

INDICE

ANTECEDENTES

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

MISION

VISION

UNIVERSO DE TRABAJO

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVO ESPECIFICO

FLUJOGRAMA DE CONTROL PRENATAL

ESPECIFICACIONES

POLITICAS

ANTECEDENTES

Durante el siglo XVII se creía que el cuerpo humano estaba constituido por cuatro humores: sangre, la flema, la bilis amarilla y bilis negra, y que la salud provenía de estos. También debido a la alta tasa de morbilidad y mortalidad materna, se creía que el embarazo era una enfermedad y por debido debía ser tratada como tal. Razón por la que, en este siglo el único tratamiento antenatal fue la exanguineación, la cual se practicaba haciendo una incisión con un bisturí o una lanceta a nivel de la vena dejando que salieran 500 a 1000cc de sangre.

Esta terapia fue utilizada de rutina, entre una y tres veces, en las mujeres embarazadas en los pueblos de Austria y Baviera.

El caso mas representativo lo constituyo el de la reina carlota de Inglaterra en 1762, quien durante su primer embarazo presento mareos, palpitaciones, disnea y dolor en hipocondrio, por lo que su cirujano le practico la exanguineacion de 6 onzas.

La idea del control prenatal regular fue de John William Ballantine en 1913 en Inglaterra, quien después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformidades del feto, sugiere crear un "hotel pre-maternidad", con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo. Sin embargo, la primera clínica para control prenatal ambulatorio fue creada por Haig Ferguson en 1915 en Edimburgo, que sirvió de modelo para todas las demás clínicas de control prenatal en el reino unido.

El desarrollo y divulgación general de la atención prenatal en Inglaterra y parte del mundo occidental, se debe principalmente a Janett Campbell, quien fue la responsable de iniciar el servicio nacional de clínicas antenatales y uniformar los parámetros de visitas y rutinas que se deben seguir durante el control prenatal.

Gracias a su trabajo, se logro que el 40% de las embarazadas que recibía el control prenatal antes de la segunda guerra mundial se pasara del 100% después de la misma.

METODOLOGIA

DEFINICION: el control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos sistémicos o periódicos destinados a la prevención, diagnostico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortandad maternal y perinatal.

Mediante el control prenatal podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

De esa forma se podrá controlar el momento el momento de morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el periodo perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como lo es la mortalidad materna.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente, esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple y no requiere infraestructura de alto costo. Con la infraestructura adecuada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

-  Identificar factores de riesgo
-  Diagnosticar la edad gestacional
-  Diagnosticar la condición fetal
-  Diagnosticar la condición materna
-  Educar a la madre

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal se asocian a morbilidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son: la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales.

Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los sumados indicaran la necesidad de que sea gestación se controle en el nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal.

La interpretación y la acción que se deberá seguir es la siguiente:

PUNTAJE 0	CONTROL DE NIVEL PRIMARIO
PUNTAJE 1 O 2	CONTROL EN NIVEL SECUNDARIO
PUNTAJE 3 O MAS	CONTROL EN NIVEL TERCARIO

DIAGNOSTICO DE LA EDAD GESTACIONAL

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y por que la relación volumen uterino / edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de alto riesgo, los elementos clínicos anunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del 6° mes (error 21 días).

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de la edad gestacional debe ser establecido al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardos del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

DIAGNOSTICO DE LA CONDICION FETAL

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- ✚ Latidos cardiacos fetales
- ✚ Movimientos fetales
- ✚ Tamaño uterino
- ✚ Estimación clínica del peso fetal
- ✚ Estimación clínica del volumen del liquido amniótico

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para interrumpir del embarazo, si no que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos, los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

- Latidos cardiacos fetales: Los LSF son auscultables con estetoscopio de PINARD desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las diez semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardiaca con los estímulos externos o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardiaca fetal se encuentra normal de 120-160 latidos x min; valores inferiores o superiores se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente , y son signos sospechosos de hipoxia fetal.
- Movimientos fetales: la percepción materna de los movimientos fetales ocurre de las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.
- Tamaño uterino: desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre las sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para estos se utilizan una cinta de medir flexible, graduada en cm, lo cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semi flectadas. la medida obtenida debe ser localizada en una tabla uterina/ edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal.
- Estimación clínica del peso fetal: probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia el error de estimación del peso fetal en el embarazo del tercer bimestre es 10%. La estimación obtenida, en relación de la edad gestacional, se localiza en la tabla de crecimiento fetal desarrollada por Juez y col, lo que permite el diagnostico de a adecuación para la edad gestacional.
- Estimación clínica del volumen de liquido amniótico. Las alteraciones cuantitativas del volumen de liquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura

uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

DIAGNOSTICO DE LA CONDICION MATERNA

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que pueden influir negativamente en la gestión. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas etc.

