Facultad de Medicina

Unidad de Medicina Familiar No. 2

"CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA INTEGRAL

EN LA UMF 2 IMSS PUEBLA"

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Nallely Diuly Bruno Marín

NUMERO DE REGISTRO CVU 1158711

liberacion.bibliotecas@correo.buap.mx con atención a la Li. Nora Álvarez.

Director

Dr. José David López Borbolla

Director Médico Unidad de Medicina Familiar Numero 6

Asesor

Mtra. Elizabeth Méndez Fernández

Coordinador de Educación e Investigación en Salud UMF2

Número de Registro: SIRELCIS R-2018-2103-024

H. Puebla de Z.FEBRERO 2020

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

La presente investigación fue realizada en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 2, bajo la Dirección del Dr. José David López Borbolla y la Dra. Elizabeth Méndez Fernández con el título de CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA INTEGRAL EN LA UMF 2 IMSS PUEBLA, registro ante el IMSS SIRELCIS R-2018-2103-024, cuyo autor principal es Dra. Nallely Diuly Bruno Marín, Residente de la especialidad de Medicina Familiar. Por lo que hago constar que he revisado el contenido científico de la misma, autorizando su impresión. Firmo al calce.

Atte.

Dra. Elizabeth Méndez Fernández
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
IMSS Ced Prof 2391344

Dr. José David López Borbolla *Dra. Elizabeth Méndez Fernández*

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **2103** con número de registro **17 CI 21 114 023** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 21 CEI 006 2017103**.
U MED FAMILIAR NUM 2

FECHA **Martes, 03 de julio de 2018.**

DR. JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA
P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA INTEGRAL DE EN LA UMF 2 IMSS PUEBLA

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2103-024

ATENTAMENTE

DR. JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2103

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

A mi hermosísima madre Irene Marín García, su fortaleza siempre ha sido mi ejemplo para seguir en todo.

A mi hermano Eder Bruno Marín, de quien he aprendido que la templanza del carácter es en ocasiones la mejor solución para los problemas en la vida.

A mi papa Samuel Bruno Beatriz que vive dentro de mi corazón todos los días de mi vida desde el día en que nací hasta el día en que me muera, de quien obtengo respuestas para resolver todos las dificultades de mi vida: "¿puedes o no puedes?", y sí, siempre puedo.

AGRADECIMIENTOS

A mis asesores de tesis, Dr. José David López Borbolla y Dra. Elizabeth Méndez Fernández.

Dra. Socorro Méndez Martínez por despertar en mí el espíritu de la investigación.

Por orden alfabético.

Andrea, mi compañera de residencia desde el día 1 hasta el día 1095.

Fernanda, sin ti esta aventura llamada residencia nunca hubiera sido lo mismo.

Mariana y Cat, gracias por hacer posible a distancia el cartel.

A todos mis amigos de la residencia.

A todos mis compañeros de la residencia, de guardia, de otras sedes y los de mayor y menor jerarquía, gracias por enseñarme siempre como hacer las cosas y otros tantos como no hacerlas.

A todos mis maestros de la residencia.

.

INDICE

Resumen *8*

Abstract ……...*10*

INTRODUCCION *11*

CAPITULO 1. MARCO TEORICO

1.1. Antecedentes generales ……12

1.2. Antecedentes específicos ……19

CAPITULO 2. PROPOSITO Y ORGANIZACION

2.1. Justificación ……24

2.2. Planteamiento del problema ……25

2.3. Objetivo general……..26

2.4. Objetivos específicos 26

2.5. Hipótesis …… 37

CAPITULO 3. METODOLOGIA

3.1. Diseño del estudio ……...28

3.2. Tipo de muestra …… 30

3.3. Definición de variables ……33

3.4. Diseño estadístico y análisis de datos …… 38

3.5. Resultados …… 40

3.6. Discusión …… 47

CAPITULO 4. CONCLUSIONES

4.1. Conclusión……...……..48

4.2. Propuestas ……..49

Bibliografía……47

Anexos…… 50

Índice de tablas

Tabla 1. Expedientes por trimestre ……..……38

Tabla 2. Prescripción de hierro con Hb <11mg/dL ……39

Tabla 3 Chi cuadrada …… 40

Tabla 4 Ultrasonido antes de la semana 24 ……..…. 41

Tabla 5. Chi cuadrada ……..42
Tabla 6. TA en cada visita 42
Tabla 7 Chi cuadrada ……..…… 42
Tabla 8 Referencia a segundo nivel de atención …… 43
Tabla 9 Chi cuadrada ……..…… 43

Índice de graficas

Grafica 1. Expedientes por trimestre 38
Grafica 2. Items por trimestre ……..41

RESUMEN

“CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA INTEGRAL EN LA UMF 2 IMSS PUEBLA”

Bruno-Marín N, López-Borbolla D. Méndez-Fernández E,

INTRODUCCIÓN: La calidad de la atención médica constituye una posibilidad de mejora continua en la búsqueda de la eficacia de la utilización de recursos de manera eficiente. La mortalidad materna es un dato sensible a la calidad de vida general de la población, un dato frio que revela la capacidad del sistema de salud de no perder un miembro activo en la sociedad que constituye el centro de una familia completa. La nota medica es un documento médico legal donde deben ser plasmadas todas las acciones realizadas por el médico tratante, la evaluación de esta nos permitirá conocer el grado de apego a la normatividad vigente que busca garantizar la salud del binomio.

OBJETIVO: Evaluar la calidad en la atención materna integral en la UMF 2 IMSS Puebla.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, homodémico, unicéntrico. Se revisaron expedientes de mujeres embarazadas con la cedula de evaluación del proceso materno integral, la cual está fundamentada en el Manual Metodológico de indicadores, que evalúa segunda atención medica otorgada 7-10 días posteriores con estudios prenatales, prescripción de ácido fólico hasta la semana 12, prescripción de hierro, realización de prueba de VIH, realización de estudios de laboratorio tales como Biometría hemática en la semana 28, Examen general de orina en la semana 18-20 y 32-24, glucemia entre la semana 24-28, ultrasonido antes de la semana 24, toma de tensión arterial en cada una de las visitas al médico familiar, información sobre signos de alarma, cita para vigilancia prenatal menor a 30dias cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente complicaciones, derivación a trabajo social, oferta de método anticonceptivo de acuerdo a riesgo reproductivo y obstétrico, referencia oportuna a segundo nivel de atención. Para la comparación trimestral se utiliza chi2, utilizando el programa SPSS V23.

RESULTADOS:

Se evaluaron 312 expedientes de pacientes gestantes, de los cuales el 25% (n 78) corresponde a pacientes en el primer trimestre de gestación, 34.3% (n 107) al segundo trimestre y 40.7% (n 127) al tercer trimestre de gestación. El control prenatal tiene variación según el trimestre de gestación estudiado con un resultado de 15.11% para el primer trimestre, 33.34% para el segundo trimestre y 51.55% para el tercer trimestre. El análisis de los datos univariados se realizó mediante estadística descriptiva, para la comparación trimestral se usó Chi2, no se encuentra una asociación estadística positiva entre las variables.

