

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DELEGACION OAXACA.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 CON MEDICINA FAMILIAR.

11243  
2ej  
9

ESTUDIO DE INVESTIGACION.

Vo. Bo.  
DR. LEONEL ESPINOZA GUZMAN  
JEFE DE ASURANZA E INVESTIGACION

Vo. Bo.  
DR. FELIX BUSTAMANTE LANDEROS  
PROF. TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.

Vo. Bo.  
DR. RODOLFO VELASCO MONTESINOS  
ASESOR EN LA INVESTIGACION.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## INTRODUCCION.

El Control Prenatal debe iniciarse desde el momento en que la paciente se sabe embarazada (9).

Es evidente que el número de muertes maternas en nuestro país tiene tendencia a disminuir.

Todo embarazo trae consigo una serie de cambios que demandan del organismo materno algunas adaptaciones orgánicas y funcionales para que la evolución de la gestación sea exitosa.

En ocasiones estos cambios son tan importantes que es difícil de precisar en que momentos, son todavía fisiológicos y cuando se vuelven patológicos, la determinación de esos cambios, la valoración juiciosa de ellos y la aplicación de medidas -- que orientan en cursos del embarazo dentro de la normalidad -- impidiendo las desviaciones patológicas, es el principal objetivo de la vigilancia prenatal (1).

En los hospitales se reciben con frecuencia a mujeres embarazadas.

Con problemas de aborto, embarazo ectópico, pelviperitonitis, pielonefritis, placenta previa, toxemia, cardiopatía, diabetes patología cuya atención oportuna salva la vida de las madres y las de sus hijos (2,3,12).

Los progresos técnicos, los conocimientos, y la mejor voluntad del médico, en general no son suficientes por sí solos -- para conservar la salud; es necesaria la participación activa de la población.

Lo anterior nos permite plantear el interés de ejercer una -- adecuada medicina, tanto preventiva como curativa mediante la vigilancia prenatal que será tanto más eficaz cuanto a la atención médica obstétrica, se agreguen los medios para orientar correctamente a la población.

Por lo tanto es conveniente identificar cuáles son los factores que hacen que un embarazo normal se convierta en un embarazo de alto riesgo (8,10,14).

## VIGILANCIA PRENATAL.

### Finalidades:

Descubrir con oportunidad y tratar adecuadamente la patología específica y concurrente del embarazo.

Educar a la mujer embarazada respecto a:

Las manifestaciones del embarazo normal y patológicas, la importancia de asistir puntualmente a las consultas necesarias para realizar la atención médica completa.

Higiene personal.

Higiene de la alimentación.

Higiene del vestido.

Higiene sexual.

Para lograr estas finalidades, a continuación se expondran -- una serie de procedimientos, los cuales, cumplidos adecuada-- mente tanto el médico como por las pacientes, repercutiran en una atención prenatal adecuada disminuyendo la morbimortali-- dad materno infantil.

En la historia clinica que se efectua en la primera consulta-- se pueden encontrar datos que pueden indentificar las condi-- ciones predisponentes para se en un momento dado embarazo de-- alto riesgo.

Sabiendo asi como un embarazo antes de los 20 años o después-- de los 30 años implica mayor riesgo que cuando acontece en la edad óptima para la reproducción.

Se anotará antecedentes Ginecoobstétricos como: embarazos an-- teriores, edad, tipo de partos, peso de los productos y mal-- formaciones si las hay, abortos causas, cesareas causas.

Se anotará peso corporal en relación con la estatura, se vigi-- lara el aumento del peso el cual no debera ser mayor de 11 Kg. Durante el primer trimestre 900 gr. aproximadamente, segundo-- trimestre de 4 a 4.5 Kg. tercer trimestre de 4 a 5 Kg. evitan-- do el sobre peso y la predisposición a una toxemia.

La tensión arterial y el pulso tiene pequeñas variaciones en condiciones normales la sistólica permanece inalterada, mientras que la diastólica disminuye un poco, cualquier aumento de los valores de la diastólica se considera como patológico, se anotarán finalmente los demás datos positivos.

La importancia de un registro ordenado, cronológico y sistemático de los datos clínicos, permitira descubrir la patología preexistente y su repercusión en el embarazo actual. Es ésta la base médica para la evaluación clínica completa de cualquier paciente y por lo tanto su tratamiento adecuado; solicitud de análisis clínicos básicos.

Biometría Hemática, normalmente la mujer embarazada presenta hemodilución hay niveles inferiores a lo habitual sin que esto indique anemia necesariamente.

Glucosa.- Se dice que hay franca tendencia de la mujer con embarazo a desarrollar un cuadro de Diabetes química con la repercusión que tiene en el feto, (macrosomía, óbito y algunas malformaciones congénitas).

Grupo Sanguíneo y Factor RH. El conocimiento y tratamiento de la isoimmunización materna proporcionan el diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar las consecuencias en el feto.

Serología Luética. Para detectar casos de sífilis ya que la espiroqueta es causa de muerte fetal o muerte neonatal su adecuado tratamiento evita la transmisión de la misma, así como su progreso y su acción en el feto.

General de Orina. En el primer trimestre se dice que la orina es igual que la población general, en la segunda mitad del embarazo las condiciones fisiológicas del mismo hacen que dentro de la normalidad puedan existir:

Huellas de glucosa y albúmina, por aumento de la filtración glomerular ph. poco alcalino por alteración del metabolismo. Leucocitos en ocasiones por la descamación aumentada de las vías genitourinarias y que son arrastradas por la orina.