Es importante obtener la información de nivel educacional materno, actividad laboral como trabajo con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleado una educación laboral o suspender su actividad.

Se practica un examen físico general y sedentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, plicomas, parásitos externos, anales y pubianos vulvovaginitis, condilomas etc.) y vulvo vaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente en cada control prenatal se hará la evaluación nutricional según índice de peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.

EDUCACION MATERNA

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado.

Se debe explicar de manera simple y adecuada el nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. Constituye puntos ineludibles los siguientes contenidos educativos:

- 🚦 Signos y síntomas de alarma
- 🚦 Nutrición materna
- 🚦 Lactancia y cuidados del recién nacido
- 🚦 Derechos legales
- 🚦 Orientación sexual
- 🚦 Planificación familiar
- 🚦 Preparación para el parto
- 🚦 Signos y síntomas de alarma: la embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y por lo tanto concurrir oportunamente al servicio obstétrico donde atenderá su parto.

✚ La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto la primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normo inserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario). Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y a la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la maternidad, y muy especialmente la contractilidad uterina de pretermo. Debe estar informada de concurrir al centro de asistencia obstétrica en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal etc.

✚ Nutrición materna

✚ Lactancia y cuidados neonatales: simultáneamente y muy especialmente a las primigestas, se enseñaran aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia higiene, control niño sano, vacunas etc.).

✚ Orientación sexual: el contenido de este debe estar dado a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgos potencialmente de metrorragia, como la placenta previa y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

✚ Planificación familiar: se deberá introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.

✚ Preparación para el parto: la atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuales deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los periodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo.

EXAMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio que se solicitan a las embarazadas de bajo riesgo son:

- Grupo sanguíneo
- Urocultivo
- VDRL
- HIV
- Hematocrito
- Glicemia
- Albuminuria

- Papanicolaou
- Ecografía

✚ Grupo sanguíneo: idealmente la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio o banco de sangre de la institución donde se deberá atender el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre, y coombs indirecto.

si se detecta que el paciente es Rh negativo se maneja de acuerdo a

Normativa respectiva.

✚ Urocultivo. Se efectúa urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres de control. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro. Si el examen es sugerente de infección urinaria se debe solicitar un urocultivo.

✚ V.D.L.R. es la sigla (venereal disease research laboratory) de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por treponema. Se debe solicitar al ingreso de control prenatal al inicio del tercer trimestre.

✚ H.I.V. La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa).

✚ Hematocrito: la concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas.

✚ Glicemia: aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto.

✚ Albuminuria: la detección de albumina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectúa en cada control prenatal desde las 28 semanas.

✚ Papanicolaou.: el embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cervicouterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopia (ejemplo: placenta previa)

✚ Ecografía: la ecografía se realiza durante el primer mes de gestación para saber si el feto se encuentra en buen estado y no sea este un embarazo ectópico.

PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazos sin factores de riesgo la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomia fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc.).

INTRODUCCION

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y el niño, pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención entre los que desatan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida adicionalmente contribuye a brindar una atención con mayor calidez.

Muchos determinantes influyen en la salud de la mujer embarazada y sus niños por nacer; estos incluyen condiciones socioeconómicas, educacionales, sociales, políticas así como también varían de acuerdo a la geografía, el clima, las condiciones de vivienda y sus características culturales. Por esto el control prenatal modifica sustancialmente los resultados neonatales y maternos.

El control prenatal es la vigilancia periódica que se otorga a la mujer embarazada a partir de que esta se entera de su embarazo, en la que se valora de manera integral a la gestante para prevenir complicaciones.

En este periodo , que comprende desde que inicia el embarazo hasta las 35 SDG requiere de una vigilancia estrecha y así detectar y tratar oportunamente los padecimientos que originan el mayor porcentaje de muertes maternas y fetales. Lo que dará oportunidad al equipo de salud de actuar de forma eficiente para modificar:

- La evolución de la enfermedad
- Evitar sus complicaciones
- Mejorar notablemente su pronóstico

La salud reproductiva y materna infantil, tiene la responsabilidad de proporcionar atención con calidez a la mujer embarazada.

La asistencia prenatal alcanza sus metas por medio de los esfuerzos coordinados, del médico, la enfermera y la nutrióloga, así como otros miembros del equipo multidisciplinarios. Dichas metas incluyen mejorar los conocimientos de la futura madre y su familia

JUSTIFICACION

El control prenatal, es de gran importancia para detectar problemas que afecten a la salud tanto a la madre como el producto.

La subdirección general medica toma la decisión de proteger a la gestante y a producto durante el periodo grávido en una de sus acciones prioritarias.

Al control prenatal le corresponde la vigilancia y el control del proceso de gestación.

