



**XVIII CONGRESO NACIONAL DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2017**

**“CONTRIBUYENDO A LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE LA MUJER COMO PILAR
DEL DESARROLLO HUMANO”**



CONTROL PRENATAL CON BASE EN LA EVIDENCIA

**DRA. ANA CELIA DIAZ DE URIARTE
MEDICINA MATERNO FETAL
MARZO 2017**

INTRODUCCION

HACE MAS DE UNA DECADA LA OMS PLANTEÓ QUE:

- ◆ Los modelos de control prenatal en uso no han sido sometidos a evaluación científica rigurosa
- ◆ Falta de evidencia dura
- ◆ Dificultad de identificar intervenciones efectivas
- ◆ En los países en desarrollo los programas han sido deficientes, visitas clínicas irregulares largo tiempo de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres



CONSIDERACIONES

- ◆ Las Auditorias, las evaluaciones comparativas de la información, proporcionan una base sólida.
- ◆ Generalmente hay brechas entre la investigación, los datos probatorios, la información de la auditoria, las guías y la practica.
- ◆ Las prácticas tradicionales siguen superando a la aplicación de las revisiones sistemáticas
- ◆ Los clínicos en ocasiones no pueden responder a la evidencia por desconocimiento, disconformidad con las recomendaciones y a barreras locales para su ejecución



MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA MBE

«La MBE consiste en el uso consciente, explícito y **juicioso** de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre la **atención integral de cada paciente**»

Sackett 1996



El foco es el paciente, no solo su enfermedad o proceso, y es preciso identificar , considerar sus derechos, sus principios y preferencias, desde la realización de un diagnóstico efectivo y eficiente hasta la elección de la mejor opción terapéutica

OBJETIVOS A DESARROLLAR

- ◆ Marco referencial de la atención obstétrica
- ◆ Control prenatal
- ◆ Intervenciones durante el embarazo
- ◆ Elaboración de esquemas predictivos
- ◆ Actuando con Enfoque de Riesgo
- ◆ Objetivo final del Enfoque de Riesgo
- ◆ Conclusiones.



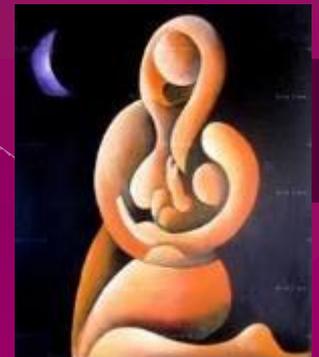
MARCO REFERENCIAL DE LA ATENCION OBSTETRICA.

Alta prioridad a la atención obstétrica.

Magnitud de la atención Prenatal : se sitúa entre las seis primeras causas de consulta en las entidades prestadoras de servicio de salud.

Trascendencia: los daños a la salud materna tienen profundas repercusiones en el bienestar perinatal, en la supervivencia infantil y en el entorno familiar.

Vulnerabilidad: Condiciones biológicas de gran susceptibilidad



MARCO REFERENCIAL DE LA ATENCION OBSTETRICA.

La mortalidad materna e infantil son indicadores de desarrollo de un país.

MM reducir a menos de 35 por 100000 NV

Mortalidad fetal a menos de 5.7 por 1000 NV

Mortalidad perinatal a 9.7 por 1000NV

La Mortalidad materna es una condición de facto para investigación.

Un entorno legal que cobra mayor fuerza y cuya primera pregunta es si recibió la atención adecuada por el personal idóneo y en el lugar de acuerdo a su condición de riesgo.



CUIDADO O CONTROL PRENATAL

Conjunto de intervenciones de alta calidad que se realizan durante el embarazo y que tiene como propósito identificar tempranamente o modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o resultados no deseados en madre y feto o recién nacido.



CONCEPTOS INVOLUCRADOS



- ◆ **Riesgo:** Probabilidad que tiene un individuo o grupo de individuos de sufrir un daño.
- ◆ **Factor de riesgo:** Toda característica cuya sola presencia aumenta la probabilidad de sufrir un daño.



