



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN SALUD.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 3 "LA JOYA"

**"CUMPLIMIENTO CLINICO A TRAVES DE LA CEDULA DE EVALUCION DE  
CONTROL PRENATAL POR MEDICOS FAMILIARES DE LA UMF NUMERO 3.**

TESIS

PARA OBTENER EL: TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

Presenta: Dr Jorge Luis Silva Silva



**Director de tesis:** Dr. Oscar Barrera Tenahua

Medico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Numero 3

Ciudad Universitaria, CD. MX, 14 Agosto 2023



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 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.

**“CUMPLIMIENTO CLINICO A TRAVES DE LA CEDULA DE EVALUCION DE CONTROL PRENATAL POR MEDICOS FAMILIARES DE LA UMF NUMERO 3”**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:** Dr. Barrera Tenahua Oscar

Cargo: Medico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Numero 3

Matricula: 98361808

Adscripción: UMF No 3 "La Joya" IMSS

Tel: 5541881770

Correo: [medfam05@hotmail.com](mailto:medfam05@hotmail.com)

**ALUMNO:** Silva Silva Jorge Luis

Médico Residente de primer año de Medicina Familiar.

Matricula 97369575

Adscripción: UMF No3 "La Joya" IMSS

Tel: 5544843594

Correo: [luisdoc61@hotmail.com](mailto:luisdoc61@hotmail.com)

## Resumen Estructurado

### **“CUMPLIMIENTO CLINICO A TRAVES DE LA CEDULA DE EVALUCION DE CONTROL PRENATAL POR MEDICOS FAMILIARES DE LA UMF NUMERO 3”**

Barrera O<sup>1</sup>, Silva J<sup>2</sup>.

**Introducción:** La importancia del seguimiento clínico durante el embarazo y el parto radica en la prevención del número de fallecimientos; lamentablemente solo el 64% de mujeres a nivel mundial reciben consultas médicas de calidad. Aspectos como: el número de consultas, las cuales se consideran adecuadas de 4 a 8, así como una mejora en la calidad de atención en las citas médicas, permiten la posibilidad de detecciones de riesgos. El uso de la cedula de evaluación de control prenatal, que consta de 49 puntos de seguimiento, destacando; asesoramiento sobre alimentación sana y nutrición, actividad física, consumo de tabaco, y otras sustancias, prevención del paludismo y transmisión del VIH, análisis de sangre, mediciones fetales con estudios de gabinete, recomendaciones al tratamiento de síntomas propios del embarazo, permitirá identificar el cumplimiento clínico y disminuir factores de riesgo.

**Objetivo:** Evaluar el cumplimiento clínico a través de la cedula de evaluación de control prenatal por médicos familiares de la UMF Numero 3.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se realizará el estudio en la UMF Numero 3, "La joya" dependiente de la delegación 2 Norte, del 1 de enero al 31 de diciembre del 2021. Se evaluará el cumplimiento clínico de los médicos familiares, a través del uso de la cedula de evaluación de control prenatal implementada por el IMSS, en los expedientes de embarazadas que acude a la unidad. Los resultados se analizarán con estadísticas descriptivas y el análisis estadístico empleado en programa SPSS versión 21 para Windows. ( se quita por el limite de palabras)

**Recursos:** Expedientes clínicos digitales, un médico residente de Medicina Familiar.  
Infraestructura: Instalaciones de la UMF 3.

**Experiencia de Grupo:** Los investigadores cuentan con la suficiente experiencia en el tema, así como en el uso de la cedula de evaluación de control prenatal.

**Tiempo a desarrollarse:** 1 año.

**Palabras claves:** Cedula de evaluación de control prenatal, expedientes clínicos digitales, cumplimiento clínico.

1 Barrera Tenahua Oscar, Medico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 3.

2 Silva Silva Jorge Luis, Médico Residente de primer año del Curso de especialización en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 3

## ÍNDICE

<b>1. Marco teórico.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Justificación.....</b>	<b>15</b>
<b>3. Planteamiento del problema.....</b>	<b>16</b>
<b>4. Pregunta de investigación .....</b>	<b>17</b>
<b>5. Objetivos.....</b>	<b>18</b>
<b>6. Hipótesis.....</b>	<b>19</b>
<b>7. Materiales y métodos.....</b>	<b>20</b>
<b>7.1. Características donde se realizará el estudio.....</b>	<b>20</b>
<b>7.2. Diseño de estudio.....</b>	<b>20</b>
<b>7.3. Universo de trabajo.....</b>	<b>20</b>
<b>7.4. Criterios de selección.....</b>	<b>22</b>
<b>8. Tamaño de la muestra.....</b>	<b>22</b>
<b>9. Tipo de muestreo.....</b>	<b>23</b>
<b>10. Definición de variables.....</b>	<b>24</b>
<b>11. Descripción del estudio.....</b>	<b>26</b>
<b>12. Instrumento.....</b>	<b>27</b>
<b>13. Análisis de Datos.....</b>	<b>27</b>
<b>14. Recursos Financiamiento y factibilidad.....</b>	<b>28</b>
<b>15. Aspectos éticos.....</b>	<b>29</b>
<b>16. Desarrollo del estudio.....</b>	<b>34</b>

<b>17. Resultados .....</b>	<b>35</b>
<b>18. Discusión. ....</b>	<b>40</b>
<b>19. Conclusiones .....</b>	<b>42</b>
<b>20. Recomendaciones .....</b>	<b>43</b>
<b>21. Cronograma de actividades .....</b>	<b>44</b>
<b>22. Bibliografía.....</b>	<b>45</b>
<b>23. Anexos.....</b>	<b>49</b>
<b>18.1 Anexo 1. Instrumento utilizado.....</b>	<b>50</b>
<b>18.2 Anexo 2. Carta de no inconveniente.....</b>	<b>51</b>
<b>18.3 anexo 3. Consentimiento Informado .....</b>	<b>52</b>



# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1. Antecedentes históricos

Durante la evolución de la humanidad ha existido una preocupación por la mujer en las etapas de embarazo y parto, ya que la existencia de la muerte materna se consideraba un suceso natural implícito en los periodos comentados. La atención del embarazo es un proceso socio histórico, por lo que se requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente a partir de un análisis del pasado y de sus circunstancias sociales.

Como antecedentes en la historia de la humanidad, están los documentos más antiguos que refieren aspectos relacionados con estos cuidados están los escritos chinos, que recomendaba a la embarazada, evitar comida abundante y ejercicio excesivo. En India, se establecieron ciertas reglas sobre la alimentación, bebidas, ejercicio, ropa y la recomendación de tener compañía de personas alegres. En el antiguo México, la Tlamatquicitl, era la partera entre los Aztecas; Su función era relevante, ya que contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres. Tenía la categoría de sacerdotisa, de socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales y de educadora en salud. (1)

En el siglo XVII, nace la obstetricia moderna con el rey Luis XIV de Francia que integran al personal médico de la época, en la atención de la mujer durante el parto ya en esa época las únicas encargadas de llevar un control del embarazo y la inducción del parto, eran las comadronas, las cuales tenían un alto porcentaje de complicaciones en el proceso, lo que llevaba a un aumento de la mortalidad en esas épocas. En el siglo XIX, se incorpora la cirugía con procedimientos y método para disminuir la mortalidad del binomio (madre- hijo). Posteriormente en el siglo XX integran la epidemiología y la estadística lo que permite un mejor conocimiento de la prevalencia de las muertes maternas, pero no fue hasta después de la segunda guerra mundial donde se inician con publicaciones en Estados Unidos, sobre la

muerte materna, lo cual coloca este tema un rubro de importancia a nivel mundial donde las naciones mediante los aspectos epidemiológicos intentan mejorar la mortalidad.

Por otra parte, la enseñanza médica en México la inició Don José García (1760) con la cátedra de cirugía, donde incluía algo del tema de gineco-obstetricia. Aunque formalmente como cátedra surgió hasta 1833 con el Dr. Pedro Villar impartíendola en el 5to. año de la carrera de medicina en la ciudad de México. En Guadalajara, el Dr. Pablo Gutiérrez, a su regreso de estudiar en Francia (1837) instauró la cátedra de obstetricia en la carrera de Medicina, pero esta se llevaría a cabo en el Hospital de Belén en 1839, durante el sexto año de la carrera. (2) En 1966 en México el Dr. Alfonso Álvarez Bravo (Ginecólogo) como presidente de la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia creó el primer comité internacional de Mortalidad Materna, el cual se expande en todo el mundo con la finalidad de valorar las causas de la mortalidad y estudiar las medidas preventivas que permitirán una disminución de la mortalidad en el país. (3)

El Dr. Isidro Espinosa de los Reyes fue uno de los que más trabajó en beneficio del embarazo y el niño. Escribió los “Apuntes Sobre Puericultura intrauterina”, el cual incluía desde antes de la procreación, la gestación, hasta después del nacimiento, estableció una relación de causa a efecto entre las medidas higiénicas y de sanidad con el recién nacido. Aquí planteaba la necesidad de establecer una red que brindara atención preventiva en las etapas prenatal y postnatal. (4) Ya en 1924 presentó a la Academia Nacional de Medicina el tema “La mortalidad de la primera infancia en México; sus causas y sus remedios. Animado por los resultados de su trabajo presentó la propuesta de creación del Servicio de Higiene Infantil, la cual fue aceptada en 1929. Él es el primer mexicano que incorpora el término prenatal o antenatal descrito por el francés Ballantyne en los programas de higiene pública.