Frecuentemente hay cristales y filamentos mucoides en el sedimento.

Consultas Subsecuentes. Si hay buena evolución del embarazo -- es normal las consultas subsecuentes deben efectuarse cada -- mes durante los primeros 6 meses y cada 2 semanas en los me-- ses séptimo y octavo.

Si hay complicaciones las consultas serán tan frecuentes como las requiera el caso especial, si no es posible tratarlas se hospitalizará.

Cada Consulta Subsecuente .- Se hará interrogatorio en cuanto a la evolución del embarazo si es que hay sintomatología agregada a cualquier nivel.

Exploración Física.- Se basa en peso corporal, tensión arterial, altura de fondo uterino auscultación del foco fetal.

Solicitud de nuevos exámenes de laboratorio. Se hará según -- las características del embarazo y cuadro clínico se recomien-- da exámen de orina mensualmente, biometría hemática al inicio y sexto mes, el V.D.R.L. al sexto mes.

Educación a la mujer Embarazada. Se explicará la evolución -- y síntomas durante el embarazo para evitar consultas innecesarias.

La alimentación, será completa y variada de acuerdo a las costumbres y recursos de que se dispongan.

El vestido se evitará aquellos que compriman el cuerpo y que dificulten circulación normal, fajas, ligas en piernas etc. --

Higiene personal, lavado de manos, aseo externo de genitales, la practica evitará contaminación de alimentos e infecciones -- por vía ascendente que involucran el aparato genitourinario.

La actividad física. Estimular a la paciente para activar la -- circulación y evitar el estrechamiento.

El ejercicio brusco y violento y viajes prolongados deben evitarse.

Tabaquismo causa de prematurez y productos de bajo peso. No se recomienda.

Se recomienda dormir como promedio de 8 horas ya que el embarazo causó fatiga.

La abstinencia sexual; si el embarazo cursa sin complicaciones como: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, hemorragia, infección genital que obliguen a no tener relaciones sexuales, no se deberían prohibir éstas.

#### MATERIAL Y METODOS.

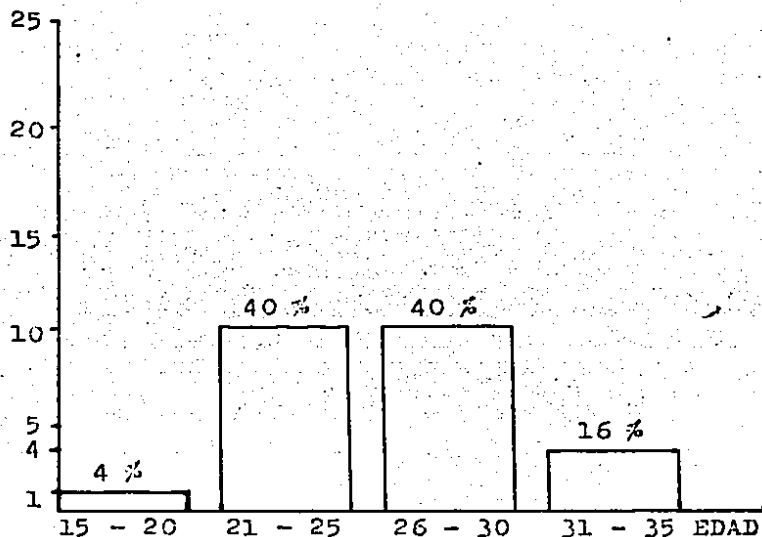
Del servicio de la Consulta Externa de Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Oaxaca Oax. se seleccionó a un grupo de 25 embarazadas para vigilar su control prenatal, detectar desviaciones patológicas y tratarlas en forma oportuna y atinada, en un periodo de 6 meses comprendido del 10. de marzo al 31 de agosto de 1983.

Se investigaron sus antecedentes heredo familiares y personales Patológicos de importancia, no habiendo repercusión en la mujer embarazada y producto, Antecedentes Ginecoobstetricos y fecha de última menstruación, exámenes de laboratorio básico con los resultados obtenidos, grupo y RH, síntomas que predominaron durante el primero, segundo y tercer trimestres.

Tratamiento durante el embarazo y de las enfermedades presente, número de consultas prenatales, con medición de fondo uterino, control de peso, vigilar signos vitales, duración final en cuanto a semanas de gestación del embarazo, ganancia de peso global, tipo de parto, con sus complicaciones, y tratamiento del mismo, peso de los productos y somatometria, nacimientos, número de sexo femenino y masculino, método de planificación familiar de elección postparto de las pacientes.

