	294	18	352	64.70
6 - 9	0	2	7	1	10	1.83
TOTAL	8	58	450	28	544	100.00

CUADRO No. 3

NUMERO Y PORCENTAJE DE ACUERDO A RIESGO

R I E S G O	NUMERO	PORCENTAJE
BAJO RIESGO	23	4.22
MEDIANO RIESGO	130	23.89
ALTO RIESGO	391	71.87
T O T A L	544	100.00

CUADRO No. 4

NUMERO Y PORCENTAJE POR EDAD DEL EMBARAZO

E D A D	NUMERO	PORCENTAJE
INMADUROS	8	1.47
PREMATUROS	58	10.66
DE TERMINO	450	82.72
POSTERMINO	28	5.14
T O T A L	544	100.00

Si consideramos la via de terminación del embarazo vemos que 220 casos o sea el 40.44 % terminaron en distocia y 324 casos o el 59.55 % terminaron en eutocia. (Cuadro No. 5)

CUADRO No. 5

VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

V I A	HUMERO	PORCENTAJE
DISTOCIAS	220	40.44
EUTOCIAS	324	59.55
T O T A L	544	100.00

Del total de distocias fueron cesareas 141 casos o el 64.09% y ameritaron forceps 79 casos o el 35.90 %. (Cuadro No. 6)

CUADRO No. 6

DISTOCIAS QUE SE PRESENTARON EN T.DE P.

DISTOCIA	HUMERO	PORCENTAJE
CESAREAS	141	64.09
FORCEPS	79	35.90
T O T A L	220	100.00

De acuerdo a la clasificación que hace Lubchenco de los recién nacidos por peso obtenido al nacer podemos ver que 75 recién nacidos pesaron menos de 2500 grs. o sea el 13.78 %, 440 recién nacidos alcanzaron un peso entre 2501 a 3800 grs. o sea el 80.88 % y por último 29 pacientes tuvieron recién nacidos que pesaron 3801 grs. o más o sea el 5.33 %. (Cuadro No. 7)

CUADRO No. 7

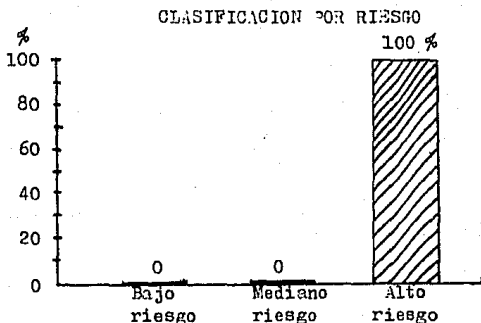
CLASIFICACION POR PESO

P E S O	NUMERO	PORCENTAJE
2500 ó -	75	13.78
2501 a 3800	440	80.88
3801 ó +	29	5.33
T O T A L	544	100.00

Analizando de acuerdo a la edad del embarazo, es decir, los considerados Inmaduros y de acuerdo a la clasificación de riesgo vemos que el total de los 8 casos osea el 100 % son de alto-riesgo, explicable por la misma edad que tienen. (Gráfica No.1)

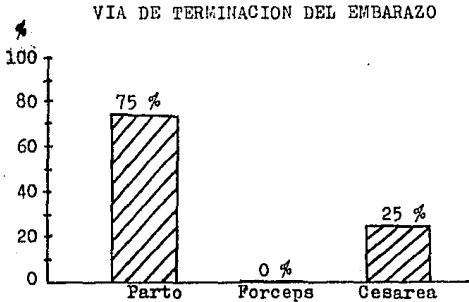
1.- INMADUROS.

GRAFICA No. 1



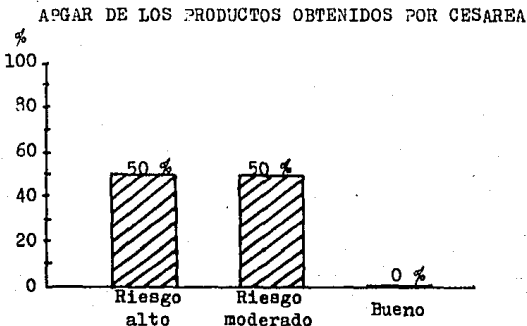
De acuerdo a la via de terminación del embarazo, tenemos que el 75 % fueron autocias y el 25 % fueron cesareas. (Gráfica No. 2)

GRAFICA No. 2



Del total de cesareas, los productos obtuvieron una calificación de Apgar considerado de riesgo alto el 50 % y de moderado--riesgo un 50 %. (Gráfica No. 3)

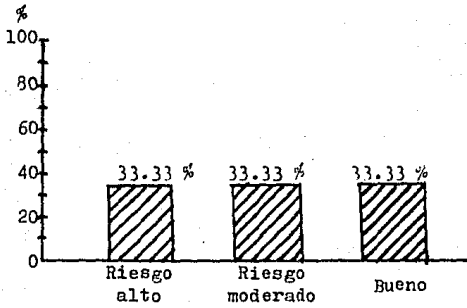
GRAFICA No. 3



Del total de embarazos terminados en parto, fueron calificados con Apgar considerado de riesgo alto el 33.33 %, de riesgo--moderado el 33.33 % y de bueno el 33.33 %. (Gráfica No. 4)

GRAFICA No. 4

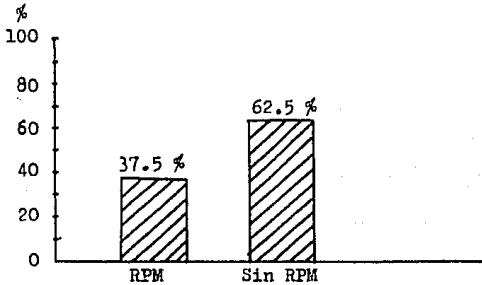
APGAR DE LOS PRODUCTOS OBTENIDOS POR EUTOCIA



Tomando a la rotura prematura de membranas como complicación observaremos que el 37.5 % presentaron esta patología y el 62.5 % no. (Gráfica No. 5)

GRAFICA No. 5

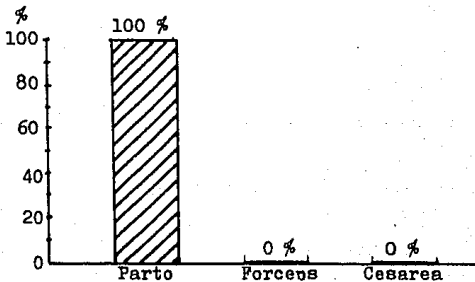
RPM COMO COMPLICACION



De todos los que presentaron RPM el 100 % terminaron en eutocia. (Gráfica No. 6)

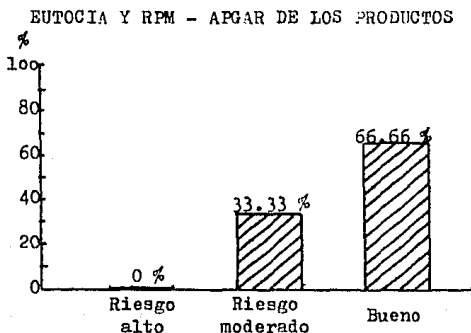
GRAFICA No. 6

VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO CON RPM



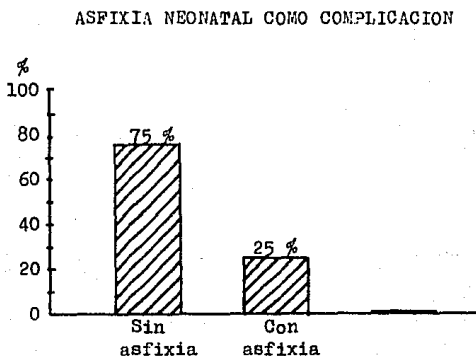
El angar asignado a los productos que previamente habían te-
nido RPM como complicación y que terminaron en eutocia fue de--
mediano riesgo en un 33.33 % y de bueno el 66.66 %. (Gráfica No.
7)

GRAFICA No. 7



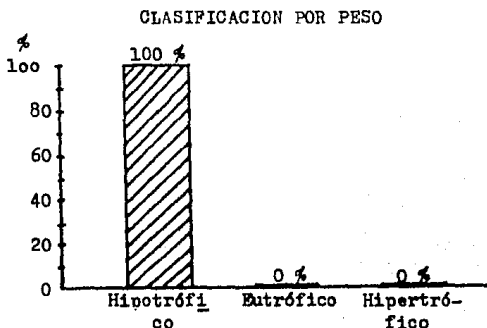
Del total de casos Inmaduros, el 25 % cursaron con asfixia,-
y el 75 % restante no tuvieron asfixia neonatal. (Gráfica No. 8)

GRAFICA No. 8



Considerando la clasificación por peso obtenido al nacer de los productos vemos que el 100 % fueron considerados hipotróficos. (Gráfica No. 9).