A lo largo del mundo existe una gran discrepancia entre los países desarrollados y los países en vía de desarrollo, esto se observa muy claramente, por lo que los casos de muerte materna que se indican en estudios epidemiológicos. Según Vaca Kahut y Cordero González en la actualidad existe varias instituciones internacionales

preocupadas en el aspectos de mortalidad materna, tales como OMS,OPS,UNICEF, las cuales convergen en que la salud materna es un indicador mundial que permiten valorar la situación de salud de un país, la cual está afectada por factores económicos, sociales, culturales, y educativos que limitan un buen funcionamiento del mismo, mencionan los aspectos a superar los cuales son: decisión de consultas, acceso a instalaciones de salud adecuados y la obtención de una atención de calidad clínica por parte de los médicos. Si bien esta diferencia es abismal entre los países, también se observa en localidades de un mismo país, por lo que es necesario mejora las estrategias con la finalidad de disminuir aún más la mortalidad materna. (5)

## **1.2. Antecedentes fisiológicos en el embarazo.**

Durante el periodo prenatal la embarazada experimenta diferentes cambios psicosociales y fisiológicos en su organismo, por lo que es necesario que las pacientes acudan de forma adecuada a sus consultas para que los médicos de primer nivel proporcionen un correcto control, brindando un estrecho seguimiento lo que permite detectar alteraciones que pongan en riesgo el embarazo. (6)

Por tal motivo es de suma importancia que los médicos de primer contacto reconozcan los cambios fisiológicos y se apeguen a las normativas que existen para llevar un buen control prenatal y evitar complicaciones en el proceso. Los cambios fisiológicos de los que hablamos son a nivel cardiaco (aumento del 15 al 25% de la frecuencia cardiaca y del 30% en el gasto cardiaco), respiratorio (aumento de la frecuencia respiratoria, demanda de oxígeno), renal urinario (aumento del flujo renal y del tamaño de los órganos), gastrointestinal (se desplazan los intestinos y aumenta la presión intragástrica), hematológico (aumento de la producción de eritrocitos), endocrinológico, metabólico e inmunológico. Todos estos cambios desencadenan un estrés fisiológico en la gestante, por lo que el medico de primer nivel debe realizar un análisis para llevar un buen cumplimiento de los parámetros establecidos en los instrumentos nacionales que se utilizan en el control prenatal. (7) (8)

### **1.3. Estrategias implementadas para mejorar la mortalidad materna.**

La OMS define a la muerte materna directa, como la muerte que presenta una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación de un embarazo. (9)

A lo largo de las últimas décadas se ha presentado una disminución considerable en la mortalidad materna a nivel mundial, pero esto no es suficiente, por lo que se continúa sobre el renglón, haciendo estrategias para que se logren los objetivos establecidos. (10)

Se ha estimado una disminución de la mortalidad materna del 2000 al 2017 del 35%, la cual es muy considerable ya que en el 2000 existían 342 muertes por 100,000 nacidos vivos y en el 2017 existían 211 por 100,000 nacidos vivos, con una tasa de reducción anual del 2.9%, lo que nos indica que los países se encuentran preocupados en este problema. La disparidad percibida entre los países desarrollados y los que están en vía de desarrollo a nivel mundial permite observar cómo en algunos países de África presentan una mayor prevalencia de mortalidad materna estimada en 542 por cada 100,000 nacidos vivos en comparación con algunas regiones del mundo como Australia, Nueva Zelanda, Asia Central, Asia occidental, Europa, América del norte, América Latina y el Caribe, donde la mortalidad materna es menos de 100 por cada 100,000 nacidos vivos. (8)

La OMS reporta que aproximadamente 22,000 mujeres, en promedio mueren en la región de las Américas, de las cuales el 80% estaban relacionadas con la gestación o el parto. En México, aunque se ha avanzado en la disminución de muertes maternas, en el año 2014, el indicador era de 42,3 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, teniendo para ese mismo año, un promedio de 1,192 decesos de mujeres, registrados como consecuencia de complicaciones al momento de dar a luz, debido a una mala o inoportuna atención médico hospitalaria. (12)

Durante una reunión realizada en Nueva York en el 2015 la OMS presentó, los objetivos de Desarrollo Sostenible y las estrategias Mundiales en el ámbito de la salud de la Mujer, el niño y el Adolescente para el periodo comprendido entre 2016 y 2030, las cuales tienen como objetivo acabar con las muertes evitables y así mejorar el bienestar de los países, buscando una mejora en la calidad de atención en los servicios de salud. (13)

El seguimiento clínico durante el embarazo y el parto puede prevenir gran parte del número de fallecimientos; lamentablemente solo el 64% de mujeres a nivel mundial reciben consultas médicas adecuada durante su embarazo, lo que limita el cumplimiento de las estrategias. Otros aspectos a considerar son: El número de interacciones que debe de tener una embarazada a lo largo de su periodo gestacional que es de 4 a 8 debido a que con esto se incrementan las posibilidades de detectar y atender los posibles problemas. El aumento de citas médicas de mejor calidad, favorecen la mejor detección de riesgos. Este nuevo plan propone 49 puntos de seguimiento durante la gestación, entre los que destacan; asesoramiento sobre alimentación sana y nutrición, actividad física, consumo de tabaco, y otras sustancias, prevención del paludismo y transmisión del VIH, análisis de sangre, mediciones fetales incluido el uso de ultrasonidos y recomendaciones al tratamiento de síntomas propios del embarazo tales como náuseas dolor de espalda o estreñimiento. (14)

Es importante resaltar que para que se puedan aplicar las recomendaciones mencionadas es de suma importancia que se fortalezca el sistema de salud, principalmente se debe considerar una mejora al acceso de algún profesional de la salud, así como de la calidad de la atención. Para poder responder adecuadamente a las necesidades de la sociedad actual hay que considerar los cambios demográficos que se están presentando por ejemplo la migración de la población hacia grandes ciudades, el creciente número de personas que viven en colonias de bajos recursos y la manera en que estas demandan y obtienen los servicios de salud; además hay que considerar los cambios que está sufriendo el entorno; la urbanización de los espacios, los disturbios en áreas de conflicto, cambios en tasas

de fecundidad e incluso el aumento en los partos atendidos en los centros de salud.(10)

Si se logra alcanzar una adecuada atención prenatal se reducirá la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Por eso es indispensable establecer estrategias sociales que permitan llegar a la población femenina para incrementar el número de usuarias en control prenatal adecuado, lograr la educación de la población a través de la escuela o los medios masivos de comunicación es un factor importante para el desarrollo de una cultura de salud, sobre todo en el rubro de la maternidad exitosa, ya que al evitarse las complicaciones estudiadas deben disminuir los internamientos hospitalarios de los neonatos, reduciendo así los costos de la atención médica al momento del parto, que al compararse con el costo de la atención en el control prenatal, resultaría en un gran ahorro económico.

#### **1.4. Evolución de las estrategias para disminuir la mortalidad materna.**

Ante la asimetría global y las estadísticas referente a las necesidades humanas, se han realizado acuerdos internacionales, con un sistema cooperador para el desarrollo mundial. Es así que la Asamblea General de Naciones Unidas (NNUU) en el 2000, propuso 8 objetivos de desarrollo del milenio, con la finalidad de disminuir la pobreza y mejora el bienestar humano, estableciendo metas e indicadores con fecha límite en el 2015, de los cuales analizaremos el quinto que se refiere a la “Mejorar la salud materna”. Cuyo objetivo fue disminuir la tasa de mortalidad materna por lo menos 5.5%, el cual presento incumplimiento en las metas. Por tal situación la asamblea General en el 2015 estableció una nueva propuesta, para el 2030. Los Objetivos de desarrollo Sostenibles, donde todos los países deberían de reducir la mortalidad materna de forma global en 2 tercios respecto a su nivel de referencia del 2010. (15,16)

### 1.4.1. Estrategias en América Latina y el caribe

Respecto a Latinoamérica en 1998 se creó el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) en la región de Latinoamérica y el caribe, integrado por diferentes organismos mundiales enfocados en el cuidado de la salud, el cual está centrado en los objetivos de reducir la mortalidad materna en la región mediante compromisos políticos, económicos, estadísticos, de calidad en la atención. Ningún país de la región cumplió las metas establecidas por los ODM, ya que para el 2016, la razón de mortalidad materna fue de 60.8 por 100,000 nacidos vivos lo que representa el 56.6 % , por debajo del 75% establecido por la OMS, por tal situación se renueva el compromiso para mejorar las estadísticas, ya que persisten los retos para disminuir la mortalidad, los cuales destacan: baja calidad en la atención durante el embarazo, parto y puerperio, acceso limitado a servicios de salud, alta prevalencia de embarazos en adolescentes. En la región, persiste desigualdad de un país a otro, ya que se observa un aumento de la prevalencia de 13 países con una razón de 89-359 por 100,000 nacidos, por tasas altas de fecundidad, pobreza, calidad de la atención deficiente y en contraste 12 países, presentaron una reducción de 50%. Se comenta que una atención de calidad podría reducir la mortalidad en un 54 %, ya que la mayoría de las muertes son evitables. Durante la última década la organización implemento políticas para reducir la mortalidad y una de ellas fue, la calidad de la atención con personal calificado. (17)

Por otra parte, otra estrategia implementada, fue la convocatoria de la cumbre realizada en el 2017 en la ciudad de Cuernavaca, cuyos objetivos fueron: 1) La creación de un método para identificar la equidad en salud y crear acciones, políticas, programas que permitan subsanar. 2) Crear un sistema para compartir datos y valorar los resultados de las políticas implementadas. 3) Que los líderes de salud de todos los niveles den cumplimiento a las estrategias en el ámbito de equidad en salud, todo esto con la finalidad de mejorar los aspectos más importantes es en salud de las naciones de América. (14)

Estados Unidos de América es la excepción respecto a la mortalidad materna ya que no ha presentado una disminución considerable en este aspecto, si bien es el país con mejor calidad de atención en otros rubros y que más gasta en el sector salud, por varios factores como déficit en el acceso a anticonceptivos y uso de drogas ilícitas en el embarazo denota una deficiencia en la atención médica en mujeres gestantes, por lo que una mejor calidad en la atención prenatal permite disminuir la prevalencia.(19–21)

#### **1.4.2. Estrategias en México.**

En México se han implementado estrategias con la finalidad de alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio, desafortunadamente no se alcanzaron las metas establecidas para el 2015, aun así, ha presentado una disminución considerable en la mortalidad materna, por lo que modifico las estrategias establecidas para los nuevos objetivos del 2030. El reto que se tiene como país es mejorar los accesos a la salud, la calidad en la atención durante las etapas de embarazo, parto y puerperio. Uno de los aspectos a resaltar en México es su sistema de salud, ya que este trata de cubrir gran parte la población. En la última encuesta realizada por ENESS 2017, se estimaba que 102.3 millones de mexicanos, lo que representa el 82.7 % de la población total, se encontraba afiliados a un servicio de salud y el 84.5 por ciento de las mujeres estaban afiliadas, ocasionado por la gratuidad del Seguro popular, lo que permite que personas de bajos recursos puedan acceder a un servicio, lo que nos permite observar que contamos con una adecuada cobertura de atención en nuestra población. (22)

Datos proporcionados por el INMUJERES refiere que existe una desigualdad en la mortalidad materna dentro de nuestro país. Los estados con mayor razón de mortalidad materna son los del sur como, por ejemplo: Chiapas, Guerrero, Campeche, Oaxaca y los estados con menor razón son Baja California del sur, Aguascalientes y Zacatecas, lo que nos permite corroborar la inequidad que existe dentro de nuestra nación y nos obliga a buscar mejora en el aspecto. (22)



Las estrategias que México ha implementado para la reducir la mortalidad materna, están sustentadas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Artículo 4, el cual establece que todas las personas tienen derecho a la salud y por el artículo 3 de la Ley General de la Salud, la cual habla de la atención materno-infantil, lo que confiere legalidad para realizar las acciones con la finalidad de alcanzar los objetivos. (23,24)

Adicional a lo anterior podemos encontrar La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) que hace referencia a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, así como la Guía de Práctica Clínica control prenatal con atención centrada en la paciente; surge con la finalidad de favorecer el desarrollo normal en cada una de las etapas del proceso gestacional, mediante la aplicación de procedimientos normados para su atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas. (25)

Nuestro país ha establecido varias estrategias con la finalidad de mejorar la mortalidad materna. En el 2002 se creó el programa “Arranque Parejo en la Vida”, el cual establece 16 acciones básicas, 16 acciones de apoyo grupales, para cumplir uno de los 8 objetivos, respecto a la calidad en la atención. Ante el inadecuado cumplimiento de los objetivos, en el 2011 se utilizó un método de búsqueda y reclasificación respecto a las muertes maternas con el objetivo de evaluar las políticas públicas para disminuir y conocer cambios sobre a razón de mortalidad materna. (26)

Otra estrategia fue la implementación de las guías de práctica clínica en el 2010, las cuales se utilizan para estandarizar las practicas clínicas de los profesionales de la salud y a su vez mejorar la calidad de la atención. (27)

En el 2013 se instaura el Programa de Acción Especifico Salud Materna y Perinatal, el cual plasma las políticas públicas en materia de salud materna, en el que uno de los objetivos principales es “mejorar la calidad en la atención,” elevar la capacidad resolutive de las unidades, mediante capacitación”. (28)

### **1.4.3. Estrategias implementadas en el IMSS.**

Finalmente, entre las instituciones surgidas como consecuencia de la Revolución mexicana, la primera de carácter social de la historia está sin duda el Instituto Mexicano del Seguro Social, que con el tiempo incorporaría no solo los servicios de salud, sino una gama impresionante de prestaciones que incluían cultura, prevención, cuidados familiares, para un bienestar del binomio materno fetal.

