

11226
25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6

*ANALISIS DE LA CALIDAD DE ATENCION MEDICA
DURANTE EL CONTROL PRENATAL EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6*

29/7/27

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. JAVIER CARRASCO PELAEZ

ASESOR:

DR. ALBERTO APARICIO ROSAS

JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA



IMSS

PUEBLA, PUE.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por brindarme la vida, una familia, amigos y profesión maravillosa.

A MIS PADRES:

FLAVIA PELAEZ ROJAS †

FLORENCIO CARRASCO HERRERA †

Que con su apoyo, amor y como un homenaje a sus esfuerzos e ilusiones.

A MI ESPOSA:

LOLI NUÑEZ GONZALEZ

Que con su esfuerzo, apoyo y comprensión concluyó conmigo esta Especialidad.

A MIS HERMANOS, CUÑADOS Y SOBRINOS:

Gracias por su apoyo y colaboración en mis estudios.

A MI JEFE DE ENSEÑANZA:

DR. ALBERTO APARICIO ROSAS

Con respeto y admiración por su enseñanza y dedicarme tiempo a la elaboración de esta tesis.

AL DR. ALBERTO ORTEGA

Por su colaboración y dedicarme tiempo en la elaboración.

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	MATERIAL Y METODOS	12
III.	RESULTADOS	13
IV.	DISCUSION	22
V.	CONCLUSIONES	23
VI.	SUGERENCIAS	24
VII.	BIBLIOGRAFIAS	25

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN PUEBLA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**TITULO:
ANALISIS DE LA CALIDAD DE ATENCION MEDICA DURANTE EL
CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD MEDICO FAMILIAR No. 6**

**INVESTIGADOR:
DR. JAVIER CARRASCO PELAEZ**

**ASESOR:
DR. ALBERTO APARICIO ROSAS
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA**

INTRODUCCION

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Desde que se promulgó la Ley del Seguro Social en 1943 una de las actividades más importantes de los Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS ha sido proteger a la población materno infantil, es decir, a las mujeres de 15 a 49 años de edad y a los niños menores de 5 años. Lo anterior se estableció en el seguro de maternidad y en el derecho del cónyuge y los hijos del asegurado a los servicios institucionales. El programa de salud Materno-Infantil del IMSS busca el ordenamiento y sistematización de las actividades relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio, con el cuidado y crecimiento del niño, objetivo de este programa es disminuir la Morbimortalidad específicamente del grupo materno infantil mediante mejores condiciones y coberturas con oportunidades, calidad de atención y eficiencia de las acciones. Se guía esta por tres principios.

Estrategia de riesgo en la organización de los servicios.

Incorporación de análisis epidemiológicos en el estudio de morbilidad.

Énfasis para la administración para la vigilancia y evaluación preventiva.

En el proceso de atención Materno-Infantil se enfatiza en la atención prenatal como se manifiesta en el manual de normas y procedimientos en obstetricia. El objetivo del programa de control prenatal es asegurar que cada embarazo deseado culmine con el parto de un producto sano sin afectar la salud de la madre. (1,2)

En la literatura médica sobre el tema no hay consenso sobre el número o contenido mínimo o ideal de consulta prenatal y se ha cuestionado que la asociación de entre el número de consultas prenatales y el bajo peso al nacer sea causal, en vista de que la mayoría de las investigaciones no controlan el proceso de autoelección, debido tanto a las características favorables para la reproducción como a la mayor accesibilidad a los servicios de salud, las asociaciones informadas se refieren más a las condiciones de búsqueda de atención que a la atención mínima en la actualidad la utilización de los servicios de atención prenatal se han documentado ampliamente la influencia de la edad, la escolaridad, el trabajo y el estrato social, lugar de residencia, estado civil y la derechohabencia a la seguridad social entre otros factores. (1,2)

Se calcula que en 1987 el 97% de las mujeres derechohabientes del IMSS que terminaron su embarazo en parto, recibieron al menos una vez atención prenatal con personal institucional, desafortunadamente no se tienen datos precisos sobre el impacto de atención prenatal sobre la morbimortalidad perinatal, pero existen indicios de que la pobre vigilancia del embarazo asocia a los daños de la salud. (3)

Cada día cobra más importancia en la práctica de la medicina la vigilancia de la mujer embarazada durante el desarrollo del embarazo, la medicina preventiva es la más efectiva en la que podemos aspirar y esto hace importante la vigilancia prenatal ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien que al sucedar esto sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madre y productos más sanos y abatir las tasas de morbimortalidad materna infantil. (3)