CONCLUSIONES:

Se identificó que la calidad de la atención materna integral en relación con su apego a guía de práctica clínica no es el adecuado, ya que no cumple el valor esperado de 80%. La mala calidad de atención del proceso de atención medica resulta en grandes desventajas al usuario final, en este caso pacientes embarazadas; así como a la institución, ya que los daños generados se traducen en la inversión o gasto de recursos para enmendar los daños causados que, en el caso de nuestras pacientes gestantes, pueden ser consecuencias fatales e irremediables para el binomio

Palabras clave: *calidad de atención médica, proceso de atención, control prenatal, mortalidad materna.*

ABSTRACT

“QUALITY IN INTEGRAL MATERNAL CARE IN UMF 2 IMSS PUEBLA”

Bruno-Marín N, López-Borbolla D. Méndez-Fernández E,

INTRODUCTION: The quality of medical care constitutes a possibility of continuous improvement in the search for the effectiveness of the use of resources efficiently. Maternal mortality is a fact that is sensitive to the general quality of life of the population, a cold fact that reveals the ability of the health system not to lose an active member in society that constitutes the center of a complete family. The medical note is a legal medical document where all the actions performed by the attending physician must be reflected, the evaluation of this will allow us to know the degree of adherence to the current regulations that seeks to guarantee the health of the binomial.

OBJECTIVE: To evaluate the quality of comprehensive maternal care in the UMF 2 IMSS Puebla.

MATERIAL AND METHODS: Observational, descriptive, retrospective, transversal, homodémico, unicentre study. Records of pregnant women were reviewed with the card for the evaluation of the integral maternal process, which is based on the Methodological Manual of Indicators, which evaluates the second medical care granted 7-10 days later with prenatal studies, folic acid prescription until week 12 , iron prescription, HIV test, laboratory studies such as blood count at week 28, general urine test at week 18-20 and 32-24, blood glucose between week 24-28, ultrasound before of week 24, taking blood pressure in each of the visits to the family doctor, information on alarm signs, appointment for prenatal surveillance less than 30 days when the pregnant woman has risk factors or presents complications, referral to social work, offer of contraceptive method according to reproductive and obstetric risk, timely reference to the second level of care. For the quarterly comparison, chi2 is used, using the SPSS V23 program.RESULTS:

312 records of pregnant patients were evaluated, of which 25% (n 78) correspond to patients in the first trimester of pregnancy, 34.3% (n 107) in the second trimester and 40.7% (n 127) in the third trimester of gestation. Prenatal control has variation

according to the gestation quarter studied, with a result of 15.11% for the first quarter, 33.34% for the second quarter and 51.55% for the third quarter. The analysis of the univariate data was performed using descriptive statistics, for the quarterly comparison Chi2 was used, resulting in no association of variables (iron prescription p = 3,150; USG before week 34 6,809; TA socket .261; second level reference p = 1,183)

CONCLUSIONS:

It was identified that the quality of comprehensive maternal care in relation to its adherence to clinical practice guidance is not adequate, since it does not meet the expected value of 80%. The poor quality of care of the medical care process results in great disadvantages to the end user, in this case pregnant patients; as well as to the institution, since the damages generated result in the investment or expenditure of resources to amend the damages caused that, in the case of our pregnant patients, can be fatal and irremediable consequences for the binomial

Keywords: quality of medical care, care process, prenatal control, maternal mortality.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención otorgada en todos los niveles constituye una posibilidad de mejora continua en la búsqueda de la eficacia de la utilización de recursos de manera eficiente.

La mortalidad materna constituye un rubro de relevancia internacional, ya que se le considera un dato sensible a la calidad de vida general de la población, un dato frio que revela la capacidad del sistema de salud de no perder un miembro activo en la sociedad como lo es la vida de una mujer que constituye el centro de una familia completa, repercutiendo su falta en todos los niveles en los que se desarrolla dicho núcleo.

La nota medica representa un documento médico legal donde deben ser plasmadas todas las acciones realizadas por el médico tratante, la evaluación de esta mediante la Cedula de atención Materno infantil nos permitirá conocer el grado de apego a la normatividad vigente que busca garantizar la salud de la mujer embarazada y su producto.

ANTECEDENTES GENERALES

Históricamente en México desde 1956 hubo inquietud de un grupo de médicos acerca de conocer las condiciones en las que se atendía a los pacientes en el en ese entonces recién inaugurado Hospital de La Raza del IMSS. En 1962, el IMSS creo el documento "Auditoria Medica" que evaluaba el expediente clínico. (1)

A partir de ese momento quedo establecido el interés de plasmar formalmente las evaluaciones a la calidad de la prestación de los servicios de salud. El interés en la calidad de la atención medica en México tiene su origen no solo en el malestar de los usuarios de los servicios, sino también en el deseo de disminuir las desigualdades del sistema de salud, manifestadas en la cobertura sin desigualdades y la calidad de los servicios que reciben diversos grupos sociales. (2)

La calidad puede definirse desde el punto de vista de la Real Academia de la Lengua Española como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. En el caso de los servicios de salud, esta tendrá una repercusión directa sobre la vida de los pacientes, ya que, de su atención oportuna, o limitación del daño dependerá un desarrollo correcto del binomio. (3)

Un sistema de evaluación de la atención médica en búsqueda de la mejora continua debe evaluar tantos recursos físicos, material de consumo, así como la organización. La evaluación del proceso de atención médica valora la competencia profesional y apego a principios éticos en la práctica médica diaria. (4)

La atención prenatal puede contribuir a disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal mediante la detección de posibles riesgos, el tratamiento de afecciones médicas y ayudar a las mujeres a abordar los factores conductuales que contribuyen a los malos resultados. (5)

En los Estados Unidos, el cuidado prenatal originalmente se enfocaba en la disminución de anormalidades fetales, pero se incrementó rápidamente a principios del siglo XX a un énfasis en la disminución de la toxemia. La primera clínica de atención prenatal para pacientes ambulatorios se inició en 1911. Las primeras pautas de atención prenatal fueron publicadas por el Childrens Bureau en 1924 y se centraron en el cribado y la reducción del riesgo. (6)

El objetivo de este cuidado prenatal fue ofrecer apoyo a las mujeres embarazadas e incorporar conocimientos y habilidades a través de la atención prenatal que promueve la salud física y mental de las mujeres embarazadas. (6)

En México la evaluación del Proceso de Atención Materno Integral consta de la apreciación crítica de estándares de la misma, establecidos en la Cedula Única de evaluación de la Calidad de la Atención Materna Integral. (4)

Dicho instrumento evalúa los principales puntos críticos y causas raíz del proceso salud enfermedad de la cual se desprenden las 47 causas potenciales de disfunción del proceso; en lo relacionado a los indicadores del MMIM, así como el cumplimiento de criterios de la Guía de Práctica clínica de Atención Prenatal con enfoque de riesgo en el primer nivel de atención y la GPC de pre-eclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica, vigilancia y manejo del trabajo de parto y disminución en la frecuencia de cesáreas en segundo nivel para la atención materna integral. (7)

El documento MANUAL METODOLÓGICO DE INDICADORES MÉDICOS 2017 (MMIM) del Instituto Mexicano del Seguro Social contiene la metodología para la construcción y operación de los Indicadores del Área Médica Institucional, como una contribución para fortalecer los Sistemas de Evaluación de la calidad de los servicios médicos otorgados a la población derechohabiente. En su prioridad número cinco queda establecida la Atención Materna Integral que a su vez contiene nueve indicadores que valoran ejes fundamentales de la atención del embarazo, parto y puerperio en todos los niveles de atención. (8)

ATENCIÓN MATERNA INTEGRAL.