CONSULTA PRENATAL

Consulta brindada, por medico (a), enfermero (a) y licenciado (a) Materno-infantil a la mujer y a su pareja.

En nuestro país se ha incrementado la atención por especialistas, aunque no se ha evidenciado en su totalidad de la eficacia clínica de esta oferta de servicio

Se ha explorado poco sobre la percepción de las pacientes sobre el cuidado que es ofrecido por este personal

INTERVENCIONES DURANTE EL EMBARAZO

1. CONTROL PRENATAL

ANTECEDENTE	Un control prenatal irregular, tardío, y deficiente tienen mayor probabilidad de morbilidad materna, perinatal y neonatal
FRECUENCIA	75-80% de las embarazadas no tienen complicaciones y OMS señala 5 controles mínimos
EVIDENCIA	Incrementa el acceso a un parto en condiciones seguras En un ambiente con personal capaz de abordar condiciones de emergencia obstétrica y atención neonatal calificada

2. PREVENCIÓN DE MUERTES FETALES

ANTECEDENTE	Representa al menos el 60% de todas las muertes perinatales
FACTORES DE RIESGO	Maternos: EMA, obesidad , patologías maternas Sociales: educación y acceso a los servicios de salud
PREVENCIÓN	Acceso adecuado a cuidado obstétrico con búsqueda continua de factores de riesgo

INTERVENCIONES DURANTE EL EMBARAZO

3. PREVENCIÓN DE NACIMIENTOS PRETERMINOS

ANTECEDENTES	<p>% de prematuros 9-10% . Ocurre a expensas de los preterminos tardíos (34 a 36 semanas)</p> <p>75% Contribuye a la mortalidad perinatal</p> <p>Al menos el 50% de las secuelas neurológicas ocurren en preterminos</p> <p>En la mitad de los casos no se conoce la causa</p>
FACTORES DE RIESGO	<p>Estrés social, infección e inflamación, genéticos, problemas de salud que afecta a la madre y/o al feto</p>
INTERVENCIONES	<ul style="list-style-type: none">• Corrección preconcepcional de factores de riesgo• Espacio intergenesico: (espacio menor de 6 meses: 40% de pretermino, 61% de bajo peso al nacer)• Aumento de peso adecuado• Control de infecciones, detección y tratamiento de las IVU• Progesterona• Nifedipina• Uso de calcio y aspirina• Uso de corticosteroides• Evitar los nacimientos electivos antes de las 39 semanas• Manejo de la enfermedad periodontal

INTERVENCIONES DURANTE EL EMBARAZO

4. USO DE UN INSTRUMENTO QUE CAPTE DATOS DE LA ATENCION PRENATAL (Control básico)

ANTECEDENTE	HCP (1983) Permite integrar acciones, contribuye a la toma de decisiones relacionadas con el manejo clínico individual
FRECUENCIA	Su uso debe contemplar los controles, parto, puerperio y las condiciones neonatales (énfasis en el llenado completo)
EVIDENCIA	El procesamiento de los datos fortalece la capacidad de autoevaluación asistencial. Herramienta para investigaciones operacionales.

5. INCREMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO

ANTECEDENTE	Importancia del IMC. El PEG y BPN se asocia con mas riesgo de obesidad central, hipertensión arterial, y enfermedad coronaria en el futuro
INTERPRETACION	IMC \leq 18.5 Bajo peso ----- ganancia esperada 28 a 40 libras IMC 18.6 A 24.9 Peso normal ----- ganancia esperada 25 a 35 libras IMC 25.0 A 29.9 Sobre peso ----- ganancia esperada 15 a 25 libras IMC \geq 30.0 Obesa ----- ganancia esperada 11 a 20 libras
EVIDENCIA	Aumento de la mortalidad materna hasta un 52% cuando el IMC mayor de 25 27% de la mortalidad se ha asociado a IMC \geq 30