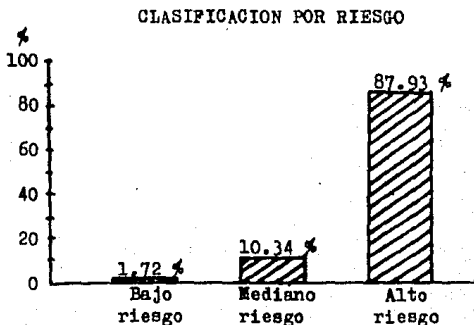
GRAFICA No. 9



2.- PREMATUROS.

Del total de casos considerados Prematuros, de acuerdo a la puntuación obtenida, tenemos que el 1,72 % corresponden a Bajo-Riesgo y el 10,34 % a Mediano Riesgo, teniendo un 87,93 % correspondiente a Alto Riesgo. (Gráfica No. 10)

GRAFICA No. 10

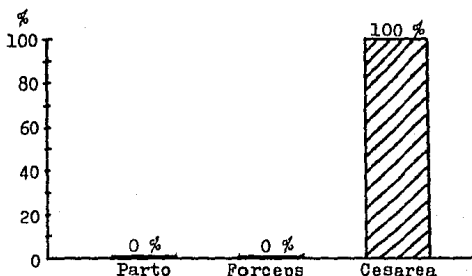


a) BAJO RIESGO.

Fue clasificado 1 caso como de bajo riesgo, el cual como via de terminación del embarazo fue la cesarea osea un 100 %.-
(Gráfica No. 11)

GRAFICA No. 11

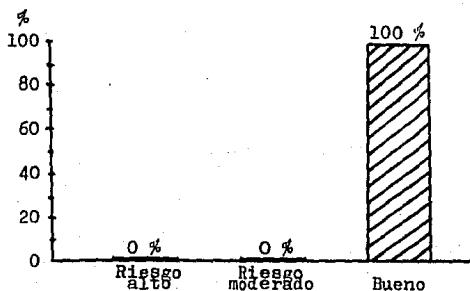
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO



El angar obtenido al nacer por el producto fue de bueno y co
rresponde a un 100 %. (Gráfica No. 12)

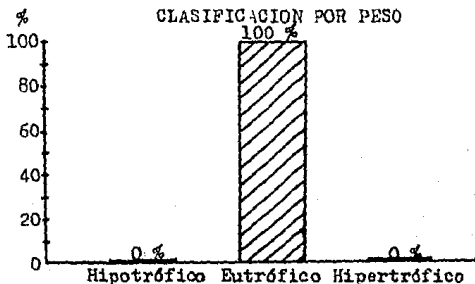
GRAFICA No. 12

ANGAR OBTENIDO POR EL PRODUCTO



De acuerdo a la clasificación por peso, fue considerado eutrófico o sea el 100 %. (Gráfica No. 13)

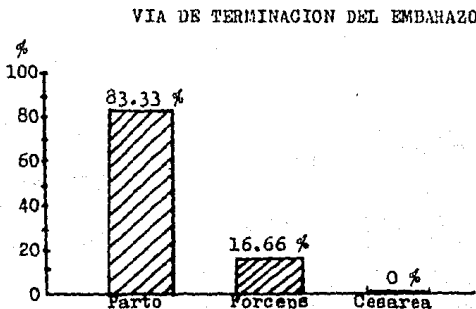
GRAFICA No. 13



b) MEDIANO RIESGO.

Fueron clasificados así 6 casos, los cuales tomando en cuenta la vía de terminación del embarazo fueron eutócicos el 83.33 %, los que necesitaron aplicación de forceps el 16.66 % y (Gráfica No. 14)

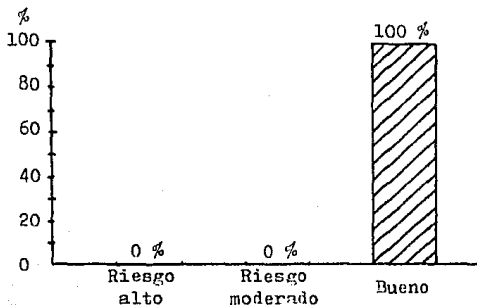
GRAFICA No. 14



La calificación de agar en los casos en que se aplicó fórceps fue de bueno en el 100 %. (Gráfico No.15)

GRAFICA No. 15

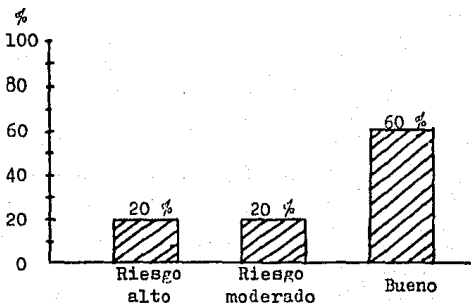
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE APLICACION DE FORCEPS



El agar obtenido por los productos de eutocias fué de riesgo alto en un 20 %, de moderado riesgo en un 20 % y de bueno en un 60 %. (Gráfica No. 16)

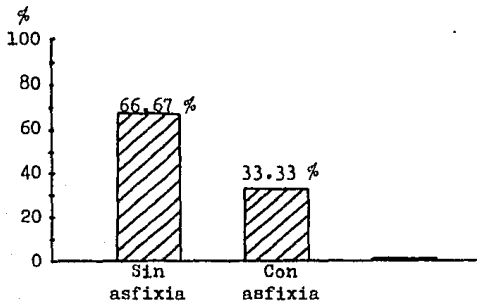
GRAFICA No. 16

APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE EUTOCIAS



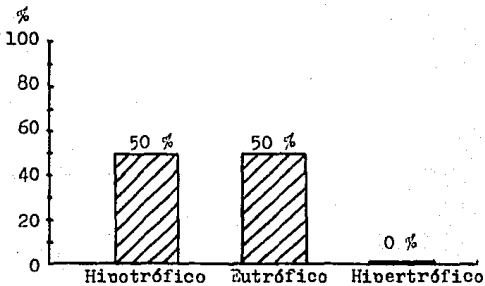
Tomando en cuenta a la asfixia neonatal como complicación - transparto vemos que el 33.33 % presentaron esta patología y el 66.67 % no lo presentaron. (Gráfica No. 17)

GRAFICA No. 17
ASFIXIA NEONATAL COMO COMPLICACION



La clasificación de acuerdo al peso del RN, nos muestra que el 50 % fueron hipotróficos y el 50 % considerados eutróficos.- (Gráfica No. 18)

GRAFICA No. 18
CLASIFICACION POR PESO

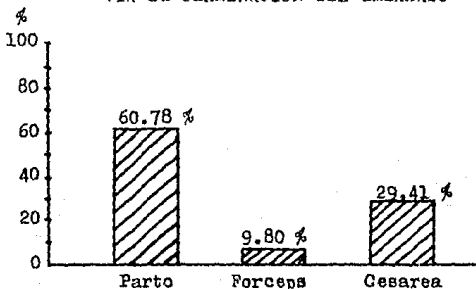


c) ALTO RIESGO.

