

11226
207 5.



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"EVOLUCION DEL EMBARAZO DE
ALTO RIESGO, PARTO Y PUERPERIO
EN PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL"

TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :
MEDICINA FAMILIAR

Presenta

Maria Julia Andrade y Hernández

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



IMSS

Puebla Pue

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1985 -87



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
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS	19
DISCUSION	26
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUCCION

De la forma MF-7/83, en 1985, en la U.M.F. No. 1 de Puebla, se detectó que existe Embarazo de Alto Riesgo (31 %).

De estos embarazos de alto riesgo, aproximadamente el 26 % se envía a 2o. nivel, sin embargo no se cuenta con el conocimiento de la evolución del parto y el puerperio, a pesar de que existen múltiples complicaciones durante las mismas, perdiéndose la vigilancia incluso en este último, de lo anterior se deriva la inquietud por conocer la evolución del embarazo, parto y puerperio y las complicaciones que se presentan en este tipo de pacientes.

OBJETIVO

Conocer las complicaciones y resolución del embarazo de alto riesgo en gestantes de la U.M.F. No. 1.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Se define como la gestación en la que el binomio materno-fetal, corre un mayor peligro al ordinario y debe ser sometida a una vigilancia especialmente cuidadosa. En esta categoría debe ser incluido el embarazo de la gran multípara, por la alta morbimortalidad que la acompaña.

Existen factores específicos maternos con repercusión grave en la evolución del binomio durante el embarazo, los más frecuentes son : metabólicos, endócrinos, cardíacos, pulmonares, gastrointestinales, renales, hematológicos, neoplásicos, enfermedades de la colágena, ingesta crónica de medicamentos y problemas gineco-

lógicos (1, 3, 5 y 16).

En diversos estudios se ha demostrado la importancia de la detección del embarazo de alto riesgo, su seguimiento y las complicaciones que se presentan en la resolución del mismo, aún bajo vigilancia estricta con la consecuente morbilidad materno-infantil.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Es conocido que la morbilidad perinatal más frecuente, es la prematuridad, seguida de infección y malformaciones congénitas (1, 2, 3 y 16), y que está correlacionada con la evolución materna.

El embarazo y el parto han sido considerados tradicionalmente -- como procesos naturales, procesos fisiológicos, que debieran desarrollarse sin problemas para la madre; sin embargo sabemos -- bien que tanto uno como otro pueden ser motivo de complicaciones serias que conducen a la muerte de la mujer con frecuencia variable, así mismo el producto de la gestación, según diversos factores (17).

Desde hace 20 años, se han realizado diferentes estudios para -- identificar los factores responsables de la morbilidad y mortalidad perinatal. En 1960 se estableció el concepto de registro -- obstétrico en Gran Bretaña y Miggel Worth R. recomendó una lista obstétrica y pediátrica como guía para la prevención y diagnóstico precoz del niño con problema en Estados Unidos de Norteamérica, Nesbitt, Aubry, Effer y Godwin, se han ocupado de métodos -- para identificar el embarazo de alto riesgo (11).

Los factores de riesgo durante el embarazo, se encuentran plena-

mente identificados y seleccionados, siendo múltiples y, en los cuales se identificaron factores de tipo general, como : edad materna, raza, multiparidad (1, 18), estados emocionales angustiosos, embarazos no deseados, educación socioeconómica, estatura, embarazos múltiples, tabaquismo, atención prenatal, influencia paterna, drogadicción y genética, así como antecedentes obstétricos y patológicos como toxemia gravídica, desprendimiento prematuro de membranas, muertes fetales tempranas, partos con productos inmaduros (6, 8), productos macrosómicos o desnutridos en útero (10, 12 y 16).

Las estadísticas demuestran que las muertes maternas, se deben en primer lugar a toxemia y dentro de estas pacientes a las que no recibieron atención prenatal o bien recibieron atención empírica (11, 17).

Es dentro del puerperio inmediato, donde se presentan la mayoría de las muertes maternas, el cual se define según la FIGO, como los primeros siete días siguientes a la terminación del embarazo (1, 8, 12 y 17).