- Materna 01 Proporción de adolescentes embarazadas.
- Materna 02 Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal
- Materna 03 Promedio de atenciones prenatales por embarazada.
- Materna 04 Proporción de infección genitourinaria en embarazadas.
- Materna 05 Proporción de Preeclampsia – eclampsia.
- Materna 06 Proporción de hemorragias postparto.
- Materna 07 Cobertura de protección anticonceptiva postparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad.

- Materna 08 Porcentaje de partos vaginales en Unidades Médicas de segundo nivel de atención o en unidades médicas de alta especialidad.
- Materna 09 Proporción de complicaciones durante post aborto y posparto
- Materna 10 Cobertura de protección anticonceptiva post aborto
- Materna 11 Letalidad por Preeclampsia-Eclampsia
- Materna 12 Porcentaje de asistentes que aprobaron los cursos de educación continua con temas relacionados a la Atención Materna en Unidades medicas
- Materna 13 Tasa de médicos de base actualizados en atención Materna, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en Unidades Médicas de primer Nivel de atención.

MATERNA 01. PROPORCION DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

> "Este rubro mide la proporción de derechohabientes de 10 a 19 años que se embaraza como grupo vulnerable de alto riesgo a la salud. Se obtiene del cálculo del cociente del número de embarazadas adolescentes de 10-19 años que acuden por primera vez a la vigilancia prenatal sobre el total de embarazadas de primera vez en vigilancia prenatal, multiplicado por 100. El valor esperado es menor a 10".

Esta establecido para este indicador un valor meta menor al 10%, debido a que la etapa de la adolescencia es un periodo de cambios, se trata de un periodo de tiempo en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse hacia la madurez física, intelectual y emocional. (13)

En la actualidad existe un inicio temprano de vida sexual; en un artículo de la Revista de Salud Pública de México en 2015 se realizó un Estudio transversal con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, con datos sociodemográficos y reproductivos de mujeres de 12 a 19 años de edad; de las cuales 20.5% tenía vida sexual activa, de este porcentaje, 52% habían estado embarazadas alguna vez en su vida. Aunado al desconocimiento del uso de métodos de planificación, ya que más de la mitad de las encuestadas ha estado embarazada. (14)

Las adolescentes inician su vida sexual, en general, sin presiones para realizarlo, con entendimiento de las consecuencias, sin embargo, la mayoría no ha tenido educación acerca de planificación familiar. (15)

La gestación en adolescentes se asocia con inseguridad alimentaria que limita el consumo de alimentos saludables, repercutiendo en un peso bajo del producto al nacer, además un inadecuado desarrollo ginecológico que condiciona mayor riesgo obstétrico, así como una elevada proporción de consumo de bebidas embriagantes y cigarrillos. Además, el inicio de la vigilancia prenatal es tardío. (16)

MATERNA 02. OPORTUNIDAD DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.

> "El objetivo de este indicador es medir la proporción de mujeres que acuden dentro de las primeras 13 semanas y 6 días de gestación a la Vigilancia Prenatal. Se calcula mediante la división del número de consultas prenatales de primera vez en el primer trimestre de la gestación entre el total de consultas prenatales de primera vez multiplicado por 10. El valor esperado es mayor al 60%".

La oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal estará determinada por la eficacia con que se solicite la Prueba Inmunológica de Embarazo en Orina, esta debe realizarse antes de 7 días a partir de la primera consulta, en módulo de vigilancia prenatal (17)

Basados en la Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con enfoque de riesgo podemos determinar que se sugiere iniciar de manera temprana el control prenatal, ya que de esta manera se puede tener mayor incidencia en la mujer gestante sobre la importancia de las intervenciones a realizar durante este periodo de cambios.

MATERNA 03. PROMEDIO DE ATENCIONES PRENATALES POR EMBARAZADA.

> "Este indicador mide el número de atenciones prenatales que recibe cada embarazada durante su atención en medicina familiar (continuidad de la vigilancia). Se obtiene con el número de consultas para la vigilancia prenatal

entre el total de consultas de primera vez para vigilancia prenatal; el valor de referencia debe ser a mayor a 7".

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, establece que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario: (18)

- 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas
- 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas
- 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

Un embarazo que transcurra más allá de las 40 semanas precisa consumar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se extienda más de 42 semanas.

Se propone garantizar la continuidad de la atención prenatal para identificar con oportunidad indicadores de riesgo, así como signos y síntomas de complicaciones. El Instituto Mexicano del Seguro Social establece un indicador mínimo de 7 consultas para garantizar una mejor exposición de la paciente gestante a los servicios de salud. (8)

MATERNA 04 PROPORCIÓN DE INFECCIÓN GENITOURINARIA EN EMBARAZADAS.

"Mide el porcentaje de infecciones genitourinarias en la embarazada, mediante el cálculo de las consultas a embarazadas con diagnóstico de primera vez de infecciones genitourinarias dividido entre el total de consultas de primera vez con diagnóstico de embarazo normal y complicado durante la vigilancia prenatal, multiplicado por 100. El valor esperado es del 30-40%".

Más allá de un infra diagnóstico de Infecciones de tracto urinario, se busca la detección oportuna de infecciones de vías urinarias, ya que es sabido que la

gestación es una etapa proclive de sufrir este tipo de infecciones por factores que determinan un descenso de la inmunidad innata de la paciente. (8)

Un porcentaje de 30-40 es el valor esperado de detección de infecciones genitourinarias entre las pacientes que acuden a sus citas de control prenatal. (8)

MATERNA 05 PROPORCIÓN DE PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA.

> "Se busca medir la proporción de embarazadas con diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia en unidades médicas de segundo y tercer nivel. Se calcula dividiendo el número de egresos con diagnóstico de Preeclampsia-eclampsia entre el total de egresos hospitalarios post parto y post aborto menos los abortos, multiplicado por 100. El valor esperado es de 8 a 12%"

MATERNA 06 PROPORCIÓN DE HEMORRAGIAS POSTPARTO.

> "Se trata de un indicador valorable únicamente en segundo y tercer nivel de atención médica, se construye con el cociente derivado de egresos hospitalarios con diagnóstico de hemorragia obstétrica post parto y total de egresos hospitalarios menos los abortos, multiplicado por 100. Se busca un valor de 2.5-7%. Cifras elevadas se traducen en problemas de acceso a los servicios de salud".

MATERNA 07 COBERTURA DE PROTECCION ANTICONCEPTIVA POST PARTO (INCLUYE TRANSCESAREA) CON METODOS DE ALTA CONTINUIDAD

> "Mide la proporción de mujeres protegidas con un método anticonceptivo de alta continuidad después del parto para concluir la fecundación o espaciar el intervalo intergenésico. Se obtiene mediante la división del total de aceptantes de DIU de cobre y OTB post parto y transcesárea entre el total de partos ya sean eutócicos, distócicos, abdominales atendidos en una unidad hospitalaria. El desempeño esperado es mayor a 80%"

MATERNA 08 PORCENTAJE DE PARTOS VAGINALES EN UNIDADES MEDICAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION O UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

"Mide el comportamiento de los partos vaginales en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención o en Unidades Médicas de alta especialidad para lograr la proporción de partos por la vía natural aceptada internacionalmente en beneficio de las mujeres. Se obtiene de la división del total de partos vaginales atendidos entre el total de partos (partos y cesáreas) multiplicado por 100. El valor meta es mayor al 60%".