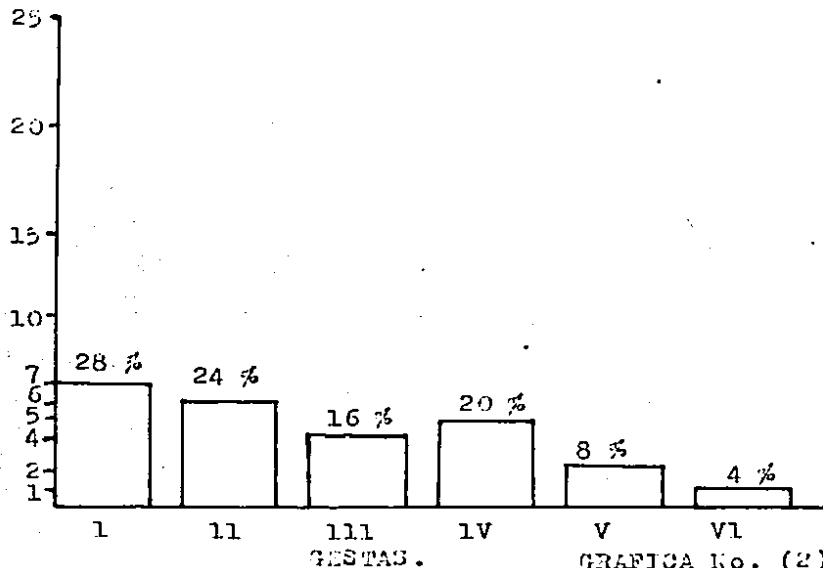
RESULTADOS.

Se encontro que la edad de las madres fué: la más joven de -- 19 años y la más grande de 33 años como se observa en la gráfica (1)



GRAFICA(1).

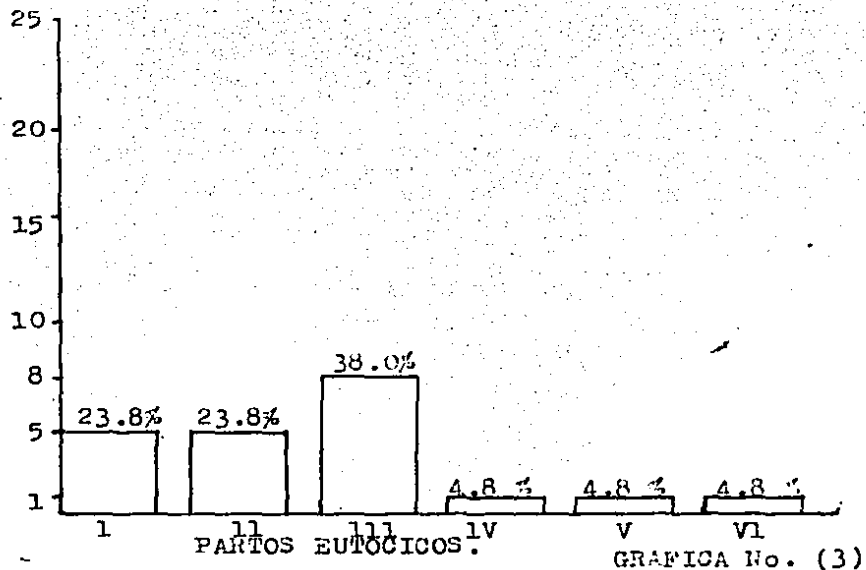
En cuanto al número de embarazos se encontro que siete pacientes con 1, seis con 2, cuatro con 3, cinco con 4, dos con 5 - y uno con 6, como se ve en la gráfica (2).



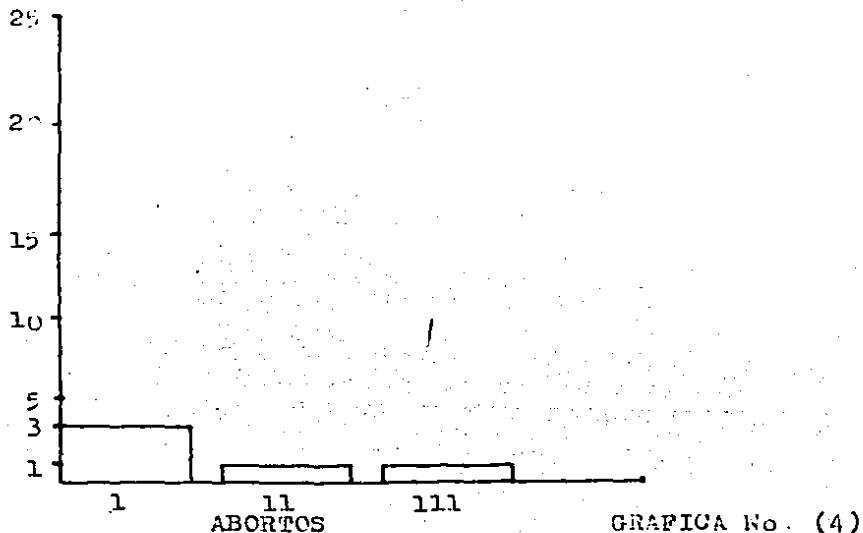
GRAFICA No. (2)



El número de partos eutócicos encontrados fuerón: cinco pa-  
cientes con 1, cinco con 2, ocho con 3, uno con 4, uno con 5,  
uno con 6, como se muestra en la gráfica (3).



El número de abortos anteriores encontrados son: tres pacien-  
tes con 1, una con 2, y una con 3, no encontrando alguna pato-  
logía causante, 3 pacientes mencionaron haber sufrido una cai-  
da, como se ve en la gráfica (4).



De los resultados de laboratorio consideramos que las cifras de hemoglobina y hematocrito y la concentración media de hemoglobina están dentro de los límites normales tomando en cuenta que la embarazadas presenta hemodilución.

La glucosa se encontro dentro de límites normales, la menor de 61.5 mg., la mayor de 100 mg.