Desde 1540 hubo ya autores que hicieron notar alguna importancia acerca de la evolución del embarazo, pero fue hasta en el año de 1901 en que BALLANTINE enfatizó la importancia de la vigilancia prenatal, sin embargo en nuestro país son muchas las madres que no son atendidas por personal médico en ningún momento de la gestación y mucho menos aún las que teniendo complicación reciben atención médico especializado. (4)

En los últimos años en nuestro país se han logrado grandes adelantos de estudios en pacientes embarazadas, fisiopatogenia, diagnóstico y tratamiento en enfermedades propias y con contaminantes, estos avances han permitido que la atención prenatal en donde madres y productos culminen en buen estado general y condiciones aptas para enfrentar la vida, de esta forma la atención prenatal permite informar a la embarazada acerca de las medidas para evitar este tipo de riesgo a ambos. Todo este arsenal puede ser utilizado en la atención prenatal para impedir el nacimiento del producto con daño severo e irreparable que habrán de afectar tanto a ellos como a su núcleo familiar.

En general podemos definir la atención prenatal como el procedimiento clínico y paraclínico así como educacional mediante el cual se busca evitar el mayor riesgo posible de afección a la madre y el producto por cualquier proceso fisiopatológico.

La primera visita al médico. (4,5)

Las condiciones patológicas pueden sucitarse en todo el curso del embarazo y por tanto el primer trimestre es trascendental para el desarrollo del producto ya que se realizará la embriogenesis y organogenesis y son

muchos los factores externos y ambientales que pueden dañar al producto de la concepción, por esto es importante que la embarazada acuda al médico en cuanto sospeche estar embarazada, también es importante que las parejas que deseen un embarazo, acudan a su médico familiar para que él obtenga datos de importancia de la salud materna antes del embarazo y conocer factor de RH y la posibilidad de isoimmunizar materno-fetal e incluso detectar posibles riesgos para el producto, en esta visita es importante hacer una historia clínica completa y detectar si hay datos de importancia que pueda afectar al embarazo.

**ESTADO GENERAL DE SALUD DE LA MADRE
TIEMPO DE EVOLUCION DEL EMBARAZO
PADECIMIENTOS MATERNOS INDEPENDIENTES DEL EMBARAZO
PADECIMIENTOS MATERNOS QUE SE AFECTAN O AFECTAN AL
EMBARAZO
FACTORES DE RIESGO PARA LA MADRE Y EL PRODUCTO**

De acuerdo a lo anterior se deberá establecer el pronóstico y las condiciones complementarias del estudio clínico y paraclínico así como el tratamiento necesario. (6,7).

También de ser posible de todos los datos de la primera consulta puede desprenderse la posibilidad y necesidad de consulta con otros especialistas y de estudios paraclínicos teniendo en cuenta que algunos de estos pueden ser nocivos para el producto.

ESTUDIOS PARACLINICOS DE LA PRIMERA CONSULTA (7)

Se solicitarán todos los estudios tanto de laboratorio como de gabinete para cualquier duda, es conveniente determinar de rutina, VDRL y RH-GRUPO, PERFIL TORCH, la cual permitirá determinar o detectar tempranamente Isoimmunización Materno-Fetal de sífilis, toxoplasma, etc.

DENTRO DE LAS POLITICAS DEL REGLAMENTO DEL IMSS PARA LA ATENCION PRENATAL

Promoverán la participación activa de la población en el cuidado de la salud.

Otorgarán los servicios con amabilidad, cortesía y elevado sentido humano.

DENTRO DE LAS BASES LEGALES

Refiere a la embarazada de alto riesgo a otro nivel de atención de acuerdo con los factores de riesgo y/o daños presentes y con criterios de atención y referencias señalados en normas y procedimientos vigentes.

Cuando se requiere envío a segundo nivel se continua con su medico familiar.

Elabora la solicitud de interconsulta 4-30-8, la entrega a la asistente médica para recabar el visto bueno del Jefe del Departamento Clínico de Medicina Familiar y la Vigencia de Derechos.

Refiere a las embarazadas de bajo riesgo con la enfermera de atención materno infantil (EMI) para su vigilancia y educación desde la segunda visita prenatal, en la MFO 6 notas médicas, anota las indicaciones específicas a cumplir, se anexa las solicitudes para exámenes de laboratorio.

El médico familiar continua la vigilancia de la embarazada que la envía a la enfermera Materno Infantil cuando se presentan signos de alarma y/o tengan 35 SDG.

Continua con la vigilancia de la paciente de alto riesgo cuando ésta no requiere envío a otro nivel de acuerdo a los criterios de atención y referencia, también continua la vigilancia de la embarazada.