INTERVENCIONES DURANTE EL EMBARAZO

6. INMUNIZACIONES

ANTECEDENTES	2005. Toxoide tetánico para la prevención de tétano neonatal 2009. CDC incorpora la vacunación de gripe
SEGURIDAD	Toxoide se aplica si una mujer tiene mas de 10 años de su ultima dosis Gripe o H1N1 Se puede utilizar en cualquier trimestre del embarazo
EVIDENCIA	Esta medida puede reducir en un 100% el tétano neonatal Prevención y efectividad del 63% hasta el sexto mes de vida

7. TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE LOS CASOS DE SIFILIS/VIH

ANTECEDENTES	Prueba obligada de Reagina Rápida en Plasma RPR y prueba VIH
PERIODICIDAD	Efectuarle dos controles en el primer y al inicio del tercer trimestre
EVIDENCIA	Reducción de la mortalidad fetal, abortos y mortalidad perinatal

INTERVENCIONES DURANTE EL EMBARAZO

8. IDENTIFICACION DE MUJERES CON PATOLOGIAS ESPECIALES.

ANTECEDENTES	La asociación de morbilidad materna y neonatal han estado asociada a enfermedades crónicas y/o degenerativas (comportamiento de la muerte materna indirecta)
ACCION ESPECIFICA	Uso de hojas filtro o de clasificación de Riesgo Registros completos Transferencia efectiva entre la atención con componente básico y la atención especializada.
EVIDENCIA	Disminución de resultados adversos si hay detección temprana. Derivación oportuna a los niveles de complejidad de acuerdo a la caracterización de la paciente mejora resultado materno-perinatal. Mayor riesgo de parto prematuro tardío (34 a 36 semanas de gestación hasta un 75% del total de prematuros)

ANTECEDENTES MEDICOS

**SUMAMENTE UTIL LA ASESORIA PRECONCEPCIONAL
PORQUE PERMITE:**

- ◆ **Obtener información para asesorar a la pareja sobre la conveniencia o no del embarazo.**
- ◆ **Asesorar sobre el momento mas apropiado para el inicio del embarazo**
- ◆ **Estudiar la enfermedad sin las limitaciones que impide un embarazo**
- ◆ **Situar a la mujer en las mejores condiciones de salud antes de iniciar un embarazo**

ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y ENFERMEDADES CRONICAS

CARDIOPATIAS

Importancia de la clasificación de Clark y NYHA

Congénita ? Adquirida?

Mortalidad menor al 1%	Mortalidad del 5-15%	Mortalidad 25-50%
<p>Grupo I</p> <p>Defecto septal DAP Enf. Tricuspidea Válvula bioprotésica</p>	<p>Grupo II</p> <p>Estenosis mitral Válvula mecánica Tretatologia de Fallot</p>	<p>Grupo III</p> <p>Hipertensión pulmonar Coartación de la aorta Síndrome de Marfan con compromiso aórtico</p>

Diabetes y embarazo



RIESGOS MATERNOS		RIESGOS FETALES	
Aumento de cesárea	20%	Macrosomia	18 a 40%
Polihidramnios	4%	Hipoglucemia	8 a 22%
Hipertensión Arterial	14.6%	Hiperbilirrubinemia	19 a 35%
Pielonefritis	4%	Malformaciones	6%
		Muerte fetal hasta 3 veces mas el riesgo de sufrirla	

Enfermedad Renal

Enfermedad Renal Leve Creatinina sérica menor de 1.4 mg/dl	Enfermedad Renal moderada Creatinina sérica 1.4 a 2.5 mg/dl	Enfermedad Renal severa Creatinina sérica mayor de 2.5 mg/dl
Buenos resultados obstétricos	Éxito obstétrico entre un 75 y 85%	Alta tasa de complicaciones maternas Anemia, HTA
Proteinuria es el hallazgo que se presenta en un 50%	Deterioro de la función renal, TFG y proteinuria	Mayor riesgo de hemodiálisis
Factor de riesgo se incrementa si hay HTA	55% parto pretermino 31% RCIU	73-75% parto pretermino 57% RCIU

