

11226
92-A
2ej



Universidad Nacional Autónoma de M.

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital General de Zona No. 8 San Angel I.M.S.S.



Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materno Infantil con el Control Prenatal.

ESTADO DE VERACRUZ

T E S I S

Que para obtener el Grado de:
Especialista en Medicina Familiar
P r e s e n t a :

Dra. Silva Tecalco Yolanda



IMSS
SEGURIDAD PARA TODOS

México, D. F.

Enero de 1992



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

	Pags.
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	2
III. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.....	3-8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V. HIPOTESIS	10
VI. PROGRAMA DE TRABAJO	11
VII. RESULTADOS Y ANALISIS	12-13
VIII. COCCLUSIONES	14-15
IX. CUADROS Y GRAFICAS	16-23
X. BIBLIOGRAFIA	27

I N T R O D U C C I O N

Se considera embarazo de alto riesgo aquel que cursa con patología o circunstancias desfavorables que determina la posibilidad grave o muy importante de morbilidad o secuelas para alcanzar un desarrollo organico o funcional, mental y social tanto para la madre como para el producto. Esto es importante ya que del cuidado prenatal vigilado por el medico familiar o por el gineco-obstetra dependera las condiciones favorables o desfavorables de este periodo y las condiciones adversas que puedan originarse en el trabajo de parto para la madre o para el producto.

La experiencia clinica del gineco-obstetra es indispensable para detectar el embarazo de alto riesgo, sin embargo estaria incompleto si no se cuenta con la valiosa ayuda de pediatra, aun cuando la accion de este se vea limitada, si no se recibe un recien nacido en mejores condiciones, resultado de un control prenatal estricto. Existe un factor agregado; el periodo perinatologico, se lleva a cabo la integracion organica del ser humano, donde se pueden y se deben alcanzar la realizacion genetica, organica, funcional, mental y social, y es en donde se observan las cifras mas altas de morbilidad, lo que hace que se deban tener conceptos fisiologicos completos para poder detectar alguna alteracion de las funciones del binomio madre-hijo para evitar trastornos posteriores.

"OBJETIVOS"

2

Objetivo General

Determinar que factores de atención médica condicionan un seguimiento inadecuado de control prenatal.

Objetivos Especificos

- 1.- Investigar la evolución del embarazo y la atención médica durante la consulta prenatal.
- 2.- Demostrar si la forma MF-7 identifica los factores de riesgo para el producto y la madre.
Y si la actividad médica realizada modifica esos riesgos.
- 3.- Determinar cómo la relación médico paciente adecuada, influye en el número de visitas prenatales.
- 4.- Verificar si el recién nacido no presentó problemas neonatales, secundarios a una mala atención prenatal.

"ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS"

ATENCION PRENATAL

Cada día cobra más importancia en la práctica de la obstetricia, la vigilancia de la mujer en el desarrollo del embarazo.

Ya desde 1540, hubo autores que dieron alguna importancia a la evolución de la gestación, pero fue hasta 1901 en que Ballatine subrayó la importancia de la vigilancia prenatal.

Sin embargo, en especial en nuestro país, aún son muchas -- las madres que no son atendidas por personal médico en ningún momento de la gestación y mucho menos aún por el especialista.

El embarazo, es normalmente un proceso fisiológico susceptible de cobrar patología en cualquier momento y, es la atención prenatal, la responsable de detectar y tratar esta patología lo antes posible.

El embarazo en cierta forma, abre el camino a la enfermedad, aproxima a la mujer al dintel; el límite entre la salud y la enfermedad. Hay padecimientos que la mujer puede tener solamente durante el estado grávido, como son: La hiperemesis grávida, las toxemias, las complicaciones distócicas del parto; como son: las situaciones transversas, desproporción cefalopélvica complicaciones hemorrágicas y otras; de tal manera que el embarazo en sí mismo puede constituir una fuente de peligros más o menos grave para la mujer.

Es importante que la vigilancia médica prenatal sea llevada a cabo en cada paciente desde el momento que se diagnostica el embarazo; aún en el consultorio más modesto; del lugar más alejado. El médico deberá siempre crear entre las pacientes embarazadas conciencia de la importancia que tiene la vigilancia prenatal para prevenir futuras complicaciones.