Se consideraron así 51 casos, de los cuales en cuanto se refiere a la vía de terminación del embarazo, el 60.78 % fueron eutocias, el 9.80 % ameritaron forceps y el 29.41 fueron cesareas. (Gráfica No. 19)

GRAFICA No. 19

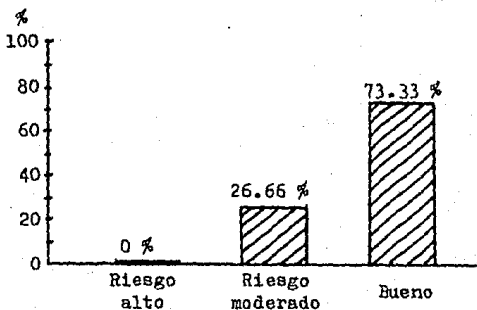
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO



Los productos extraídos por cesarea obtuvieron un apgar considerado de moderado riesgo el 26.66% y 73.33 % restante alcanzó un apgar bueno. (gráfica No. 20)

GRAFICA No. 20

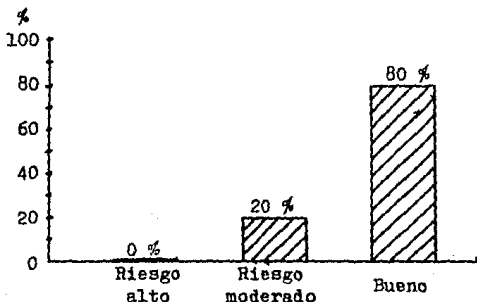
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE CESAREAS



Los productos que se obtuvieron mediante aplicación de forceps alcanzaron un apgar considerado de moderado riesgo en un 20 % y el 80 % restante tuvo un apgar considerado bueno. (Gráfica No. 21)

GRAFICA No. 21

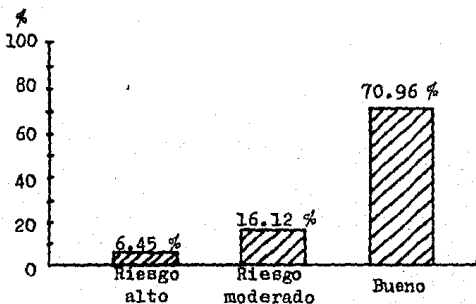
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE APLICACION DE FORCEPS



Los productos obtenidos mediante eutocia, tuvieron un apgar considerado de alto riesgo en un 6.45 %, de moderado riesgo en un 16.12 % y un apgar considerado bueno en el 70.96 %. (Gráfica No. 22)

GRAFICA No. 22

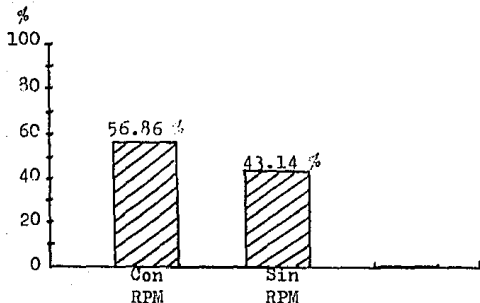
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE EUTOCIAS



Si consideramos a la RPM como complicación, vemos que el 56.68 % lo presentaron y el 43.14 % no. (Gráfica No. 23)

GRAFICA No. 23

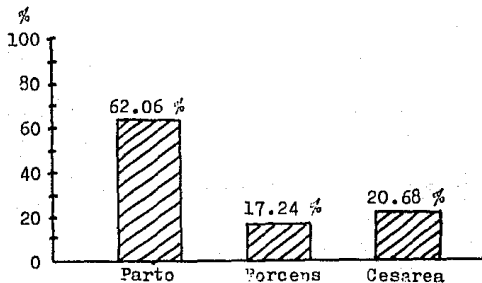
RPM COMO COMPLICACION



La vía de terminación del embarazo que presentaron RPM, fue de eutocia en un 62.06 %, ameritando aplicación de fórceps el 17.24 % y el 20.68 % terminaron en cesareas. (Gráfica No. 24)

GRAFICA No. 24

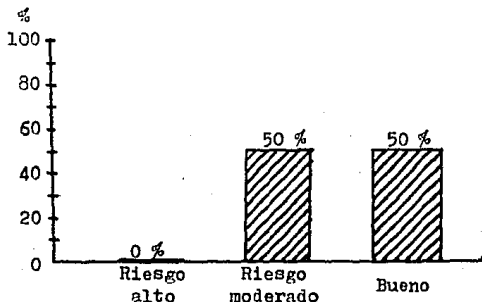
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO CON RPM



El apgar obtenido por los productos que tuvieron como complicación previa la RPM y que se los extrajo por cesarea fue de moderado riesgo en un 50 % y de bueno el 50 % restante. (Gráfica - No. 25)

GRAFICA No. 25

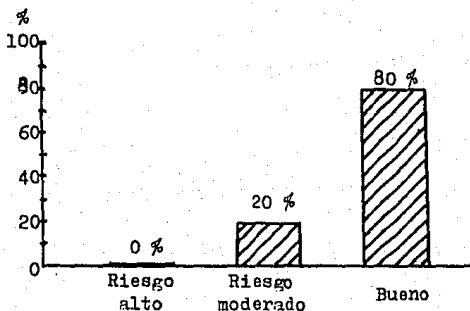
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE RPM Y CESAREA



Los productos que ameritaron forceps y que tuvieron como complicación previa la RPM, obtuvieron un apgar de moderado riesgo en un 20 % y de bueno en el 80 % de los casos. (Gráfica No.- 26)

GRAFICA No. 26

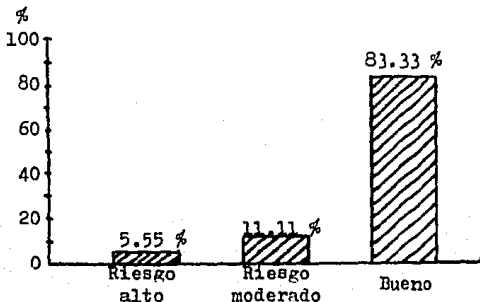
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE RPM Y FORCEPS



Los productos que se obtuvieron por eutocia y que tuvieron como complicación previa la RPM, fueron calificados con un apgar considerado de riesgo alto en un 5.55 %, de moderado riesgo en un 11.11 % y de bueno en un 83.33 %. (Gráfica No. 27)

GRAFICA No. 27

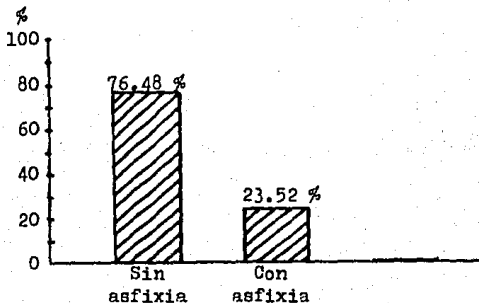
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE RPM Y EUTOCIA



Tomando a la asfixia neonatal como complicación transparto- se establece que el 23.52 % lo presentaron y el 76.48 % no. (Gráfica No. 28)

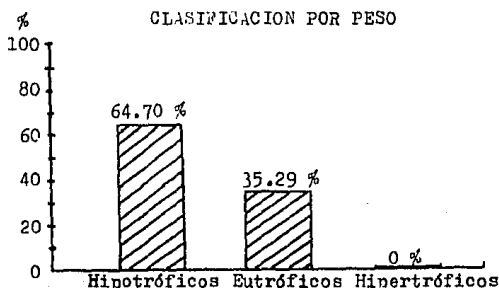
GRAFICA No. 28

ASFIXIA NEONATAL COMO COMPLICACION



Si consideramos la clasificación por peso de los productos- vemos que el 64.70 % fueron hipotróficos y el 35.29 % eutrófi- cos. (Gráfica No. 29)

GRAFICA No. 29

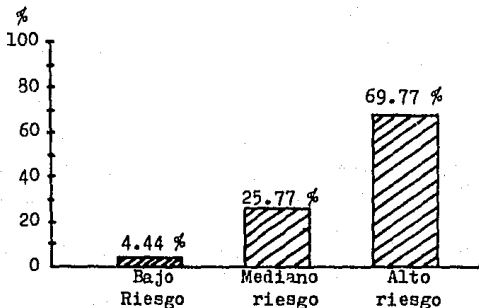


3.- DE TERMINO.