MATERNA 09 PROPORCION DE COMPLICACIONES DURANTE POSTABORTO Y POSTPARTO

"Mide el porcentaje de complicaciones que se presentaron alrededor del evento obstétrico (aborto o parto). Se obtiene mediante la división del número de egresos hospitalarios con complicaciones post evento obstétrico entre el total de egresos hospitalarios post evento obstétrico. El valor de referencia es menor al 45%"

MATERNA 10 COBERTURA DE PROTECCION ANTICONCEPTIVA POSTABORTO

"Mide la proporción de las mujeres que egresan protegidas con un método anticonceptivo después de la atención por aborto. Se obtiene del cociente del número de aceptantes de método anticonceptivo postaborto entre el número de egresos hospitalarios post aborto, multiplicado por 100. El desempeño esperado es mayor al 80%"

MATERNA 11 LETALIDAD POR PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

"Mide la gravedad o la probabilidad de morir por Preeclampsia-Eclampsia durante la etapa grávido-puerperal. Se obtiene del cociente del número de muertes maternas hospitalarias con diagnóstico de Preeclampsia-eclampsia en derechohabientes ocurridas en pacientes de segundo y tercer nivel, entre

los egresos hospitalarios con diagnóstico de Preeclampsia-eclampsia atendidos en segundo y tercer nivel de atención, multiplicado por 1000. El valor de referencia o meta es menor al 2%”

MATERNA 12 PORCENTAJE DE ASISTENTES QUE APROBARON LOS CURSOS DE EDUCACIÓN CONTINUA CON TEMAS RELACIONADOS A LA ATENCION MATERNA EN UNIDADES MEDICAS

“Evalúa el porcentaje de asistentes del personal del área de la salud que aprobaron los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención materna en unidades médicas, conforme a la programación anual autorizada con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las Unidades Médicas Institucionales. se calcula mediante el número de asistentes reales a los Cursos de Educación Continua con temas relacionados a la atención materna en unidades Médicas en el mismo trimestre por Unidad médica entre el número de asistentes programados a los Cursos de educación Continua con temas relacionados a la atención Materna en Unidades Médicas en el mismo trimestre por unidad médica. Multiplicado por 100.

MATERNA 13 TASA DE MEDICOS DE BASE ACTUALIZADOS EN ATENCION MATERNA QUE APROBARON CURSOS EN LINEA BASADOS EN LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN LAS UNIDADES MEDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION

“Mide el número de médicos de base actualizados en atención materna a través de cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica adscritos en unidades médicas de primer nivel. Se calcula dividiendo el número de médicos de base actualizados en atención materna a través de cursos en línea basados en las guías de práctica clínica por unidades médicas de primer nivel de atención con 10 o más consultorios de medicina familiar por delegación en un semestre, entre el número de médicos de base adscritos por unidades médicas de primer nivel de atención con 10 o más consultorios

de medicina familiar por delegación en el mismo semestre. El valor de referencia o meta es mayor al 5% “

ANTECEDENTES ESPECIFICOS

APEGO DE LA NOTA MEDICA A LA GUÍA DE PRACTICA CLINICA

Así mismo la cedula única de evaluación de calidad de la atención materno integral valora la atención otorgada en primer nivel mediante la cedula de evaluación de la calidad de la médica en base al apego a la guía de práctica clínica de control prenatal con enfoque de riesgo, utilizando como criterios a evaluar los siguientes:

Segunda atención.

La atención prenatal se define como un conjunto de acciones asistenciales con la finalidad de mantener bajo control la evolución del embarazo, y tener una preparación para el parto y crianza del recién nacido, para disminuir los riesgos que conlleva este proceso fisiológico. Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna. (19) (20).

El Colegio Americano de Gineco-obstetras recomienda que las consultas de control prenatal se realicen cada cuatro semanas hasta las 28 semanas, cada 2 semanas hasta las 36 semanas y semanalmente hasta el parto. Es difícil abordar los problemas de rutina del embarazo, la anticoncepción, el cuidado del recién nacido y las preguntas del paciente durante el curso de la atención prenatal, tal como se practica actualmente. (21)

Prescripción de hierro y ácido fólico

La prescripción de hierro está indicada únicamente en casos donde se detecte una Hemoglobina <11 mg/dL. El ácido fólico por su parte tiene un papel importen la síntesis de DNA y replicación celular. (22)

Prueba rápida de VIH

Las complicaciones obstétricas más frecuentes de las pacientes que coexisten con VIH y embarazo fueron la Preeclampsia y rotura prematura de membranas. Actualmente contamos con tratamiento profiláctico que mejora las posibilidades de sobrevivir en caso de VIH materno, sin embargo pese a esto la piedra angular del tratamiento siempre será la identificación precoz de pacientes que coexistan con la enfermedad (23)

Examen general de orina

Las infecciones del tracto urinario son las complicaciones más frecuentes en el embarazo. Ocasionan una seria morbilidad materna y perinatal (parto pretérmino, peso bajo al nacer y ruptura prematura de membranas. Durante el embarazo hay una disminución del tono ureteral, menor peristaltismo ureteral e insuficiencia temporal de las válvulas vesicoureterales lo que origina un aumento en el riesgo de padecer una infección genitourinaria (24)

La complicación más frecuente es el parto prematuro representa el 75% de las muertes perinatales y 50% de secuelas neurológicas atribuibles directamente a la prematurez. Su frecuencia es del 5-10% de todos los embarazos. (25)

Por ello es de vital importancia permanecer pendientes de los signos clínicos para el diagnóstico de una infección de vías urinarias, permitiendo así disminuir la brecha de complicaciones esperadas en el caso contrario. (26)

Se evaluara también el apego a recomendaciones de GPC diagnóstico y tratamiento del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención (27)

Estudios de laboratorio de control

Las pruebas básicas de laboratorio para la identificación de riesgo obstétrico en todas las gestantes son el hemograma, la serología VDRL, la glucemia en ayuno, el examen de orina, la prueba de diagnóstico de VIH. (28)

Ultrasonido antes de la semana 24

El ultrasonido no está contemplado como un estudio obligatorio dentro del control prenatal, queda a consideración de los criterios técnicos médicos para el uso racional de tecnologías. Sin embargo, el ultrasonido constituye una herramienta fundamental en la toma de decisiones acerca del bienestar materno y fetal en diferentes estadios de evolución del embarazo. (29)

Toma de Tensión arterial en cada consulta

El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y manejo adecuado de factores de riesgo obstétrico, solicitud oportuna de estudios de laboratorio, así como parámetros básicos como son la somatometría de la altura del fondo uterino, el peso materno y la medición de la presión arterial. (28)

La Guía de Práctica clínica de Preeclampsia-Eclampsia realiza sugerencias muy detalladas y puntuales acerca de aspectos técnicos de la toma de la presión arterial, Las mediciones para la determinación de la presión arterial en la paciente con embarazo, es recomendable realizarlo en un entorno tranquilo con la paciente sentada durante varios minutos. Al menos dos mediciones deben ser tomadas separadas por 2 a 15 minutos. Si la medición de la presión arterial es consistentemente más alta en uno de los dos brazos, se recomienda considerar el brazo con los valores más altos para todas las mediciones de la presión arterial. (30)

Información sobre signos de alarma

Cefalea persistente o de novo; alteraciones visuales o cerebrales; epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho; dolor torácico o disnea, signos de disfunción orgánica, y en caso de hipertensión severa (sistólica ≥160 y/o diastólica ≥110 mm Hg); edema agudo pulmonar o sospecha de desprendimiento placentario.