Es importante mencionar que, se atribuyen factores socioeconómicos a muertes que pudieron ser evitables hasta en un 80 %, siendo el restante 20 % atribuibles a falla administrativa y médica (17).

MATERIAL Y METODOS

Se analizan 50 pacientes con diagnóstico de Embarazo de Alto - - Riesgo, manejadas en forma conjunta entre el H.G.Z. y U.M.F. No. 1, Puebla.

Se realizó este trabajo tomándose datos del archivo del H.G.Z. y del archivo de la U.M.F. No. 1, tomándose los datos de la MF7/83 efectuándose así mismo visita domiciliaria a pacientes que ya -- han resuelto su embarazo.

De las pacientes enviadas a 2o. nivel, se hará un seguimiento -- hasta la resolución del embarazo, identificándose, en forma individual, las complicaciones si es que las hay y la evolución del puerperio, no importando donde se realice la atención del parto.

Se realizó la identificación de pacientes embarazadas de alto -- riesgo en la U.M.F. No. 1, duante el mes de marzo, sin importar la edad gestacional; de las cuales 22 (44 %), cursaban con 9 semanas de gestación; 8 (16 %) con 13 semanas de gestación; 13 - - (26%), con 18 semanas de gestación; y 7 (14 %) con 22 semanas de edad gestacional.

Se llevó a cabo la vigilancia del embarazo hasta la resolución - del mismo, así como el puerperio.

En el mes de marzo, se identificaron 169 embarazadas de las cuales 50 cursaron con embarazo de alto riesgo, lo cual corresponde al 29.58 %.

De acuerdo a la MF-7/83, se identificaron los siguientes parámetros de riesgo en los dos grupos : el que se envió a 2o. nivel y el que permaneció en la Unidad.

En el primer nivel se identificaron 32 pacientes, de las cuales 22 correspondieron al factor edad, siendo 19 menores de 20 años y 3 mayores de 34 años, (68.74 %).

	No. Pacientes	Porcentaje	
EDAD	- 20 años	19	59.37 %
	+ 34 años	3	9.37 %

Rango de 15 años a 41 años de edad.

TABLA I

Analizando el siguiente parámetro que es el peso, dentro de los cuales se identificaron 13 pacientes por bajo peso, lo cual corresponde a 40.62 %. Gráfica 1.

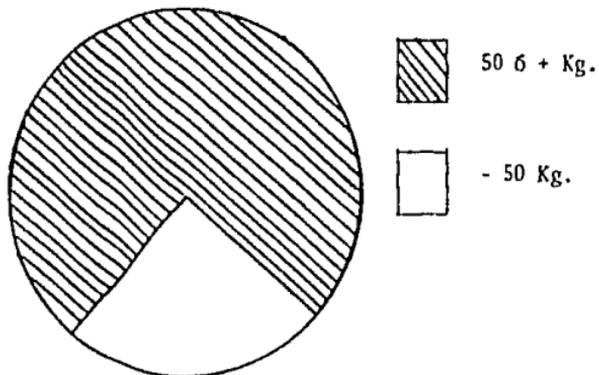
Con respecto a la talla se encontraron 16 (50.00 %), menores de 1.50 mts. Gráfica 2.

La escolaridad como factor de riesgo, estuvo presente en 17 pacientes (53.12 %); con primaria incompleta 10 pacientes y con primaria completa 7 pacientes, con un promedio de 4o. grado de primaria.

	No. Pacientes	Pocentaje	
Escolaridad	Primaria	10	31.25 %
	Primaria inc.	7	21.87 %