Ahora bien, con qué frecuencia debe llevarse a cabo esta vigilancia prenatal. Se considera que se realiza durante los primeros seis meses, una consulta mensual, entre el séptimo y el octavo dos consultas semanalmente.

Una de las etapas de mayor importancia en el desarrollo de un ser intrauterino corresponde al primer trimestre ya que en esta fase se habrá de efectuar la embriogénesis y organogénesis y son muchos los factores ambientales que pueden dañar al producto de la concepción.

En la primera consulta, es importante efectuar una historia clínica completa, en la cual se buscarán con especial interés -- los antecedentes de importancia para la gestación.

La edad es un factor importante, ya que conforme se incrementa la edad de la paciente paralelamente aumentan las complicaciones del embarazo y del parto. Estas circunstancias nos obligan a tener cuidado muy especial con las primigestas muy jóvenes o sea aquellas que tienen menos de 20 años de edad.

Entre los antecedentes heredofamiliares tienen importancia la tuberculosis, diabetes, hipertensión.

Dentro de los antecedentes personales patológicos: numerosas enfermedades dejan secuelas graves como la fiebre reumática, rubeola, cardiopatía mitral, nefropatías.

Antecedentes quirúrgicos previos: como la miomectomía, operaciones por prolapso uterino. (1).

El cúmulo de conocimientos y la experiencia adquirida durante los últimos años han marcado un cambio en estructura asistencial de la mujer embarazada, lo que ha cristalizado en una mejora espectacular de los índices de morbimortalidad maternofetal.

Sin embargo aún falta por lograr una reducción de las cifras existentes, y un mejor nivel de vida. Debe redaltarse la función e importancia en la detección del médico familiar para establecer control con un concepto práctico de proyección a la

comunidad.

Este primer control debe contemplar en forma estricta los programas de educación y criterio selectivo que permita ubicar el nivel de atención de acuerdo a cada paciente de manera que la tecnificación pueda llegar a la embarazada que más lo necesite.

La experiencia obtenida debe ofrecer los elementos de juicio para retroalimentar la investigación del concepto de embarazo de alto riesgo, en la detección de nuevos factores en el planeamiento de los programas preventivos que deben de ser ejecutados en los diferentes niveles de atención, evitando así la sobre saturación de servicios. Por lo que se hace necesario la orientación genética y la planeación familiar adecuada a las necesidades biopsicosociales de cada familia, los riesgos para la madre y el producto son diferentes para los distintos grupos sociales; la ciencia y la tecnología han permitido a países desarrollados encontrar indicadores de mayor complejidad, como la hipoxia crónica, influencias ambientales que se traducen en malformaciones congénitas o trastornos del desarrollo del niño.

En cambio en los países en desarrollo, se impone la atención médica de amplia cobertura y a bajo costo sobre condiciones de riesgo clínicamente evidentes (2).
-ditarias y/o ambientales.

Las interrelaciones entre factores médico-biológicos (endógenos) y los factores socio-económicos (exógenos). En sociedades desarrolladas, al superar las causas de mortalidad "evitables" como la adaptación de medidas preventivas y la aplicación de procedimientos de terapia intensiva, el dilema no es la sobre vida, sino cada vez mejorar la condición y la salud del recién nacido y sus nexos ambientales para el desarrollo individual. En cambio en países poco desarrollados, al no contarse con facilidad para destinar programas preventivos ni siquiera para resol

ver los problemas de la población enferma; la problemática de alto riesgo perinatal tiene otras dimensiones por lo tanto no deben ser comparables los indicadores de riesgo de un país a otro. La embarazada, el feto y el neonato son considerados como el producto de la sociedad en que viven, de la naturaleza de la agresión ambiental, de la suficiencia o carencia de medios en los diferentes estratos sociales.

El tomar en consideración la ocupación de la madre, da como resultado la obtención de factores de riesgo perinatal sabiendo la actividad de ésta, algunas gestantes trabajan hasta muy avanzado el embarazo, lo que indica la reducción de consultas prenatales, deterioro del estado de nutrición y stress como factores interrelacionados (3).

La multitud y variedad de factores implicados en el proceso reproductivo del humano y la compleja interrelación de elementos del agente, del huésped y del ambiente, es difícil de limitar causas únicas y efectos específicos. Por otra parte los cambios se suceden en cadena y las distorsiones que van apareciendo como consecuencias de un factor agresivo, pueden a su vez dar lugar a secuelas por ejemplo: la toxemia gravídica.

