

11276  
2e1  
(18)



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONTROL PRENATAL EN LA  
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR

# TESIS

Que para obtener la Especialidad en:

**MEDICINA FAMILIAR**

Presentada por:

*Adriana Archundia Espinosa*

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



Puebla, Pue.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1983-85



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 está 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

	PAG.
INTRODUCCION .....	1
ANTECEDENTES .....	3
MATERIAL Y METODO.....	13
RESULTADOS .....	15
DISCUSION .....	22
CONCLUSIONES .....	23
RESUMEN .....	25
BIBLIOGRAFIAS.....	26

## INTRODUCCIÓN.

Es una preocupación de los pueblos el cuidado de la salud materno infantil. Muchas actividades de la vida pública y privada se han dirigido a este aspecto, pero hasta que se lograron los avances médicos y los recursos teóricos suficientes, se consiguió una disminución significativa de las defunciones por causas atribuidas al embarazo, parto y puerperio.

Es evidente que el fenómeno de disminución de muertes maternas en nuestro país, ha seguido también una tendencia descendente franca. Pero comparada con otros países continúa lamentablemente elevada, sobre todo porque las infecciones, las hemorragias y las toxemias son problemas que se pueden descubrir con oportunidad y resolver adecuadamente en el transcurso del embarazo.

Dentro de nuestra institución se acepta que alrededor del 90% de la población derechohabiente disfruta de los servicios médicos y por consecuencia se multiplicaron las oportunidades para educar a la población con la finalidad de que las mujeres embarazadas reciban oportunamente la atención médica integral y esto redujera la cifra de muerte materno infantil y proporcionara un clima de relación armoniosa entre el médico familiar y la población a su cargo.

La finalidad de la vigilancia prenatal es: Un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la patología propia y concurrente al embarazo.

Educación higiénico sobre las manifestaciones propias del embarazo: La importancia de asistir puntualmente a las con-

sultas necesarias para realizar la atención médica integral.

higiéne de alimentación, del vestido, personal, ---  
sexual y asistencia al servicio para diagnóstico de embara-  
zo.

## ANTECEDENTES .

El control prenatal tiene su inicio en el año de 1901 con las observaciones de Ballantyne de Edimburgo, aumentando su demanda en los últimos 30 años.

Se ha definido como atención prenatal a la vigilancia médica periódica y sistematizada durante toda la gestación, con el fin de prevenir estados patológicos tanto en la madre como - en el producto y que ambos lleguen al término sin complicaciones y en óptimas condiciones.

El embarazo debe ser cuidadosamente vigilado teniendo en cuenta que éste no inmuniza a la mujer contra la enfermedad y en cambio la aproxima a los límites entre la salud y la - enfermedad. Hay padecimientos que la mujer padece durante la - gestación como son la toxemia, las distocias del parto y complicaciones hemorrágicas del embarazo.

En general puede decirse, no obstante, que es universal el interés por introducir una asistencia eficaz en la embarazada. Se ha llegado a afirmar que una asistencia médica adecuada de gestación representa prácticamente un parto normal.

En México es importante éste programa por la alta incidencia de morbi-mortalidad materno infantil también por el - gran número de mujeres en edad fértil.

Partiendo de la base que prevenir es mejor que curar la medicina preventiva ha despertado un gran interés al médico familiar .

La profilaxis comprende todas las medidas destinadas a prevenir enfermedades y corregir estados carenciales y crea - condiciones ambientales propicias para la salud y aumentar la capacidad de rendimiento.

La labor asistencial preventiva sólo podrá ser eficaz cuando sea auténticamente precoz y así asegurar en todo lo posible un embarazo sin complicaciones para la madre y la obtención de un producto vivo y saludable y a la vez identificar y tratar oportunamente a la paciente con embarazo de alto riesgo.

La mortalidad materno infantil:

Hay varios grupos de causas de mortalidad materno infantil las cuales pueden prevenirse con una adecuada asistencia médica .

- Causas de muerte materna por hemorragia.

Si se observa el desarrollo de la letalidad materna según los 5 grupos etiológicos en los últimos diez años se comprueba que la causa por desangrado es muy alta.

La proporción de casos de muerte por hemorragia asciende a 33% y 35% y es por tanto extraordinariamente alta.

Su proporción evitable se estima en un 90 a 94% y se atribuye en primer término a un rendimiento médico insuficiente

- Muerte materna por infección.