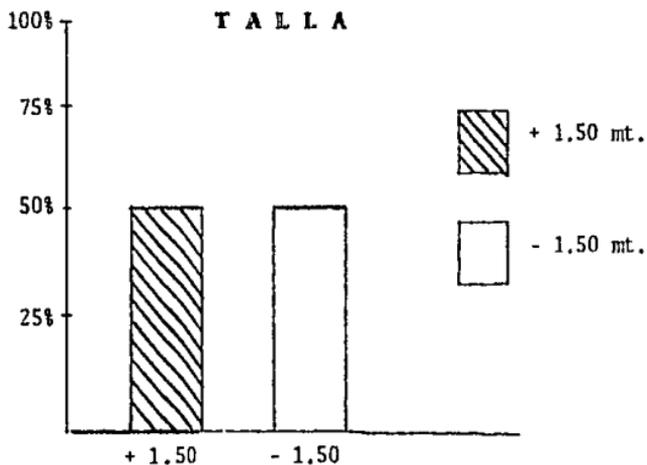
TABLA II

P E S O



GRAFICA 1

Fuente.- Archivo Clínico U.M.F. No. 2



GRAFICA 2

Fuente.- Archivo Clínico U.M.F. No. 1

FACTORES DE ALTO RIESGO DE TIPO GENERAL

Factor	No. de Pacientes	Porcentaje
Edad	22	68.74 %
Peso	13	40.62 %
Talla	16	50.00 %
Escolaridad	17	53.12 %

TABLA III

Fuente : Archivo clínico U.M.F. No. 1 Puebla

Los factores de alto riesgo de tipo obstétrico en el primer nivel del grupo que permaneció, se presentaron de la siguiente manera :

El número de gestaciones fue mayor de 5 en cuatro pacientes, y primigestas en 12 pacientes (50.00 %) total.

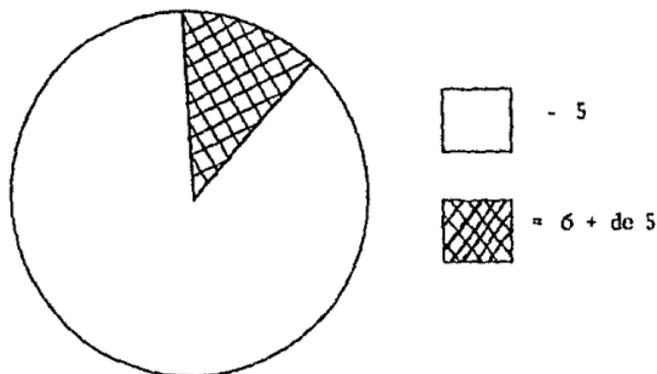
GESTA	Primigesta	12	37.50 %
	+ de 5	4	12.50 %

TABLA IV

Respecto a la paridad se encontraron más de cinco partos en 4 -- pacientes (12.55 %). Gráfica 3.

Respecto a los abortos 5 (15.65%) presentaron dos abortos. Gráfica 4.

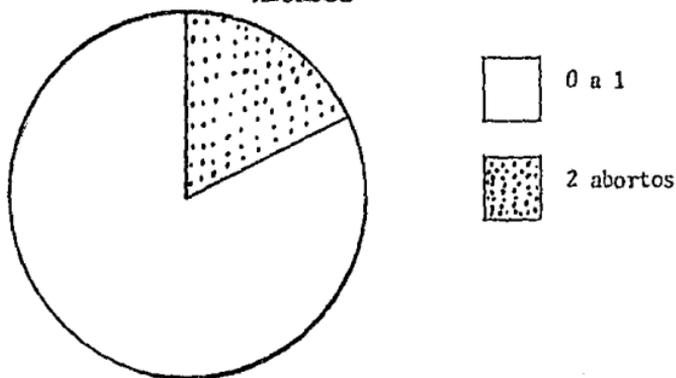
PARIDAD



GRAFICA 3

Fuente.- Archivo Clínico U.M.F. No. 1

ABORTOS



GRAFICA 4

Fuente.- Archivo Clínico U.M.F. No. 1

La cesárea previa se detectó en 14 pacientes (43.75 %), de las cuales 9 tenían una sola cesárea y el restante más de dos cesáreas.

No. Cesárea	No. Pacientes	Porcentaje
1	9	28.13 %
+ 2	5	15.62 %

TABLA V

El intervalo intergenésico en 5 pacientes fue menor de 13 meses, y en 4 pacientes mayor de 60 meses, total 9 pacientes (28.12 %).

I.I.	No. Pac.	Porcentaje
- 13 meses	5	15.62 %
+ 60 meses	4	12.50 %

TABLA VI

FACTORES DE ALTO RIESGO OBSTETRICOS

Factor	No.pacientes	Porcentaje
Gesta	16	50.00 %
Para	4	12.55 %
Abortos	5	15.65 %
Cesárea previa	14	43.75
Intervalo intergenésico	9	28.12 %

TABLA VII

Fuente : Archivo clínico U.M.F. No. 1 Puebla.