"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EVOLUCIÓN DE LA GESTACIÓN"

Factores Genéticos

Enfermedad Permanente
en la Madre

ALTO RIESGO

Enfermedad Materna
Durante el embarazo

PERINATAL

Características Biológicas de la Gestante.

Complicaciones
Obstétricas

Estado Socio
Económico

Factores
Ambientales

La meta ideal de la Pediatría y la Obstetricia es disminuir la morbimortalidad perinatal y alcanzar el máximo de calidad de vida en el homigénito, el objetivo primario de los sistemas de asistencia médica debe constituir la prevención de las enfermedades en todas sus formas.

Ello significa un desafío, no sólo por lo que la mortalidad representa sino por los efectos que la morbilidad perinatal subletal tiene sobre el individuo, la familia y la sociedad.

La observación a largo plazo de este concepto, hace necesario la orientación genética y una planificación familiar adecuada a las necesidades Biopsico-Sociales de cada familia, si los factores de riesgo se miden en funciones de los sujetos expuestos como el número de embarazos de elevado riesgo, es decir los riesgos para la madre y el producto son diferentes para los distintos grupos sociales.

Es un hecho aceptado que los factores de orden social, económico y cultural así como los características biológicas de la gestante y de sus antecedentes de complicaciones medicas tanto en embarazos previos como en el actual, influyen en la evolución de la gestación (4).

El termino de neonato de alto riesgo se define: "Aquel que tiene probabilidad de presentar un impedimento, físico, intelectual, social que puede dificultar el crecimiento y desarrollo normales y la capacidad de aprender como consecuencia de eventos perinatales, de influencias hereditarias siendo un agente agresivo para el feto ocasionando sufrimiento fetal y limitaciones en el crecimiento; la hipoglicemia sintomática con su cotejo de afectación al sistema nervioso central cuya secuela puede ser irreversible y manifestarse por convulsiones, espasmos, ataxia y retardo mental.

El cúmulo de conocimientos y la experiencia adquirida durante los últimos años han marcado un cambio en estructuras asistenciales de la mujer embarazada, lo que ha cristalizado en una mejoría de los índices de morbilidad materna fetal. Sin embargo - aún falta por lograr una reducción de las cifras existentes y un mejor nivel de vida y aquí de e resaltarse la importancia lo que debe de tener el medico familiar para establecer contacto primario con un concepto práctico de proyección a la comunidad.

Esté primer contacto debe contemplar en forma estricta los programas de educación y un criterio selectivo que permita ubicar el nivel de atención de acuerdo a cada paciente, de manera e que la tecnificación pueda llegar a la embarazada que más lo necesite (5).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que cada día cobra más importancia la mortalidad y la morbilidad materna infantil como problema frecuente de la salud en México.

En la practica diaria de la consulta prenatal es posible de tectar cualquier patologia en la mujer gestante desde el inicio del embarazo cuando esta acude periodicamente siendo imposible - detectarlas y evitar las complicaciones cuando esto no sucede así.

Como posibles causas determinantes de problemas para un buen control prenatal se observa la sobresaturación de determinados consultorios de medicina familiar el bajo nivel socioeconómico y cultural de la gestante.

H I P O T E S I S

N U L A

Mediante el uso de programas de atención prenatal, no ha disminuído el índice de morbilidad y mortalidad materno infantil.

A L T E R N A

Mediante el uso de programas de atención prenatal, ha disminuído el índice de morbilidad y mortalidad materna infantil.

N U L A

De una atención médica inadecuada, no hay diferencia en el índice de pacientes que acuden a control prenatal en las UNF del --- IMSS.

A L T E R N A

De una atención médica adecuada, ha aumentado el índice de pacientes que acuden a control prenatal en las UNF del IMSS.

PROGRAMA DE TRABAJO

Tipo de estudio retrospectivo longitudinal captando los datos en población adscrita a H. G. O. #4 IMSS; en período puerperal independientemente que sea fisiológico o patológico; registradas en el mes de septiembre de 1985.

El muestreo será por método aleatorio simple con remplazo - tomando en cuenta la tabla de digitos aleatorios, incluyendo los pisos 2,3,4,5 asignado una muestra de 20 pacientes a cada piso - en un total de 80 pacientes.