En el último censo del 2020 realizado por el INEGI, se reportó que el IMSS es la institución de salud con más derechohabientes de México presentado un porcentaje mayor al 50 %. La institución se encuentra preocupada en la mortalidad materna, por lo desde su creación salvaguarda la integridad de su población y esfuerzos para contribuir en la disminuir de la mortalidad materna nacional y así conseguir las metas establecidas por OMS. (29)

Esto lo ha realizado creando programas institucionales desde su creación. En 1977 creo el programa IMSS COPLAMAR, con la finalidad de otorgar servicios a población rural en temas prioritarios, incluida la mortalidad materna.

En el año 2003 se crea el programa de IMSS Oportunidades y ya en el 2014 se inicia el programa IMSS prospera, el cual ha tenido el logro de reducir la mortalidad materna de una forma considerable. (30)

Es entonces el control prenatal una de las actividades fundamentales en medicina familiar y forma parte esencial de los programas prioritarios de salud, siendo esta una herramienta en la que se practica uno de los preceptos básicos de la medicina familiar: atención longitudinal y continua del paciente y la familia, cumple la función de evitar que la gestante abandone los límites fisiológicos, detectar patologías en fases iniciales y ofrecer el tratamiento oportuno, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad perinatal.

## **1.5. Calidad de la Atención y cumplimiento clínico.**

La OMS define la Calidad de la atención como “El grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios”. La misma organización, menciona que, al mejorar la calidad de atención, disminuirá la mortalidad materna, ya que se atribuye entre 5.7 y 8.4 millones de muertes en lo referente a la atención de calidad. Por tal motivo mejorando la calidad en la atención se podría reducir a la mitad las muertes maternas en países en vías de desarrollo. (31)

Respecto a lo establecido en los objetivos de Desarrollo sustentable de la agenda del 2030, la calidad de atención es un aspecto de importancia para mejorar la cobertura sanitaria universal, así como la mortalidad materna de forma mundial. Por tal situación la calidad en la atención ha tomado gran importancia presentando transformaciones en las últimas décadas. (32)(33)

Szwako y Vera indican la importancia del tema, mencionando que la calidad de atención tiene 2 dimensiones: La calidad técnica, en donde se busca garantizar la seguridad, efectividad y el adecuado uso de estrategias para mejorar la salud. La calidad percibida principalmente por los pacientes, donde influyen las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas. Refieren que si la calidad de la atención se mide con algún instrumento esta se puede considerar más objetiva. (34)

En los años 80 inicia la evaluación de la calidad de atención en México al introducirse el concepto de Garantía de Calidad. Gracias a este concepto en el país se han realizados gran cantidad de intervenciones a nivel hospitalario, pero existen deficiencia en el primer nivel de atención, el cual es de gran importancia ya que es la base fundamental de nuestro sistema de salud y permitir valorar si las estrategias implementadas son adecuadas para mejorar la calidad de los servicios. (35)

México cuenta con la CONAMED que es una institución conciliadora creada en 1996, que permite establecer la alianza entre el médico y el paciente y así mejorar

la calidad en la atención, en donde el médico ayuda a buscar la recuperación de la salud de los pacientes, en una relación de confianza y solidaridad, esta institución dicta los lineamientos éticos del médico ante los pacientes. (36)

Fernández Cantón en el Boletín de la CONAMED, refiere que la calidad en la atención se debe trabajar de forma conjunta, donde se valoran los aspectos individuales y públicos, así como todas las etapas que contribuyen a una buena calidad estos son; promoción, prevención y rehabilitación no solo el tratamiento. Sugiere establecer indicadores que permitan comprender y analizar la eficacia clínica de las estrategias establecidas, con la finalidad de valorar los avances realizados, los retos que se deben cumplir y así mejorar día a día, este es uno de los retos de nuestro Sistema Nacional de Salud. (37)

Ya que se ha observado en países desarrollados que, al mejorar la calidad en los servicios, se contribuye en el mejoramiento de la gestión sanitaria. En nuestro país en el periodo del 2012- 2018 se establecieron 3 grandes retos en el aspecto de la salud: Protección financiera, equidad y calidad, los cuales hasta nuestros días continúan siendo aspectos que se les da seguimiento para mejorar nuestro sistema de salud. (38)

Otro aspecto de importancia, que se debe considerar para mejorar la calidad de atención, así como el cumplimiento clínico de los médicos, es la utilización del expediente clínico, el cual se considera como instrumento para evaluar, los diferentes establecimientos de salud. En un estudio realizado por la CONAMED (Cumplimiento de los indicadores del Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad), se evaluó el cumplimiento del expediente clínico sobre la calidad de atención, concluyendo que existe deficiencias al respecto, las cuales pueden ser subsanadas mediante la supervisión de diferentes áreas, mejorando el cumplimiento de las normativas establecidas en cada institución de salud. (39)

En el artículo de “Aptitud clínica del médico familiar en los principales motivos de consulta y temas prioritarios de la atención primaria” la aptitud clínica se define como la capacidad para afrontar y resolver problemas clínicos a partir de la identificación

de signos y síntomas. La aptitud clínica tiene componentes que el médico familiar debe poseer:

- Habilidad para reconocer situaciones de riesgo.
- Habilidad de la interpretación de estudios paraclínicos.
- Habilidad para realizar diagnósticos diferenciales.
- Habilidad para efectuar medidas preventivas.
- Habilidades para referir a otros servicios.

Estas habilidades permiten mejorar la calidad de atención en el primer nivel de atención y así disminuir la prevalencia de la mortalidad materna que continúa afectando nuestra población. (aptitud clínica)

#### **1.6. Instrumento para valorar la atención prenatal.**

Con la finalidad de evaluar la calidad de atención en el control prenatal y así disminuir la mortalidad materna, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha implementado un instrumento, el cual es la Cedula de evaluación de control prenatal, se encuentra sustentada mediante, el Manual metodológico de indicadores médicos 2018. La cedula, es un indicador que el instituto maneja para contribuir de forma nacional y así permitir el cumplimiento las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud en la agenda de Desarrollo sostenible, que es reducir la mortalidad materna mundial a un 70 por 100,000 nacidos vivos en el periodo del 2016-2030. (40)

Contamos con un antecedente donde se utilizó la cedula de evaluación de control prenatal, esta información se encuentra en el artículo que lleva como título **“Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México”**, donde se evaluó el apego al control prenatal, en una unidad de Medicina Familiar en el estado de Michoacán. En el artículo se concluyó que no hay un buen

apego, se identificaron deficiencias en la detección y tratamiento oportuno de las infecciones genitourinarias. (41)

El instrumento se apega a criterios establecidos en la Guía de Práctica clínica de control prenatal, la que indica que el control prenatal no solo es el número de citas, sino también involucra, aspectos o actividades realizadas en cada consulta y la calidad de la atención. La cedula de evaluación permite valorar las acciones que se deben realizar en la consulta por los médicos familiares y las complicaciones que puede presentar la embarazada durante la etapa de embarazo.

La cedula de control prenatal, se divide en 4 rubros:

- Primera consulta.
- Embarazo complicado con infección genitourinaria.
- Segunda consulta.
- Consultas subsecuentes

Los cuales se tomarán en cuenta para la realización del estudio en cuestión, con la finalidad de evaluar el cumplimiento clínico. (41) (42)

## **2. Justificación.**

El control prenatal es un aspecto importante en la actualidad por lo que las naciones a nivel mundial han tomado diversas acciones buscando mantener el bienestar del binomio, ya que este representa el bienestar poblacional.

En México según el reporte del INEGI 2019 se reportaron 874 muerte maternas en ese año. De las cuales el IMSS presento 191 muertes. Por tal situación la mortalidad materna continúa siendo un problema de salud de alta prioridad. Según las estadísticas presentadas por el Instituto Mexicano del Seguro social en el año 2020 se realizaron, un total de 2,569,957 consultas para la vigilancia prenatal, de las cuales 214,931 fueron consultas prenatales de primera vez en el primer trimestre de gestación y 439,905 de consultas subsecuentes, lo que indica que existe una gran población en esas condiciones.

En un estudio realizado en Colombia Miranda Mellano, identificó que existe relación entre la ausencia de seguridad social y un control prenatal inadecuado, así mismo Diaz-Martínez et al. también en Colombia describieron que 1 de cada 5 muertes podría haberse evitado si se hubiera realizado un control prenatal adecuado, lo que resalta tanto la importancia de la seguridad social como de la realización de un seguimiento adecuado durante el embarazo.

Por lo que es necesario que el cumplimiento clínico de los médicos familiares se pueda orientar a través de un instrumento (Cedula de evaluación de control prenatal) y de esta forma disminuir la mortalidad materna, a través de la identificación oportuna de los factores de riesgo por parte del médico familiar en la consulta de atención prenatal, apegándose a los lineamientos de los expertos plasmados en el mismo, y a la vez sustentado en aspectos metodológicos ya identificados para mejorar la calidad de un mejor control prenatal como lo plasmado nuestro instituto a través de una cedula de evaluación de la calidad de la atención.

### **3. Planteamiento del problema.**

Actualmente la mortalidad materna continúa siendo un problema de salud a nivel nacional, que impacta a los servicios de salud, ya que este tema se considera un indicador para valorar la estabilidad de un país, por lo cual representa un importante reto en la atención para el médico familiar que día a día proporciona un seguimiento a dicho problema, así como a las pacientes en esta etapa de su vida.