A las 18.31 semanas de gestación glicemias de control, BHC y EGO.
Ultrasonido de acuerdo al criterio médico.
Entre las 24 y 31 semanas de gestación glicemias.

Envía a la embarazada a medicina preventiva para aplicación de toxoide tetánico de acuerdo al criterio de los coordinadores de salud comunitaria y el servicio de estomatología para el cuidado de la salud bucal.

promueve desde el inicio del control prenatal la aceptación de un método de planificación familiar en el postparto.

Promueve los beneficios de la lactancia materna y la importancia para acudir a la vigilancia puerperal en los siguientes siete días después del parto.

Expide a la embarazada la incapacidad en la semana 34 (42 días antes de la fecha probable de parto).

Envía a trabajo social a todas las embarazadas a partir de la segunda consulta para pláticas prenatales y odontología.

DENTRO DE LAS BASES LEGALES

Ley General de Salud, Artículo 2º. Fracción II, III, IV y V, Artículo 3º. fracción I, III, IV, IX, Artículo 6º. fracción I, VI, VII, Artículo 23, Artículo 32, Artículo 33 fracción Y

Ley del Seguro Social Artículo 2 y 240 fracción II y VII.

Proyecto de la Norma Oficial Mexicana N.O.M. 007 SSA 2 1993 atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido.

Según el programa oficial del IMSS y con el cual el médico familiar deberá registrarse dice:

En la primera consulta el médico familiar deberá:

- Confirmar el diagnóstico
- Identifica y valora los factores de riesgo obstétricos mediante el interrogatorio y exploración física.
- Califica el grado de riesgo obstétrico y perinatal y lo registra en la MF-5 en el recuadro de antecedentes enunciados como factores de riesgo.
- Cuando la calificación es alta se determina el embarazo de alto riesgo, se registran demás factores de riesgo y daños más importantes que lo respalden.
- Solicita en la MF-8 los exámenes de laboratorio y biometría hemática completa, examen general de orina, glicemias, VDRL, grupo y RH, virus de la inmunodeficiencia humana (cuando haya factores de riesgo).
- Cita a la paciente a los ocho días para valorar los resultados de laboratorio.

CONSULTA SUBSECUENTE

- Vigila, identifica y control en cada consulta los factores de riesgo y valora los resultados de laboratorio de acuerdo a la semana de gestación.
- En caso necesario de presentar patología registra el diagnóstico y el tratamiento de la sección de valoración clínica e indicaciones médicas así como citas subsecuentes.

- Otorga a la embarazada cita médica cada mes pero si es necesario en menor tiempo posible.
- A partir de la semana 36 de la gestación se citará cada 7 días.
- Cuando no envía a la embarazada con la EPH en la consulta de la semana 36 de gestación requisitada en la 4-30-8 "Solicitud de interconsulta", la entrega a la asistente medica para los trámites correspondientes y posteriormente se le proporciona a la embarazada cada 7 días hasta el inicio del trabajo de parto le indica a la paciente que acuda a la consulta con hoja 4-30-8 en la cual se le actualiza.
- Registra en la forma 4-30-6 control e informe de la consulta externa las actividades realizadas de acuerdo al instructivo vigente para el riesgo, codificación y captura las actividades de vigilancia materno infantil.
- Comunica a los asistentes médicos la asistencia de la embarazada (8).

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Analizar los factores técnicos-médicos que intervienen en la calidad de la atención durante el control prenatal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar la relación que existe entre el número de consultas prenatales ideales y el número de consultas reales otorgadas por el medico familiar a la embarazada.
- 2.- Identificar si en cada consulta le toman la tensión arterial peso, talla, y altura uterina.
- 3.- Identificar prescripción de medicamentos durante las primeras 14 semanas del embarazo.
- 4.- Conocer se citó a los 8 días a la paciente una vez que se confirmó el diagnóstico.
- 5.- Determinar el riesgo productivo y el momento de referencia al segundo nivel de acuerdo a las normas del control prenatal.
- 6.- Identificar la frecuencia con que se realizan medidas preventivas básicas durante el control prenatal (Toxoide tetánico, Odontología y Orientación Educativa de Trabajo Social) de acuerdo a las normas institucionales.
- 7.- Verificar si la atención prenatal es placentera como para motivar a la embarazada que regrese a su próxima consulta.
- 8.- Verificar si el medico familiar realiza exámenes de laboratorio como lo indican las normas institucionales.
- 9.- Conocer si la embarazada de bajo riesgo es enviada a EMI.
- 10.- Conocer si la embarazada de bajo riesgo en el último mes es enviada a E.P.H. para detección de complicaciones.