La recolección de la información se hará por medio de encuestas dirigidas a las pacientes seleccionadas y revisión de MF-7 - correspondiente.

Criterios de Inclusión; Variable aleatoria continua (mujer en período puerperal independientemente que sea fisiológico o patológico, sin importar clase social, edad, escolaridad) .

Análisis de la Información

Se realizará mediante estadística descriptiva no paramétrica (diagrama en barras, cuadros, gráficas sectorial).

Recursos Humanos: Pacientes seleccionadas y residente de médica familiar.

Recursos Físicos: Cuestionarios

Financiamiento: Es personal.

ANÁLISIS
Y
RESULTADOS

17

Debido a que cada día cobra más importancia la mortalidad y morbilidad materno infantil como problema frecuente de la salud de México se realizó el presente estudio; para lo cual se selecciono por medio de la tabla de dígitos aleatorios una muestra de 80 pacientes adscritas al H.G.O. 4 del I.M.S.S.

En etapa de puerperio inmediato independientemente que fuera fisiológico o patológico; por medio de encuestas dirigidas a cada una de las pacientes y revisión de su correspondiente expediente clínico se obtuvieron los siguientes datos: 97.5% de las pacientes en la primera consulta de control prenatal su médico familiar le solicito estudios de laboratorio (EGO, VDRL; BH,--RH y GPO SANGUÍNEO). El 87.5% de los médicos familiares en cada consulta de control prenatal proporcionaron una exploración-clínica completa (peso, talla, F.U. feto fetal, signos vitales así como una información de la evolución de su embarazo). ver - gráfica 1.

Del total de la muestra el 12.55% presento datos clínicos de pre-eclampsia canalizandose a consulta de 2o. nivel el 11.25% tambien el 17.5% presento patología diversa no relacionada con - el embarazo de estas el 3.75% fueron manejadas en la consulta -- de medicina familiar.

56.25% de los médicos familiares no dan orientación a la - paciente sobre el trabajo de parto así como medidas profilacticas durante el embarazo, el 62.5% de las pacientes encuestadas - refirieron una adecuada relación médico paciente.

El 30% de las pacientes prefieren acudir a consulta particular para su control prenatal el 19.5% acude a su unidad de medicina familiar, ver gráfica 2.

Se obtuvieron los siguientes datos de los expedientes clínicos: 41.25% de las pacientes presentaban de 15 a 25 años, 21.25% de 25 a 30 años, 6.25% de 35 a 40 años, 2.5% de 40 a 42 años ver cuadro 1 y grafica 3.

Acudiendo a control prenatal durante el 1er. trimestre -- 47.5% con un promedio de 6 consultas entotal durante el embarazo. El 30% de las pacientes acudio a control prenatal en el 2o trimestre con un promedio de 4 consultas en total; el 20% de las pacientes acudio durante el 3er. trimestre del embarazo con un promedio de 2 consultas, asi tambien se observo que el 2.5% de las pacientes nunca acudio a control prenatal ver cuadro 2.

Otro punto importante fue que el 32.5% correspondia a pacientes nuligestas y 65% multigestas.

La patología de riesgo perinatal observada en las 80 pacientes encuestadas y por medio de expediente clinico: la unidad fue: toxemia 6.25%, amenaza de aborto 5%, anemia severa 2.5%, factor R.H. Negativo 2.5%, tromboflebitis complicada 1.25%, condilomatosis 1.25%, acretismo placentario 3.75%, embarazo prolongado 5% embarazo y DIU 3%, embarazo con DIU y salpingoclasia 1.25% ver cuadro 3.

El 38.75% de los pacientes presento parto eutocico, el 55% distocico, cesarea, 6.25% forceps. Siendo las principales causas de parto distocico casarca por DCP 13.75%, cesarea previa -- 12.5% distocia de contracción 2.5%, debilidad de histerorrafia 2.5% ; de forceps 3.75% secundario a periodo expulsivo prolongado ver grafica 3 y cuadro 3.

26.25% de los recién nacidos presento sufrimiento fetal agudo y 2.5% sufrimiento fetal cronico, 1.25% fue obito observandose 61 recién nacidos normales. ver cuadro 4.