En México la alta prevalencia y la incidencia de dicho problema de salud, representa un reto para los servicios de salud, ya que se han implementado estrategias con la finalidad de mejorar el control de la patología en la población vulnerable, desde diferentes directrices como en la calidad de atención ya que una calidad inadecuada conlleva un aumento en la mortalidad, quizá por factores modificables tales como retraso en el diagnóstico oportuno de patologías o inadecuados controles durante este periodo y por otra parte el cumplimiento clínico del médico, permitirá disminuir esta prevalencia existente.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual es la institución nacional con más derecho habientes, tiene el reto de mejorar los accesos a la salud, la calidad en la atención durante las etapas de embarazo, parto y puerperio. Tal situación conlleva a la necesidad de valorar el cumplimiento clínico de los médicos de primer nivel ya que son los pilares del sistema de salud en el instituto, encargados de identificar los factores de riesgos predominantes, un diagnóstico oportuno y de ser posible limitar el daño. La presente investigación es factible ya que se cuenta con expedientes clínicos de médicos de la unidad de medicina familiar número 3, de ambos turnos, así como el visto bueno de las autoridades de dicha unidad y de las instalaciones de la UMF.

Por lo tanto, es importante la identificación del cumplimiento clínico, mediante la revisión de expedientes, sin afectar a la población vulnerable, considerando los aspectos éticos en investigación, para ello ya se cuenta con un instrumento dirigido, "la cédula de evaluación prenatal" que valora el control prenatal y que no solo valora el número de consultas que las pacientes tienen, sino también permite valorar la calidad en la atención del servicio proporcionado por los médicos familiares, con aspectos la



información obtenida deberá permitir mejorar o comparar la información existente, con la finalidad de seguir perfeccionando la calidad de atención prenatal, para beneficio de nuestras mujeres derechohabientes en edad reproductiva. Dicha investigación es sustentada en aspectos éticos que rigen las investigaciones en seres humanos o pacientes vulnerable.

#### **4. Pregunta de investigación**

¿Cuál es el cumplimiento clínico a través de la cedula de evaluación de control prenatal por médicos familiares de la UMF Numero 3?

## **5. Objetivos.**

### **5.1. Objetivo General**

Evaluar el cumplimiento clínico a través de cedula de evaluación de control prenatal por los médicos familiares de UMF Numero 3.

### **5.2. Objetivos específicos.**

- 1.- Identificar los expedientes de las pacientes embarazadas de 20 a 35 años, que se encuentran en control prenatal con médicos familiares de la UMF número 3, en el periodo de 1 de enero al 31 de diciembre del 2021.
- 2.- Identificar la edad gestacional donde acudieron las gestantes a su control prenatal, así como el número de consultas otorgadas por el medico familiar.
- 3.- Analizar las cedulas de evolución de control prenatal, para trabajar en los rubros de mayor impacto.
- 4.- Determinar los rubros realizados de la cedula de evaluación de control prenatal por el medico familiar, en la primera, segunda y consultas subsecuentes para valorar el cumplimiento clínico.
- 5.-Determinar el cumplimiento clínico de los medico familiares a la cedula de evaluación de control prenatal.

## **6. Hipótesis:**

H1: Existe un adecuado cumplimiento clínico a través de la cedula de evaluación de control prenatal por médicos familiares de la UMF Numero 3.

H0: No existe un adecuado cumplimiento clínico a través de la cedula de evaluación de control prenatal por médicos familiares de la UMFNumero3.

## **7. Materiales y métodos.**

### **7.1. Características donde se realizará el estudio.**

Se realizará el estudio en la UMF número 3 “La Joya”, cual pertenece a la delegación noreste de la Ciudad de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social. La unidad se encuentra ubicada en la calle Oriente 91 esquina norte 70 A, número 3498, en la colonia La Joya. La unidad cuenta con una población adscrita de 96,776 derechohabientes, de los cuales 82,519 son usuarios activos en la unidad, en atención a la salud que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En el primer nivel de atención se otorga aproximadamente 90 % de los servicios de salud en todo el instituto. La unidad de Medicina Familiar No 3, es una de las 22 unidades médicas familiares de la Delegación Norte de la ciudad de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que tiene un promedio mensual de 11,789 consultas.

La unidad de Medicina Familiar cubre algunas colonias de tres alcaldías, la Venustiano Carranza (Michoacana, Emilio Carranza, Janitzio, 20 de noviembre, Simón Bolívar, Ampliación michoacana, progresista, Miguel Hidalgo, la Gustavo A. Madero (La joya, Cuchilla La Joya, Belisario Domínguez, Ampliación Mártires del Río Blanco) y la Cuauhtémoc (Morelos).

La infraestructura de la Unidad de Medicina Familiar es: En el tercer piso de encuentra, el área de Gobiernos, auditorio, un aula de enseñanza, la oficina de enseñanza, los sanitarios del personal. En el segundo piso: 15 consultorios médicos, Trabajo social, sanitarios de pacientes, en el primer piso: Estomatología, Medicina preventiva, La enfermera especializada en Medicina Familiar, Planificación familiar, Medicina del trabajo, Nutrición, Epidemiología, Sala de rayos X, Laboratorio, área de Mastografía y Ultrasonido. Planta baja: Atención médica continua, Curaciones, Farmacia, ARIMAC, Área de prestaciones.

## **7.2. Diseño de estudio.**

### **7.2.1. Tipo de estudio**

Se va a realizar estudio observacional, ya que se analizarán expedientes clínicos de los médicos familiares de la UMF No 3, sin alterar las variables, solo se van a medir. Transversal puesto que se realiza una sola medición de las variables en un determinado tiempo, “enero a diciembre del 2021”. De acuerdo a la cronología de los hechos va ser un estudio retrospectivo, ya que se tomarán los datos después de los hechos estudiados. Finalmente, Descriptivo porque se describirán los datos obtenidos.

## **7.3. Universo de trabajo**

### **7.3.1. Población de estudio.**

El estudio que se pretende realizar será en expedientes clínicos de mujeres en embarazo, quienes son derechohabientes del IMSS de la UMF No. 3. “La joya”.

### **7.3.2. Población diana.**

Expedientes clínicos de mujeres en control prenatal de 20 a 35 años de edad de ambos turnos.

## 7.4. Criterios de selección.

### 7.4.1. Inclusión:

Expedientes de la UMF de control de embarazo

Expedientes generados del 1 de enero al 31 de diciembre del 2021.

Expedientes de pacientes con rango de edad de 20 a 35 años.

### 7.4.2. Exclusión:

Expedientes de pacientes que hayan presentado aborto en las primeras semanas de gestación y no se pueda llevar seguimiento.

Expedientes de pacientes con antecedentes de parto pretérmino.

### 7.4.3. Eliminación:

Expedientes incompletos que no permitan valorar el cumplimiento clínico

## 8. Tamaño de la muestra.

**Muestra:** De acuerdo a las características del estudio en cuestión, se debe realizar un cálculo de tamaño de muestra para una proporción infinita, con una precisión del 5%, y una seguridad estadística del 95%, realizado en mujeres embarazadas que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar Número 3 “La Joya”.

**Cálculo de tamaño de muestra:** Si la población a estudiar es mujeres embarazadas, que acuden a consulta en la Unidad de medicina familiar número 3 La Joya (sujetos no seleccionados de forma aleatoria), la selección de la muestra fue en base a un muestreo no probabilístico, de tipo intencional o por conveniencia, y se pretende saber cuántos individuos del total se requieren, el cálculo sería:

$$n = \frac{Z^2 * N p q}{e^2(N - 1) + Z^2 p q}$$

Seguridad	95%
Precisión	5%
Frecuencia esperada	10%

En donde:

N= población: 188

Z=nivel de confianza (95%) = 1.96

p= probabilidad de éxito o proporción esperada (10%) =0.10

q=probabilidad de fracaso (90%) = 0.90

e= precisión (error máximo admisible en términos de proporción) = 0.05

Tamaño de la muestra: 80

### **9. Tipo de muestreo.**

El tipo de muestreo utilizado en esta investigación es no probabilístico consecutivo, ya que la selección de los individuos escogidos cumple ciertas características y criterios para fines de la investigación.

## 10. Definición de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Unión de medición
<b>Variable Dependiente</b>					
<b>Cumplimiento clínico</b>	Estado en el cual alguien o algo está de acuerdo con las directrices, las especificaciones o la legislación establecida.	La realización de las acciones establecidas por lo médicos.	Cualitativa	Nominal	-SI -NO
<b>Variable Independiente</b>					
<b>Cedula de evaluación de control Prenatal</b>	Indicador de evaluación del proceso de atención Materna integral. (29)	Instrumento implementado en el IMSS que mide la atención materna.	Cualitativa	Nominal	1.Primer Consulta. 2.Segunda Consulta. 3.Consultas subsecuentes. 4.Control de embarazo y complicaciones de infección genitourinarias
<b>Covariables</b>					
<b>Escolaridad.</b>	Período de tiempo que un individuo a asiste a una escuela para estudiar.	Nivel máximo de estudio de un individuo.	Cualitativa	Nominal	1. Nivel básico. 2. Nivel medio-superior. 3. Nivel superior.



<b>Embarazo</b>	Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto. (43)	Periodo donde se lleva la fecundación.	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primer embarazo.</li> <li>2. Segundo embarazo.</li> <li>3. Embarazos subsecuentes.</li> </ol>
<b>Número de consultas</b>	Consultas registradas. (35)	Número de consultas que una embarazada tienen en su control.	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primera consulta.</li> <li>2. Segunda Consulta.</li> <li>3. -consultas subsecuentes</li> </ol>
<b>Control prenatal</b>	Es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la	Acciones que permiten un control adecuado de un embarazo.	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.SI</li> <li>2.NO</li> </ol>

	maternidad y la crianza. (35)				
<b>Ocupación.</b>	Trabajo empleo u oficio. (44)	Actividad laboral que realiza una persona	Cualitativa	Nominal.	1-Empleada- 2.-Desempleada. 3. Hogar.
<b>Nivel socioeconómico</b>	Grado o altura que alcanza cierto aspecto de la vida social. (45)	Estatus de una persona respecto a la economía.	Cualitativa	Nominal	1. Bajo. 2. Medio. 3. Alto.

## 11. Descripción del estudio.

Con previa aceptación del comité de investigación, así como el previo consentimiento de las autoridades de la unidad de Medicina Familiar , se realizará un estudio observacional, transversal, donde se analizarán expedientes clínicos digitales en el SIMF, de los médicos familiares de base, de ambos turnos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Numero 3 “La joya”, la cual se encuentra ubicada en la calle Oriente 91 esquina norte 70a, numero 3498, en la colonia La Joya, por el medico residentes de primer año, bajo la supervisión del investigador responsable, el cual se encuentra adscrito a dicha UMF, el estudio se realizara , de un periodo comprendido del 1 enero del 2021 al 31 de enero del 2021.