HIPOTESIS

La calidad de atención adecuada prenatal tempranamente son factores importantes para reducir en forma importante en el índice de morbimortalidad perinatal.

JUSTIFICACION

La mortalidad perinatal es considerada actualmente como valioso indicador de cobertura y calidad de los servicios médicos de la atención Materno-Infantil, representa un parámetro negativo evidente de la calidad de atención que se otorga en nuestra unidad Médico Familiar.

A pesar del enfoque institucional dirigido a los Médicos Familiares a identificar factores de riesgo para lo cual se cuenta con programa de atención a la mujer embarazada y al niño, con esto se esperaría observar disminución de la tasa de mortalidad perinatal, a la fecha lo logrado es mínimo ya que esto se observa en la siguiente tabla de mortalidad reportada en 1988 a 1991 en las delegaciones abajo mencionadas.

MORTALIDAD PERINATAL DEL IMSS

Delegación	1988	1989	1990	1991
No. 1 Valle de México	22.58	10.89	11.48	15.5
No. 2 Valle de México	18.98	38.66	36.90	36.90
Puebla	25.73	23.46	24.68	22.7
Zacatecas	26.00	22.38	19.94	20.46

Con las estadísticas mencionadas nos motiva a identificar los aspectos más importantes de calidad de atención proporcionadas a las embarazadas de esta Unidad Médico Familiar a través de un estudio retrospectivo registrado en las notas previas de atención a la embarazada.

En esta Unidad Médica se harán los registros y así tratar de concientizar a los médicos a dar mejor atención prenatal para disminuir las tasas de mortalidad, esto sugiere acciones específicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.- En la Delegación del IMSS de Puebla la mortalidad perinatal se encuentra por arriba del promedio nacional institucional además ocupa el primer lugar en cuanto a la mortalidad hospitalaria en 1991 se reporta la mortalidad en 22.7% de 1000 nacidos vivos.
- 2.- De los tres momentos de la atención perinatal como son control prenatal, atención del parto y atención del recién nacido.

La atención prenatal es el primer nivel de operación, es importante ya que incluye aspectos de la estructura y el proceso que actualmente aún son motivos de controversia.

- 3.- Se han identificado factores que contribuyen a la mortalidad perinatal como son: Socioeconómicos, Escolaridad, Biológicos y Patológicos en relación a la madre y agregamos como factor relevante el nivel sociocultural.
- 4.- La pregunta planteada es ¿cuál es la calidad de atención proporcionada en la etapa prenatal? ¿Se proporciona con calidad y calidez?
- 5.- La información resultante en esta investigación será base muy importante para hacer sugerencias y así mejorar el nivel de atención a la embarazada derechohabiente, generar hipótesis con la finalidad de disminuir la morbimortalidad perinatal.

MATERIAL Y METODOS

Se efectuará un estudio Observacional, Descriptivo, Retrospectivo y Transversal del mes de Agosto a Noviembre de 1996 de todas las embarazadas en control prenatal de todos los consultorios de la Unidad Médico Familiar No. 6 del turno Vespertino que cumplan con los siguientes requisitos.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las embarazadas en control prenatal.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

Embarazadas que no hayan acudido a control prenatal.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes que dejen de asistir al control prenatal por cualquier causa.

SELECCION DE LA MUESTRA

Se estudiarán a todas las embarazadas registradas en el archivo de la U.M.F. No. 6 en el periodo mencionado.

Se aplica una cédula de encuesta a todas las embarazadas que reúnan los criterios por el Investigador responsable.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

De los datos obtenidos se ordenarán, clasificarán y analizarán y se presentarán en cuadros y gráficas con medidas de tendencia central y dispersión en caso necesario.

RECURSOS

MATERIALES: Papel, pluma por el investigador responsable.

HUMANO: Investigador responsable, asistentes médicos.

RESULTADOS

En los resultados del presente estudio la muestra real fueron 59 pacientes, siendo 18 pacientes de primera vez a 41 pacientes subsecuentes. Gráfica 1.

Uno de los parámetros importantes en nuestro estudio es el número de consultas prenatales que se les otorgó a cada embarazada, de las 59 pacientes se otorgaron 204 consultas reales, contra el número de consultas ideales deberán tener de acuerdo a la normatividad 296. Ver Gráficas 2 y 3.

De todas las pacientes recolectadas en el estudio 3 tienen historia clínica, 56 pacientes no tienen estas debido a que en la Unidad Médico Familiar no se obliga al Médico a realizarlas. Ver Gráfica No. 4.