Con el propósito de detectar oportunamente los riesgos y complicaciones del embarazo y por consiguiente incidir en la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

Con base a lo anterior la presente herramienta administrativa se elabora a manera de contar con una base metodológica y sistematizada para proporcionar la atención a la mujer embarazada.

Unificar criterios en el equipo de enfermería y nutriología eliminar la posibilidad de duplicar acciones y proporcionar la educación.

MISION

Proporcionar a la mujer embarazada y familia, educación para el auto cuidado, dirigido a proteger la salud materno-infantil a través del personal profesional de enfermería y nutriología en el área de control prenatal.

VISION

Concientizar sobre el adecuado cuidado prenatal, para disminuir la morbilidad materna y perinatal logrando así impacto en la calidad de vida del binomio madre-hijo con proyección al entorno ser el programa mas seguro, dinámico y saturado en información para la madre-hijo.

UNIVERSO DEL TRABAJO

Este se dirige a prestar atención a toda mujer en estado de gravidez del área de influencia, sin importar las semana de gestación, sin embargo es de suma importancia llevar una adecuada vigilancia de la salud desde el inicio del embarazo.

OBJETIVO GENERAL

Prevenir la morbi-mortalidad materna y perinatal durante el embarazo a través de la atención integral para evitar complicaciones que afecten la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Orientar en el adecuado control de la atención prenatal en el transcurso del embarazo.
- Detectar o identificar signos de alarma que conlleve a riesgos o complicaciones del embarazo y solicitar de inmediato consulta con el médico gineco-obteta.
- Logra que la mujer embarazada modifique, conductas y hábitos desfavorables, para el auto cuidado de su salud y la del recién nacido, mediante el proceso educativo.

FLUJOGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN CCIS

Día 20 de octubre del 2011 impartimos la platica de lactancia materna mi compañera Alejandra Zamarripa y un servidor Daniel Muñoz

Día 30 de enero del 2012 :

Impartí platicas sobre la importancia de acido fólico y auto exploración de mamas.

ACCIONES DE NUTRICION

- Seguimiento de aumento de peso durante el embarazo
- Proporcionar una dieta de acuerdo a las necesidades de la gestante
- Pláticas sobre la alimentación durante esa etapa
- Promoción de la lactancia materna
- Toma de peso
- Toma de talla
- Cálculo de IMC (índice de masa corporal)
- Evaluación del estado nutricional de acuerdo a etapa de gestación

ESPECIFICACIONES

- ✚ La atención a la mujer durante el embarazo debe ser impartida con calidad y calidez
- ✚ Las mujeres referidas por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.
- ✚ La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contra referencia
- ✚ Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:
 - Elaboración de historia clínica
 - Identificación de signos de infección de vías urinarias y vaginales
 - Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración
 - Valoración del riesgo obstétrico
 - Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto
 - Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL en la primera consulta en las subsecuentes dependiendo de riesgo.
 - Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH, en mujeres con alto riesgo, bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la confidencialidad.
 - Dotación profiláctica de hierro y ácido fólico
 - Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las 4 semanas posteriores aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada 5 años, en particular en áreas rurales con factores de riesgo.

- Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales y económicas de la embarazada.
- Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o con algún familiar, y así integrar a la familia al control de la embarazada.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva.
- Orientación del mejor método de planificación familiar.
- Auto cuidado de la salud.
- Crear un diagnostico integral con el equipo multidisciplinario.
 - La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los sig. datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana de puerperio, factores de riesgo y mensajes de importancia.
 - Para establecer el diagnostico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.
 - El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preclamsia, infecciones cervico vaginales.

POLITICAS

🚦 Se otorgara atención a las usuarias a partir del inicio del embarazo a la semana 35.

- ✚ La atención se llevara a cabo mensualmente hasta la semana 35.
- ✚ Se otorgara atención a la embarazada, sin riesgo obstétrico.
- ✚ Se otorgara atención a la embarazada con riesgo previo de valoración de gineco-obstetrico y autorización del mismo.
- ✚ Las embarazadas con RH negativo y pareja con RH positivo enviar a COOMBS indirecto.
- ✚ Valoración del riesgo obstétrico en cada atención.
- ✚ Se impartirán platicas para desarrollar conductas y hábitos favorables para una mejor evolución a través del proceso educativo.
- ✚ Se les proporcionara acido fólico y fumarato ferroso.
- ✚ Se solicitara estudio de ultrasonido.
- ✚ Se refiere, para consulta inmediata al medico gineco-obstetrico, a las pacientes en quienes se detectan signos y/o señales de alarma.
- ✚ Todo paciente que no asista a consulta subsecuente para control prenatal en la unidad deberán investigarse inmediatamente la causa por el dpto. de trabajo social.