## **12. Instrumento.**

El instrumento que se utilizara en la presente investigación se implementó en el 2014, “La cedula de evaluación de control prenatal”, la cual se encuentra sustentado en el Manual Metodológica de Indicadores Médicos, este instrumento, se aplica a nivel Nacional en todas la Unidades de Medicina Familiar. Esta cedula de evaluación se divide en 4 rubros: Primera consulta, Embarazo complicado con infección genitourinaria, Segunda consulta, Consultas subsecuentes, contiene 59 ítems en general, los que permiten valorar el cumplimiento del médico familiar en adecuado, no adecuado e insuficiente.

Este instrumento contiene 59 causas potenciales de disfunción del progreso en lo relacionado a 10 indicadores del Manual metodológico, de los cuales los primeros 4 le corresponden al médico familiar o de primer nivel de atención, los cuales son:

- Proporción de adolescentes embarazadas.
- Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal.
- Promedio de atenciones prenatales por embarazada.
- Proporción de infecciones genitourinarias en embarazadas.

## **13.Análisis de Datos**

El procesamiento de datos se llevara a cabo en EXCEL versión 365, se realizará de manera descriptiva mediante medidas de tendencia central como moda, mediana, media, desviación estándar y representación en graficas en pastel, barra, mientras que para las variables categóricas se utilizarán frecuencias y porcentajes. Todos los datos se analizarán utilizando el programa SPSS (v. 21.0).

## **14. Recursos Financiamiento y factibilidad.**

La realización de la investigación tiene factibilidad, ya que se cuenta con los recursos humanos, físicos, materiales y no se afecta a la población en estudio.

### **14.1. Recursos físicos.**

La obtención de datos se realizará a través del expediente electrónico de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 3 “La Joya”.

### **14.2. Recursos humanos.**

El estudio lo realizara el médico residente y el investigador responsable.

### **14.3. Recursos materiales.**

Al tratarse de un estudio observacional, descriptivo, en donde se analizarán expedientes electrónicos, se utilizarán las instalaciones de UMF Numero 3 “La joya”, utilizando 1 computadora (monitor, PC, teclado, mouse) cuya serie es..... para ingresar a los expedientes, la cual se encuentra en la biblioteca de la unidad. Para interpretación de los datos y resultados se utilizará una laptop (modelo: RTL8723BE, Serie: 6317<sup>a</sup>-RTL8723BE, con un procesador: CORE i3, programas Word, Excel 365), así como plumas, lápices.

### **14.4. Recursos financieros**

Los gastos que se requieran durante la investigación estarán a cargo del médico residente.

#### **14.5 Factibilidad.**

El estudio es factible ya que se cuenta con los recursos materiales, físicos y humanos para el desarrollo del mismo.

Los investigadores cuentan con experiencia suficiente para la investigación, así como en la cedula de evaluación de control prenatal.

#### **15. Aspectos éticos**

El presente estudio de investigaciones titulado “Cumplimiento clínico a través de la cedula de evolución de control prenatal por médicos familiares de la UMF número 3”, se apega a la **Declaración de Helsinki**, adoptada desde 1964, enmendada en Tokio en 1975, para fines de investigación médica en seres humanos, así como en la **Ley General de Salud en materia de los aspectos éticos de la Investigación en seres humanos (NOM-012-SSA3-2012)**.

##### **Declaración de Helsinki**

La declaración fue adoptada en 1964, en la ciudad de Helsinki, la cual ha sido sometida a 5 revisiones y 2 clarificaciones, donde se realizó una ampliación de 11 párrafos a 37 párrafos.

Se anexarán los párrafos que involucran y fundamentan el presente estudio de investigación:

**6.** El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

**7.** La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

**8.** Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

**9.** En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

**10.** Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

**16.** En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

**19.** Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

**22.** El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe

indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

**De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de los aspectos éticos de la Investigación en seres humanos, sustentado en el artículo 17, para efectos de esta investigación, el tipo de riesgo de la presenta investigación es “sin riesgo”,** ya que en el estudio, no se realiza una intervención en la población, pues se llevará a cabo mediante la revisión de expedientes clínicos de la población en control prenatal, de una UMF del IMSS, por lo que no se requiere **consentimiento informado**, más sin embargo se utilizara **carta de no inconvenientes**, para el uso de la información.

### **Informe Belmont**

Este informe fue publicado en 1979, indica los principios bioéticos para la protección de los seres humanos en la investigación. Los cuales son:

**1.- Justicia:** los riesgos y beneficios del estudio de investigación se repartirá equitativamente entre los sujetos, sin discriminación a la población y se evitará procedimientos en población vulnerable.

**2.-No maleficencia:** Durante el desarrollo de la investigación no se producirá daño alguno o exposición a situaciones de riesgo.

**3.-Beneficiencia:** Se busca los máximos beneficios a los pacientes.

**4.-Autonomía:** Se respeta los derechos de los pacientes a decidir y elegir su participación en la investigación.

**Valor social:** El estudio aporta valor social, ya que permitirá mejorar la calidad en la atención en este grupo, tratando de causar un impacto positivo en esta etapa de la vida y contribuyendo a la salud a nivel nacional.

**Valor científico:** La importancia de la investigación es la obtención de información nueva, la cual puede ser aplicada y enfocada en las estrategias existentes para disminuir este problema de salud.

**Balance riesgo – beneficio:** En el estudio existe mayor beneficio que riesgo, ya que permitirá valora áreas de oportunidad y el conocimiento adquirido, permitirá continuar realizando estrategias para la disminución de la mortalidad materna, así como modificar la calidad de la atención en el primer nivel de atención, al ser un estudio sin riesgo el balance riesgo beneficio es positivo.

**Validez científica:** El presente trabajo cuenta con una validez científica, ya que cuenta con una hipótesis de trabajo, objetivos determinados y con una metodología.

**Confidencialidad:** Se identificará al derechohabiente con sus iniciales y datos personales, los cuales serán resguardados por el investigador, no se utilizarán nombres, ni números de seguridad social. La información obtenida será confidencial, sin divulgación de su información personal y únicamente servirán para recabar resultados en el presente estudio, para fines estadísticos.

**El estudio es factible,** cuenta con los recursos necesarios, personal calificado, infraestructura adecuada y material necesario para su realización.

**Selección de los pacientes:** Se realizará la selección de expedientes de acuerdo con las características establecidas en los criterios de inclusión, todos los expedientes tienen la misma posibilidad de ser seleccionados, se evita la discriminación. El estudio no se realiza en población vulnerables ya que solo se analiza la información de los expedientes clínicos de la población en cuestión.

En caso de que algún paciente quisiera conocer la información obtenida en el estudio, se le mostrara los resultados y se le explicara el motivo del estudio.



**Consentimiento informado:** Debido a que solo se analizar expedientes digitales y de acuerdo a la ley general de salud, artículo 17, el tipo de riesgo de la presenta investigación es “sin riesgo” y no requiere consentimiento informado.

## **16. DESARROLLO DEL ESTUDIO**

Previa autorización, aceptación del comité de ética en investigación y del comité local de investigación en salud, se obtuvo consentimiento de la dirección de una Unidad de Medicina Familiar No. 3 “La Joya” para la realización del protocolo de investigación que lleva como Título “CUMPLIMIENTO CLINICO A TRAVES DE LA CEDULA DE EVALUCION DE CONTROL PRENATAL POR MEDICOS FAMILIARES DE LA UMF NUMERO 3.

Posteriormente se acudió a la Jefatura de ARIMAC de la UMF para la obtener el censo de mujeres gestantes que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar a su control prenatal en el periodo establecido (1 enero al 31 diciembre del 2021).

Posteriormente se buscó en la base de datos los expedientes de aquellas mujeres que cursaron con un embarazo en el periodo establecido y de acuerdo con los criterios establecidos para fines del estudio.

Se ingreso al sistema del IMSS mediante la computadora de la biblioteca de la unidad de medicina familiar, para la revisión de los expedientes y usando la cedula de evaluación de control prenatal se obtuvo la información requerida. Debido a que solo se analizó los expedientes digitales no requirió consentimiento informado.

En total se revisaron 84 expedientes clínicos con base a la cedula de evaluación de control prenatal, la cual contiene 59 ítems en general, los que permiten valorar el cumplimiento del médico familiar en adecuado, no adecuado e insuficiente.

El tiempo estimado para la revisión de cada expediente fue de 15 minutos en total, donde se analizó la información obtenida de cada médico en los rubros de la primera, segunda y subsecuentes consultas.

Nunca se divulgo la información obtenida de los expedientes a terceras personas, por lo que la información se manejó de forma confidencial.

## 17. RESULTADOS

Se analizaron un total 84 expedientes de mujeres que cursaron con un embarazo en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2021. Se obtuvo la siguiente información.

Tabla 1. Características sociodemográficas del grupo de estudio.

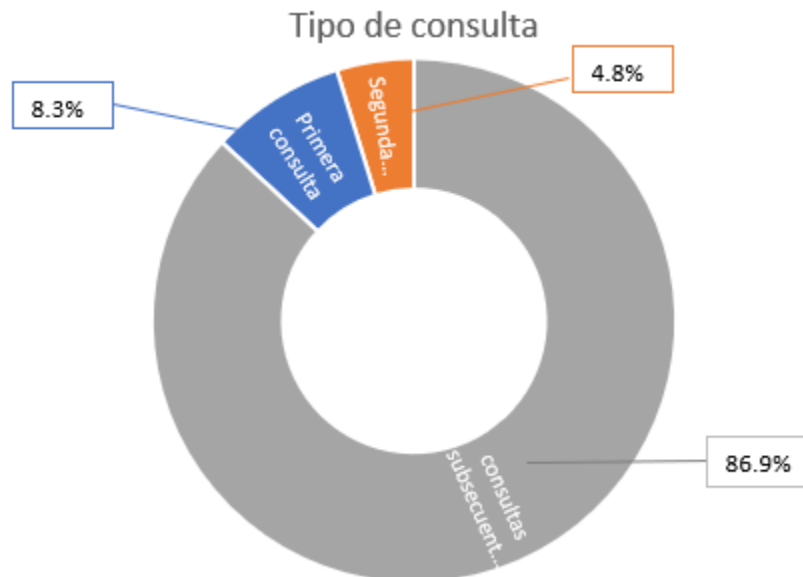
	$\bar{x}$	D.E
<i>Edad</i>	27.1	4.25
<i>Escolaridad</i>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Nivel básico</i>	18	21.4
<i>Nivel medio superior</i>	38	45.2
<i>Nivel superior</i>	28	33.3
<i>Nivel socioeconómico</i>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Bajo</i>	2	2.4
<i>Medio</i>	82	97.6
<i>Ocupación</i>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Empleada</i>	54	64.3
<i>Hogar</i>	30	35.7

Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos; Instrumento: Cedula de evaluación de control prenatal,  $\bar{X}$ =media.  
D.E.= Desviación Estándar.