La confirmación del diagnóstico en la primera consulta se efectuó en 32 pacientes, ver gráfica No. 5.

La tensión arterial se registró en el 100% de las pacientes gráfica No 6

No todas las pacientes se citan a los 8 días posteriormente a la confirmación del diagnóstico.

La toma de la tensión arterial se registraron en 41 pacientes acostadas, 13 tomas sentadas y 4 tomas paradas. Gráfica No. 7

El peso se registró en las 100% pacientes consultadas. Ver gráfica 8.

La talla se registró en el 100% de las pacientes, gráfica 9.

Se efectuó glicemias de control en 45 pacientes, a 14 pacientes no se les ve. Gráfica 10.

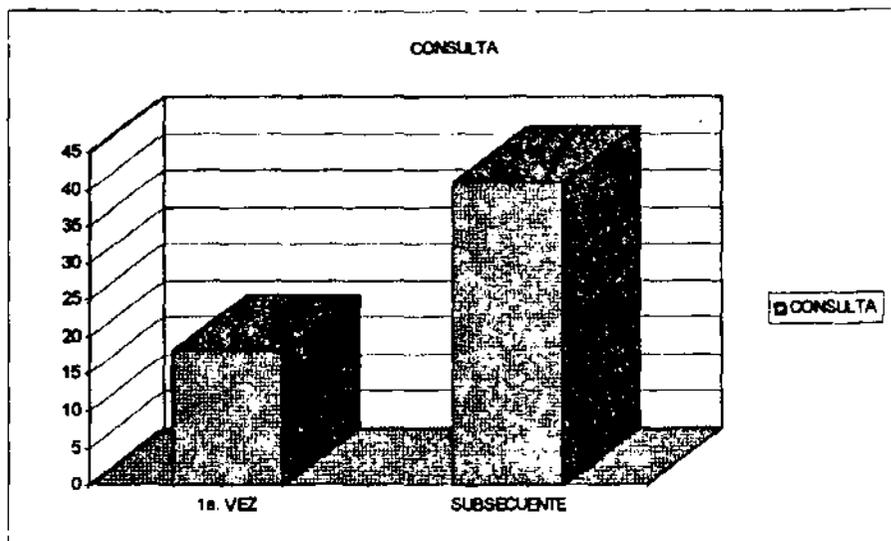
Se efectuaron 43 controles de exámenes generales de orina, a 14 pacientes no se les efectuó. Gráfica No. 10.

De todos los expedientes revisados solo se encontró con las solicitudes sin resultados.

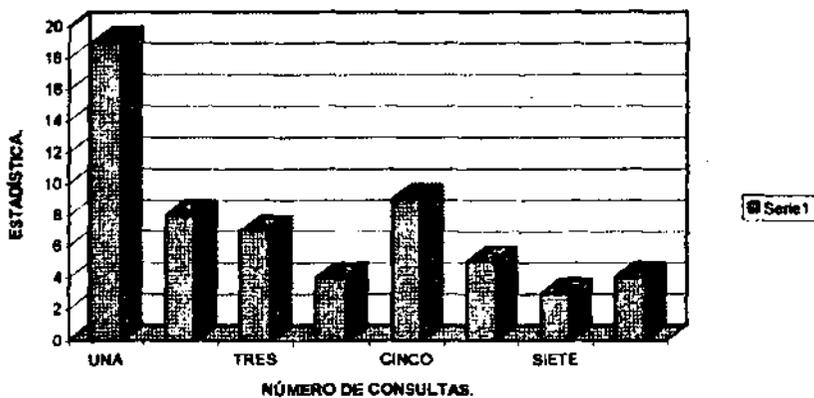
A 36 pacientes si se les aplicó Toxoide Tetánico sin embargo a 23 pacientes, no. Gráfica No. 11.

A 29 pacientes se les administró hierro y ácido fólico y 30 pacientes no han recibido estos medicamentos. Gráfica 12.

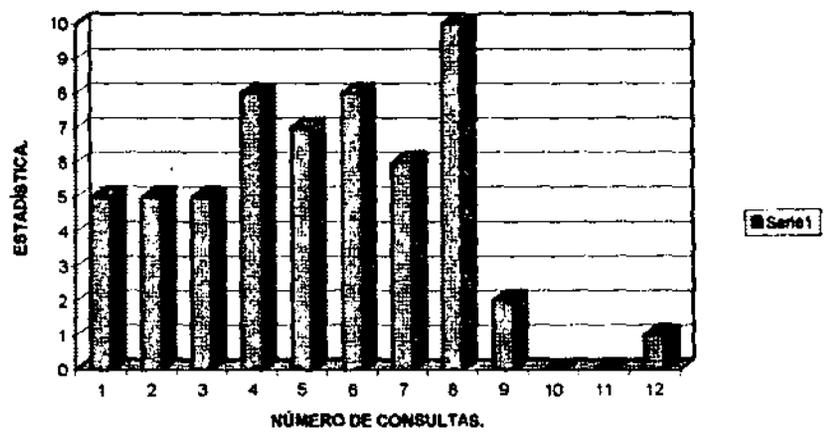
Este documento nos presenta las estadísticas obtenidas en 59 encuestas a pacientes; por la cédula de encuesta protocolo de investigación: análisis de la calidad de la atención durante el control prenatal. UMF No. 6.