Enfermedad Tiroidea y Embarazo

Hipertiroidismo Complicaciones	Hipotiroidismo complicaciones
Maternas: Agudización de vómitos, diarrea, falla cardiaca congestiva en tirotoxicosis	Maternas: Alta incidencia de Preeclampsia Abruptio placentae Anemia hasta en un 30%
Fetales: <ul style="list-style-type: none">• Abortos• Mortinatos• APP• BPN	Fetales: <ul style="list-style-type: none">• BPN• Mortinatos
Metimazole igual eficacia que PTU Solo 11 casos de aplasia cutis	Levotiroxina , no paso por la barrera placentaria

Hipertensión arterial crónica

REPERCUSION MATERNA	REPERCUSION FETAL
<p>Preeclampsia sobre agregada Falla renal agudo Duplica el riesgo de Abruption de placenta (OR 2.1 IC 95% 1.1 A 3.9)</p>	<p>RCIU Oligohidramnios Triplica el Riesgo de Mortalidad Perinatal (OR 3.4 IC 95% 3.0-3.7)</p>
<p>Alfametildopa: alteraciones del sensorio, alerta.</p> <p>Atenolol : bien aceptados disminuyen el riesgo de HTA severa (OR 0.37 IC 95% 0.26 a 0.56)</p>	<p>Alfametildopa: seguimiento a 7.5 años, los niños no muestran alteraciones de CI</p> <p>Atenolol: Hasta 11.4% de algún grado de afectación. (OR 1.34, IC95% 1.01 A 1.79). Algunos casos de Hipospadias</p>

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Complicaciones maternas			Complicaciones fetales	
HTA	43%	OR 6.8	Aborto	6 a 35%
DM	10%	OR 6.3	Mortinato	0 a 22%
Preeclampsia	30%	OR 5.6	Prematurez	36%
RPM	36%	OR 2.6	RCIU	
Recaidas	5-75%			

OTRAS PATOLOGIAS

CONDICION	COMPLICACION MATERNA	COMPLICACION FETAL
Epilepsia	Recaídas Necesidad de modificación de dosis	Efecto teratógeno de los anticonvulsivantes
Neumopatias	25% Recaídas	RCIU Mortinato
Enfermedades hematológicas: Falciformismo	Ictericia grave Crisis hemolíticas IRA	Mortinato
Anemia	Riesgo dos veces mas parto pretermino	Riesgo tres veces mas para RCIU

OTRAS PATOLOGIAS

- ◆ **Enfermedad Trombo embolica**
- ◆ **Enfermedad Oncológica**
- ◆ **Enfermedad Gastrointestinal**
- ◆ **Trastornos de la Salud Mental.**

La descripción de la enfermedad debe acompañarse de datos adicionales que conlleve establecer el grado de la enfermedad, la medicación y el efecto que el embarazo tenga sobre la enfermedad y esta sobre el feto-placenta,

INTERVENCIONES DURANTE EL EMBARAZO

9. DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA BACTERIURIA SINTOMÁTICA Y ASINTOMÁTICA PERSISTENTE

ANTECEDENTE	Complicación común Bacteriuria asintomática ocurre hasta en un 10% de las gestantes 30% puede desarrollar pielonefritis
DIAGNOSTICO TRATAMIENTO	Detección con tiras reactivas Urocultivos Tratamientos con esquemas recomendados Nitrofurantoina 100 mg cuatro veces al día.
EVIDENCIA	La bacteriuria durante el embarazo esta fuertemente asociada a prematurez, BPN, sepsis y choque

10. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ANEMIA CON HIERRO

ANTECEDENTE	La anemia puede ocasionar un crecimiento fetal deficiente, BPN y nacimiento prematuro
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Hb. menor de 11 gr/dl Anemia severa 120 mg de hierro elemental Anemia moderada 60 mg de hierro elemental
EVIDENCIA	Asociada a BPN, Anemia post-parto, metritis