CONCLUSIONES

En relación a la primera hipótesis referente a que mediante el uso de programas de atención prenatal no ha disminuido el índice de morbilidad y mortalidad materno infantil: se concluye en base a los resultados obtenidos que la mortalidad infantil fue - 1.25% (Obito) secundaria a doble circular de cordón apretada al cuello y de hincencia de histerorrafia en su totalidad; en relación a la mortalidad materna no se presento ninguna defunción de - la muestra manejada.

Por lo tanto no se pudo concluir esta hipótesis ya que la muestra de pacientes encuestadas fue muy pequeña, además de que no se tenía una muestra comparativa así también de que no se realizó un seguimiento de las pacientes desde la detección de su embarazo durante la consulta de medicina familiar.

En relación a la segunda hipótesis que se refiere a que aumentado el índice de pacientes que acuden a control prenatal - en las unidades de medicina familiar se concluye que esta hipótesis tampoco se pudo comprobar ya que no se tenía índice previo de mujeres embarazadas que acudian a control prenatal a la consulta de medicina familiar, por lo tanto no se supo si hubo aumento del índice; pero sin embargo si se pudo observar que hubo una mejoría en la atención medica de control prenatal en base a que la mayor parte de las pacientes que acudian a control prenatal-- en la primera consulta su medico familiar solicito los estudios de rutina en un 97.5% y el 87.5% de los medicos una exploración fisica integral. Detectandose el 12.5% complicaciones del embarazo como preclampsia y un 17.5% otro tipo de patologia no relacionada con el embarazo así también refirio un 69.5% de las embarazadas preferian acudir a control prenatal con su medico fami

liar. Por otro lado tambien se observo que el 56.5% de los medicos familiares no llevan acabo una orientación sobre trabajo de parto por lo que baso a esto se debe de hacer mas reforzamiento para explicar a las mujeres durante el embarazo la Sintomatología del trabajo de parto asi tambien la mayor parte de las derechohabientes embarazadas consideran que la atención medica que les proporciono su medico familiar fue de buena calidad.

Por otro lado se observo que un bajo porcentaje de los medicos familiares no estan desarrollando adecuadamente el programa de atención prenatal, pudiendo ser una causa determinante del problema la sobre-saturación de determinados consultorios de medicina familiar. En otros casos influye el nivel economico de la paciente y el número de gestaciones para que acuda periodicamente a consulta e control prenatal.

Por lo que se debería dar mas importancia a los programas de atención prenatal, estimulando a la futura madre a formar parte de ellos desde el principio de su gestacion, para poder detectar a tiempo alguna alteración de las funciones del recién nacido para evitar transtornos posteriores.

C U A D O "1"

GRUPOS DE EDAD DE LAS PACIENTES.

Edad	no. de pacientes	Porcentaje
0 -- 15	0	0
15 -- 20	12	15
20 -- 25	33	41.2
25 -- 30	17	21.2
30 -- 35	5	6.2
35 -- 40	5	6.2
40 -- 42	2	2.5

Fuente: Expedientes

Total : 80

C U A D R O "2"

PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL
PRENATAL.

	No	%	No de consultas
1er. trimestre	38	30.4	6
2o. trimestre	24	19.2	4
3er. trimestre	16	12.8	1-2
No acudio	2	1.6	---

Fuente: Encuestas
Total: 80

CUADRO "3"

PRINCIPALES CAUSAS DE SUPRIMIENTO
FETAL

	%	Sufrimien to. P-Ag.	Sufrimi ento. F-GR.
Toxemia	6.25	2.3	1.2
Acretismo Placentario	3.75	1.5	----
Embarazo prolonga do.	5.2	2.8	1.5
Factor RH.-	2.5	-----	1

Fuente: Expedientes

Total : 80

CUADRO "4"