La resolución de las pacientes controladas en primer nivel, fue de la siguiente manera :

11 (34.37 %), por vía abdominal, de las cuales por cesárea previa son 7 por desproporción céfalo-pélvica, y una por posición transversa.

Forceps Simpson en dos pacientes (6.25 %), y se presentó parto eutócico en 17 (53.13 %).

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN PRIMER NIVEL

Cesárea	11	34.37 %
Fórceps	2	6.25 %
Parto eutócico	17	53.13 %
T. de P.P.	2	6.25 %

TABLA VIII

Respecto a los factores específicos maternos de alto riesgo, se encontró a una paciente con Hb de 9.5 grs.

La infección de vías urinarias se presentó en 9 pacientes - - - (28.12 %).

En las pacientes observadas en este nivel, ninguna tuvo antecedentes de complicaciones obstétricas previas.

Paciente	Suma de calificación de factores de alto riesgo en U.M.F. No. 1
1	4
2	4
3	4
4	4
5	4,5
6	4,5
7	4,5
8	4,5
9	4,5
10	4,5
11	4,5
12	4,5
13	5,5
14	5,5
15	5,5
16	5,5
17	6
18	6
19	6
20	6
21	6,5
22	6,5
23	6,5
24	6,5
25	7
26	7
27	7
28	7
29	7,5
30	8
31	12,5
32	13,5

TABLA IX

Rango de factores de alto riesgo es de 4 a 13,5

\bar{X} = 6,05

Moda = 4,5

Mediana = 5,5

Desviación Standart = 2,13

Con respecto a los factores de alto riesgo de tipo general de la MF-7/83, de las pacientes enviadas a 2o. nivel, se encontró a la edad como factor de riesgo en 12 (66.66 %), correspondiendo a -- menores de 20 años a 6, mayores de 30 años a 4 y más de 34 años a 2 pacientes.

	No.pacientes	Porcentaje
EDAD	- 20 años	6 33.33 %
	+ 30 años	4 22.22 %
	+ 34 años	2 11.11 %

Rango de 16 a 38 años de edad.

TABLA X

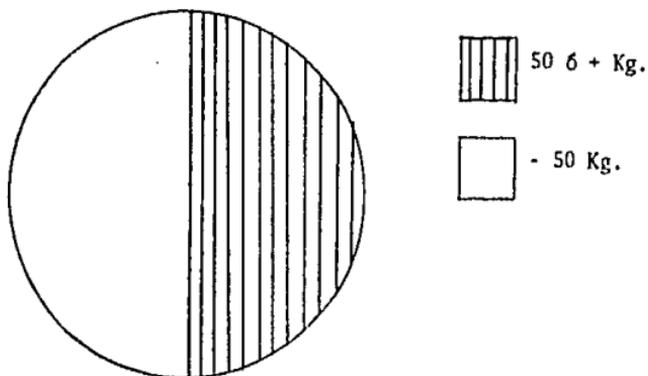
Fuente : Archivo clínico H.G.Z. Puebla

El factor peso, se encontró que 3 pacientes (16.66 %), presentaron un peso menor de 50 kg. Gráfica 5.

Con respecto a la talla, 4 pacientes (22.22 %) presentaron menor de 1.50 mts. Gráfica 6.

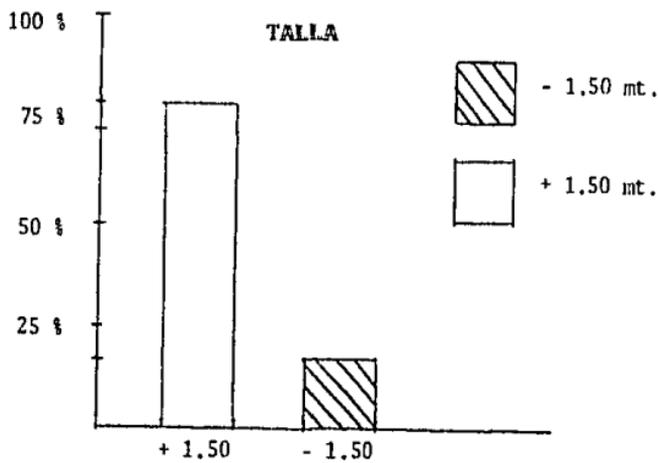
La escolaridad de las madres en este grupo fue en 6 pacientes -- (33.33 %), con primaria completa.