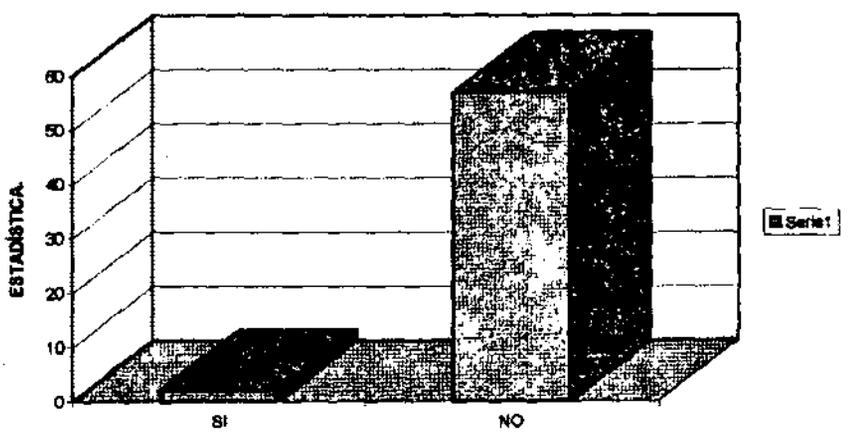
CUANTAS CONSULTAS TIENE DE EMBARAZO ACTUAL.



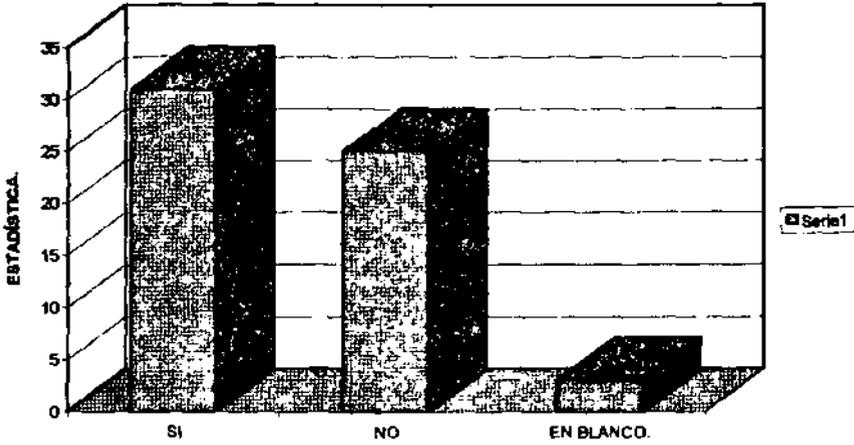
CUANTAS CONSULTAS DEBE DE TENER IDEALMENTE.



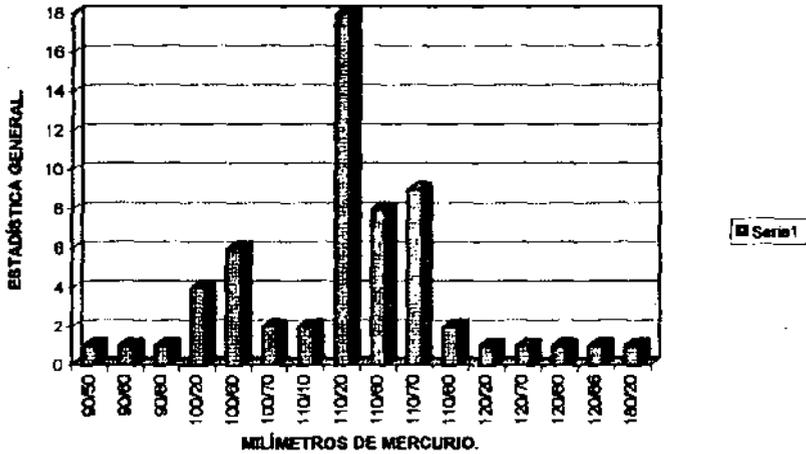
TIENE HISTORIA CLÍNICA.