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

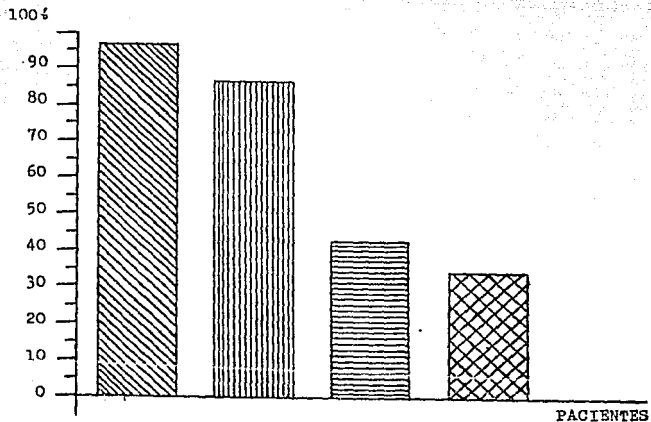
PRINCIPALES CAUSAS DE PARTO CESAREA

Cesarea	%	sufrimiento fetal agudo.	Sufrimiento fetal crónico	Obito
D C P	13.75%	-----	-----	-----
Cesarea Previa	12.5	-----	-----	-----
Deficiencia de histerografía	2.5	3	-----	1.25
Distocia de Contracción	2.5	6.5	3.8	-----
Embarazo Pelvico	4.8	1.5	-----	-----

Fuente: expedientes

Total : 80

G r a f i c a 1



Su MF. le solicita exámenes de rutina



Su MF. le realiza una exploración física completa en cada consulta de control prenatal.



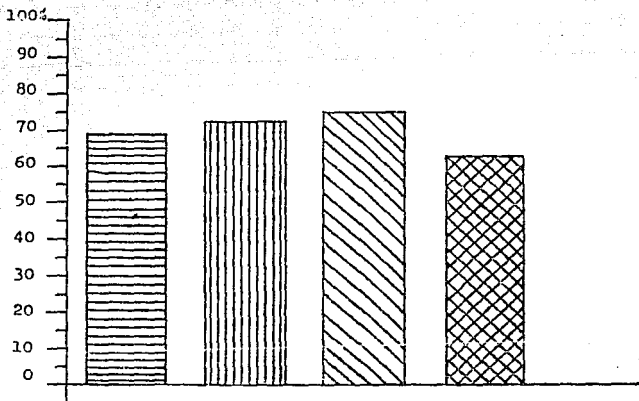
Su MF. la envía a medicina preventiva.



Al cumplir 7o. mes de embarazo la citan semanalmente a consulta de control prenatal

Fuente: encuestas

Total : 80



Prefiere acudir a consulta con su MF.



Considera la atención médica de su MF.cs de buena calidad.



Acudio a control prenatal mensualmente desde la detección de su embarazo.

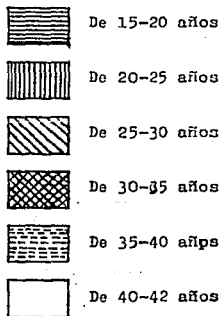
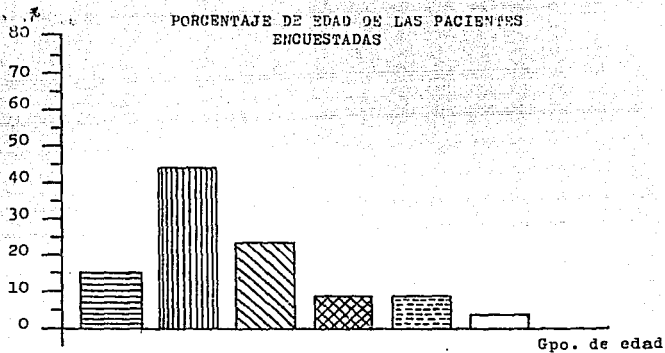


Presenta buena relación medico paciente.

Fuente: Encuestas

Total : 80

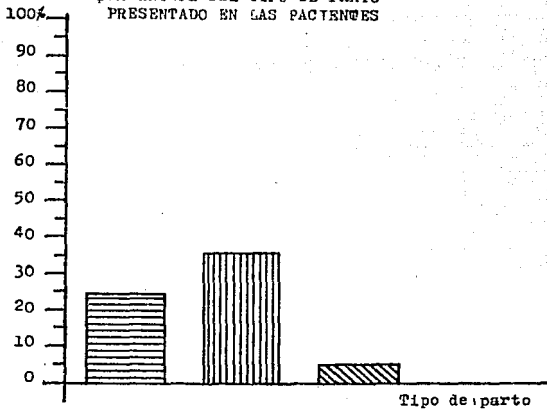
PORCENTAJE DE EDAD DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS





Fuente: Expediente clinico
 Total : 80

G R A F I C A 4

· PORCENTAJE DEL TIPO DE PARTO
PRESENTADO EN LAS PACIENTES



 Eutocico

 Cesarea

 Forceps

Fuente: Expedientes clinicos
Total : 80

C U E S T I O N A R I O

Por medio de las respuestas a este cuestionario, obtendremos la información necesaria para implementar con mayor precisión en nuestros programas de atención prenatal, los factores que determinan el riesgo perinatal.