De los productos considerados de término por edad del emba- razo y de acuerdo a la puntuación obtenida fueron clasificados- como de bajo riesgo el 4.44 %, de mediano riesgo el 25.77 % y de alto riesgo el 69.77 %. (Gráfica No. 30)

GRAFICA No. 30

CLASIFICACION POR RIESGO

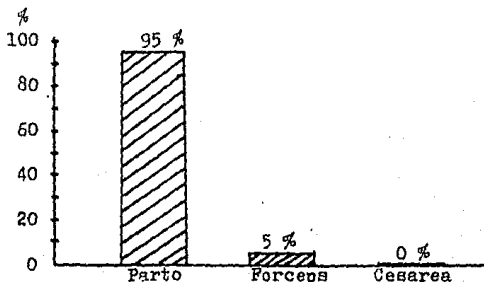


a) BAJO RIESGO.

Se estudian 20 casos calificados como de bajo riesgo, de los cuales, tomando en cuenta la vía de terminación del embarazo, el 95 % fueron eutocias y un 5 % ameritaron forceps. (Gráfica No. 31)

GRAFICA No. 31

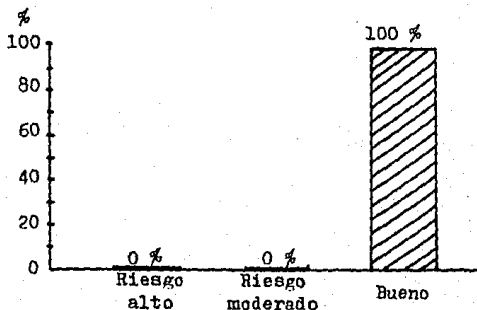
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO



El apgar obtenido por los productos a los cuales se les aplicó forceps, fue de bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 32)

GRAFICA No. 32

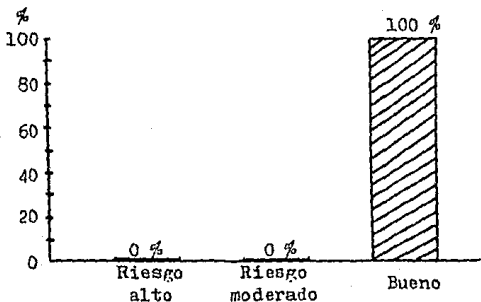
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE APLICACION DE FORCEPS



Los productos que se obtuvieron de eutocia, fueron calificados con agar considerado bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 33)

GRAFICA No. 33

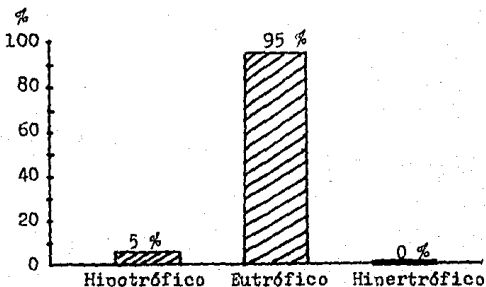
AGAR OBTENIDO EN EL CASO DE EUTOCIAS



De acuerdo a la clasificación por peso, vemos que el 5 % -- son considerados hipotróficos y el 95 % eutróficos. (Gráfica No. 34)

GRAFICA No. 34

CLASIFICACION POR PESO

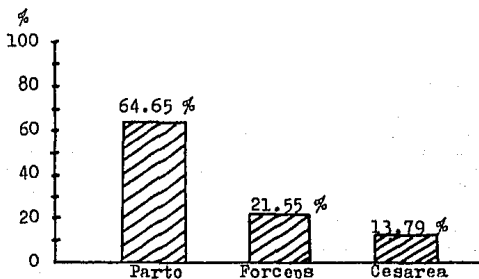


b) MEDIANO RIESGO.

Se estudian 116 casos calificados así por la puntuación obtenida. Considerando la vía de terminación del embarazo, vemos que el 64.65 % fueron eutocias, el 21.55 % ameritaron fórceps y el 13.79 % fueron cesareas. (Gráfica No. 35)

GRAFICA No. 35

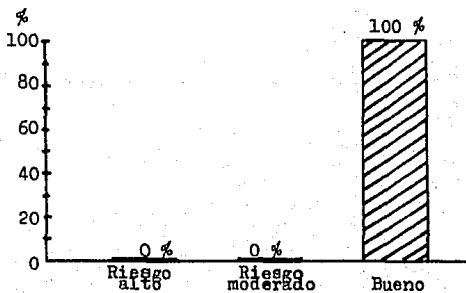
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO



El agar obtenido por los productos extraídos por cesarea, fue bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 36)

GRAFICA No. 36

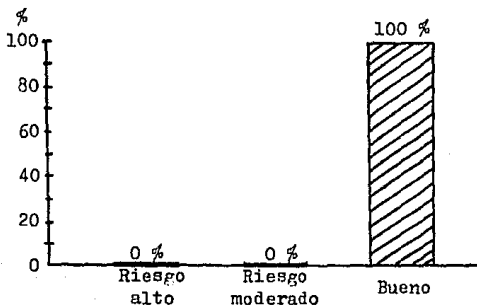
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE CESAREAS



Igualmente el angar obtenido por los productos a los cuales se les aplicó forceps fue bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 37)

GRAFICA No. 37

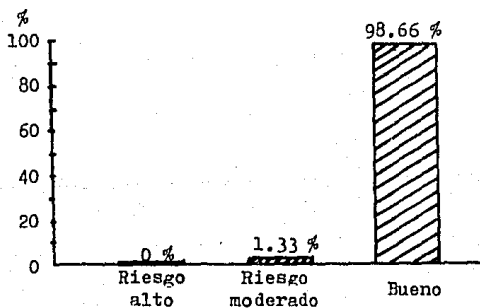
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE FORCEPS



El angar que obtuvieron los recién nacidos por eutocia, fue de moderado riesgo en el 1.33 % y de bueno en el 98.66 %. (Gráfica No. 38)

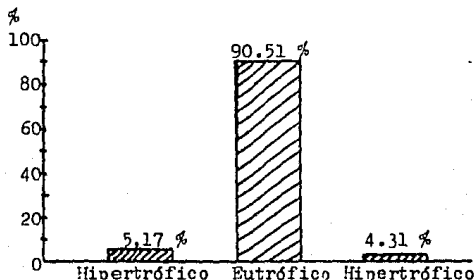
GRAFICA No. 38

APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE EUTOCIAS



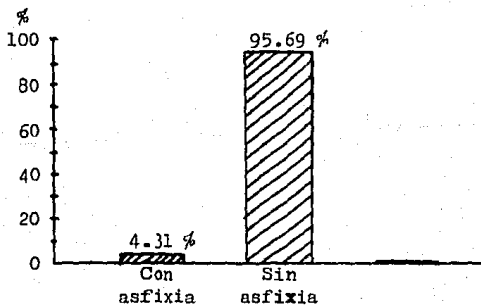
De acuerdo a la clasificación por peso, tenemos que el 5.17 % fueron hipotroáficos, el 90.51 % eutróxicos y el 4.31 % hipertroáficos. (Gráfica No. 39)

GRAFICA No. 39
CLASIFICACION POR PESO



Tomando a la asfixia neonatal como complicación, tenemos que el 4.31 % presentaron esta patología y el 95.69 % no lo sufrieron. (Gráfica No. 40)

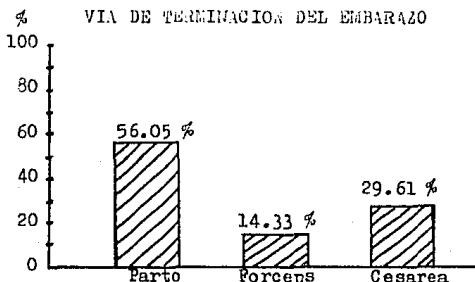
GRAFICA No. 40
ASFIXIA NEONATAL COMO COMPLICACION



c) ALTO RIESGO.