PESO



GRAFICA 5

Fuente.- Archivo Clínico H.G.Z.



GRAFICA 6

Fuente.- Archivo Clínico H.G.Z.

FACTORES DE ALTO RIESGO DE TIPO GENERAL

Factor	No.pacientes	Porcentaje
Edad	12	66.66 %
Peso	3	16.66 %
Talla	4	22.22 %
Escolaridad	6	33.33 %

TABLA XI

Fuente : H.G.Z. Puebla.

Entre los antecedentes de alto riesgo de tipo obstétrico, encontramos a 2 primigestas y cinco pacientes con más de cinco gestaciones sumando un total de 7 (38.88 %).

	No.pacientes	Porcentaje
GESTA Primigesta	2	11.11 %
+ de 5	5	27.77 %

TABLA XII

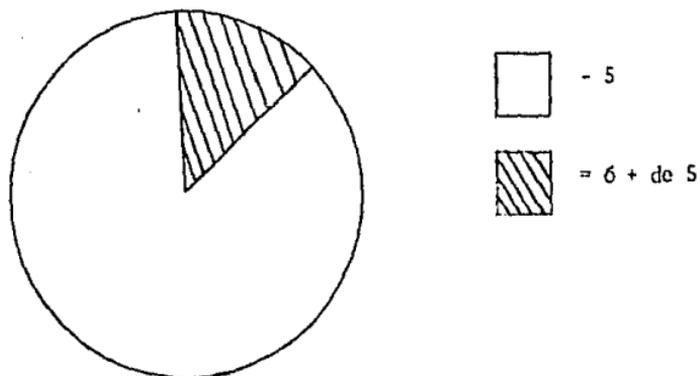
La paridad fue de cinco a más partos en 3 pacientes (16.66 %).

Gráfica 7.

La cesárea previa se encontró en una paciente (5.55 %).

Con respecto al aborto como antecedente solo una paciente presentó aborto repetitivo en tres ocasiones hasta el embarazo actual, aplicándose circlaje cervical y teniendo un producto pretérmino viable.

PARIDAD



GRAFICA 7

Fuente.- Archivo Clínico H.G.Z.

El intervalo intergestacional fue de menos de 13 meses en 4 pacientes y mayor de 6 meses en solo dos pacientes, sumando un total de 6 (33.33 %).

I.I.	No.paciente	Porcentaje
- 13 meses	4	22.22 %
+ 60 meses	2	11.11 %

TABLA XIII

FACTORES DE ALTO RIESGO OBSTETRICOS

Factor	No. pacientes	Porcentaje
Gesta	7	38.88 %
Pará	3	16.66 %
Cesárea previa	1	5.55 %
Aborto	1	5.55 %
Intervalo intergenésico	6	33.33 %

TABLA XIV

Fuente : Archivo clínico H.G.Z. Puebla.

El diagnóstico de envío de pacientes con embarazo de alto riesgo fue el siguiente :

Dx. de envío	H.G.Z.	No.pacientes	Porcentaje
A. de A.	El mismo	4	22.22 %
HTA	El mismo	3	16.66 %
Pretérmino	El mismo	3	16.66 %
Toxemia	El mismo	3	16.66 %
Macrosomía	El mismo	2	11.11 %
Inf. sistémica	El mismo	2	11.11 %
Cirugía pélvica	El mismo	1	5.55 %

TABLA XV

Fuente : Archivo clínico H.G.Z. Puebla.

RESULTADOS

Cuatro pacientes de las enviadas a 2o. nivel, presentaron amenaza de aborto, el cual fue controlado en forma hospitalaria, evolucionando satisfactoriamente.