INTERVENCIONES DURANTE EL EMBARAZO

11. PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA CON CALCIO Y ASPIRINA

ANTECEDENTES	Suele afectar alrededor del 10% de las gestaciones En la región de las Américas representa el 25% de todas las muertes
TRATAMIENTO	Calcio de 1.5 gramos para pacientes con riesgo EHE idealmente antes semana 20 de gestación Aspirina 100 mg a partir semana 12 de gestación
EVIDENCIA	Fuerte evidencia del uso del calcio en mujeres expuestas a riesgo alto de EHE Uso de ASA, Reducción entre el 25 al 34% (62%) en grupos de riesgo

12. DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B

ANTECEDENTES	Por cada 100 colonizadas, habrán dos que se enfermarán o morirán por sepsis
DIAGNOSTICO	Semana 35 a 37 de gestación
EVIDENCIA	La terapia profiláctica iniciada al menos cuatro horas previas al parto reduce la incidencia de infección: Ampicilina 2 gramos IV dosis inicial y luego 1 gramo cada 4 horas hasta el parto

INTERVENCIONES DURANTE EL EMBARAZO

13. OTRAS INTERVENCIONES

Detección , prevención y tratamiento de isoimmunización Rh

Tipo Rh y detecciones de anticuerpos anti Rh. Uso de gammaglobulinas anti D

Detección y tratamiento de la enfermedad periodontal

Control al menos 2 veces en la gestación
Se asocia a BPN, prematuridad

Detección, prevención y manejo de la violencia doméstica, maltrato y depresión

Una de cada 7 mujeres desarrollará depresión durante el embarazo, puerperio y en menores de 30 años

Detección y prevención de la exposición a tabaco, alcohol u otros tipos de adicciones

- Tabaco: RCIU
- Alcohol: síndrome de alcohol fetal
- Heroína y opiáceos: síndrome de abstinencia grave
- Anfetaminas : BPN, Prematuridad
- Cocaína: malformaciones, síndrome de muerte súbita
- Marihuana: RCIU, BPN

INTERVENCIONES DURANTE EL EMBARAZO

14. INTERVENCIONES PARA LA EVALUACION FETAL

Estimación diaria del movimiento fetal	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Medición de la altura uterina	No se recomienda el cambio de la practica (sospechar cuando sea menos de 3 cm en relación a la edad gestacional)
Cardiotocografía fetal	No se recomienda realizar sistemáticamente a las embarazadas la cardiotocografía prenatal (aplica a entornos específicos)
Ultrasonografía o ecografía	Se recomienda una ecografía antes de las 24 semanas de gestación (18-22) calcula la edad gestacional, mejora la detección de anomalías fetales, reduce la inducción del parto por embarazos prolongados.
Doppler de vasos sanguíneos fetales	No se recomienda realizar sistemáticamente la ecografía Doppler a las embarazadas.

ELABORACION DE ESQUEMAS PREDICTIVOS

- ◆ Los programas tienen origen en modelos europeos de principios del siglo XX.
- ◆ Con el avance de nuevas tecnologías y nuevos conocimientos se han venido añadiendo nuevas técnicas al cuidado prenatal.
- ◆ Periodicidad vrs. Intervalo vrs. Contenido de cada control



ELABORACION DE ESQUEMAS PREDICTIVOS

- ◆ HOJAS FILTROS
- ◆ HOJAS DE REFERENCIAS DE ACUERDO A NIVELES DE COMPLEJIDAD PARA LA ATENCION
- ◆ HISTORIA PERINATAL.

Todas estas herramientas se basan en estudios observacionales y epidemiológicos que tienden a demostrar que aquellas mujeres que reciben cuidados prenatales tienen mas baja mortalidad y morbilidad.

Y otros que tienden a demostrar asociaciones fuertes entre una condición de riesgo y los resultados materno-perinatales.