Cita de control prenatal antes de 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo

Datos de severidad. (30) (31)

Sistema Nervioso Central:

>160 de presión sistólica y/o >110 mmHg de presión diastólica en dos ocasiones con al menos 15 minutos de diferencia en el mismo brazo, con la paciente en reposo y sin uso de antihipertensivos previos

Eclampsia

Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible

Ceguera cortical

Desprendimiento de retina

Glasgow <13

Accidente vascular cerebral

Ataque isquémico transitorio

Déficit neurológico reversible <48 hrs

Cardiorrespiratorio

Hipertensión severa no controlada (utilizando 3 agentes antihipertensivos)

Saturación de oxigeno <90%, necesidad de oxigeno suplementario para mantener >50% por 1 hora, intubación

Edema agudo pulmonar

Soporte inotrópico positivo

Isquemia miocárdica o infarto

Hematológico

Conteo plaquetario <50 ml

Necesidad de transfusión de cualquier producto sanguíneo

Renal

Lesión renal aguda (creatinina >1.1 mg/dL o al doble de la concentración sérica de creatinina)

Indicación de diálisis

Hepático

Disfunción hepática (INR >2 en ausencia de coagulación vascular diseminada)

Elevación de Deshidrogenasa Láctica >600 UI/ml

Hematoma hepático o ruptura

Unidad feto placentaria

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

Onda A reversa del ductus venoso

Muerte fetal

Derivación a trabajo social

Trabajo social en coordinación con enfermera materno-infantil deberán capacitar grupos de embarazadas, con información basada en evidencia en relación a los cuidados prenatales que de forma integral mejoran los resultados perinatales, y los derechos del paciente durante su atención prenatal, para que sea capaz de tomar decisiones informadas. Establecer un

plan para que la paciente reconozca datos de alarma, durante el embarazo y al momento del parto, para que pueda tomar la decisión de acudir a urgencias obstétricas en caso necesario. (32).

Oferta de método anticonceptivo

La promoción de métodos anticonceptivos dentro de la unidad médica, principalmente a adolescentes, este concepto constituye un eje fundamental de aplicación de salud reproductiva ya que nos permite incidir en diversos rubros derivados de la promoción de la anticoncepción tales como prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado (32).

Referencia a segundo nivel

Las pacientes que cursen con embarazo complicado o factores de ato riesgo para resultados adversos. Referir pacientes que presenten: (7)

Edad materna menor o igual a 17 años o mayor o igual a 35 años
Sangrado transvaginal en segundo o tercer trimestre
Presentación pélvica, embarazo gemelar
Amenaza de parto prematuro
Aborto en evolución
Comorbilidad como Diabetes Mellitus o Diabetes Gestacional,
Trastornos hipertensivos del embarazo
Obesidad
Insuficiencia renal
Lupus eritematoso
Trombofilia
VIH, Hepatitis B, Hepatitis C,
2 determinaciones de VDRL positivas.
Paciente RH negativo con pareja RH positivo
Sospecha de embarazo ectópico o molar, óbito.
Sospecha de malformaciones
Hiperémesis gravídica
Factores de riesgo significativos para Preeclampsia.
Embarazo de 41 SDG sin trabajo de parto

JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna es un problema de relevancia, ya que además de afectar al núcleo familiar del cual procede la madre, también constituye un indicador para el Banco Mundial acerca de la calidad de vida de toda la población, a groso modo se considera que las cifras de Mortalidad materna deberían situarse en ceros.

No obstante, nuestro país aún se encuentra en la búsqueda de estrategias que permitan disminuir las cifras al paso del tiempo, contrastando con un sistema de salud que se considera eficiente, con todas las limitaciones que conlleva proveer de seguridad social a un país entero, a la par de esta aseveración el IMSS participa en la elaboración de Guías de Práctica clínica para agilizar el proceso de otorgar salud a las pacientes gestantes; guías que encuentran lecho normativo en Normas oficiales Mexicanas.

En torno a un sistema de salud relativamente funcional se encuentra el primero eslabón de la cadena de atención materna infantil: el médico familiar. Es deber del médico familiar conocer la normatividad que rodea la atención de la mujer embarazada, de esta manera ocurrirá un apego inmediato a otorgar una atención médica estandarizada para todas las pacientes, hecho que debe quedar registrado en la nota médica, ya que esta constituye un documento médico-legal.

El IMSS cuenta con un instrumento para evaluar dicha atención materno infantil, y en esa cédula es en la que basamos el juicio puntual a la nota médica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la importancia de la mortalidad materna a nivel mundial, ya q esta es un indicador de calidad de vida de una población. Se han buscado programas con la finalidad de reducir los factores que influyen o predisponen a que una mujer embarazada con riesgo obstétrico alto pueda fallecer durante el embarazo y puerperio.

Dentro de los programas de mejora en la atención materna se han implementado medidas que se deben realizar durante el control prenatal, para realizar detecciones en tiempo y forma, para así poder referir en forma oportuna a las mujeres embarazadas con riesgo de padecer patologías que pongan en riesgo su vida y la del producto.

La guía de práctica clínica de control prenatal con enfoque de riesgo es una herramienta de apoyo para el medico de primer contacto, para llevar un adecuado seguimiento de la mujer embarazada, por lo que surge la necesidad de saber el grado de cumplimiento del mismo en la UMF2 Puebla, mediante la siguiente pregunta:

¿Cuál es la evaluación de calidad en la atención materna integral en la UMF 2 IMSS Puebla?

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la calidad en la atención materna integral de acuerdo en la UMF 2 IMSS Puebla, utilizando la cedula única e evaluación de la atención materna integral de apego a Guía de Practica Clínica

  .

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el cumplimiento de estándares institucionales de atención materna integral.
- Comparar la atención materna otorgada a embarazadas por trimestre.

HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación:

La calidad en la atención materna integral de acuerdo a indicadores y al apego de la nota médica a la guía de práctica clínica en la UMF 2 IMSS Puebla se lleva a cabo en un 80% independientemente del trimestre de gestación.

Hipótesis alterna:

La calidad en la atención materna integral de acuerdo a la guía de práctica clínica en la UMF 2 IMSS Puebla se lleva a cabo en un porcentaje menor al 80% dependiente del trimestre de gestación.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, homodémico, unicéntrico.

OBSERVACIONAL: Porque se recabaron los datos de los fenómenos a estudiar sin hacer maniobras solo se limita a observar y medir.

DESCRIPTIVO: El objetivo es indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población y consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas y así proporcionar su descripción.

TRANSVERSAL: Porque se recabaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Con propósito de describir variables y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado.

UNICENTRICO: Ya que la población de estudio es la Unidad de Medicina Familiar No. 2 del IMSS, Puebla.

UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

El presente protocolo se implementa en la Unidad de Medicina Familiar Número 2 ubicada en Av. 9 Oriente SN, en el periodo comprendido posterior a la aceptación de este protocolo, revisando expedientes de 2017. De julio a septiembre del 2018.