Dentro del grupo del 2o. nivel, solo una paciente presentó IUU, que evolucionó favorablemente.

En este mismo grupo no se encontró alteración con respecto a la hemoglobina, hematocrito, factor Rh, la toxemia y el V.D.R.L.; - dentro de los parámetros que se manejan en la forma de control prenatal.

Complicaciones obstétricas previas de las pacientes enviadas a 2o. nivel, encontramos a la toxemia en 3 pacientes (16.66 %); -- productos pretérminos en 2 pacientes (11.11 %); y productos macrosómicos en 2 (11.11 %).

COMPLICACIONES OBSTETRICAS PREVIAS

Factor	No.pacientes	Porcentaje
Toxemia	3	16.66 %
Productos pretérminos	3	16.66 %
Productos macrosómicos	2	11.11 %

TABLA XVI

Fuente : Archivo clínico H.G.2. Puebla.

Respecto a factores específicos maternos de alto riesgo, 3 pacientes (16.66 %), presentan hipertensión arterial; no hubo diabéticas ni cardiopatas; solo 2 (11.11 %) con infección sistémica.

FACTORES ESPECIFICOS MATERNOS DE ALTO RIESGO

Factor		
HTA	3	16,66 %
Infección sistémica	2	11,11 %
Cirugía pélvica	1	5,55 %

TABLA XVII

Fuente : Archivo clínico H.G.Z. Puebla.

Respecto a la resolución del embarazo de las pacientes del 2o. - nivel a 9 (50 %), se les realizó cesárea, de éstas, 7 fueron por desproporción céfalo-pélvica, y 1 por posición transversa y sufrimiento fetal agudo el otro, sin repercusión materna y en el recién nacido.

El tiempo del parto se consideró prolongado en 3 (16,66 %), sin repercusión en el producto del embarazo.

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN 2o. NIVEL.

Cesárea	9	50,00 %
Fórceps	2	11,11 %
Parto eutócico	4	22,22 %
T. de P.P.	3	16,66 %

TABLA XVIII

Fuente : Archivo clínico H.G.Z. Puebla.

Paciente Suma de calificación
de factores de alto
riesgo en 2o. nivel.

1	4.5
2	5
3	3
4	5
5	5
6	5.5
7	5.5
8	6
9	6
10	6
11	6
12	6
13	6
14	6.5
15	6.5
16	9
17	10.5
18	14

Rango de factores de alto riesgo es de 4.5 a 14.

$\bar{X} = 6.55$

Moda = 6

Mediana = 9

Desviación Standart = 2.29

Tomando en cuenta a los dos grupos, se presentaron los siguientes resultados de acuerdo a los parámetros mencionados previamente para cada grupo.

Dentro de los factores generales 36 (72 %) pacientes, presentaron como factor de riesgo a la edad; 16 (32 %) al peso; 19 (38%) la talla y 23 (46 %) a la escolaridad.

FACTORES GENERALES DE ALTO RIESGO		
Factor	No.pacientes	Porcentaje
Edad	36	72 %
Peso	16	32 %
Talla	19	38 %
Escolaridad	23	46 %

TABLA XIX

Fuente : Archivo clínico H.G.Z. y U.F.M. No. 1 Puebla.

Respecto a los factores de tipo obstétrico, 26 pacientes (52 %) presentaron el factor gestacional; (18 primigestas y 8 multigestas).

La paridad como factor de riesgo se encontró en 8 pacientes - - (16 %).

En relación a abortos, 6 pacientes habían cursado con más de 2 - abortos, con un porcentaje (12 %).

16 Pacientes (32 %) presentaron cesárea previa.

Y respecto al intervalo intergenésico 15 pacientes (30 %) lo pre

sentaron, (9 con menos de 13 y 6 con más de 60 meses).

FACTORES OBSTETRICOS DE ALTO RIESGO

Factor	No.pacientes	Porcentaje
Gesta	26	52 %
Para	8	16 %
Abortos	6	12 %
Cesárea previa	16	32 %
Intervalo intergenésico	15	50 %

TABLA XX

Fuente : Archivo clínico del H.G.Z. y U.M.F. No. 1 Puebla.