El exámen general de orina se detectaron 3 casos de infección de vias urinarias, uno en el primero, uno en el segundo y uno en el tercer trimestre, siendo manejadas con antibióticos antisépticos urinarios, y antiespasmódicos con buen resultado las 22 restantes con orina dentro de límites normales, el V.D.R.L. solo una paciente presento titulación de 1:4 siendo tratada, las 24 restantes, el resultado fué negativo.

El grupo y Rh. 21 con grupo o y Rh positivo, 3 con grupo A y Rh. positivo y 1 con grupo B y Rh. positivo, como se observa en el cuadro No. 1

RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO DEL CONTROL PRENATAL.					
HB.No.PAC	HTO.No.P	GMHG.No.P	GLC.No.PAC	CGO.No.P.	VDRL.NoP
10.3gldl-1	37ml.-2	27.8%-1	61.5mg-1	INF.URI-2	1:4 - 1
11.0 " -1	38 " -3	28.2"-2	66.0 "-1	NORM.- 22	NORM-24
12.0 " -1	39 " -5	29.7"-1	67.5 "-1		
12.1 " -2	40 " -7	30.6"-2	72.5 "-2		
12.2 " -4	41 " -4	31.2"-5	74.0 "-1		
12.3 " -2	43 " -3	31.5"-2	76.0 "-1		
12.5 " -1	46 " -1	31.7"-2	79.0 "-1		
12.7 " -5		32.0"-2	79.3 "-1		
12.8 " -2		32.5"-4	81.5 "-1		
13.0 " -1		32.7"-1	82.0 "-1		
13.2 " -1		33.1"-1	82.0 "-2		
13.4 " -1		33.4"-2	85.0 "-1		
13.6 " -1			88.0 "-1		
14.1 " -1			91.0 "-1		
14.4 " -1			92.0 "-1		
			93.5 "-1		
			96.5 "-2		
			100.0 "-3		

Los síntomas predominantes durante el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo, se clasificaron como se observa en el cuadro No. 11 y se sacó el tanto por ciento.

En el caso de las náuseas, vómito y vértigo, se maneja con tiietilperazina, dosis de 6.5 mg. en grageas con buenos resultados.

El dolor lumbar, lo presentó un paciente en la que por exámenes de orina se detectó infección de vías urinarias, se trató con antisépticos urinario tipo fenazopiridina, y antiespasmódicos tipo butilhioscina y antibiótico tipo ampicilina con buenos resultados.

La cefalea, astenia y dolor abdominal se maneja en forma conservadora.

SINTOMAS PREDOMINANTES DURANTE EL CURSO DEL EMBARAZO.					
1er. TRIMESTRE No.P. %		2o. TRIMESTRE No.P. %		3er. TRIMESTRE No.P. %	
NAUSEAS	8-40 %	NAUSEAS	6-39 %	DOLOR LUMBAR	4-50%
CEFALEA	7-25 "	CEFALEA	4-25 "	EDEMA EXT. INF. +	3-36"
ANOREXIA	4-20 "	VOMITO	3-20 "	CEFALEA	2-10"
VOMITO	3- 2.3"	DOLOR ABDOM. 2-10 "		DOLOR ABDOM. INAL 1- 1"	
VERTIGO	3- 3-3"	DOLOR LUMBAR 1- 1 "		VOMITO	1- 1"
ASTENIA	3- 3.4"	ANOREXIA	1- 1 "	DORSALGIA	1- 1"
DOLOR LUMBAR 2- 2.5"		VERTIGO	1- 1 "	DOLOR POSAS ILI. 1-1"	
DOLOR ABDOM. 2- 2.5"		DOLOR DORSAL 1- 1 "			
		DOL. POSAS ILI. 1-1 "			
		ED. EXT. INF. + 1- 1 "			
TOTAL	100%		100%		100%

CUADRO No. 11

El tratamiento durante el embarazo se basó con los siguientes medicamentos.

FUMARATO FERROSO CON UN 55 %  
POLIVITAMINAS....CON UN 30 %  
ACIDO FOLICO.....CON UN 10 %  
TIAMINA.....CON UN 5 %

Las enfermedades predominantes durante el primer trimestre se encontro la amenaza de aborto se manejo con terbutelina con buenos resultados, rino-faringitis y faringitis se dió tratamiento a base de penicilina G procaina de 800,000 U. y destrometorfan y benzonatato y clorfeniramina compuesta, un paciente con colitis parasitaria con manejo conservador, leucorrea-amarillenta con nitrofurazona en ovulos vaginales, infección de vias urinarias con antiséptico urinerio, tipo fenazo pirdina, gastroenteritis prob. parasitaria con butilhioscina. Del segundo trimestre, flujo filante, que se consideró normal por lo que no se le dió tratamiento, faringitis y amenaza de parto prematuro, infección de vias urinarias, colitis parasitaria, rino-faringitis, con manejo ya mencionado, la gastritis con suspension de hidróxido de aluminio y magnesio. Durante el tercer trimestre, presentó gastroenteritis prob. alimenticia se manejo con caolín pectina, gastritis, amenaza de parto prematuro e infección de vias urinarias, faringitis-ya se mencionó, una probable toxemia se prescribio femoborbital tabletas una 2 veces al día, todo esto se clasifica en el cuadro No. 111.