ESTRATEGIA DE TRABAJO

- Habiendo previamente obtenido las autorizaciones correspondientes para la realización de este estudio tanto de parte institucional como de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar se inició con las actividades necesarias para llevar a cabo la investigación del cumplimiento de actividades de control prenatal. Las mismas se especifican a continuación.
- Se acudió al servicio de Archivo de la Unidad de Medicina Familiar número 2 para obtener registros de las consultas prenatales otorgadas a pacientes embarazadas durante el 2017.
- Se creó una base de datos, tomando como vértices el año de atención médica prestada, el número de consultorio en el que se prestó la atención

médica, el turno correspondiente a la atención médica, ya que de estas pautas derivara la selección aleatoria de expedientes para su análisis.

- Se seleccionó aleatoriamente expedientes para su revisión, expedientes que previamente cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio. A partir de la muestra requerida de 312 expedientes, y para cubrir la totalidad del año a estudiar se analizaron 26 expedientes por cada mes del año, quedando como resultado 1 por cada día del mes. Además, para garantizar la cobertura del estudio en ambos turnos de trabajo en la Unidad Médica se revisaron en meses nones turno matutino y en meses pares turno vespertino.
- Se revisaron los expedientes seleccionados, dejando constancia de la participación del expediente en el estudio, mediante la hoja de confidencialidad de datos.
- Se cotejaron los datos a estudiar mediante la hoja de recolección de datos estipulando en esta si cumple o no cumple con los requisitos establecidos en la Cedula Única de Evaluación de la atención materna, los cuales son segunda atención medica otorgada 7-10 días posteriores con estudios prenatales, prescripción de ácido fólico hasta la semana 12, prescripción de hierro, realización de prueba de VIH, realización de estudios de laboratorio tales como Biometría hemática en la semana 28, Examen general de orina en la semana 18-20 y 32-24, glucemia entre la semana 24-28, ultrasonido antes de la semana 24, toma de tensión arterial en cada una de las visitas al médico familiar, información sobre signos de alarma, cita para vigilancia prenatal menor a 30dias cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente complicaciones, derivación a trabajo social, oferta de método anticonceptivo de acuerdo a riesgo reproductivo y obstétrico, referencia oportuna a segundo nivel de atención.
- Una vez recolectada la base de datos se realiza análisis mediante programa informático de estadística SPSS.

- Se registraron el porcentaje de recomendaciones cumplidas, no cumplidas, recomendaciones que no aplican, en la hoja de recolección de datos diseñada para este estudio.
- Se tomará como un criterio aceptable de cumplimiento cuando este sea mayor al 80% de las recomendaciones realizadas.

TIPO DE MUESTREO

Aleatorio simple

TAMAÑO DE LA MUESTRA

En nuestra Unidad de Medicina Familiar Numero Dos, contamos con una población femenina en edad fértil de 31,063 durante el 2017. La tasa de natalidad es de 46.5 nacimientos por 1000. En base a estas cifras podemos estimar un total de 1428 embarazos totales dentro de nuestro universo de población.

Para un nivel de confianza de 95% se deberian revisar 303 expedientes, sin embargo, debido a la imperiosa necesidad de llevar este análisis a la mayor cobertura posible se dividió entre 12 meses, dando como resultado un numero fraccionado (25.25) que al redondearlo y nuevamente multiplicarlo por 12 meses nos genera un total de 312, el cual es el número de expedientes que se revisara

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expedientes electrónicos de embarazadas

Expedientes de pacientes vigentes en la unidad

Expedientes de ambos turnos

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Expedientes de pacientes sin vigencia

Expedientes sujetos a investigación legal

Expedientes físicos

CRITERIOS DE ELIMINACION

Expedientes de no derechohabientes

VARIABLES

Nombre	Definición		Tipo	Escala	Medición (codificación)	Instrumento
	Conceptual	**Operacional**				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona ciertos animales o vegetales.	División común de la vida de una persona por edades, bebé, niño, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad	Cuantitativa	Intervalo	11-20 (1) 21-30 (2) 31-40 (3) 41-50 (4) No aplica (3)	Grupos de edad
Segunda atención	Atención medica que recibe un paciente que sigue inmediatam ente en	Segunda consulta otorgada entre los 7-10 días posteriores con estudios prenatales.	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación

	orden al primero					
Prescripción de ácido fólico	Recetar con expresión de sus dosis, preparación y uso el medicamento ácido fólico	Prescripción de ácido fólico en la semana 12	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación
Prueba de VIH	Examen de Virus de Inmunodeficiencia humana	Realización de prueba de VIH	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación
Biometría hemática	Hemograma	Realización de Biometría	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación

		hemática en la semana 28				
Examen general de orina	Amplia variedad de condiciones clínicas que van desde la bacteriuria asintomática hasta la pielonefritis aguda	Realización de examen general de orina entre la semana 18-20 y 32-34	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación
Glucemia	Medida de la cantidad de glucosa presente en la sangre.	Realización de glucemia entre la semana 24-28	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación

Ultrasonido	Sonido cuya frecuencia es superior al límite perceptible por el oído humano.	Realización de ultrasonido antes de la semana 24	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación
Tensión arterial	Presión que ejerce la sangre sobre la pared de las arterias	Toma de TA en cada visita	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación
Signos de alarma	Indicio o señal que advierte la proximidad de un peligro	Se informó cuáles son los signos de alarma obstétrica para acudir a solicitar atención medica	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación

Cita de vigilancia prenatal	Consulta médica que existe antes del nacimiento	Cita subsecuente menor a 30 días en pacientes con factores de riesgo o complicación.	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación
Derivación a Trabajo social	Servicio que busca favorecer el desarrollo de vínculos humanos saludables y fomentar cambios sociales que deriven en un mayor bienestar	Pacientes derivadas a trabajo social para iniciar estrategias educativas de promoción de la salud	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación

	para las personas					
Métodos anticonceptivos	Son Aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, de forma temporal o permanente (NOM 005 SSA2 1993)	Se oferto el método anticonceptivo seleccionado y solicitado de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico.	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación

Referencia a segundo nivel	Derivación de pacientes al siguiente nivel de atención	Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios de referencia	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Si (1) No (2) No aplica (3)	Cedula de evaluación

DISEÑO ESTADISTICO Y ANALISIS DE DATOS

El análisis de los datos univariados se hizo mediante estadística descriptiva, para la comparación trimestral se utilizó chi2 en el programa SPSS V23.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una hoja de recolección de datos en SPSS basada en la Cedula Única de Evaluación de Control Prenatal.

RECURSOS HUMANOS

- Asesor Experto
- Asesor Metodológico
- Médico residente de la especialidad de medicina familiar asignado para la recolección de datos

RECURSOS MATERIALES

- Instalaciones de la UMF 2.
- Computadora institucional para revisión de expediente electrónico SIMF
- Hojas de recolección de datos
- Equipo de oficina y computo.
- Acceso al expediente electrónico

RECURSOS FINANCIEROS

- Financiados por el investigador

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se realizó en expedientes de pacientes embarazadas, las cuales se consideran población vulnerable debido a su estado gestante, por ello es de extremada relevancia garantizar la confidencialidad del uso de los datos recolectados de cada expediente. Para hacer constar la participación del expediente en este estudio se depositará la Carta de Privacidad y Confidencialidad en el expediente, con copia para el Comité de Bioética.