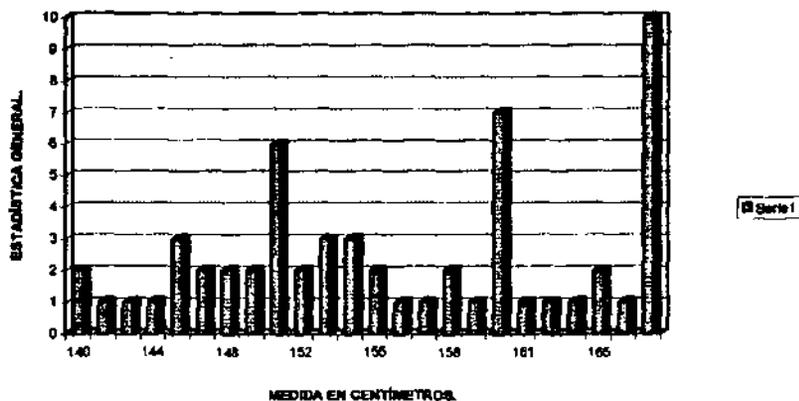
EN LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL CONFIRMA EL DX



TENSIÓN ARTERIAL

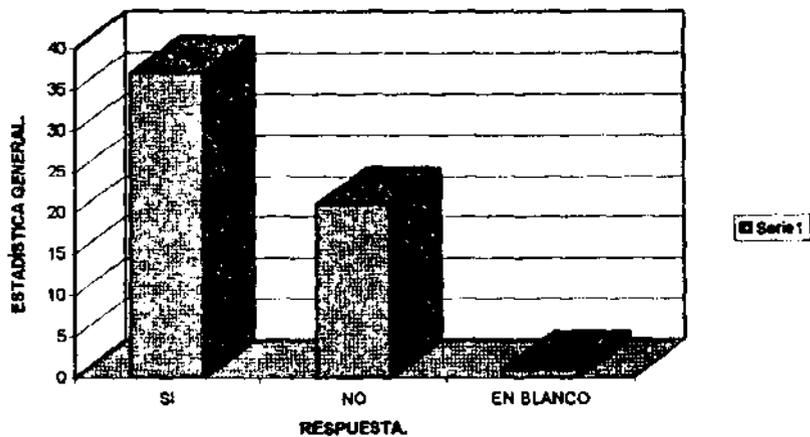


TALLA

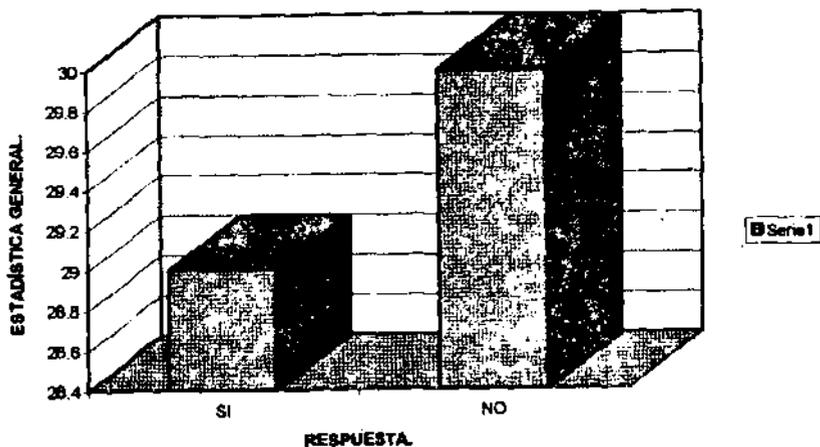


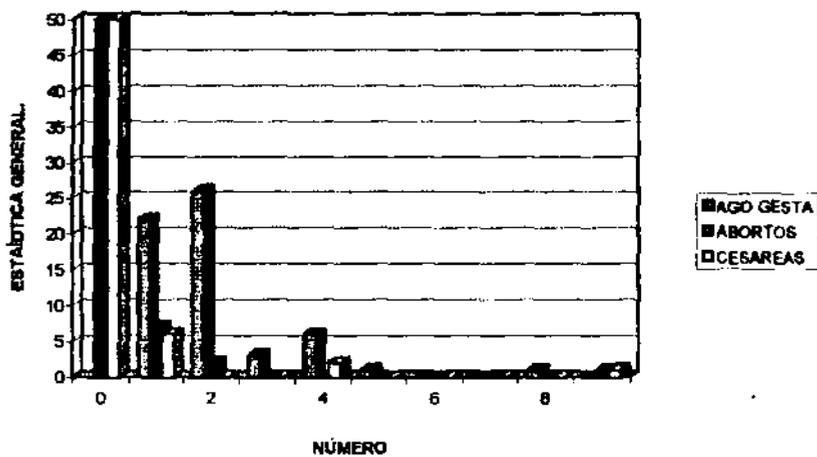
ESTE LIBRO NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

APLICACIÓN DE TOX. TETÁNICO.