Se clasificaron con este riesgo 314 casos, de los cuales tomando como parámetro la vía de terminación del embarazo, el 56.05 % fueron eutocias, ameritaron forceps el 14.33 % y terminaron en cesarea el 29.61 %. (Gráfica No. 41)

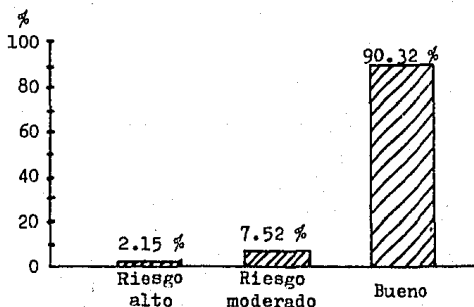
GRAFICA No. 41



El apgar asignado a los productos extraídos por cesarea fue de riesgo alto en el 2.15 %, moderado riesgo el 7.52 % y de bueno en el 90.32 %. (Gráfica No. 42)

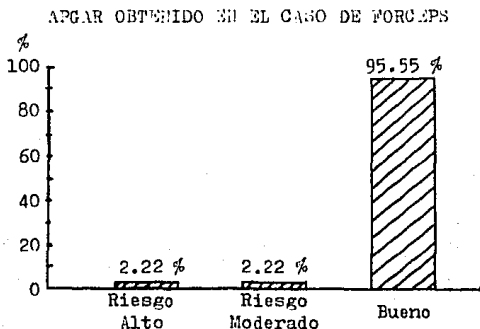
GRAFICA No. 42

APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE CESAREAS



Los productos que necesitaron la aplicación de forceps para su nacimiento, alcanzaron un angar de riesgo alto en un 2.22 %, de moderado riesgo en el 2.22 % y de bueno en un 95.55 %. (Gráfica No. 43)

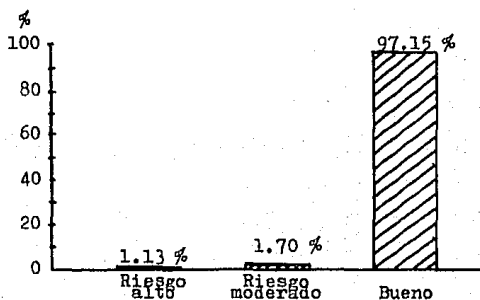
GRAFICA No. 43



De las eutocias que sucedieron, el angar obtenido fue de -- riesgo alto en un 1.13 %, de moderado riesgo el 1.70 % y de bueno el 97.15 %. (Gráfica No. 44)

GRAFICA No. 44

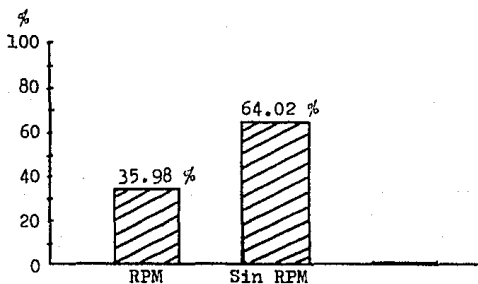
ANGAR OBTENIDO EN EL CASO DE EUTOCIAS



Teniendo a la RPM como complicación, vemos que el 35.98 presentaron esta patología y el 64.02 % nó. (Gráfica No. 45)

GRAFICA No. 45

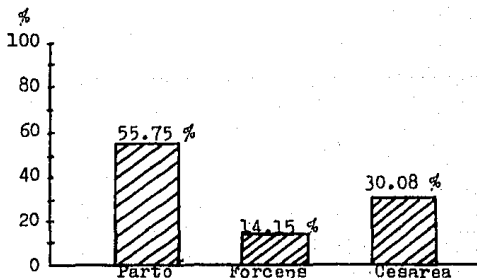
RPM COMO COMPLICACION



La vía de terminación del embarazo en el caso de RPM agrega da fue de eutocias en el 55.75 %, ameritaron forcens el 14.15 % y terminaron en cesarea el 30.08 %. (Gráfica No. 46)

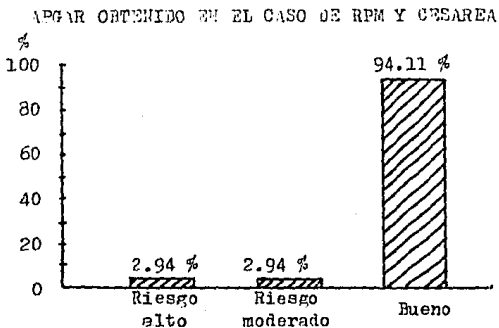
GRAFICA No. 46

VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO CON RPM



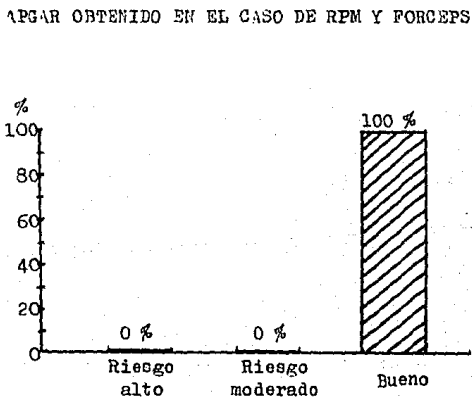
Los productos de embarazo con RPM y que terminaron en cesarea obtuvieron un apgar calificado como de bajo riesgo en el 2.94 %, de mediano riesgo en el 2.94 % y de bueno en el 94.11 %. (Gráfica No. 47)

GRAFICA No. 47



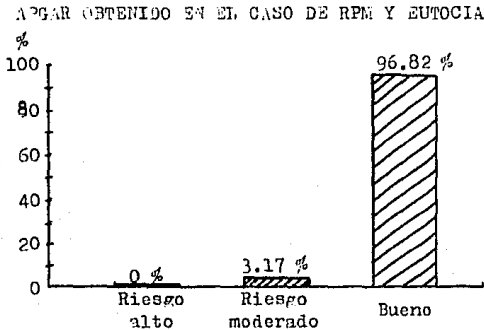
Los productos de embarazo con RPM y que ameritaron forcens, obtuvieron un apgar considerado de bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 48)

GRAFICA No. 48



Los productos de embarazo y RPM que terminaron en eutocia, obtuvieron un apgar considerado de mediano riesgo en el 3.17 %, y apgar de bueno en el 96.82 %. (Gráfica No. 49)

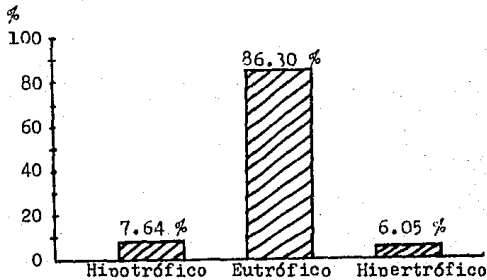
GRAFICA No. 49



Tomando la clasificación por peso de los productos, se establece que el 7.64 % son hipotróficos, el 86.30 % eutróficos y el 6.05 % hipertróficos. (Gráfica No.50)

GRAFICA No. 50

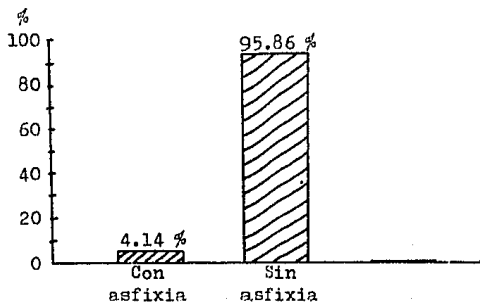
CLASIFICACION POR PESO



Considerando a la asfixia neonatal como complicación, vemos que el 4.14 % presentaron esta patología y el 95.86 % nó. (Gráfica No. 51)

GRAFICA No. 51

ASFIXIA NEONATAL COMO COMPLICACION

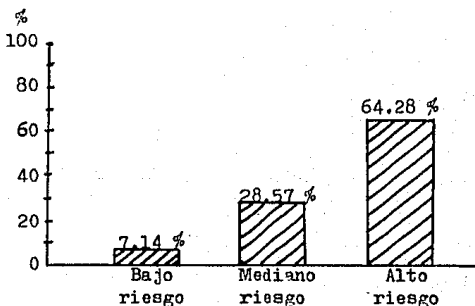


4.- POST-TERMINO.