ENFERMEDADES PREDOMINANTES DURANTE EL CURSO DEL EMBARAZO.		
1er. TRIMESTRE No. P. %	2o. TRIMESTRE No. P. %	3er. TRIMESTRE No. P. %
AMENAZA ABORTO 3-50%	LEUC. BCC. 3-50%	G. E. PROB. ALIM. 2-47.5%
RINOFARINGITIS 2-45"	FARINGITIS 2-23"	GASTRITIS 2-47.5"
COLITIS PARAS. 1- 1"	AMENAZA P.P. 2-23"	AMENAZA P.P. 1- 1.0"
LEUC. AMAR 1- 1"	INF. VIAS URI. 1- 1"	INF. VIAS URIN. 1- 1.0"
INF. VIAS URIN. 1- 1"	COLITIS PAR. 1- 1"	PROB. TOXEMIA 1- 1.0"
G. PROB. PARASIT. 1- 1"	RINOFARINGIT. 1- 1"	FARINGITIS 1- 1.0"
FARINGITIS 1- 1"	GASTRITIS 1- 1"	FARIN. AMIGD. 1- 1.0"
TOTAL: 100%	100%	100%

CUADRO No. 111

Se sacó relacion de número de consultas prenatales, semanas de gestación inicial y final, promedio de consultas, peso inicial, o sea con el que se presentaron a su primera consulta - la mayoría desconocia su peso inicial, por lo que no fué posible sacar el promedio de kilos ganados durante el 1er. trimestre.

El peso final y peso ganado, en total que fué en promedio de 9 kilos, se anotó el fondo uterino inicial y final, el mayor fué de 35 cm. y semanas de gestación en la que se detectó el foco fetal en la 24 semanas como promedio, y por lo tanto se muestra en la tabla IV.

El promedio de aumento de peso se desconoce durante el 1er. trimestre como ya se mencionó, durante el 2o. trimestre fué de 4 a 5 Kg. y en el 3er. trimestre de 3 a 4 Kg.

CUADRO No. 1V

PROMEDIO DE CONTROL PRENATAL, FONDO UTERINO Y PESO.											
C	CP	S.D.G	PCM	P.I.	P.F.	G.P.P	G.P.G	F.UI	F.UF	C.FUM.	DFFSG.
1	7	12-43	1	57.5	65.1	1.085	7.6K	15cm	35cm	5.83cm	24
2	10	16-34	1	51.5	59.0	.833	7.5"	19"	35"	5.83"	25
3	10	10-39	1	42.5	53.0	1.050	10.5"	7"	34"	3.77"	25
4	10	13-40	1	48.5	56.8	.830	8.3"	4"	33"	4.12"	24
5	11	6-42	1	45.7	53.0	.663	7.3"	8"	36"	4.50"	24
6	10	9-37	1	53.0	62.5	.950	9.5"	16"	33"	4.71"	25
7	9	8-40	1	51.3	62.0	1.188	10.7"	16"	36"	5.14"	25
8	9	10-41	1	41.5	53.0	1.277	11.5"	8"	34"	4.25"	24
9	8	13-37	1	41.1	49.0	.987	7.9"	11"	34"	4.25"	25
10	11	5-40	1	45.0	54.0	.818	9.0"	9"	34"	3.77"	24
11	8	10-38	1	56.5	61.6	.637	5.1"	21"	34"	4.85"	25
12	6	8-27	1	49.0	53.7	.783	4.7"	7"	22"	5.50"	24
13	8	12-39	1	46.0	56.0	1.250	10.0"	9"	35"	5.83"	24
14	7	10-37	1	46.0	52.0	.857	6.0"	12"	33"	4.71"	24
15	6	10-39	1	63.5	74.0	1.833	11.0"	15"	32"	8.00"	24
16	10	8-38	1	72.0	73.0	.600	6.0"	13"	34"	4.85"	24
17	10	5-38	1	54.0	61.0	.700	7.0"	12"	34"	4.85"	25
18	9	8-39	1	49.8	60.0	1.133	10.2"	15"	36"	4.50"	23
19	8	9-40	1	53.5	62.5	1.125	9.0"	13"	35"	5.83"	24
20	8	10-39	1	65.5	77.2	1.462	11.7"	15"	34"	4.85"	24
21	10	10-41	1	53.0	62.0	.900	9.0"	11"	34"	3.77"	25
22	9	10-39	1	45.0	56.0	1.322	11.9"	5"	33"	4.71"	24
23	7	9-34	1	40.2	50.0	1.400	9.8"	14"	29"	4.83"	24
24	9	10-40	1	58.5	68.3	1.122	10.1"	8"	35"	4.37"	24
25	8	6-29	1	82.0	88.5	.812	6.5"	20"	29"	5.80"	23

C..... CASOS.

C.P..... CONSULTAS PRENATALES.

S.D.G... SEMANAS DE GESTACION.

P.C.M... PROMEDIO DE CONSULTAS MENSUALES.

P.I..... PESO INICIAL.

P.F..... PESO FINAL.

G.P.G... GANANCIA DE F.C.