En los últimos años se ha experimentado un cambio fundamental, el cuadro de los casos de muerte por infección en el embarazo, durante el parto y el puerperio.

Las cifras si se toman en cuenta sigue siendo altas -

tomando en cuenta las posibilidades actuales de lucha contra las infecciones.

Su proporción evitable, que según los resultados de la comisión de investigación debe atribuirse también predominantemente a una asistencia médica deficiente. Como causa de muerte evitable se aducen a) falta de un tratamiento antibiótico oportuno y correcto b) una asepsia y antisepsia deficiente o nula.

- Muerte materna de causa no obstetrica:

El fallecimiento fue provocado por una enfermedad existente antes de la gestación o que desarrollo durante la misma y que experimentó una evidente agravación a causa del embarazo. Se incluye en éste grupo las enfermedades siguientes:

**CARDIOPATIAS:**

Cardiopatía Reumática, Hipertensión cardiovascular, Cardiopatía arterioesclerótica, Cardiopatía congénita.

**ENFERMEDADES VASCULARES:**

Vasculopatía Hipertensiva, Hipertensión arterial esencial, Tromboflebitis, Trombosis y embolia vascular pulmonar y cerebral

**ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL:**

Anomalías del útero, de los ovarios y de otros órganos genitales.

**TUMORES:**

**ENFERMEDADES DE VIAS URINARIAS:**

Glomerulonefritis, pielonefritis, Píe e Hidronefrosis,

**HEPATOPATIAS:**

Hepatitis infecciosa, Necrosis aguda. Cirrosis hepática.

**NEUMOPATIAS:**

Tuberculosis, Neumonias, ( Neumonía Lobular, bronconeumonía).

**ENFERMEDADES DE METABOLISMO:**

Diabetes sacarina, Disfunción suprarrenal.

**OTRAS ENFERMEDADES:**

Apendicitis, Peritonitis, Feocromocitoma, Psicosis -- puerveral.

Gran número de casos de muerte se pueden evitar. A este respecto se menciona la necesidad de una asistencia intensiva de la embarazada la cual debe llevarse acabo a menudo con el representante de otra especialidad. y la conducción adecuada del parto.

- Muerte materna en relación con la edad y la paridad.

La edad progresiva de la parturienta implica un mayor peligro puede apreciarse que hasta los 29 años las cifras de -- letalidad X 100.000 partos con feto vivo se hallan por debajo del promedio total pero después de los 30 años ascienden de modo vertical.

En el grupo de edad de 40 años a mayores representa casi el quintuple del valor medio total (115,8 X 100,000 partos con feto vivo).

A medida que aumenta la edad la embarazada esta particularmente amenazada. Por todas estas razones se debe procurar que den a luz en una clínica hospital las primiparas de más de

30 años y las multiparas mayores de 35 años.

Hasta ahora se a concedido poca importancia a la relación entre la talidad materna y paridad. Se concluye que la primipara es la que corre mayor riesgo. Después sigue un deceso de frecuencia continuo hasta el quinto parto, seguido de -- una elevación notable de los casos de muerte en mujeres con -- seis y mas partos. También aqui las causas dominantes son las gestosis y las hemorragias. de esto se llega a la conclusión -- de que en todas las primíparas debe procurarse que el parto -- tenga lugar en una clínica y que en todas las quintiparas y -- multiparas sea obligatoria la hospitalización .

- Evitabilidad de los casos de Muerte.

Los resultados de las investigaciones anglosaamerica nas de muestras que una proporción extraordinariamente elevada de los casos de muerte materna puede ser evitada. Las razones más frecuentes de los casos de muerte evitable por el médico -- son un diagnóstico tardío y equivocado, así como un tratamien to tardío e incorrecto las razones de culpa de la propia pa--- ciente son un tratamiento médico tardío y el aborto criminal.

- Parto con feto muerto.

Las causas en orden de frecuencia figuran la hipoxia durante el embarazo o el parto, las gestosis, infecciones, las malformaciones congenitas enfermedades hemolíticas del recién nacido, las complicaciones del parto y las causas placentarias y los prematuros.

- Mortalidad en los siete primeros días de la vida.

Kay tres grandes grupos los prematuros, malformados, y las lesiones obstetricas.

Se ha comprobado que la prematurez es el factor que aún hoy las tra mayormente la letalidad, pero por otro lado, - se ha reducido en el curso de los últimos 10 años en una tercera parte. En cambio en los otros dos grupos no hay cambios dignos de mencionar.