Respecto a la edad gestacional de las pacientes embarazadas que acudieron a consulta prenatal en el periodo establecido, el promedio fue de  $15.99 \pm 10.25$ , el rango menor tuvo 5 y el rango mayor 38.

El número de consultas otorgadas a las pacientes por el medico familiar tuvo una media de 6.07 (D.E 3.14) al analizar los datos la mínima consulta otorgada fue 1 y la máxima fueron 15, secundario a que presentaron complicaciones durante el transcurso del embarazo y acudieron con el medico familiar en reiteradas ocasiones para su manejo y seguimiento. La cedula de evaluación de control prenatal marca 3 parámetros en la atención prenatal como primera consulta, segunda consulta y consultas subsecuentes. Grafica 1

Gráfico 1. Porcentaje por tipo de consultas otorgadas.

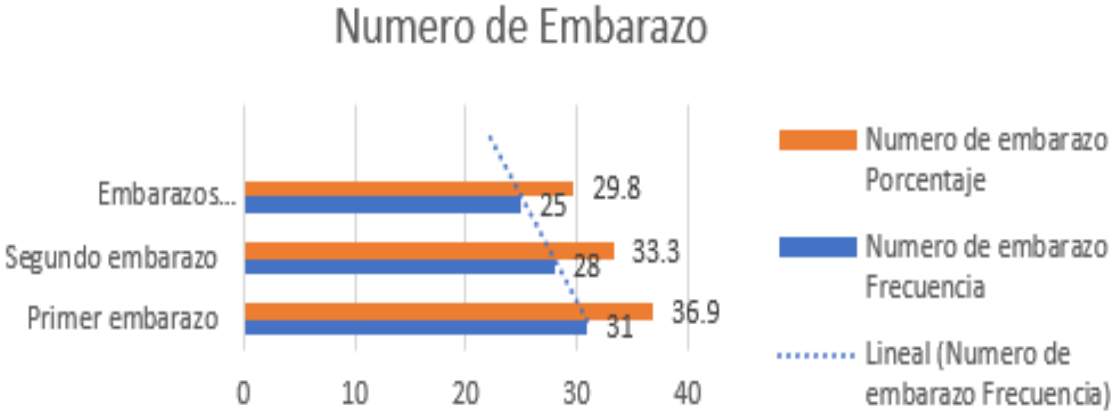


Fuente: Encuesta control prenatal UMF 3

De acuerdo con el número de consultas otorgadas, el 86.9% de las pacientes acudieron a consultas subsecuentes, más de la media otorgada en general, el 8.3% solo acudieron a la primera consulta y el 4.8% acudieron a su segunda consulta.

Respecto a los datos obtenidos de número de embarazos, la mayor frecuencia fue de las pacientes que cursan con su primer embarazo con un porcentaje de 36.9% seguido de las que ya es su segundo embarazo con una frecuencia de 33.33% y el porcentaje mínimo fue de 29.8 % con embarazos subsecuentes. Grafica 2

Gráfico 2. Número de embarazos de las pacientes

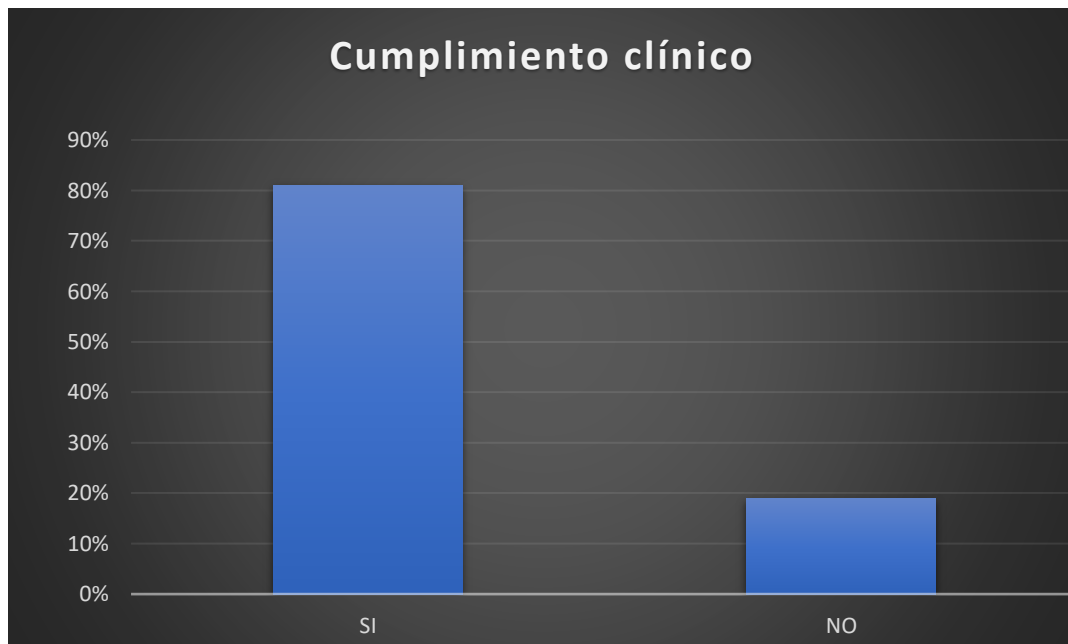


	Primer embarazo	Segundo embarazo	Embarazos subsecuentes
Numero de embarazo Porcentaje	36.9	33.3	29.8
Numero de embarazo Frecuencia	31	28	25

Fuente: Encuesta control prenatal UMF 3

A continuación, se muestran los resultados del cumplimiento clínico de los médicos familiares, se observa que el 81 % de los médicos familiares presentó un cumplimiento clínico adecuado y 19% no presentó un adecuado cumplimiento clínico. Gráfico 3

Gráfico 3. Porcentaje del cumplimiento clínico por los médicos Familiares



Fuente: Encuesta control prenatal UMF 3

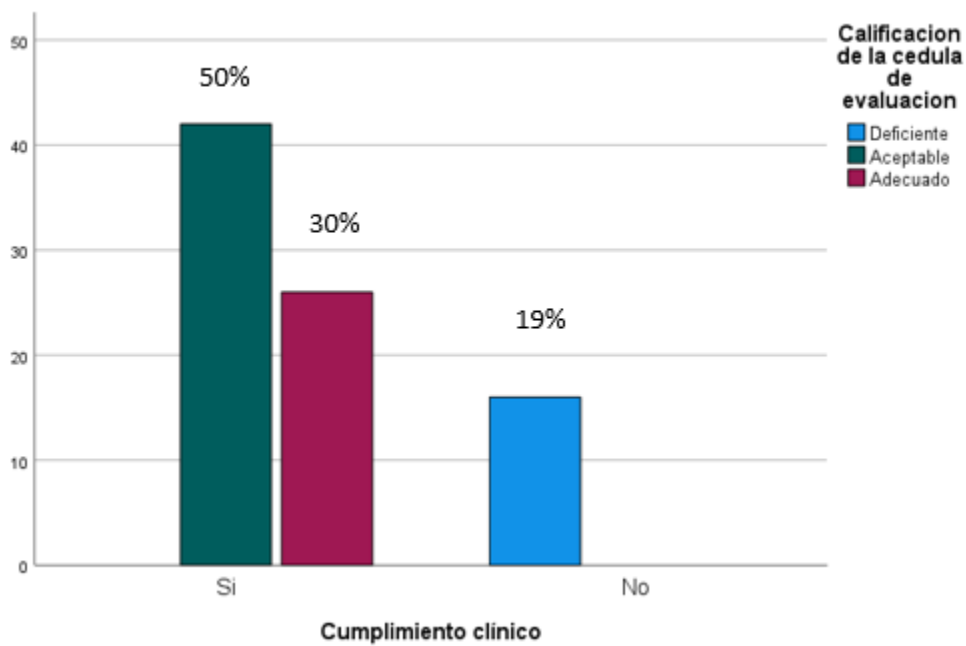
En relación con la calificación de la cedula de evaluación la mayor frecuencia la tiene la calificación aceptable con 42 de 84 que fue el 50%, seguido de adecuado con 26 casos con el 31 % y el menor es deficiente con 16 casos que corresponde al 19%. Tabla 1

**Tabla 1 Cumplimiento clínico VS Calificación de la cedula de evaluación.**

		CALIFICACIÓN DE LA CEDULA DE EVALUACIÓN			
		Deficiente	Aceptable	Adecuado	Total
<i>Cumplimiento</i>	SI	0	42	26	68
	NO	16	0	0	16
<i>Porcentaje</i>		19%	50%	31%	100%

Fuente: Encuesta control prenatal UMF 3

**Gráfico 4 Calificación de la cedula de evaluación respecto al cumplimiento clínico**



Fuente: Encuesta control prenatal UMF 3

## 18.DISCUSIÓN

La investigación se realizó con la finalidad de conocer el cumplimiento clínico de los médicos a través de “La cedula de evaluación de control prenatal” que es utilizada en el primer nivel de atención como una guía de evaluación para medir si la consulta del control prenatal es adecuada tema que ha tomado gran importancia tanto a nivel nacional como internacional.

Durante el desarrollo del estudio se observó que en las últimas décadas se ha enfatizado en la necesidad de mejorar las capacidades en los profesionales de la salud para afrontar problemas respecto a este tema, implicando mejoras en las habilidades para la resolución de problemas.

En relación con los resultados adquiridos podemos constatar que el promedio de edad donde acudieron a control prenatal las pacientes fue de 27 años.

Emmanuel Jerónimo-Bayona, Heberto Romeo Priego-Álvarez, Cynthia Selene Ramón-Bautista, Ángel Carballo-Chiñas (1016) en el artículo que lleva como título “Evaluación de la calidad en la atención del embarazo y puerperio en mujeres del Estado de Tabasco” señala que el grupo de edad con mayor prevalencia fue de 20-26 años de edad, seguido de 27-33 años, dicha situación prevalece en los datos obtenidos en la presente investigación, respecto al nivel de estudio el artículo reporta que el mayor porcentaje lo tiene el nivel básico con un 28%, contrastando con la información obtenida, donde el mayor porcentaje lo tiene el nivel medio superior con un 45.2%, situación que permite tener una mejor comunicación entre la paciente y el medico lo que mejora la atención clínica.

Por otra parte, respecto al porcentaje de consultas, en la primera consulta reporto un mayor índice con un porcentaje de 46%, la segunda consulta un 43% y el resto un 7%. En contraste con nuestros datos el mayor porcentaje se obtuvo en las consultas subsecuentes con un valor de 86.4% y el menor porcentaje fue en la segunda consulta con un valor de 4.8%.



Respecto al cumplimiento clínico el 81% de los médicos tuvieron un cumplimiento clínico adecuado y el 19% no lo cumplió, en contraste con los datos del artículo sobre la calidad de la atención de los servicios, donde el mayor porcentaje se obtuvo en el rubro de sin calidad con un 60%, en calidad deficiente 38% y satisfactoria 2%, por lo que sería interesante realizar una investigación para valorar que factores no permiten que los médicos tengan un cumplimiento clínico adecuado.