Con respecto a complicaciones obstétricas previas, 3 pacientes (6 %) presentaron toxemia; 3 (6 %) presentaron un parto con producto pretérmino y 2 (4 %) macrosomía sin diabetes subyacente.

COMPLICACIONES OBSTETRICAS PREVIAS

Factor	No.pacientes	Porcentaje
Toxemia	3	6 %
Pretérmino	3	6 %
Macrosomía	2	4 %

TABLA XXI

Fuente : Archivo clínico H.G.Z. Puebla.

En factores específicos maternos de alto riesgo tenemos que dentro de ellos sólo 3 pacientes (6 %), presentaron HTA previa al -

embarazo controlado con antihipertensivos orales y dieta hiposódica; y 2 pacientes (4 %) infección sistémica, sólo una paciente con cirugía pélvica (2 %).

FACTORES ESPECIFICOS MATERNOS DE ALTO RIESGO

Factor	No.pacientes	Porcentaje
IHTA	3	6 %
Infección sistémica	2	4 %
Cirugía pélvica	1	1 %

TABLA XXII

Fuente : Archivo clínico del H.G.Z. Puebla.

Sólo una paciente presentó Hb de 9.5 grs. ya mencionada y que se corrigió con hematinicos, y en total 10 pacientes (20 %) con IVU es importante resaltar que llama la atención el uso de ácido nalidixico en 2 pacientes, y el resto se manejó con ampicilina, -- con remisión de la infección.

Factor	No.pacientes	Porcentaje
Hb. de 9.5 grs.	1	2 %
IVU	10	20 %

TABLA XXIII

Fuente : Archivo clínico U.M.F. No. 1 Puebla.

Se vigiló a las pacientes durante el puerperio correspondiente al puerperio fisiológico, a 9 pacientes en puerperio postparto distócico; y 20 por puerperio quirúrgico.

Encontrándose sin complicaciones durante el puerperio inmediato, mediano y tardío.

Respecto al grado de integración familiar, solo se encontraron - 10 familias (20 %) desintegradas; (madres solteras; 12 (24 %) en unión libre; 6 (12 %), casados por la iglesia, 5 (10 %), por el -- civil y 17 (34 %) casados por la iglesia y por lo civil.

No existe una correlación entre el estado civil ni el grado de - integración familiar como agravante del embarazo.

La higiene y la disposición de excretas fue adecuada.

Dentro de la toxicomanía se identificaron el alcoholismo crónico en 4 cónyuges, 20 con alcoholismo social.

DISCUSION

En nuestra casufstica, diferimos de varios autores puesto que en la población que tomamos como muestra, no hubo complicaciones ni desenlaces fatales, la toxemia que refieren algunos autores como complicación, (6, 8) no se presentó, a pesar de que la población menor de 20 años fue bastante numerosa (25).

La escolaridad en nuestro medio, sigue siendo un factor muy importante, ya que 23 pacientes la presentaron.

El peso y la talla como se ha visto en algunos estudios (Kably) (17), es un factor determinante para la resolución del embarazo, en nuestra muestra suman el 70 % ambos factores, estando en relación con la carga genética.

Respecto a los factores obstétricos a semejanza del autor (Mur Ambe), sigue siendo muy importante el antecedente gestacional y el intervalo dentro de las mismas, lo cual va en relación directa con la edad de la paciente, ya que hubo 18 primigestas y 8 grandes multíparas, atribuible al uso inadecuado o no uso de planificación familiar, lo cual repercute durante el intervalo intergestacional, puesto que 9 de las pacientes presentaron menos de 13 meses y sólo 6 más de 60 meses.

Las cesáreas previas siguen siendo significativas, como antecedente en relación igualmente con la edad de las pacientes en el momento del embarazo, lo que condiciona más frecuentemente desproporción céfalo-pélvica; en este caso en 16 pacientes, lo cual va de acuerdo con (Kamer-Orozco) (17, 18).

La paridad y el aborto fueron en menor proporción, solo 8 y 6 -- pacientes respectivamente.

No presentamos ningún caso de macrosomía, sólo tres causas de -- pretérminos viables, uno de ellos después de aborto repetitivo y con circlaje uterino.