ACTUANDO CON ENFOQUE DE RIESGO

SE BASA EN:

- **HISTORIA CLINICA**

Generales de la paciente

Nivel de consanguinidad

antecedentes Heredofamiliares, Personales Patológicos

Ginecoobstetricos, descripción del embarazo actual

- **EXPLORACION FISICA**

- **EXPLORACION COMPLEMENTARIA**

- **EVALUACION DE RIESGO**

- **DESARROLLO DE ACTIVIDADES PROMOTORAS DE SALUD.**

- **REALIZACION DE INTERVENCIONES MEDICO-SOCIALES**

ELEMENTOS QUE CONFORMAN UNA CONSULTA PRENATAL

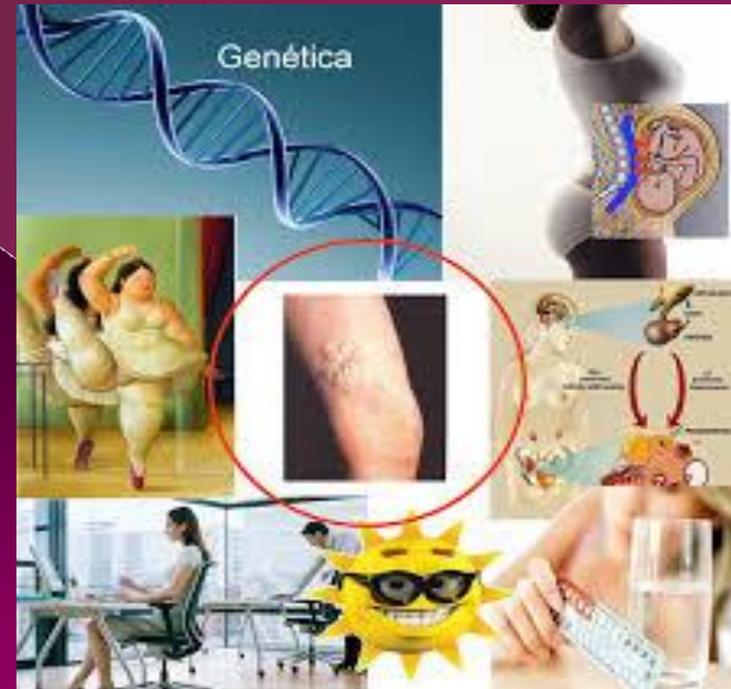
- ◆ **Conocimientos técnicos**
- ◆ **Conocimientos de las guías de atención.**
- ◆ **Voluntad**
- ◆ **Planificación y ordenamiento**
- ◆ **Involucramiento**
- ◆ **Compromiso**
- ◆ **Discrecionalidad**
- ◆ **Ética**
- ◆ **Relación empática**
- ◆ **EVALUACION DE RESULTADOS**



ACTUANDO CON ENFOQUE DE RIESGO

Identificación de los factores de riesgos

- ◆ Biológicos
- ◆ Obstétricos
- ◆ Psico-sociales



BIOLOGICOS

- ◆ **Edad** : mayor de 35 años: riesgo de cromosomopatía (tasa estimada para 33 años es 3.2 por 1000 nv ; para 35 años, 5.6 ; para 39 años ,12.4 y para 41 años 20 por 1000 nv).

Adolescencia (menor de 19 años) Anomalías multifactoriales

- ◆ **Estatura** : menor de 1.40 mts
- ◆ **Peso**: (IMC Menores de 19 y mayores 30 kg/m²)



- ◆ **Tipo sanguíneo**: isoinmunizacion Rh
- ◆ **Consanguinidad** : es importante en las enfermedades autosómicas recesivas, ya que tienen mas probabilidad de compartir el mismo alelo mutante. Las uniones progenitor-descendiente o entre hermanos tienen un riesgo elevado, porque el 50% de sus genes son iguales.