PRESCRIPCIÓN PROFILÁCTICA DEL HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO.





DISCUSION

- De los resultados obtenidos se observa que hay diferencia entre la consulta real y la ideal de 9 a 13 como lo establece la normatividad, haciendo hincapié que no se cumple con las citas a los 8 días de efectuado el diagnóstico.
- En 3 pacientes de 59 pacientes se reporta historia clínica, esto debido a que no exige en forma obligatoria
- La confirmación del diagnóstico en la primera consulta fue de 6 pacientes probablemente debido a que la paciente ya no acudió al laboratorio y por lo tanto no se presentó a su control prenatal.
- La toma de tensión arterial ideal es sentada encontrando que a 42 pacientes se les tomó acostadas y no como lo refieren los textos que la forma ideal es sentada.
- El peso y la talla se encontró reportada en las 59 pacientes.
- En cuanto a los resultados de laboratorio solo 45 pacientes se presentaron para realizárseles dichos exámenes, el resto no acudió por causas inherentes a ellas.
- De las 59 pacientes solo 36 de ellas tienen reportado la aplicación de toxoide tetánico, el resto de ellas se ignora la causa de que no se les aplicó y también se desconoce si tienen la segunda dosis de toxoide tetánico.
- Solo 29 pacientes se les administró hierro y ácido fólico las 30 restantes se ignora el porque no se les administró.

CONCLUSIONES

- 1.- De las 59 pacientes 18 fueron de primera vez y 41 pacientes subsecuentes.
- 2.- No recibieron control prenatal ideal 26, real 36 pacientes.
- 3.- No se efectuaron historias clínicas.
- 4.- Sólo en 32 pacientes se confirmó el diagnóstico en la primera consulta.
- 5.- Las tomas de la tensión arterial, el registro de peso y talla se realizó en todas las pacientes.
- 6.- Las tomas de tensión arterial fueron tomadas en 44 pacientes acostadas, idealmente se deben tomar sentadas y solo en 15 pacientes registró en esta posición.
- 7.- En solo 45 pacientes de 59 se reportaron exámenes de laboratorio como lo son: Glicemias y Exámenes Generales de Orina.
- 8.- En sólo 36 pacientes se registró la aplicación de Toxoide Tetánico y el resto se desconoce la causa de no ser administrado.
- 9.- A 29 pacientes se les administró hierro y ácido fólico, en 30 pacientes no se les indicó ningún otro medicamento.

SUGERENCIAS

- 1.- Que todos los Médicos Familiares conozcan las bases legales de atención a la embarazada del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.- Promoción por parte de los Jefes del Departamento Clínico de los Médicos Familiares para dedicarles más tiempo a la consulta de embarazadas.
- 3.- Citar a la embarazada a consulta según las normas del Instituto.
- 4.- Brindarle al Médico Familiar más recursos y libertad en los exámenes de laboratorio y de gabinete para mejorar control de la embarazada.
- 5.- Motivar a la embarazada a acudir a sus citas por parte del Médico Familiar, Asistente Médico, Trabajo Social, mediante mejor promoción a la salud, de ella y su producto.
- 6.- Enviar a todas las embarazadas a EMI para mejor control conjunto con su Médico Familiar.
- 7.- El Médico Familiar deberá buscar estrategias funcionales para que acuda a su citas médicas prenatales.
- 8.- En caso de que se requiera envío de la paciente al segundo nivel sea este oportuno para evitar complicaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍAS

- 1.- REVISTA.- Influencia del Control Prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal del IMSS.
- 2.- TEXTO.- Ginecología y Obstetricia en el IMSS No. 3 1990.
- 3.- TEXTO.- Ginecoobstetricia. Dra. Irma Mendoza Arestegui. 1990.
- 4.- YEAR BOOK GINECOLOGY AND OBSTETRICS Dr. Daniel R. Nishell, 1992.
- 5.- TEXTO.- Obstetricia y Ginecología IFFY KAMINETTI 1990.
- 6.- TEXTO.- Obstetricia. Dr Williams. 1993
- 7.- Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia, subdirección Médica del IMSS, 1996.
- 8.- Normas y Reglamentos Médicos, Enfermería y Asistente Médico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.