Se trata de un estudio retrospectivo y va de acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación en salud se clasifica de bajo riesgo,

Además, se apega a la declaración de Helsinki de asociación médica mundial, a los principios de no maleficencia, beneficencia y justicia. De igual manera se rige de acuerdo a los principios éticos del informe Belmont (33)

Se realizó la fase de revisión siguiendo las normas de Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética, para recabar la información correspondiente sin violar la privacidad de datos confidenciales.

El presente estudio contribuye de manera notoria para detectar oportunidades de mejora en el otorgamiento de atención médica a pacientes embarazadas mediante el cotejo del apego de las notas medicas a una cedula de evaluación, beneficiando a nuestra población derechohabiente una vez concluido el estudio al evidenciar de manera tangible la calidad de la atención prestada.

El presente estudio no representa un riesgo en materia de salud para las pacientes estudiadas ya que se trata de una revisión retrospectiva de la atención medica plasmada en la nota médica, dejando de esta manera únicamente el beneficio futuro para la mejora en la atención médica.

Se garantiza la confidencialidad de la información mediante la “Carta de confidencialidad de datos”, de la cual se dejará constancia en el expediente, con copia para el comité de Bioética y copia para el investigador. Ver Anexo Numero 2.

RESULTADOS

En nuestro estudio evaluamos el control prenatal en primer nivel de atención, mediante la Cedula Única de Evaluación de Control Prenatal con apego a guías de práctica clínica.

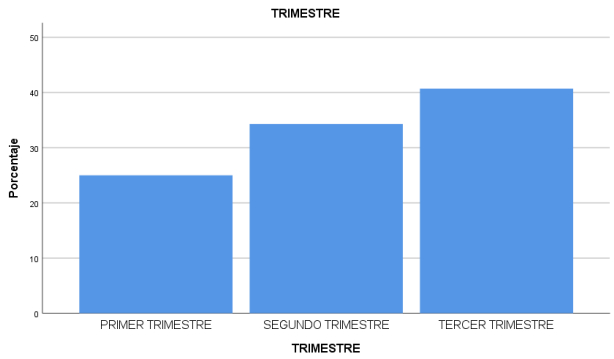
Se evaluaron 312 expedientes de pacientes gestantes, de los cuales el 25% (n 78) corresponde a pacientes en el primer trimestre de gestación, 34.3% (n 107) al segundo trimestre y 40.7% (n 127) al tercer trimestre de gestación

TABLA NUMERO 1

TRIMESTRE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRIMER TRIMESTRE	78	25.0	25.0	25.0
	SEGUNDO TRIMESTRE	107	34.3	34.3	59.3
	TERCER TRIMESTRE	127	40.7	40.7	100.0
	Total	312	100.0	100.0	

GRAFICA NUMERO 1 PACIENTES POR TRIMESTRE DE GESTACION



TRIMESTRE

	N observado	N esperada	Residuo
PRIMER TRIMESTRE	78	104.0	-26.0
SEGUNDO TRIMESTRE	107	104.0	3.0
TERCER TRIMESTRE	127	104.0	23.0
Total	312		

Estadísticos de prueba

	TRIMESTRE
Chi-cuadrado	11.673[a]
gl	2
Sig. asintótica	.003

a. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 104.0.

El apego total por trimestre fue de 15.11% para el primer trimestre, 33.34% para el segundo trimestre y 51.55% para el tercer trimestre.

Estadísticos de prueba

	Segunda atención 7-10 días después con estudios prenatales	Ácido fólico hasta la semana 12	Hierro con Hb >11	¿Se realizó la prueba rápida de VIH?	¿Biometría hemática en semana 28?
Chi-cuadrado	121.154[a]	183.000[a]	2.904[a]	48.596[a]	92.308[a]
gl	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	.000	.000	.234	.000	.000

Estadísticos de prueba

	¿EGO entre semana 18-20 y 32-24?	¿Glucemia entre la semana 24-28?	¿Se realizo USG antes de la semana 24?	¿Se realizo toma de TA en cada visita?	¿Se informo cuales son y como se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atencion medica?
Chi-cuadrado	.827[a]	42.135[a]	.135[a]	.205[b]	.462[b]
gl	2	2	2	1	1
Sig. asintótica	.661	.000	.935	.651	.497

Estadísticos de prueba

	La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación	Se otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategias educativas de promoción de la salud JuvenIMSS, Ella y Él con PREVENIMSS	Se ofertó el método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico	Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos
Chi-cuadrado	1.442[a]	2.558[a]	1.788[a]	3.288[a]
gl	2	2	2	2
Sig. asintótica	.486	.278	.409	.193

a. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 104.0.
b. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 156.0.

Variable	Primer Trimestre			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE		
	SI	NO	NO APLICA	SI	NO	NO APLICA	SI	NO	NO APLICA
Segunda atención	4		74	85	22		105	22	
Ácido fólico	8		70	93	14		113	14	
Hierro	22	29	27	37	44	26	40	45	42
VIH			78	36	29	42	41	44	42
BH 28			78	1		106	63	64	
EGO 18-20/32-34			78	41	33	33	62	65	
Glucosa 24-28			78	15	12	80	64	63	
USG <24	27	20	31	30	44	33	48	37	42
TA	39	39		57	50		64	63	
Signos alarma	39	39		58	49		65	62	
Cita <30	27	24	27	33	38	36	34	47	46
Trabajo social	29	24	25	33	42	32	41	50	36
MPF	27	29	22	38	41	28	43	41	43
Envío	31	22	25	37	33	37	45	34	48

TABLA. CUMPLIMIENTO DE CEDULA DE EVALUACION

	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	X2	p valor
Segunda atención	4	85	105	88.4	p=0.001
Ácido fólico	8	93	113	87.2	p=0.001
Hierro	22	37	40	5.7	p=0.060
VIH		36	41	0.325	0.56
BH 28		1	63	60.063	0
EGO 18-20/32-34		41	62	4.282	0.039
Glucosa 24-28		15	84	30.392	0
USG <24	27	30	48	7.371	0.025
TA	39	57	64	6.238	0.044
Signos alarma	39	58	65	6.704	0.035
Cita <30	27	33	34	0.915	0.633
Trabajo social	29	33	41	2.175	0.337
MPF	27	38	43	3.722	0.155
Envío	31	37	45	2.619	0.27

TABLA. NO CUMPLIMIENTO DE CEDULA DE EVALUACION

	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	X2	p valor
Segunda atención		*22*	*22*	88.464	0.000
Ácido fólico		*14*	*14*	0.000	1.000
Hierro	*29*	*44*	*45*	4.085	0.079
VIH		*29*	*44*	3.08	0.079
BH 28			*64*	-	-
EGO 18-20/32-34		*33*	*65*	10.449	0.001
Glucosa 24-28		*12*	*63*	34.68	0
USG <24	*20*	*44*	*37*	9.05	0.011
TA	*39*	*50*	*63*	5.697	0.058
Signos alarma	*39*	*49*	*62*	5.32	0.07
Cita <30	*24*	*38*	*47*	7.394	0.025
Trabajo social	*24*	*42*	*50*	9.172	0.01
MPF	*29*	*41*	*41*	2.595	0.155
Envío	*22*	*33*	*34*	2.989	0.224

TABLA. RELACION DE ITEMS QUE NO APLICAN CEDULA DE EVALUACION

	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	X2	p valor
Segunda atención	74			-	-
Ácido fólico	70			-	-
Hierro	27	26	42	5..074	0.079
VIH	78	42	42	16	0
BH 28	78	106		4.261	0.039
EGO 18-20/32-34	78	33		18.243	0
Glucosa 24-28	78	80		0.025	0.874
USG <24	31	33	42	1.943	0.378
TA				-	-
Signos alarma				-	-
Cita <30	27	36	46	4.972	0.083
Trabajo social	25	32	36	2	0.368
MPF	22	28	43	7.548	0.023
Envío	25	37	48	7.218	0.027

Una vez realizado el análisis estadístico de variables cualitativas nominales se procedió a la determinación de chi cuadrada con obtención de valores de p no significativos.