De todos los casos considerados de término por edad del embarazo que en total son 28, fueron clasificados como de bajo -- riesgo el 7.14 %, de mediano riesgo el 28.57 % y de alto riesgo el 64.28 %. (Gráfica No. 52)

GRAFICA No. 52

CLASIFICACION POR RIESGO

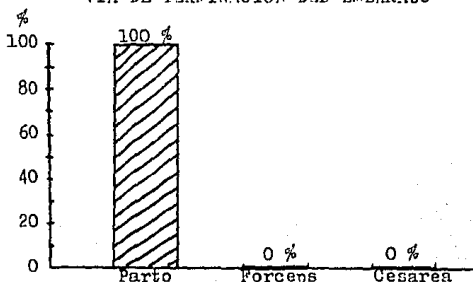


a) BAJO RIESGO.

Fueron 2 casos los que se calificaron como de bajo riesgo y de los cuales por vía de terminación del embarazo correspondieron a eutocias en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 53)

GRAFICA No. 53

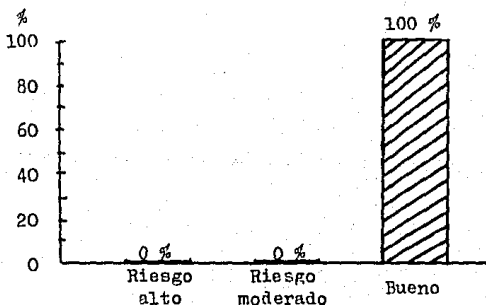
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO



El apgar obtenido por los productos en el caso de eutocias, fue de bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 54)

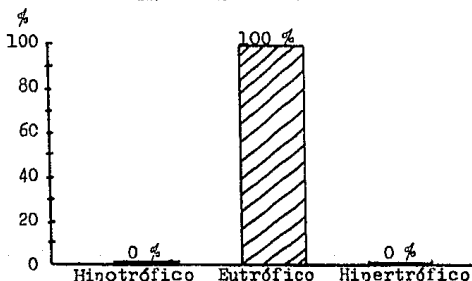
GRAFICA No. 54

APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE EUTOCIAS



De acuerdo a la clasificación por peso de los productos, el 100 % de los casos corresponden a eutróficos. (Gráfica No. 55)

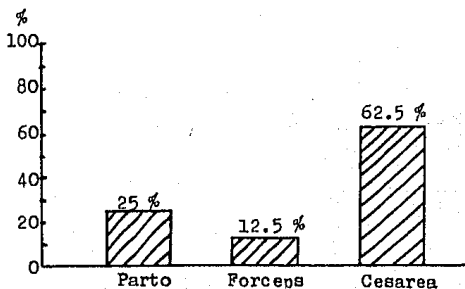
GRAFICA No. 55
CLASIFICACION POR PESO



b) MEDIANO RIESGO.

Fueron calificados como de mediano riesgo 8 casos, de los cuales tomando en cuenta la vía de terminación del embarazo, el 25 % fueron eutocias, ameritaron forceps el 12.5 % y fueron cesareas el 62.5 %. (Gráfica No. 56)

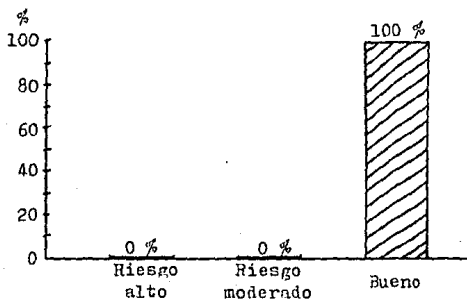
GRAFICA No. 56
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO



El agar obtenido por los productos de eutocias fue de bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 57)

GRAFICA No. 57

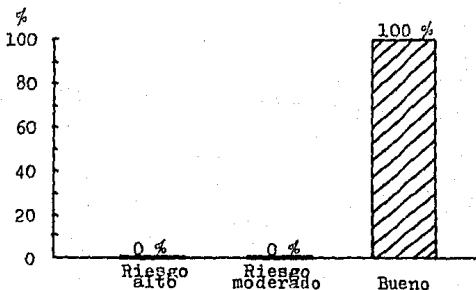
AGAR OBTENIDO EN EL CASO DE EUTOCIAS



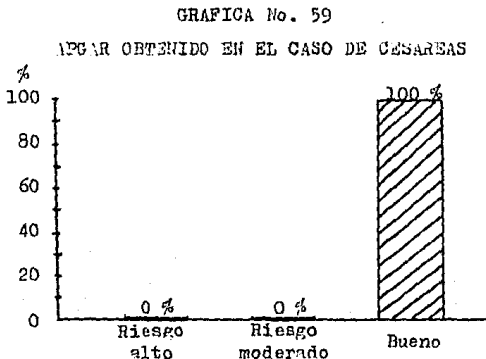
El agar obtenido por los productos que ameritaron forceps durante el parto fue de bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 58)

GRAFICA No. 58

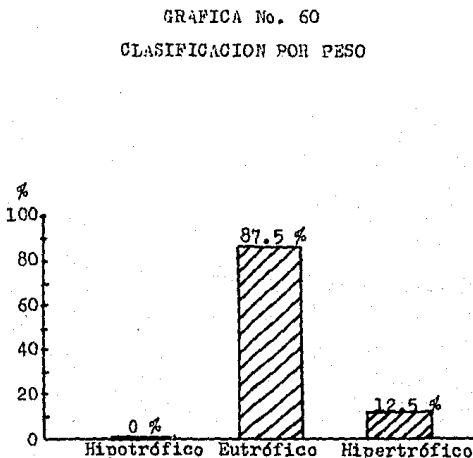
AGAR OBTENIDO EN EL CASO DE FORCEPS



El amgar obtenido por los productos que se extrajeron mediante cesarea fue de bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 59)



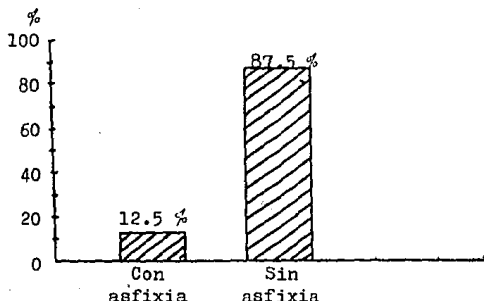
De acuerdo a la clasificación por peso, los productos fueron el 87.5 % eutróficos y el 12.5 % hipertróficos. (Gráfica No.60)



Tomando en cuenta a la asfixia neonatal como complicación--
tenemos que el 12.5 % presentaron esta patología y el 87.5 % no.
(Gráfica No. 61)

GRAFICA No. 61

ASFIXIA NEONATAL COMO COMPLICACION

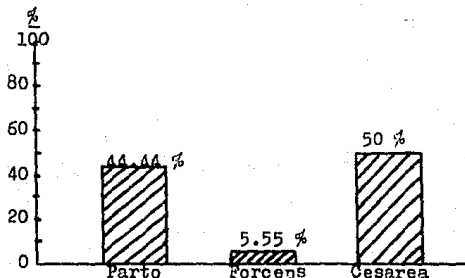


c) ALTO RIESGO.