- Mortalidad Perinatal en relación con la asistencia de la embarazada.

La asistencia de la embarazada ejerce una gran influencia sobre la cuantía de la mortalidad infantil perinatal, numerosas investigaciones han demostrado una relación directa entre el número de exploraciones profilácticas practicada y la cifra de la mortalidad perinatal. La mortalidad disminuye cuanto más frecuente han sido las reviciones prenatales practicadas por médico familiar el porcentaje se observa en las mujeres que se exploraron de 15-24 veces. y la mortalidad perinatal es más elevada cuanto más tarde se inicia la asistencia perinatal.

- Mortalidad perinatal en relación con la edad y paridad.

A medida que progresa la edad de la mujer se incrementa el peligro del feto. Solamente constituye excepción las madres de menos de 20 años. El porcentaje de mortalidad es en éste caso claramente superior a la cifra normal, siendo idéntica a las embarazadas de 30-40 años. La causa de éste hecho re-

sidearía en la frecuencia de los hijos ilegítimos, un estrato social bajo y falta del deseo de tener hijos, justamente con un porcentaje alto de gestosis y partos prematuros por el contrario las cifras más bajas se observan en los grupos de edad comprendida entre los 20-24 años y entre 25-29. De aquí se comprueba un aumento de mortalidad perinatal con las cifras máximas cuando la madre tiene 40 años.

Una situación análoga se presenta cuando se considera la relación entre mortalidad perinatal y paridad.

También en este caso puede comprobarse un aumento constante a medida que aumenta la paridad con las cifras más altas en las mujeres con 9 y más partos; Como causa de mayor riesgo fue la primípara se aducen con un mayor número de complicaciones obstétricas, la proporción de mujeres demasiado jóvenes y demasiado viejas, en las multíparas, la frecuencia de complicaciones maternas y la edad avanzada de la embarazada.

En relación entre mortalidad perinatal y duración de trabajo de parto.

Puede darse como regla que cuanto más es la duración del parto es mayor el porcentaje de los casos de muerte infantil.

El parto prolongado se presenta en la primípara en 94.2% en 5.8% de multigesta.

Influjo de los factores Sociales sobre la mortalidad

perinatal. Como causa de esta influencia negativa de un medio social desfavorable sobre el porcentaje de la mortalidad materno infantil se considera la clase de comportamiento sexual y procreador condiciones de vida alimenticia, desfavorable, un grado de escolaridad bajo y asistencia baja.

#### LA CONSULTA PRENATAL DE PRIMERA VEZ.

Se debe realizar una historia clínica completa incluyendo antecedentes gineco-obstetricos. Se anotaran datos de peso corporal relacionados con la estatura.

Durante el embarazo hay que vigilar cuidadosamente el aumento de peso el cual no debe ser mayor de 11 kg.

La tensión arterial se debe cuantificar, las cifras tensión arterial diastolicas decaen un poco, y un aumento se considera patológico.

Exámenes de laboratorio; BH normalmente la mujer embarazada presenta hemodilución por lo que las constantes hemáticas se encuentran en niveles bajos a los habituales sin indicar anemia la Hb es de 12 y el Ht 30 también presenta una moderada leucocitosis de 10 000 a 12 000.

Urea es de 20-32 mg, cualquier elevación se considera de importancia para descartar patología renal.

GLUCEMIA: La mujer durante este estado existe susceptibilidad para desarrollar Diabetes Mellitus y la repercusión sobre el feto sería productos macrosomicos y polihidroamnios.

GRUPO Y Rh: Tiene alto rango preventivo cuando se descubre a tiempo el determinismo genético del grupo sanguíneo y del factor Rh. porque permite resolución temprana.

V.D.R.L. : Se sabe que la espiroquetemia es causa de muerte fetal o neonatal en el 50% de los casos no tratados, por esto la importancia de la búsqueda de esta enfermedad en mujeres embarazadas ya que su oportunidad de tratarse evitaría su transmisión y daño al feto.

E.G.O.: El Ph se encuentra ligeramente alcalino, leucocitos por descamación de las vías genitourinarias y filamentos mucoides.

En la consulta si el embarazo es normal se cita a la paciente cada mes hasta el sexto mes, y cada dos semanas en el 7 y 8 mes, y en el 9 mes cada semana o cuantas veces sea necesario.