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque con una X, la respuesta que usted crea conveniente.

1.- Cuando usted acude a control prenatal por primera vez, su médico familiar le solicita análisis de laboratorio: orina, sangre, detección de azúcar en sangre, tipo de sangre, factor-Rh, V.D.R.L.

SI () NO () A VECES ()

2.- En cada consulta de control prenatal su médico familiar le toma la presión arterial, peso, mide el crecimiento de su abdomen y escucha los ruidos cardíacos de su hijo.

SI () NO () A VECES ()

3.- Durante el curso del embarazo su médico familiar le envía a medicina preventiva para aplicación de la vacuna contra el tétanos.

SI () NO () A VECES ()

4.- Al cumplir el 7o. mes de embarazo su médico familiar le indica que debe acudir a consulta prenatal semanalmente hasta su envío a la maternidad.

SI () NO () A VECES ()

5.- En caso de presentar aumento de la presión arterial, hinchazón de manos, pies, y cara, la envían a consulta de especialidad.

SI () NO () A VECES ()

- 6.- En caso de presentar sangrado procedente de vagina o alguna otra enfermedad durante su embarazo la envían a consulta de especialidad.

SI () NO () A VECES ()

- 7.- Si su embarazo es de curso normal, usted prefiere no acudir a consulta de control prenatal, presentandose ya al termino de su embarazo para que le den su pase para la maternidad.

SI () NO () A VECES ()

- 8.- Usted prefiere acudir a control prenatal con su medico particular.

SI () NO ()

- 9.- Durante la consulta de control prenatal su medico familiar ocupa durante la entrevista de.

5 a 10 min. 10 a 15 min. 15 a 20 min.

- 10.- Su médico familiar le orienta que debe acudir a revisión medica en la primera semana despues de haber tenido su parto y le da orientación sobre los cuidados del recién nacido.

SI () NO () A VECES ()

- 11.-Considera usted que la atención medica que le proporciona su medico familiar en cada consulta prenatal es.

BUENA () MALA () REGULAR ()

- 12.-Su médico familiar le da orientación sobre el trabajo del parto.

SI () NO () A VECES ()

- 13.- Su médico familiar le da orientación sobre planificación familiar en el momento que le da su pase para la maternidad.
SI () NO () A VECES ()
- 14.- Cuando acude a consulta de control prenatal su médico familiar le informa de la evolución de su embarazo.
SI () NO () A VECES ()
- 15.- Si usted tiene problemas en su núcleo familiar tiene confianza en su médico familiar para platicar-
-los.
SI () NO () A VECES ()

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alvarado Durán A. Conceptos Actuales de Atención Prenatal
REV.MED. I.M.S.S 275, Vol. 19 May. Jun. No. 3 1981.

- 2.- Castelazo Ayala L.: Karchmer, S.: Mc Gregor, C.: Rodríguez
Argüelles, J. y Urrusti Sanz, J.: Investigación Clínica y
Epidemiológica de los Factores de Riesgo Perinatal en Po-
blación Adscrita al I.M.S.S. Gac. Méd. de Méx. 113: 161, 1977.

- 3.- Castelazo Ayala L.: Karchmer, S.: Mc Gregor, C.: López Gar-
cía, R.: Short, V.: Díaz del Castillo, E.: Medicina Perina-
tal, Implicaciones Medicos Sociales.
Gac. Méd. de Méx. Vol. 115, No4 Abril 1979.

- 4.- Mortalidad Perinatal por Causas. Rev. Méd. del I.M.S.S. //
130, Vol. No. 3 Feb. May. No. 4. 1981.

- 5.- Armas Domínguez, J.; Short, V.: Mc Gregor, C.: Karchmer, S.:
Factores Socioeconomicos en el Embarazo de alto Riesgo.
Ginec. Obst. Méx. 41: 369, 1977.