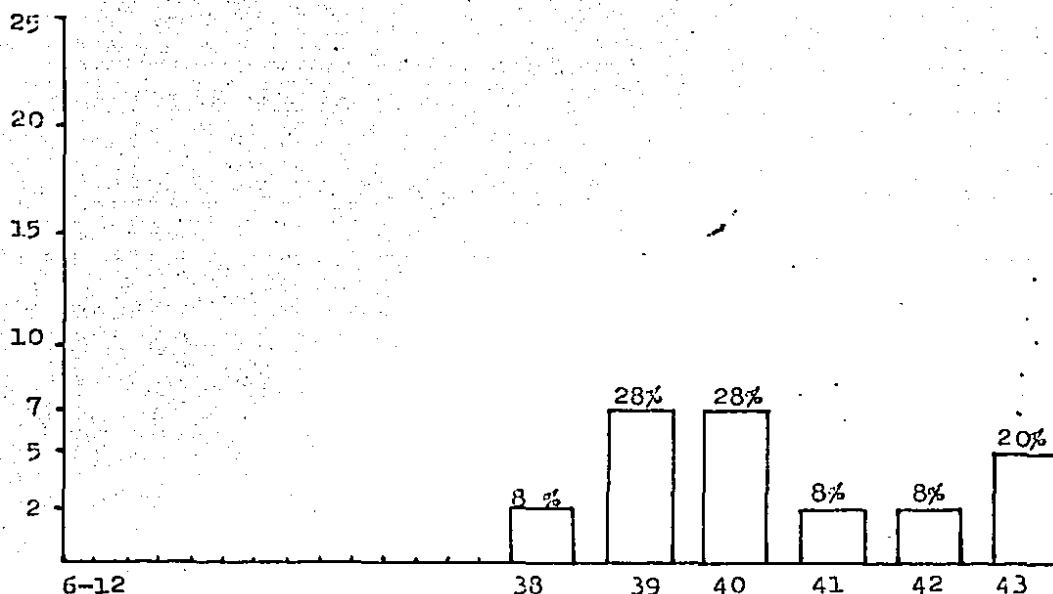
F.U.I... FONDO UTERINO INICIAL.

F.U.F... FONDO UTERINO FINAL.

C.F.U.M. CRECIMIENTO  
DE FONDO U-  
TERINO MEN-  
SUAL.

D.F.F.S. DETECCION -  
DE FOCO PE-  
TAL.

Se sacó el número de semanas de gestación al final del embarazo encontrando; 2 pacientes con 38 semanas, 7 con 39 semanas- 7 con 40 semanas, 2 con 41 semanas y 2 con 42 semanas, 5 con- 43 semanas, tomando en cuenta su última fecha de menstruación estos últimos no se encontró en los productos datos de postma- durez, como se muestra en la gráfica No. 5



GRAFICA No. 5

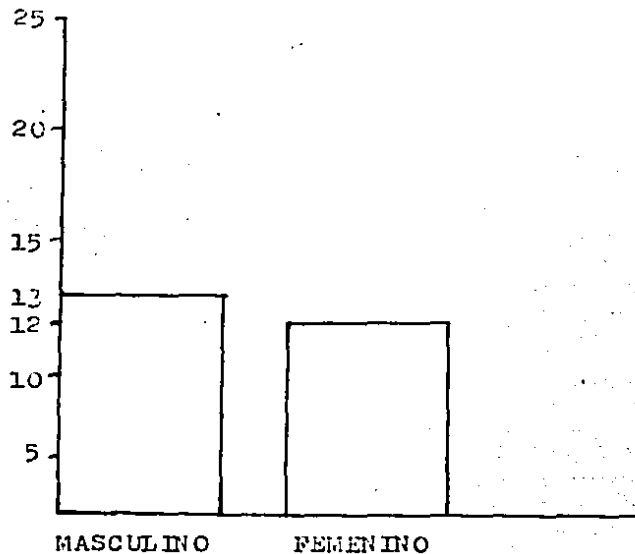
Se clasificó el tipo de parto y sus complicaciones, el peso - de los productos encontrados; 2 con 2.500 Kg., 2 con 2.650 Kg. 3 con 2.700 Kg. 3 con 2.800 Kg. 2 con 2.900 Kg. 2 con 3 Kg. - 2 con 3.100 Kg. 1 con 3.200 Kg. 1 con 3.300 Kg. 1 con 3.400 - Kg. 1 con 3.500 Kg. 1 con 3.700 Kg. 1 con 3.800 Kg. 1 con - - 3.900 Kg. 2 con 4 Kg. estos últimos 4 no presentaron complica- ciones posteriores por su peso.

Un recién nacido presentó pie equino varo bilateral, los res- tantes sin malformaciones, como se observa en el cuadro V.

CUADRO No. V

TIPO DE PARTO Y COMPLICACIONES		TIPO DE CESAREA Y CAUSA.	
EUTOCICOS	9	CESAREA KERR POR D.C.P. CON S.F.I. Y R.P.M. Y TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	2
EUTOCICOS CON EPISIOTOMIA	4	CESAREA KERR POR PELVICO INCOMPLETO	1
EUTOCICO CON DESGARRO TIPO-1-3		CESAREA PRIVADA DE IGNOTA LA CAUSA	1
CONDUCCION, EUTOCICO CON EPISIOTOMIA	1		
INDUCTO CONDUCCION POR RPM	1		
EUTOCICO CON RPM Y EPISIOTOMIA	1		
CONDUCCION EUTOCICO Y DESGARRO VAGINAL TIPO 11	1		
EUTOCICO EN SANATORIO PRIV.	1		
TOTAL DE CASOS	21	TOTAL DE CASOS	4

EL ALUMBRAMIENTO EXPONTANEO: en 9 pacientes fué a los 10 min. en 8 a los 15 min. 1 a los 20 min. y 2 a los 30 min. En cuanto a la distribución de sexos, 13 fueron masculinos y 12 del femenino como se observa en la gráfica No. 6