Se obtuvieron los siguientes resultados sobre la evaluación de los médicos por la cédula de evaluación. El 19% del total presentó una calificación deficiente, el 50% fue aceptable pero no adecuada y el 31% adecuada, sin embargo, en los resultados obtenidos en la unidad en los últimos años se observa mejoría en la atención ya que los datos deficientes son los menos, así la población en estudio se encuentra en una edad productiva, con una escolaridad medio superior y en un nivel socioeconómico medio lo que permite una empatía de las 2 partes en pro de la atención.

Dicha información contrasta con la reportada en el artículo "Evaluación de la calidad en la atención del embarazo y puerperio en mujeres del Estado de Tabasco atendidas por el programa Caravanas de la Salud", Autores, Emmanuel Jerónimo Bayona, Heberto Romero Priego Álvarez, Cynthia Selene Ramón Bautista, Ángel Carballo Chiñas, donde se reportan en términos generales que el 60 % de los expedientes sin calidad, el 38% con calidad deficiente y el 2% con calidad satisfactoria.

Ariadna Moreno Segura, Víctor Omar Frías Navarro, Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres (2016) demostró información contraria a la obtenida en nuestro estudio, donde se encontró que la actitud clínica fue muy baja y baja, las que predominaron contrastando con la información adquirida.

## 19. CONCLUSIONES

A lo largo del tiempo las estrategias que se han implementado en el IMSS respecto al tema de control prenatal permiten un ascenso en el cumplimiento clínico de los médicos, el presente análisis nos permitió corroborar la información, ya que la suma de adecuado y aceptable se encuentra superior del 50%, lo que refleja una mejora. Esta información permitirá continuar trabajando en las estrategias existentes para llegar al 100 % en el cumplimiento clínico. Así como fomentar la importancia que merece la primera consulta prenatal y las subsecuentes en nuestra población o en el primer nivel de atención. Ya que un adecuado cumplimiento clínico durante un embarazo conlleva a una buena evolución de un embarazo, así como una oportuna derivación a otro nivel de atención si fuese necesario.

Sin embargo, hay un porcentaje elevado de pacientes embarazadas que acuden en etapas finales del embarazo o en una sola ocasión, provocando limitaciones para medir el cumplimiento clínico del médico.

Se encontró que en los últimos años ha mejorado el cumplimiento clínico en la unidad de medicina familiar y que entre más temprano se realice el control prenatal mejor será la atención clínica.

Es de suma importancia crear un equipo multidisciplinario en la atención de las pacientes embarazadas, para facilitar el control de la gestación y de esta manera mejora la calidad de la atención prenatal.

A Pesar de lo anterior todavía existen áreas de oportunidad en la medicina familiar, y el perfeccionamiento de estas permitirá la mejora de la aptitud clínica ya que debe ser prioritario con la finalidad de otorgar un manejo integral al derechohabiente.

## **20. RECOMENDACIONES**

Al concluir la investigación y el análisis de resultados, se observa que es necesario aumentar las estrategias, por lo que:

Se recomienda una capacitación constante del médico familiar, sobre la cedula de evaluación de control prenatal.

Se sugiere una práctica donde el medico familiar evalúe una cedula de forma anónima de otro médico, así mejoraría su perspectiva clínica sobre la importancia de un adecuado cumplimiento de esta y para mejorar el conocimiento mediante una crítica constructiva.

Se sugiere que el servicio de trabajo social, proporcione información oportuna sobre la importancia de llevar un adecuado control prenatal desde el inicio, así como la consecuencia que puede tener el no realizar acción de manera correcta, oportuna y los beneficios, ya que es él servicio que tiene contacto con la población general.

## 21. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividades	1 semestre 2021				2 semestre 2021			1 semestre 2022				2 semestre 2022			1 semestre 2023
	1	2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	1	2	3	4-6	1-3	4	5-6	
Buscar bibliografía	R														
Análisis de la información		R													
Comienzo de protocolo			R												
Revisión del asesor.				R											
Aceptación del asesor					R	R	R								
Envío al comité de investigación								R							
Aceptación de comité de investigación.									R	R					
Aplicación de instrumento.											R				
Elaboración de base de datos												R			
Captura de la información.													R		
Análisis estadístico														R	
Presentación de resultados															R
Entrega del trabajo final y/o publicación de resultados															R

Realizado: R

## 22. Bibliografía

1. Alfaro Alfaro Noé, Villaseñor Farías Martha, Valadez Figueroa Isabel. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Investigación en salud*. 2006; 8 (1): 50-53.
2. Ramírez Esparza C. Apuntes para la Historia de la Medicina del Hospital Civil de Guadalajara 1800-1950. Tomo I. La Medicina no quirúrgica. Vol. I Editorial Universidad de Guadalajara. 1990, 99-112.
3. Manuel Marrón-peña G, Mortalidad materna M-PG. [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx) Mortalidad materna: un enfoque histórico [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx). 2018;41(1):59–63. Available from: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)<http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>
4. David J, Kahut V, Cordero González A. Morbimortalidad materna. *Panorama Cuba y Salud*. 2018; 13:434–40.
5. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy - A psychological view. *Ginekologia Polska*. 2018;89(2):102–6.
6. Morton A. Physiological Changes and Cardiovascular Investigations in Pregnancy. *Heart Lung and Circulation* [Internet]. 2021;30(1): e6–15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2020.10.001>
7. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2021 Jan 10;64(1):39–48. Available from: [http://revistafacmed.com/index.php?option=com\\_phocadownload&view=file&id=1379:cambios-fisiologicos-durante-el-embarazo&Itemid=79](http://revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=1379:cambios-fisiologicos-durante-el-embarazo&Itemid=79)
8. Von Dadelszen P, Magee LA. Strategies to reduce the global burden of direct maternal deaths. *Obstetric Medicine*. 2017;10(1):5–9.
9. King JC. Strategies to reduce maternal mortality in developed countries. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2013;25(2):117–23.
10. WHO. TRENDS IN MATERNAL MORTALITY 2000 to 2017 [Internet]. 2019. p. X, XI. Available from: <file:///C:/Users/luisd/Downloads/9789241516488-eng.pdf>
11. OMS. Mortalidad materna [Internet]. 19 de septiembre. 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
12. Castillo Ávila Irma Yolanda, Zarate Grajales Rosa. Utilización del control prenatal en gestantes de la delegación Iztapalapa, distrito federal de México. *Archivos de Medicina*. 2019; 19 (1).
13. OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [Internet]. 7 de noviembre. 2016. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

14. Sanahuja JA, Vázquez ST. Del milenio a la sostenibilidad: Retos y perspectivas de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. *Política y Sociedad*. 2017;54(2):521–43.
15. Witteveen T, Bezstarosti H, de Koning I, Nelissen E, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J, et al. Validating the WHO maternal near miss tool: Comparing high- and low-resource settings. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17(1):1–9.
16. GRT. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe [Internet]. 2017. Available from: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
17. Nickel PM, Eikenberry AM, Tech V. Transformative Potential of Democratic. 2019; 29:114–5.
18. Darney PD, Nakamura-Pereira M, Regan L, Serur F, Thapa K. Maternal Mortality in the United States Compared With Ethiopia, Nepal, Brazil, and the United Kingdom: Contrasts in Reproductive Health Policies. *Obstetrics and gynecology*. 2020;135(6):1362–6.
19. Geller SE, Koch AR, Garland CE, MacDonald EJ, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: Moving beyond maternal mortality. *Reproductive Health*. 2018;15(Suppl 1).
20. Shellhaas C, Conrey E. State-based Review of Maternal Deaths: The Ohio Experience. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2018;61(2):332–9.
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Sexta Edición De La Encuesta Nacional De Empleo Y Seguridad Social (ENESS). 2018;1–2. Available from: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodem/ENESS2018.pdf>
22. INMUJERES. Mortalidad materna Mortalidad materna. 2019;1–2.
23. Unión C de D del HC de la. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (CPEUM). *Diario Oficial de la federación*. 2021;1–194.
24. Ley General de Salud Pública. Ley General de Salud Pública. 2020;
25. NOM-007-SSA2-1993 N oficial mexicana. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. 2019;17.
26. Morales-Andrade E, Ayala-Hernández MI, Morales-Valerdi HF. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. 2018;61–86.
27. Poblano-Verástegui O, Vieyra-Romero WI, Galván-García ÁF, Fernández-Elorriaga M, Rodríguez-Martínez AI, Saturno-Hernández PJ. Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. *Salud Publica de México*. 2017;59(2):165–75.
28. Alcalá Gómez E, Díaz Echeverría D, Lachenal C, éez Romero M TEC. Evaluación De Diseño del Programa de Acción Específica sobre Salud Materna y Perinatal. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. 2019;

29. INEGI. INEGI Censo 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.inegi.org.mx/datos/?t=0220>
30. IMSS. Libro Blanco Programa IMSS-PROSPERA [Internet]. 2018. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-LB-4-IMSS-PROSPERA.pdf>
31. OMS. Servicios sanitarios de calidad [Internet]. 11 de agosto. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
32. Braithwaite J, Vincent C, García-Elorrio E, Imanaka Y, Nicklin W, Sodzi-Tetty S, et al. Transformational improvement in quality care and health systems: the next decade. *BMC Medicine*. 2020;18(1):1–17.
33. Galli A, Leuenberger A, Dietler D, Fletcher HA, Junghanss T, Utzinger J. Tropical Medicine and International Health and the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Tropical Medicine and International Health*. 2020;25(1):e1–13.
34. Szwako A, Vera. F. Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Asunción-Paraguay. Año 2013 TT - Quality of medical attention perception in the Family Medicine Service of the Clinic's Hospital, Asu. *Revista de Salud Pública Paraguaya* [Internet]. 2017;7(2):1–5. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-33492017000200026&lang=pt%0Ahttp://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v7n2/2307-3349-rspp-7-02-26.pdf](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492017000200026&lang=pt%0Ahttp://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v7n2/2307-3349-rspp-7-02-26.pdf)
35. Jerónimo-bayona E, Priego-Álvarez HR, Ramón-bautista CS. Evaluación de la calidad en la atención del embarazo y puerperio en mujeres del Estado de Tabasco atendidas por el programa Caravanas de la Salud. *Salud en Tabasco*. 2016;22(3):87–97.
36. Fernández-Cantón SB, Rizo-Amézquita JN. El arbitraje médico y las quejas concluidas relacionadas con la población de menores de 15 años durante el periodo 2011-2015. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2018;75(3):183–93.
37. Fernández S. Sistema de indicadores sobre la calidad en salud proyectos actuales de medición en salud. *Boletín CONAMED-OPS y OMS* [Internet]. 2018;8–14. Available from: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin21/indicadores.pdf>
38. VILLAGARCIA TRUJILLO EX, Delgadillo Guzmán LG, Argüello Zepeda FJ, González Villanueva L. Perspectiva usuaria de la Calidad en los Servicios de Salud del ISSEMyM. *Horizonte Sanitario*. 2017;16(1):46.
39. Sánchez KV, Pérez JA, Olivia M, Arreola S. Cumplimiento de los indicadores del Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC) Fulment of Quality and Integrated Clinical record Model indicators. 2015;20.
40. Instituto Mexicano Del Seguro Social. Manual Metodológico De Indicadores Médicos. Dirección de Prestaciones Médicas [Internet]. 2017;574. Available from:

- <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normatividadInst/manualmetodologico2018.pdf>
41. Álvarez-Huante Yiselín V, Muñoz-Cortés Gerardo, Chacón-Valladares Paula G-A Carlos. Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México. 2017;107–11.
  42. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Control Prenatal Con Atención Centrada En La Paciente. Imss [Internet]. 2017;104. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>
  43. Diccionario de Instituto Nacional del Cáncer. Embarazo [Internet]. 2020. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo>
  44. Española RA. Diccionario de la lengua española [Internet]. Agosto. 2020. Available from: <https://dle.rae.es/ocupación>
  45. Española RA. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2020. Available from: <https://dle.rae.es/nivel>



# ANEXOS

Anexo 1. Instrumento utilizado.