Se interroga sobre datos clínicos que orienten sobre la evolución del embarazo enfocándose sobre todo a la presencia de sangrado transvaginal, edema, crecimiento uterino, y movimientos fetales. La Rh. se debe solicitar al inicio y a los seis meses al igual que el VDRL.

#### - Patología ginecológica:

Cervicovaginitis fácilmente detectable mediante la exploración vaginal y con el auxilio de frotis saber su etiología y así su tratamiento.

DETECCION DE CA CERVICOUTERINO: Se sabe que 5 de cada mil mujeres en edad reproductiva padecen éste tipo de cáncer y

que el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado son medios eficaces para prolongar la vida de la paciente por lo que se debe solicitar DOC cada 18 meses.

DETECCION DE CA. MAMARIO: La mortalidad de Ca. mamario en nuestro país ocupa el 4 lugar por lo que se justifica la exploración de mamas en las pacientes por lo menos cada 12 meses.

Criterios de Hospitalización a la paciente con embarazo de alto riesgo y en pacientes con amenaza de aborto, aborto en evolución, aborto inevitable, huevo muerto retenido, mola, placenta previa, inserción baja de placenta, desprendimiento prematuro de placenta, toxemia gravídica o eclampsia.

#### MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo se llevó a cabo en la Clínica No.1 del I.M.S.S. Puebla Pue. Durante un período de 6 meses que comprendió de Mayo Octubre de 1984.

El universo del trabajo comprendió la revisión retrospectiva de 50 expedientes de embarazadas bajo control prenatal seleccionados al azar simple, hasta lograr una muestra estadísticamente significativa de las cuales comprendían de 15 a 40 años .

Se determinaron las características de las pacientes - embarazadas, tales como edad, No. de gestaciones, de partos, -- abortos, cesáreas previas, peso, talla, y escolaridad.

**MATERIAL:** Expedientes clínicos, exámenes rutinarios de laboratorio y gabinete, entrevista personal, para recolección de datos necesarios y forma 4-30-7.

Para valorar el control prenatal, se investigó edad gestacional a la que se inició la primera consulta a las que asistió cada paciente. Determinación del número de pacientes que -- completaron su embarazo, relación entre inicio del control prenatal y la paridad, promedio de consultas por embarazada. Consulta seguida en la paciente que cursaron con patología propia del embarazo.

También se tomó en cuenta el número de consultas a las que asistió cada paciente. ( en el instituto se toma un mi nimo de II consultas en el embarazo normal).

Considerando como análisis básico a solicitar en la -  
primera consulta. Biometria hemática, química sanguínea, EGO,  
grupo y Rh VDRL.

Se determino el porcentaje de embarazada que presenta-  
ron patología propia del mismo.

Finalmente se determinó el tipo de parto, del produco  
to y método anticonceptivo que se inicio postparto.

RESULTADOS :

La distribución de los casos del presente estudio por grupos etarios divididos según su riesgo potencial durante una gestación, se muestra a continuación.

TABALA No. I

EDAD	No. DE GESTACIONES	%
- 20	6	12
+ 30	5	10
20 - 30	33	70
- 15 + 35	6	12

FUENTE: Expedientes clínicos del consultorio No. 3 de la UMF No. 1

Se calculó el promedio de edad de las embarazadas, obteniéndose un promedio de 25 años de edad con un rango de -- 14-40 años.

En relación al inicio del control prenatal se encontró con promedio de 20.4 semanas de gestación.

TABLA No. 11

No. de GESTACIONES	No. DE PACIENTES .	NO. DE CONSULTAS.	INICIO. ATENCION P.
I	13	4.7	23.2
2	11	4.9	22.1
3	6	6.5	19.5
4	9	2.5	28.5
5	4	3.8	28.0
6	2	6.0	13.5
7	1	2.0	20.0
8	-	-	-
9	1	10.0	9.0

FUENTES: Expedientes clínicos del consultorio No. 3 de la UMF. 1

La relación según la edad del inicio del control prenatal es la siguiente.