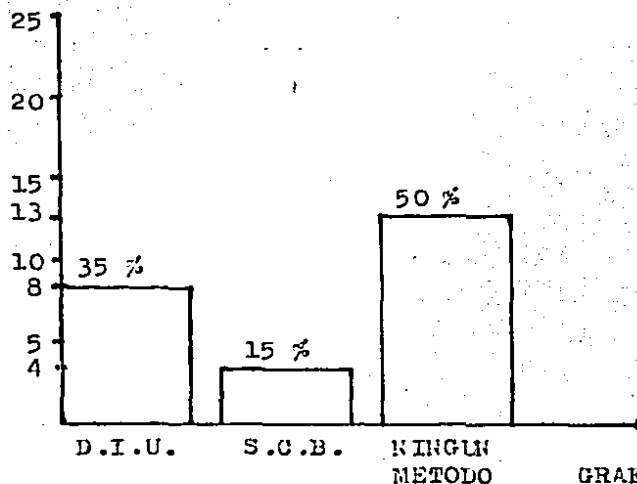
GRAFICA No. (6)



## SOMATOMETRIA DE LOS RECIEN NACIDOS.

- |                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 1.-C.C. 35cm.caputsuccedaneum +   | 19.-C.C. 34cm.          |
| C.T. 39 "                         | C.T. 33 "               |
| C.A. 36 "                         | C.A. 31 "               |
| TALLA 53 "                        | TALLA 49 "              |
| 2.-C.C. 33.5cm.                   | 20.-SE DESCONOCE        |
| C.T. 31cm.                        | 21.-C.C. 35cm.          |
| C.A. 30 "                         | C.T. 36 "               |
| TALLA 48 "                        | C.A. 32 "               |
| 3.-SE DESCONOCE                   | TALLA 55 "              |
| 4.-C.C. 33cm.                     | 22.-C.C. 35cm.caputsu-- |
| C.T. 32 "                         | C.T. 34 " ccedaneum     |
| C.A. 32 "                         | C.A. 33 " ++            |
| TALLA 50 "                        | TALLA 50 "              |
| 5.-C.C. 34cm.                     | 23.-SE DESCONOCE        |
| C.T. 32 "                         | 24.-SE DESCONOCE        |
| C.A. 30 "                         | 25.-C.C. 35cm.          |
| TALLA 49 "                        | C.T. 37 "               |
| 6.-C.C. 32 "                      | C.A. 34 "               |
| C.T. 34 "                         | TALLA 51 "              |
| C.A. 33 "                         |                         |
| TALLA 47 "                        |                         |
| 7.-SE DESCONOCE                   |                         |
| 8.-C.C. 34cm.                     |                         |
| C.T. 35 "                         |                         |
| C.A. 33 "                         |                         |
| TALLA 52 "                        |                         |
| 9.-C.C. 33cm.caputsuccedaneum +++ |                         |
| C.T. 36 "                         |                         |
| C.A. 31 "                         |                         |
| TALLA 49 "                        |                         |
| 10.-SE DESCONOCE                  |                         |
| 11.-C.C. 32cm.caputsuccedaneum +  |                         |
| C.T. 31 "                         |                         |
| C.A. 30 "                         |                         |
| TALLA 48 "                        |                         |
| 12.-SE DESCONOCE                  |                         |
| 13.-C.C. 34cm.                    |                         |
| C.T. 34 "                         |                         |
| C.A. 30 "                         |                         |
| TALLA 52 "                        |                         |
| 14.-SE DESCONOCE                  |                         |
| 15.-SE DESCONOCE                  |                         |
| 16.-SE DESCONOCE                  |                         |
| 17.-SE DESCONOCE                  |                         |
| 18.-C.C. 34cm.caputsuccedaneum +  |                         |
| C.T. 34 "                         |                         |
| C.A. 32 "                         |                         |
| TALLA 50 "                        |                         |

El método de planificación familiar postparto fué el siguiente: 8 pacientes se les aplicó el D.I.U. ( asa lippes y t de cobre ), o sea el 35 %, 4 pacientes con salpingoclesia bilateral, o sea un 15 %, 13 pacientes sin ningún metodo, por no aceptarlos. Como se representa en la gráfica No. 7



GRAFICA No. (7)

El tratamiento en el postparto se describe en el cuadro No.VI

TRATAMIENTO AL FINAL DEL EMBARAZO.	No.DE PACIENTES
DIPIRONA ERGONOVINA Y SOLUCION PARENTERAL	18
SE DESCONOCE POR SER ATENDIDAS FUERA DEL IMSS	3
DIPIRONA, SOLUCION PARENTERALES, PENICILINA G - SODICA CRISTALINA, KANAMICINA	3
PENICILINA G PROCAINICA 800,000 U. DIPIRONA	1
TOTAL:	25

CUADRO No. VI

## CONCLUSION .

Del presente estudio podemos resumir lo siguiente:

Que aún nuestra población no se encuentra conciente en un 60% de lo importante que es el acudir a la consulta prenatal desde las primeras semanas del embarazo, por lo que el médico deberá hacer campaña para difundir lo importante que es.

En algunas ocasiones la paciente acude a consultas innecesarias por desconocer el curso del embarazo.

No se les ha hecho conciencia de la edad propicia para embarazarse.