Fueron considerados 18 casos como de alto riesgo, los --
cuales por vía de terminación del embarazo fueron eutócicos el
44.44 %, ameritaron fórceps el 5.55 % y terminaron en cesarea--
el 50 %. (Gráfica No. 62)

GRAFICA No. 62

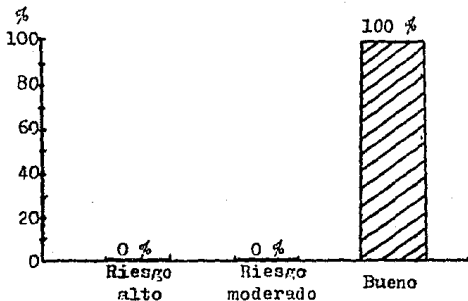
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO



La calificación de apgar que tuvieron los productos obtenidos por cesarea fue del 100 % bueno. (Gráfica No. 63)

GRAFICA No. 63

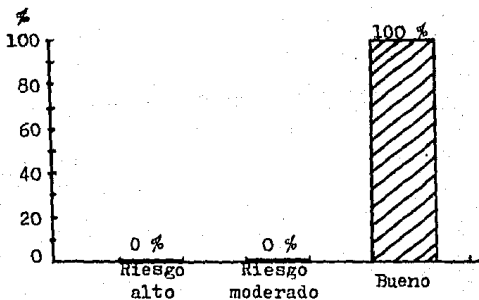
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE CESAREA



El apgar obtenido por los productos que ameritaron forceps fue de bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 64)

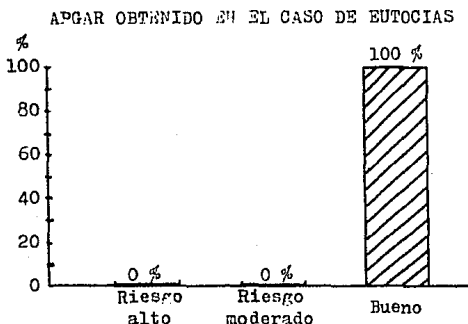
GRAFICA No. 64

APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE FORCEPS



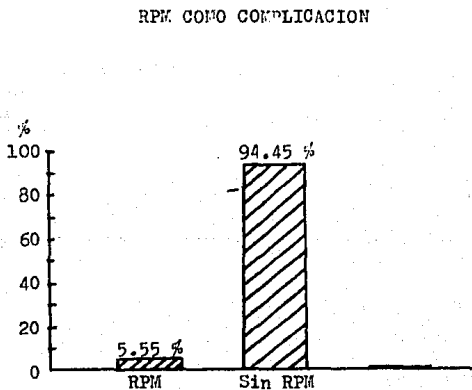
En el caso de eutocias, el apgar obtenido por los productos fue de bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 65)

GRAFICA No. 65



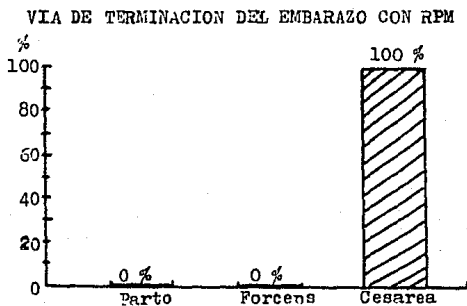
Tomando a la RPM como complicación vemos que el 5.55 % presentaron esta patología y el 94.45 % no. (Gráfica No. 66)

GRAFICA No. 66



La vía de terminación del embarazo en el caso de RPM fue de cesarea en el 100 % de pacientes. (Gráfica No. 67)

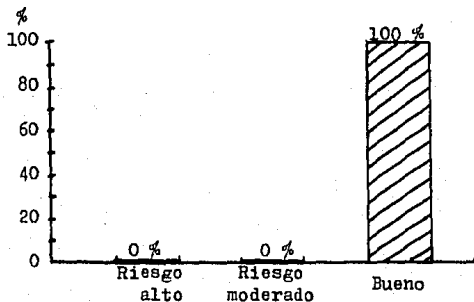
GRAFICA No. 67



El agar obtenido por los productos de cesarea y RPM fue de bueno en el 100 % de los casos. (Gráfica No. 68)

GRAFICA No. 68

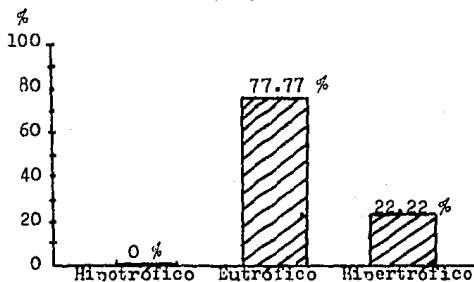
APGAR OBTENIDO EN EL CASO DE CESAREA Y RPM



De acuerdo a la clasificación por peso del producto, tenemos que el 77.77 % son eutróficos y el 22.22 % hipotróficos. (Gráfica No. 69)

GRAFICA No. 69

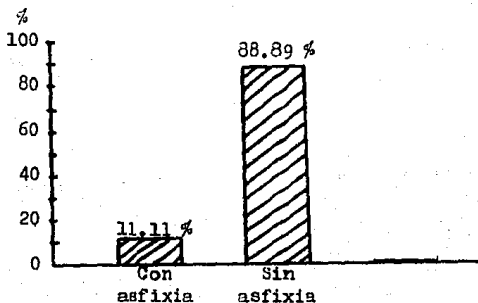
CLASIFICACION POR PESO



Tomando en cuenta a la asfixia neonatal como complicación, vemos que el 11.11 % presentaron esta patología y el 88.89 % no. (Gráfica No. 70)

GRAFICA No. 70

ASFIXIA NEONATAL COMO COMPLICACION



VI.- DISCUSION:

Con el propósito de mejorar la atención obstétrica y principalmente la detección de la paciente de riesgo es que se realiza este trabajo y determinamos que de los 544 casos estudiados se obtienen los siguientes datos:

En forma general y en cuanto se refiere a la edad materna predomina la de 20 a 34 años con un 85.47 %.

1. La edad gestacional predominante es la que corresponde a los de término en el 82.72 %.

2. La paridad que en la mayoría de los casos se presenta es la de 1 a 5 con un 64.70 %.

3. De acuerdo a la clasificación de riesgo por la puntuación obtenida la mayor parte corresponde a Riesgo Alto con un 71.87 %.

4. De acuerdo a la vía de terminación del embarazo fueron eutocias en un 59.55 % y distocias en un 40.44 %.

5. De las distocias fueron cesareas en la mayor parte de los casos con un 64.09 % y forceps en un 35.90 %.

6. De acuerdo a la clasificación por peso el 80.88 % son eutróficos.

7. El angar obtenido en general fue de bueno en todos los casos.

8. Considerando la clasificación por edad gestacional, a continuación analizamos de acuerdo a riesgo obtenido:

1.- INMADUROS:

Del total de inmaduros el 100 % corresponde a alto riesgo, de los cuales el peso promedio que tuvieron fue de 1.045 grs. y el 25 % terminaron en cesareas y el angar de los productos fue considerado de riesgo alto y moderado riesgo en un 50 % respectivamente. El 75 % restante fueron eutocias y obtuvieron angar de riesgo alto, moderado riesgo y bajo riesgo en un 33.33 % respectivamente.

De las complicaciones que presentaron el 37.5 % corresponden a ruptura prematura de membranas y el 25 % presentaron asfíxia neonatal y el agar obtenido de bueno en el 66.66 %.

2.- PREMATUROS:

2.1 Bajo Riesgo.

En el 100 % de los casos terminaron por cesarea con un agar obtenido de bueno y calificados de eutróficos por peso.

2.2 Mediano Riesgo.

Del total de casos fueron eutocias en un 83.33 % y distocias en el 16.66 %. El agar obtenido en el 60 % de los casos fue de bueno y por peso fueron considerados eutróficos en un 50 % e hipotróficos en otros 50 %, teniendo como peso promedio 2.283 grs. presentando asfíxia neonatal en un 33.33 % como complicación.

2.3 Alto Riesgo.

De estos pacientes el 60.78 % fueron eutocias, los que obtuvieron un agar de bueno en el 70.96 %. De las distocias el 29.41 % fueron cesareas que fueron calificados con agar de bueno en el 73.33 %. Correspondieron a forceps el 9.80 % con un agar de bueno en el 80 %. Presentaron RPM el 56.86 % y asfíxia neonatal el 23.52 %. Obtuvieron agar de bueno en el caso de RPM el 83.33 %, en el caso de peso promedio fue de 2.303 grs. en general y fueron considerados hipotróficos en el 64.70 %.