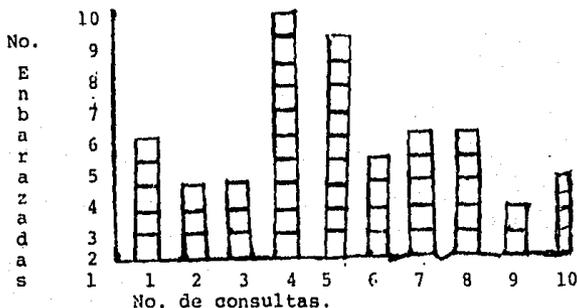
TABLA NO. III

No. DE SEMANAS	No. DE PACIENTES	%
5 - 10	4	8
11 - 15	12	24
16 - 20	8	16
21 - 25	8	16
26 - 30	8	16
31 - 35	7	14
36 - 40	3	6

FUENTE: Expediente clínico del consultorio No. 3 UMF. No. 1 .

El número de consultas a las que asistieron las embarazadas fue un promedio de 5.2 y un rango de 1 - 10.

GRAFICA:



FUENTE: Expedientes clínicos del consultorio No. 3 de la UMF. No. 1

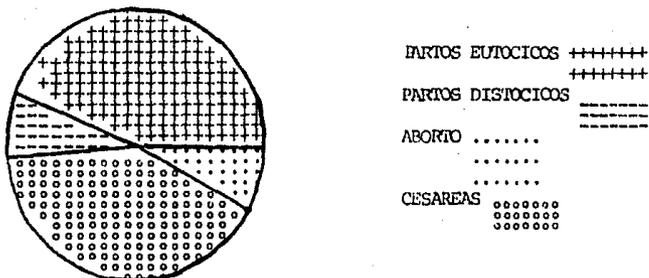
Respecto a resolución del embarazo, 47 pacientes llegaron a término y tres abortaron, el 100 % de las pacientes -- que llegaron a término se atendieron en hospital de segundo nivel .

TABLA No. IV.

RESOLUCION DEL EMBARAZO	No. de PACIENTES	%
Parto Eutocico	26	52 %
Parto Distocico	3	5 %
Cesárea .	19	38 %
Aborto	2	4 %

FUENTE: Expedientes clínicos del consultorio No. 3 de la U.M.F No. 1.

REPRESENTACION GRAFICA DE LA RESOLUCION DEL EMBARAZO.



A continuación se muestra edad y consultas promedio en relación con paridad y resolución del embarazo en las pacientes de éste estudio.

TABLA No. V

EDAD	CONSULTAS.	GESTACIONES	PEUTOCICO	%
25	4	1	5	10%
26	3.5	2	3	5%
27	8.0	3	9	18%
28	1.0	4	1	2%
28	3.8	5	3	6%
36	6.0	6	2	4%
40	2.0	7	1	2%

FUENTE: Expedientes clínicos del Consultorio No. 3 de la UMF. No. 1

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 19 -

TABLA No. VI

EDAD	CONSULTAS	GESTACIONES	CESAREAS	%
21	6	1	8	15 %
27	6	2	5	10 %
25	5.5	3	2	4 %
22	1.0	4	1	2 %
25	2.5	5	2	4 %
37	10.0	9	1	2 %

FUENTE: Expedientes clínicos del consultorio de la UMF.  
No. 1

Las causas de la cesárea fueron las siguientes: Placenta previa, en un 4%, Ruptura prematura de membranas 4%, ---  
Toxemia gravídica severa 2%. DCP 12%. Cesárea interactiva 6%, --  
el resto se ignora la causa.

A todas las pacientes que se les controló su embarazo se les solicitó exámenes de laboratorio y los resultados --  
fueron los siguientes.

TABLA No. VII.

No. DE PACIENTES	BIOMETRIA HEMATICA	%
45	+ 9.5 grm.	90%
3	- 9.5 grm. hasta 34 semanas.	6%
2	- 9.5 grm. después de 34 semanas .	4%

FUENTE: Expedientes clínicos del consultorio No. 3 de la  
UMF No. 1

TABLA No. VIII

No. DE PACIENTES	HT.	%
45	+ 32	90 %
33	- 32 hasta la semana 34.	6 %
2	32 después de la semana 34	4 %

TABLA No. IX

No. DE PACIENTES	FACTOR Rh.	%
Compatible.	49	98 %
Madre Rh.-Esposo Rh.+	1	2 %

TABLA No. X

E.GO. No. de PACIENTES	E.G.O.	%
44	Normal	88 %
7	ANORMAL	14 %.