No saben en que proporción pueden aumentar de peso en general por lo tanto no cuidan este aspecto.

La cefalea que presentaron algunas pacientes al parecer fué de tipo tensional, pues no hubo otra causa que la originara. El tratamiento con polivitaminas y fumarato ferroso ayudan en un momento dado al estado general de la paciente.

El tratamiento de enfermedades durante el 1er. trimestre, como lo fué en este caso la presencia de enfermedades de vías respiratorias altas ( rinofaringitis, faringoamigdalitis) con penicilina y expectorantes del tipo del dextrometorfan no ocasionaron alteraciones en el producto y el curso del embarazo, pero si hay que tener presente que cualquier tratamiento durante los primeros meses, deberá ser conservador, dependiendo desde luego de la patología existente.

Un buen porcentaje ( un 50 % ) sale sin método de planificación familiar, por lo que se deberá insistir en ello.

3 pacientes fueron atendidas en forma privada, por contar con medios económicos y desconocer el trato de las pacientes embarazadas dentro del Instituto.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Alberto Alverado Durán.- Conceptos Actuales de la atención prenatal Revista Médica del I.M.S.S. Mayo-Junio No. 3 de 1981.
- 2.- Dres. Agustín Villanueva Gasca, Luz Ma. García M. Jorge-López Villegas y Eduardo Nuñez M. Uso de Tolbutamida en Diabetes y Embarazo Ginecología y Obstetricia de México- Vol. 38 Agosto 1975 pags. 133-137.
- 3.- Hudson CK Everyday Obstetric Problems, Practitioner 1981- Sep. 225 (1359): 1219-27.
- 4.- Dres. Roberto Uribe, Elias M.C.M. y E. Armando Medina -- Duarte, Tuberculosis Pulmonar y Embarazo Vol.42 Diciembre 1977 Ginecología y Obstetricia de México.
- 5.- Kotilolehti Hipertensión and, Pregnancy 1980 Jun. 85 (6) 203 - 14.
- 6.- Dres. Mario Pommier G y Fernando Escobedo A. Eduardo Lowenberg F. Estudio de la Altura del fondo Uterino para - determinar el crecimiento Intrauterino retardado, Ginecología y Obstetricia de México Vol. 46 Pags. Octubre 1979 Pags. 253-259.
- 7.- Rayburn WF. Clinical Implications from Monitorio Fetal - Activityan J. Obstet gynecol 1982 Dec.15;144(8);967-80.
- 8.- Dres. Julio Fernández Alba, Victoriano Llaca Rodríguez y Estanislao Díaz Barriga. El factor Prematurez en el Embarazo de alto riesgo fetal. Ginecología y Obstetricia de México 1979 Octubre Pags. 287-295.
- 9.- Reading AS; Cox Dn. The Effects of Ultrasound Examination on Maternal anxiety levels J. Behav Med.1982 Jun. 5 (2); 237-47.
- 10.- Dres. Manuel Villalobos, Roman Carlos Mac. Gregor Sánchez Navarro, Carlos Eugenio Ruiz Hernández y Dominga, Emanuel Peña Nina Embarazo de alto Riesgo 11 Determinación del Riesgo Intraparto Correlación con el riesgo Prenatal y el resultado Perinatal 1979 Junio Ginecología y Obstetricia de México pags. 439-449.
- 11.- Kujansuu E; Kivinen S; Tuimala R. Pregnancy and Delivery at the age of forty and over, int J. Gynecol Obstet 1981 Aug. 19 (4);341 - 5.
- 12.- Dres. José Chávez Azuela, Carlos Alger Raudales, Carlos-Quesnel M.C. Manzur Marcus Hector Paniagua Espinoza J. y Benítez de la Garza. Riesgo Materno Fetal de las Cardiopatías Congénitas Asociadas al Embarazo, Ginecología y Obstetricias de México Marzo 1978 Pags. 163-169.
- 13.- Bobitt Jr; Brown Gl. Tull Ah, Group 8 Straptococcal Neonatal Infection; Clinical review of plans for prevention and preliminary report of quantitative antepartum cultures Obstet. Gynecol. 1980 May; 55 (5 Suppl): 171s-177 s.

- 14.- Lic Juan Armas Domínguez; Dres. Velvl sho Pinsker, Car--  
los Mac Gregor y Samuel Karchmer K. Factores Socieconomi--  
cos en el Embarazo de Alto Riesgo. Ginecología y obste--  
tricia de México Mayo 1977 Pags. 369-382.
- 15.- Davis J.A. Obstetrics Br. Med. J. Clin. Res 1982 Dec. --  
11:285 (6356): 1711 - 2.
- 16.- Oyebola DD Perinatal care by traditional Healer-Midwives  
of Nigeria int. J. Gynaecol Obstet 1980; 18 (4):295-9.

11243  
lej.  
⑨

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION OAXACA

FRECUENCIA DEL ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS DE 1 A 10 AÑOS  
DE EDAD. ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ---  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 CON MEDICINA FAMILIAR.  
DEL 1o DE ENERO DE 1984 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1984.  
TIPO, EVOLUCION Y COMPLICACIONES.  
Nº DE REGISTRO 2561841008

1984

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACION OAXACA**

**INDICE:**

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- MATERIAL Y METODOS
- 3.- RESULTADOS
- 4.- CONCLUSIONES
- 5.- BIBLIOGRAFIA

**ASMA BRONQUIAL**