La hipertensión y la infección sistémica, se presentaron en escaso porcentaje, sumando el total de 10 %, y no condicionó compli- caciones al manejo.

Igualmente la anemia ferropriva sólo una paciente con respuesta adecuada al manejo.

Se destaca en este trabajo, la infección de vías urinarias que - ya ha sido revisada en estudios previos, de donde resalta la im- portancia del manejo adecuado de las mismas.

De los diagnósticos de envfo a 2o. nivel, coincidieron con los - efectuados en primer nivel.

CONCLUSIONES

- 1.- El embarazo de Alto Riesgo, es frecuente en nuestro medio.
- 2.- El embarazo de Alto Riesgo, en su mayoría puede ser controlado adecuadamente en primer nivel.
- 3.- La toxemia, debe ser conocida y manejada adecuadamente, en primero y segundo nivel, aunque en esta muestra no se presentó.
- 4.- El embarazo de Alto Riesgo, se presenta en menores de 20 años principalmente.
- 5.- Se debe realizar una penetración más profunda de la realizada hasta ahora, respecto a los métodos de planificación familiar en adolescentes.
- 6.- El Médico Familiar, debe estar capacitado para la identificación temprana de embarazo de Alto Riesgo, e iniciar el manejo multidisciplinario en caso de ameritarlo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arroyo P. Peso esperado para la talla y la edad gestacional. *Gin. y Obst. (Méx)* 1985; 53: 21-30.
- 2.- Atención Materno-Infantil IMSS.
- 3.- Barrios J. Desnutrición materna y su influencia sobre el feto y el recién nacido. *Gin. y Obst. (Méx)* 1982; XXXV: -- 204-263.
- 4.- Duffy T. Transtornos plaquetarios durante el embarazo. - - *Clin. Perin. (E.E.U.U.)* 1982; 2: 231-235.
- 5.- Espinoza A. Glucemia e insulinemia periprandiales durante el tercer trimestre de la gestación. *Gin. y Obst. (Méx)* -- 1984; 52: 281-282.
- 6.- Hernández J. Evolución del método clínico de Johnson y - - Toshach para calcular el peso fetal. *Gin. y Obst. (Méx)* -- 1985; 53: 63-69.
- 7.- Home F. Morbilidad materna, morbimortalidad fetal en Diabetes tipo I y II. *Rev. Col. Obst. y Gin.* 1984; 4: 267-272.
- 8.- Kably A. Embarazo en la adolescente. *Gin. y Obst. y Plan. - Fern. (Méx)* 1983; V: 22-25.
- 9.- Kimhordt J. Valorización de los niveles de calcio y fósforo durante el embarazo y el puerperio. *Gin. y Obst. (Méx)* 1984; 52: 267-272.
- 10.- Maldonado D. Correlación de índices de madurez fetal. *Gin. y Obst. (Méx)* 1985; 53: 185-186.
- 11.- Pazuciño S. Clasificación de embarazo de Alto Riesgo. *Bol. of Sanit. Panam.* 1981; 90: 239-243.

- 12.- Plascencia N. Factores de riesgo en la paciente gran multípara. *Gin. y Obst. (Méx)* 1985; 53: 87-89.
- 13.- Pablos A. Embarazo prolongado y postmadurez: mito o realidad. *Gin. y Obst. (Méx)* 1985; 53: 6-11.
- 14.- Rayburn W. Valoración fetal antes del parto. *Cln. Perin. (E.E.U.U.)* 1980; 2: 335-339.
- 15.- Trejo C. Mortalidad materna en el Hospital de la Mujer de la S.S.A. 1981-1983. *Gin. y Obst. (Méx)* 1985; 53: 69-74.
- 16.- Urdapilleta J. Toxemia Gravídica. *Gin. y Obst. (Méx)* 1978; 136: 271-281.
- 17.- Vasconcelos G. Complicaciones neurológicas en el puerperio. *Gin. y Obst. (Méx)* 1985; 53: 193-197.
- 18.- Villalobos M, Weintraub A. Factores de riesgo de muerte materna en enfermedad hipertensiva del embarazo. *Gin. y Obst. (Méx)* 1985; 53: 91-95.