OTROS ELEMENTOS A INVESTIGAR

- ◆ **Hábitos nutricionales: tipo de ingesta, dietas vegetarianas.**
- ◆ **Ejercicios físicos**
- ◆ **Deportes : amateur o de alto rendimiento y tipo de deporte.**
- ◆ **Relaciones sexuales**
- ◆ **Costumbres de uso de saunas de cualquier tipo**
- ◆ **Presencia de mascotas en el hogar**

Examen físico

- ❑ **Constantes generales: peso, talla, presión arterial, estado nutricional.**
- ❑ **Descripción de su estado general.**
- ❑ **Examen físico topográfico y por sistemas: bucodental, cuello, tórax: pulmones y corazón abdomen, musculo esquelético, piel.**
- ❑ **Examen ginecológico**



Laboratoriales



- ◆ HEMOGRAMA
- ◆ TIPEO SANGUINEO
- ◆ VDRL
- ◆ GLUCOSA
- ◆ VIH
- ◆ EXAMEN GENERAL DE HECES, Y ORINA
- ◆ TOMA DE CITOLOGIA

**EXAMENES DE ACUERDO A FACTOR DE RIESGO.
PFH, PFR, PERFIL LIPIDICO, PERFIL INMUNOLOGICO.**

Laboratoriales



- ◆ HEMOGRAMA
- ◆ TIPEO SANGUINEO
- ◆ VDRL
- ◆ GLUCOSA
- ◆ VIH
- ◆ EXAMEN GENERAL DE HECES, Y ORINA
- ◆ TOMA DE CITOLOGIA

**EXAMENES DE ACUERDO A FACTOR DE RIESGO.
PFH, PFR, PERFIL LIPIDICO, PERFIL INMUNOLOGICO.**

OBJETIVO FINAL DEL CONTROL PRENATAL

- ◆ **BUSQUEDA DE FACTORES DE RIESGO**
- ◆ **HISTORIA CLINICA**
- ◆ **EXAMEN FISICO**
- ◆ **LABORATORIALES**

◆ **CON RIESGO**

**REFERENCIA Y TRABAJO
EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO**

◆ **SIN RIESGO**

**RECOMENDACIONES
REFORZAMIENTO EN
PRACTICAS
SALUDABLES**

OBJETIVO FINAL

1. Quien ofrecerá el control prenatal ?
2. Donde lo recibirá?
3. Con que frecuencia deberá ser evaluada ?
4. Modificación de tratamiento ?
5. Momento del parto
6. Lugar del parto
7. Vía del parto
8. Prever complicaciones
9. Seguimiento post-parto



CONCLUSIONES



- ◆ El embarazo es cambiante anatómica, fisiológica y emocionalmente
- ◆ En cada visita debemos preguntarnos si hay presencia de factores de riesgo no advertidos o que se presentan por primera vez.

El enfoque de riesgo debe ser visto mas allá de una estrategia de atención por niveles.

- ◆ Ningún modelo sustituye una historia clínica elaborada concienzudamente.

Bibliografía

- ◆ Ratcliffe J. The costs of alternative types of routine antenatal care for low risk women. Journal Health Service Policy .Scotland JUL2008.
- ◆ Crasy Robert, Resnik R. Maternal Fetal Medicine, 5ª. Edic. 2015.
- ◆ Morris JM Sistematic review corner Evidence-based Obstetric and Gynecology 2000 March 2(1):27-28
- ◆ De Swiet M: Maternal Mortality from Heart disease in pregnancy. Br HeartJ 69:524. 1998
- ◆ Cifuentes R Ginecologia y Obstetricia basadas en evidencia. Proyecto GOBE 2010.
- ◆ Guidelines for Vaccinating Pregnant Women. CDC 2013
- ◆ Dowswell T. Carroly G. Duley, et al Alternative versus estándar packages of antenatal care for low risk pregnancy. Cochrane database of Sistematic Reviews 2010.



XVIII CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2017

“CONTRIBUYENDO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER COMO PILAR DEL DESARROLLO HUMANO”



MUMTAZ MAHAL



ISABEL DE PORTUGAL



FRIDA KAHLO



M. P.