TABLA No. XI

No. de PACIENTES	GLUCEMIA	%
48	Normal	96 %
2	Anormal	4 %

TABLA No. XII

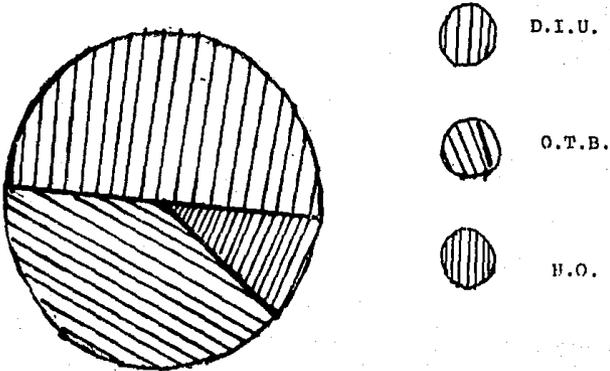
No. DE PACIENTES	V.D.R.L.	%
48	Negativo	96 %
2	Positivo	4 %

Los métodos anticonceptivos que aceptaron las siguientes de nuestro estudio fueron los siguientes: Hormonales orales, --- Dispositivos intrauterinos, y oclución tubaria.

El 48 % de las puerperas iniciaron con un método de plnificación familiar postparto temprano y tardío.

TABLA No. XIII

METODO DE P.P.F.	No. de PACIENTES	%
H. O.	1	2.8
D.I.U.	13	26.8
O.T.B.	10	20.8



DISCUSION :

Un 70% de las pacientes en control prenatal se encontraban entre 20-30 años de edad, un 22% menores de 15 años y mayores de 35 años, siendo estas edades de alto riesgo para llevar un embarazo, aunque se observó una mayor tendencia al uso de métodos de planificación familiar que en éste estudio fue del 48 %.

El inicio del control prenatal es marcadamente tardío en promedio 20.4 semanas con lo cual se evita la detección oportuna y temprana de embarazo de alto riesgo, llamando la atención la necesidad de orientar y educar a nuestra población de chohabiente para el control temprano de embarazo de alto riesgo o de la embarazada que cursa con embarazo normal.

No existe la relación esperada entre mujeres multiparas y mayor número de consultas prenatales en su embarazo actual, sino que se encuentra relación inversa, siendo el inicio de la atención prenatal a las veintitres semanas de gestación y una frecuencia de 5.2 consultas como promedio.

La resolución del embarazo fue de 52% eutócicos, 5% distócicos por aplicación de forceps por trabajo de parto prolongado, 4% fueron abortos.

Cesareas en 38% y principalmente indicadas por DCP - 12%, placenta previa 4%, toxemia gravidica en 2%, cesareas intervencivas en un 6% y un 10 % se ignora la causa por no estar referida en la 4-30-7 .

En lo que respecta a estudios paraclínicos se encontraron en la mayoría resultados dentro de la normalidad. Las

cifras de hemoglobina en el 90% se encontraron por arriba de 10 mg. y en el 10% por debajo de esta, en relación a esto existe el hecho de la prescripción sistemática de suplementos de hierro en los médicos familiares del instituto.

Por lo que respecta a las cifras de glicemia se encontró un 96% de las pacientes dentro de la normalidad el restante 4% cifras por arriba de las establecidas.

Existió en el 2% incompatibilidad al Rh. al cual se aplicó Rhogam.

El 4% presentó V.D.R.L. positivo la cual ameritó tratamiento con penicilina tanto la madre como el producto al nacer no encontrándose anomalías lúeticas en los productos.

Dentro del programa de planificación familiar se logró un grado de aceptación del 48%, correspondiendo al 20% a métodos definitivos postparto.

#### CONCLUSIONES:

Un gran porcentaje de las mujeres derechohabientes en control prenatal se encuentran dentro del rango edad considerado para llevar una gestación. En contraposición un pequeño porcentaje se encuentra en edades no recomendables para el embarazo y que apesar del control prenatal, presentan un mayor grado de gestosis.

El promedio de inicio de la vigilancia prenatal es tardío los datos de éste estudio lo señalan después de la veintava semana de gestación, lo cual no responde a la situación ideal que es a la tercera semana o bien al detectarse embara

zo.

Por lo que respecta a detección oportuna de embarazo de alto riesgo, se sabe que esta en relación a la calidad y -- cantidad de la consulta prenatal, el índice establecido en el instituto es de 11 consultas. La cuál es otorgada por un profesional de la medicina, en éste estudio se encontraron prome-- dios al rededor del 50 % de lo establecido.