3.- DE TERMINO:

3.1 Bajo Riesgo.

Del total de estos pacientes el 95 % fueron eutocias y forceps el 5 % obteniendo un agar en ambos casos de bueno en el 100 %. Por peso corresponden a eutróficos el 95 % y a hipotróficos el 5 %. Peso promedio 3288 grs.

3.2 Mediano Riesgo.

Del total de estos pacientes el 64.65 % corresponden a eutocias y a cesareas el 13.79 % y a forceps el 21.55 % obteniendo un aogar de bueno en el 98.66 % en el caso-- de eutocias y de bueno en el 100 % en el caso de disto-- cias. El 4.31 % presentaron asfixia neonatal como com-- plicación, teniendo un peso promedio los productos de-- 3.116 grs. correspondiendo a eutróficos en el 90.51 % y a hipotróficos en el 5.17 % e hipertróficos en el 4.31-- %.

3.3 Alto Riesgo.

Del total de estos pacientes el 56.05 % corresponden a eutocias y a cesareas el 29.61 % y a forceps en el 14.-- 33 %, correspondiendo un aogar de bueno en el 97.15 %-- en el caso de eutocias, bueno en el 95.55 % en el caso de forceps y de bueno en el 90.32 % en el caso de cesa-- reas. El 35.98 % presentaron RPM y asfixia neonatal el 4.14 %. El peso promedio de estos casos es de 3.199 grs. correspondiendo a eutróficos en un 86.30 % y a hipotró-- ficos el 7.64 % y a hipertróficos el 6.05 %.

4.- POST-TERMINO:

4.1 Bajo Riesgo.

De estos casos el 100 % corresponden a eutocias, obte-- niendo apgar de bueno en el 100 % y considerados por ne-- so eutróficos en el 100 %, no habiendo presentado as--- fixia neonatal. Peso promedio de 3150 grs.

4.2 Mediano Riesgo.

De estos casos el 25 % corresponden a eutocias, el 62.5 % a cesareas y el 12.5 % a forceps, habiendo obtenido-- en todos los casos un apgar de bueno en el 100 %, pre-- sentando asfixia neonatal en el 12.5 %. Por peso fueron

considerados eutróficos en el 87.5 % e hipertróficos en el 12.5 %, teniendo como peso promedio 3.235 grs.

4.3 Alto Riesgo.

De estos casos el 50 % fueron cesareas, el 44.44 % eutocias y el 5.55 % forceps, obteniendo un angar de bueno en el 100 % de los casos. Presentaron como complicación el 5.55 % RPM y asfixia neonatal el 11.11 %. De acuerdo al peso obtenido son considerados eutróficos en el 77.7 % e hipertróficos en el 22.22 %, teniendo un peso promedio de 3.455 grs.

VII.- CONCLUSIONES:

De todo el trabajo de investigación realizado, se puede deducir que de acuerdo con la clasificación de riesgo asignada en cada caso, corresponde mayor complicación a mayor riesgo. Veamos que en el mayor porcentaje de los clasificados de riesgo bajo y mediano, los resultados fueron óptimos en cuanto a agarre de los productos y a resolución misma del embarazo. Mientras que en los considerados de riesgo alto, el agarre de los productos-- en muchos casos fue considerado malo y un alto porcentaje necesitó de métodos auxiliares para su resolución satisfactoria como operación cesarea y/o aplicación de forceps, igualmente a mayor riesgo dentro la clasificación fueron mas casos en los cuales-- se presentó asfixia neonatal.

En el caso de ruptura prematura de membranas, se vé que de no ser por el auxilio de la cirugía y en este caso la cesarea y la aplicación de forceps, el pronóstico habría sido más-- grave, ya que de los casos estudiados en una tercera parte requirieron de la cesarea y solamente la mitad terminaron en eutocia, necesitando el resto el auxilio de los forceps para un mejor pronóstico.

En resumen, todo lo anterior nos hace ver la necesidad de la aplicación de una valoración de riesgo en el embarazo y de esta manera proporcionar a la gestante una atención adecuada en el momento y sitio oportunos por personal capacitado y de esta situación obtener mejores resultados, disminuyendo la tasa de-- morbilidad materno-fetal y principalmente evitando secuelas neonatales tan importantes como por ejemplo la deficiencia mental.

Concluiremos diciendo que los beneficios que nos aporta-- la aplicación de una valoración de riesgo en estas nacientes re

dunda principalmente en:

1. Identificar con la mayor exactitud posible al embarazo de alto riesgo o al neonato o a ambos.
2. Cuantifica el riesgo.
3. Actúa como instrumento educativo.
4. Proporciona datos básicos para la obtención de resúmenes del paciente, así como de informes anuales y mensuales.
5. Proporciona la estructura apropiada para la revisión o auditoría médica de los datos básicos, valoraciones y planes de cuidado.

Asimismo volver a insistir, que el propósito del presente trabajo es el de aplicar una valoración de riesgo en el embarazo a nivel de médico general, personal de enfermería previamente capacitada, como también a nivel de clínicas o centros periféricos de manera que actúen como agentes de detección temprana de riesgo para poder derivar a centros de atención especializada para su tratamiento oportuno.

B I B L I O G R A F I A

1. Clínicas de Perinatología. "Embarazo de Alto Riesgo" Ed. Interamericana, México, Vol. 2, 1980.
2. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. "Riesgo Alto en Obstetricia". Ed. Interamericana, México, Vol. 2, 1978.
3. Díaz del Castillo, E. Pediatría Perinatal. Ed. Interamericana, México, Segunda Edición, 1981.
4. Jurado, E. G., Epidemiología de la Prematuréz. Bol. Med. Hospital Infantil. (Mex) 27; 225-249, 1970.
5. Partos atendidos por las Instituciones del Sector Salud, cuadro de información oportuna No. 1, Gabinete del Sector Salud, Secretariado técnico, Comisión: del Sistema Nacional-- de Información México, 1979, no. 81.
6. Sistemas y Fundamentos para la captación de las mujeres de la cohorte. (Himeografiado).
7. Babson y Benson., Tratamiento del Embarazo de alto riesgo y cuidado intensivo del R. N. Ed. Panamericana, Argentina, -- 1973.
8. Gonzalo, D.A., Embarazo de Alto Riesgo en Salud Pública. Pub. C.L.A.P. 818 Junio 1979, p.p. 274-277.
9. Nesbitt, L.R., and Aubry--High Risk Obstetrics II, value of some objective system in identifying the vulnerable group.-- Am. J. Obst-Gynec. 103 (7): 972-985 Apr. 1969.
10. Goodwin, J.W., Fetal Antepartum identification of the fetus at Risk., Can. Med. Ass. J., 57-67, Oct. 1969.
11. Hobel, J.C., Prenatal and intrapartum high-risk screening. Am. J. of Obst-Gynec. 117:1-8, Sep. 1973.
12. Morrison, I.M.B. and Olsen J., Perinatal Mortality and antepartum risk scoring; Obst-Gynec. 53 (3); 362-366 Mar. 1979.

13. Wilson, E.W., et al. Identification of the High Risk pregnancy by a scoring system. N.Z. Med. J. 78: 437-440. Nov.--1973.
14. Federick, J., Antenatal Identification of woman at high --- risk of spontaneous preterm birth; British Journal of Obst. and Gynec. 83: 351-354 May. 1976.
15. Villalobos et al., Embarazo de Alto Riesgo II. Determina---ción del riesgo intraparto con relación con el riesgo prenatal y el resultado perinatal. Ginec. Obst. Mex.
16. Hobel, C.J., A.B.C. Of Perinatal Medicine C.I.B.A. Found.--Ren. 1978.
17. Jurado, G.E., Proyecto Centro de Perinatología. IMAN. (Mi---neografiado).
18. Mejía J. Romero L., Rendimiento del Programa de Detección y Canalización de Embarazadas de Alto Riesgo durante el período 1979-1980.

====oOo====