<b>CEDULA DE EVALUACION DE CONTROL PRENATAL</b>				
<b>Cédula de Evaluación</b>	<b>Embarazo normal o complicado</b>			
	<b>Nombre</b>			
	<b>Afiliación</b>			
	<b>Cons y Turno</b>			
	<b>JLM</b>			
Edad gestacional de la paciente en la 1a. Consulta:				
Total de consultas prenatales otorgadas a la paciente:				
Fecha de la primera consulta prenatal:				
Fecha de la primera cita subsiguiente:				
Diferencia entre la primera consulta y primera atención en días:				
¿Diferencia entre la primera consulta y primera atención subsiguiente de 7 a 10 días?				
<b>PRIMERA CONSULTA</b>				
¿Registra la somatometría y signos vitales de la paciente en cada consulta?				
¿Se encuentra el registro de la presencia del síndrome vasculoespasmódico: cefalea, fosfenos,				
¿Es congruente el registro de peso a la edad gestacional?				
¿Es congruente el registro de la altura del fondo uterino a la edad gestacional?				
¿Está registrada la cifra de tensión arterial y la tensión arterial media en la hoja de vigilancia prenatal?				
¿Existe el registro de la presencia o no, de edema?				
¿Es congruente el registro de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF), con las semanas de edad				
¿Se encuentra en el registro de la hoja de vigilancia prenatal, el envío a laboratorio para realizar los				
Fumarato ferroso 100 mg vía oral 3 veces al día desde 3 meses antes del embarazo hasta la				
Ácido fólico 0.4-5 mg vía oral una vez al día, desde 3 meses antes del embarazo hasta la semana 13				
¿Registra la valoración del riesgo obstétrico en la hoja de vigilancia prenatal, de acuerdo a la				
¿Existe en la hoja de vigilancia prenatal, el envío a Medicina Preventiva para aplicar Toxoide (Td o				
¿Existe en la hoja de vigilancia prenatal, el envío a Trabajo Social?				
¿Existe en la hoja de vigilancia prenatal, el envío a Estomatología Preventiva?				
¿Se encuentra el registro de haber informado cuáles son y cómo se identifican los signos de				
¿Presenta factores de riesgo como obesidad, alteraciones de la glucemia, enfermedades crónicas				
<b>EMBARAZO COMPLICADO CON INFECCIÓN GENITOURINARIA</b>				
¿Se encuentran en el registro de la hoja de vigilancia prenatal datoS o no de infección de vías				
Si existen datos de infección de vías urinarias, ¿Se encuentra el registro de haber indicado los				
¿Control con examen general de orina y urocultivo, posterior al tratamiento?				
¿Se encuentra en el registro de la hoja de vigilancia prenatal, la presencia o no, de datos de				
Si existen datos de vaginitis por trichomonas y/o cándida, ¿Se encuentra el registro de haber				
¿Cita al término del tratamiento?				
¿Control con examen general de orina, urocultivo y exudado cérvico vaginal, posterior al tratamiento?				
¿Existe respuesta a tratamiento de la cervicovaginitis o infección de vías urinarias? No, ¿Se envió a 2				
<b>TERCERA CONSULTA</b>				
Se encuentra en el registro de la hoja de vigilancia prenatal, la interpretación de los resultados de				
laboratorio? (solicitados en la primera consulta)				
¿Actualizó la valoración del riesgo obstétrico?				
¿Existe en la hoja de vigilancia prenatal, el envío a Trabajo Social?				
¿Existe en la hoja de vigilancia prenatal, el envío a Estomatología Preventiva?				
¿Se envió con la enfermedad transmitida (matr) o LCR en caso de ser embarazo de bajo riesgo?				
RAIC (RISGO) (RD) Actualizado, actualizado, actualizado, actualizado, actualizado, actualizado, actualizado				
<b>CONSULTAS SUBSECUENTES</b>				
Registro resultado del urocultivo entre la semana 12 a 16 de edad gestacional, ¿sin presencia de				
síntomatología urinaria para detectar bacteriuria asintomática?				
¿Biometría hemática completa entre la semana 18 a 20 y 32 a 34?				
¿Examen general de orina entre la semana 18 a 20 y 32 a 34?				
¿Glucemia entre la semana 24 a 28?				
¿Ultrasonido en caso necesario o en paciente derechohabiente trabajadora?				
¿Se encuentra el registro y la interpretación de los resultados de laboratorio con relación a las				
¿Existe evidencia en la hoja de vigilancia prenatal, haber promovido a partir del 2o trimestre del				
¿Evidencia en la hoja de vigilancia prenatal información a la embarazada sobre los beneficios de la				
La edad gestacional se encuentra entre 30 y 34 SDG con 2 cesáreas previas. ¿Se le realizo USG				
¿Registra que se informe a la paciente; a partir de las 34 semanas de gestación signos y síntomas				
¿Exploración de la cabeza, cara y cuello?				
¿Exploración de cavidad bucal?				
¿Exploración cardiopulmonar completa?				
¿Exploración de mamas gestantes?				
¿Maniobras de Leopold?				
¿Examen físico de puntos ureterales y signo de Giordano?				
¿Determinación si existen visceromegalías?				
¿Examen vaginal manual?				
¿Especuloscopia?				
¿Explora signo de Homans?				
¿Explora edema? (+ pies, ++ abdomen, +++ cara, ++++ anasarca)				
¿Explora datos de insuficiencia venosa periférica superficial?				
¿Tratamiento oportuno, adecuado y óptimo en hipertensión asociada al embarazo?				
¿Tratamiento oportuno, adecuado y óptimo en diabetes gestacional?				
¿Envío a 2o nivel si es un embarazo de alto riesgo?				
¿Todos los medicamentos registrados corresponden a los diagnósticos identificados?				

### Anexo 3. Carta de no inconveniente

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.3 LA JOYA

Ciudad de México a 13 de septiembre del 2021

DRA. DEYANIRA GUTIERREZ SÁNCHEZ  
DIRECTORA DE LA UMF No3 "LA JOYA"

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE

Por medio de la presente se solicita y de no haber inconveniente, se permita al medico residente de primer año de la Especialidad en Medicina familiar de esta sede DR JORGE LUIS SILVA SILVA realizar recolección de información de expedientes clínicos durante el periodo del 01 de noviembre al 31 de diciembre del 2022 para el desarrollo de protocolo de investigación, el cual tiene como titulo **"CUMPLIMIENTO CLINICO A TRAVES DE LA CEDULA DE EVALUCION DE CONTROL PRENATAL POR MEDICOS FAMILIARES DE LA UMF NUMERO 3"** ya en plataforma de SIRELCIS con número de folio F-2021-3404-043. Dicho proceso consiste en revisión de expedientes clínicos de los medico familiares de pacientes en control prenatal adscritas a esta unidad así como uso de la cedula de control prenatal. Siendo su asesor de tesis el DR OSCAR BARRERA TENAHUA Medico familiar adscrito de esta unidad.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.

Atentamente

  
DRA. DEYANIRA GUTIERREZ SÁNCHEZ  
DIRECTORA DE LA UMF No3 "LA JOYA"



## Anexo 2 Consentimiento Informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:

Cumplimiento clínico a través de la cedula de evolución de control prenatal por médicos familiares de la umf numero 3

Patrocinador externo (si aplica):

No Aplica.

Lugar y fecha:

Unidad de Medicina Familiar No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021.

Número de registro:

Sin registro.

Justificación y objetivo del estudio:

Justificación: La mortalidad materna, continúa siendo un indicador mundial para valorar el bienestar de salud de un país, aunque en las últimas décadas ha presentado una disminución considerable sigue siendo un problema de salud en nuestro país, por lo que en este estudio se pretende, analizar el cumplimiento de la estrategia implementada en la institución para disminución aún mas este problema.  
Objetivo: Identificar el cumplimiento clínico de los medico familiares a través de la cedula de evolución de control prenatal.

Procedimientos:

Se analizarán los expedientes clínicos de todos los médicos Familiares de la unidad de la UMF para valorar el cumplimiento a través del instrumento de control prenatal, implementado por el IMSS.

Posibles riesgos y molestias:

No existen riesgos, debido a que solo se va a revisar expedientes clínicos, sin contacto de pacientes, lo que no va a provocar molestias.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Obtener información sobre el cumplimiento clínicos de los médicos familiares e identificar áreas de oportunidad que permitan realizar acciones a fin de impactar de manera positiva en este problema.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

En caso de que lo requiera, se le informará sobre los resultados obtenidos.

Participación o retiro:

Los participantes tienen la plena libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, sin que ello afecte o intervenga la atención médica que recibe el paciente en la unidad médica del instituto.

Privacidad y confidencialidad:

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las publicaciones que deriven de este estudio, y mis datos serán tratados de forma confidencial

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica.

Beneficios al término del estudio:

Reconocer el grado de conocimientos que se tienen acerca de la Enfermedad Renal Crónica, el generar dudas y conocimiento acerca de su información y motivarse para seguir investigando acerca de la enfermedad, y favorecer una mejor adherencia a su tratamiento

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Oscar Barrera Tenahua, Medico Familiar de la UMF Numero 3, Matricula: 98361890, Correo: [medfam05@hotmail.com](mailto:medfam05@hotmail.com), Tel: 5541881770

Colaboradores: Dr. Jorge Luis Silva Silva, Médico Residente de primer año de Medicina Familiar. Matricula 97369575, Correo: [luisdoc61@hotmail.com](mailto:luisdoc61@hotmail.com) Tel: 5544843594

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del participante  
Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