La resolución del embarazo en la mitad fue a través de un parto eutocico en el resto se presento trastornos como - abortos obitos, distocias que emeritaron aplicación de forceps; Llamando la atención la alta frecuencia de cesáreas y en muchas ocasiones no se conoce la indicación por falta de respuesta a - la forma 4-30-7.

Se observó una evidente relación esperada entre mal - control prenatal y complicaciones del embarazo como placenta - previa, obitos, y toxemia del embarazo las cuales resultan pre- venibles detectables y tratables con un control prenatal adecuado.

También observamos que se ha incrementado la acepta-- ción de iniciar un método de planificación familiar.

La importancia de la atención prenatal, a cuya insuficiencia, ya sea por culpa de la gestante o del médico, cabe -- atribuir la mayor parte de la mortalidad evitable.

Llegamos a la conclusión de que las causas de morbimor talidad materni infantil pueden evitarse en un 15-20% si se da una asistencia médica adecuada, de parte de la gestante y de - médico tratante.

RESUMEN:

Tenemos ante nosotros un problema que debe requerir nuestro esfuerzo con el fin de mejorar la atención que reciben las embarazadas y cuya solución no dependerá únicamente del personal médico sino también de la participación de la gestante como responsable de su propia salud, lo cual sólo se logrará elevando su nivel de educación médica.

Para evitar los casos de morbimortalidad materno-infantil se podrá considerar la conveniencia de una mejor formación de todos los médicos con respecto al diagnóstico precoz y al tratamiento de las complicaciones obstétricas.

Intensificación de la instrucción relativa a la obstetricia en los cursos superiores.

Inculcar a las mujeres la importancia de una asistencia médica precoz y regular durante el embarazo, así como los peligros de un aborto criminal.

Facilitación de una asistencia óptima en cuanto a calidad y número de visitas al médico ( mínimo 10 sobre todo el último trimestre ) de los servicios a prestar a toda embarazada .

El parto en segundo nivel deberá ser obligatorio.

Con todo esto podríamos esperar una disminución en el índice de morbi-mortalidad materno infantil .

BIBLIOGRAFIAS.

- 1.- Asrón Tobias A., Medidas preventivas en la vigilancia Prenatal. Bol. Med. IMSS. 1978; Vol 16:11-18.
- 2.- Baindt M.B. Nutrición In Pregnancy. Clin Obst Gynec. 1973. 23:604-7
- 3.- Castelazo. L.A. Vigilancia médica antes del parto. Castelazo. A. Obstetricia. Edit. Mendez Oteo. 1979; 15-33.
- 4.- Diaz.C. Aspectos sociales y biológicos de la gestación Pedia  
tria Perinatal. Nueva Editorial Interamericana. 1981 :12-33.
- 5.- Gonzalez. G.A. Interrelación materno-fetal; substatros energe  
ticos. Embarazo normal a termino. Arch Invest; 1982;13:239-43.
- 6.- Gunn T.R. Educación antesnatal. J.Fam. Pract 1983;96:727.
- 7.- Kaser O. Exploración y asistencia de la mujer embarazada. --  
Ginecología y obstetricia. Salvat Editores. 1979;213-49
- 8.- Hellmon M.L.Cuidados Prenatales. Williams. Obstetricia Salvat  
Editores. 1973: 288-301 .
- 9.- Keller A.W. Pediatria profilácticay Social. Pediatria: Salvat  
Editores. 1970: 43-50.
- 10.-Morales . L. Tratamiento de anemia normocromica en el tercer  
trimestre del Embarazo. V. Congreso Mexicano de Ginecología -  
y Obstetricia. Asoc. Mex. Ginec. Obst. 1977;I:119;121.
- 11.-Scott. D.G. Folic. Requeriments in pregnancy induced megaloo--  
blastic anemia. JAMA. 1978: 208: 1163.
- 12.- Valle G. Vigilancia prenatal. Bol. Med IMSS. 1974;16;234-39
- 13.- Velazquez A. Diagnostico Prenatal de enfermedades geneticas.  
Ginec. Obst. 1978;44: 347-53.
- 14.- Williams F.V. Use Of Pediatric Prenatal visist by Family Phy  
sician. J.Fam. Pract. 1981; 13:1007-12.
- 15.-Zetina. G. Enfermedades Infecciosas parasitarias y embarazo -  
Ginec Obst 1980; 23: 631-35.