DISCUSION

Con el presente estudio se determina la calidad del control prenatal evaluado mediante la cedula única de evaluación con apego a guía de práctica clínica no se cumple.

Basado en lo descrito por Alvarez-Huante en su artículo del 2017 en el que se documenta que el control prenatal en adolescentes se apega en un 69.9%, en comparación con nuestros resultados evaluados por trimestre de gestación del 15.11%, 33.34% y 51.55%, constituyen valores cercanos a la literatura descrita; sin embargo, se deberá considerar también que la mayoría de los expedientes revisados en primer trimestre constituían la primera atención lo cual deja en evidencia que entre mayor número de atenciones se ve incrementado el porcentaje de cumplimiento de apego a la guía de práctica clínica. Además no se encuentra una asociación estadística positiva entre las variables.

Donabedian define la calidad de la atención médica como el uso de los recursos óptimos para conseguir beneficios mayores para los pacientes, lo cual se traduce para bienestar de nuestra población cautiva como la utilización de todos los recursos institucionales tanto humanos como materiales en la correcta aplicación observable en el producto final plasmado en la nota medica de atención de la consulta de primer nivel. No obstante, para fines de este estudio, sería importante determinar factores que constituyan sesgo de la calidad de la atención otorgada en todo el personal que otorga la atención médica a embarazadas dentro de la institución tales como médicos familiares, asistentes médicas, auxiliares universales de oficinas, técnico laboratorista, químico clínico, medico radiólogo y trabajo social, que se ven involucrados de manera directa o indirecta en la atención a este sector tan vulnerable de pacientes.

CONCLUSION

Se identificó que la calidad de la atención materna integral en relación con su apego a guía de práctica clínica no es el adecuado, ya que no cumple el valor esperado de 80%.

Encontrándose múltiples deficiencias tanto de forma como de fondo en la nota medica del expediente electrónico.

La mala calidad de atención del proceso de atención medica resulta en grandes desventajas al usuario final, en este caso pacientes embarazadas; así como a la institución, ya que los daños generados se traducen en la inversión o gasto de recursos para enmendar los daños causados que, en el caso de nuestras pacientes gestantes, pueden ser consecuencias fatales e irremediables para el binomio

PROPUESTAS

Determinar, en una segunda intención los motivos de la baja calidad de la atención materna integral dentro del personal institucional en contacto con la paciente embarazada (PICPE).

Generar un consenso de colaboración con la participación de autoridades sindicales, contando con representantes de todos y cada uno de los servicios de la unidad de medicina familiar, así como el cuerpo de gobierno, en la búsqueda de áreas de oportunidad para la mejora de la atención materna

Establecer un flujograma específico de atención a pacientes gestantes para garantizar la calidad de la atención otorgada en los diferentes servicios de la unidad médica, para darles prioridad a las pacientes embarazadas.

Impartir entre todo el personal institucional en contacto con pacientes embarazadas (PICPE), talleres de sensibilización de la situación de vulnerabilidad de la paciente gestante.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Fajardo-Ortiz, G.; Robles-Rivera, K; Soto-Aguilera C. et al. Auditoría médica: el comienzo de una nueva era Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015; 53: 124-125.*
2. *Alvares-Lauzarique, et al. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la familia. Revista de Medicina General Integra. 2014, 20, 388-401.*
3. *Real Academia de la Lengua. Definición de calidad. [Online]. [cited 2017 Noviembre 23. Available from: http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z.*
4. *Aguirre-Gas, H. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica Cirugía y Cirujanos. 2008; 76: 187-196.*
5. *Heaman M, Bayrampour H, Kingston D. et al. Migrant Women´s utilization of prenatal care: a systematic review. Matern Child Health. 2013; 5: 816-36*
6. *Gennaro S, Melnyk BM, O'Connor C et al. Improving Prenatal Care for Minority Women. MCN Am J Matern Child Nurs. 2016; 3:147-53*
7. *IMSS. Guía de Práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. 2009*
8. *IMSS. Manual Metodológico de indicadores médicos. 2017*
9. *Alvarez-Huante, Y; Muñoz-Cortes,G; Chacon-Valladares, P. et al. Evaluación del apego a la GPC control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán. Atención familiar 2017; 24: 107-111.*
10. *Carrillo N. Evaluación de la calidad de la Atención Medica en la Consulta Externa de Ginecología en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" Distrito Federal. UNAM. 2009; 20: 15-19*
11. *García-Ortiz, L. Los ciclos de mejora de calidad en la atención al paciente hipertenso. Revista española de salud pública. 2008; 82: 57-68.*
12. *Miranda-Guerra, AJ; Hernández-Vergel, LL; Rodríguez-Cabrera, A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Revista cubana de medicina general integral 2009; 25: 11-14.*

13. *Mora-Cancino, AM; Hernández-Valencia, M. Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual Perinatología y reproducción humana. 2015; 29: 76-82.*
14. *Villalobos-Hernández, A; Campero, L; Atienzo, E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública de México 2015; 57: 135-134.*
15. *Del Pilar-Niño, BA; Ortiz-Rodríguez, SP; Solano-Aguilar, S. Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga Revista Cuidarte 2017. 3: 1875-86.*
16. *Restrepo-Mesa, SL; Zapata-López, N; Parra-Sosa, LE, et al. Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso del neonato. Archivos latinoamericanos de nutrición. 2014; 64: 99-107*
17. *Heberlein, Emily. The comparative effectiveness of group prenatal care on women´s psychosocial health. University of South Carolina. Scholar commons. 2014; 2: 12-30.*
18. *Secretaria de salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.*
19. *Organización Panamericana de la Salud. Atención prenatal en atención primaria de la salud. ; 2011*
20. *Ickovics JR1, Kershaw TS, Westdahl C, et al. Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2007; 110: 330-9.*
21. *Carter, EB; Temming, LA; Akin, J et al. Group Prenatal Care Compared With Traditional Prenatal Care: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2016; 128: 551-61.*
22. *Castaño, E; Piñuñuri, R; Hirsch, S et al. Folatos y Embarazo, conceptos actuales. ¿Es necesaria una suplementación con Ácido Fólico? Revista chilena de pediatría. 2017; 88: 199-206.*

23. *Villaroel, Julia; Álvarez, AM; Salvador, F et al. Mujeres jóvenes con infección por VIH adquirida por transmisión vertical. Expectativas de tener hijos no infectados. Revista chilena de infectología. 2016; 33: 650-655.*
24. *Arroyave, V; Cardona, AF; Castaño-Castrillon, JJ et al. Caracterización de la infección de las vías urinarias en mujeres embarazadas atendidas en una entidad de primer nivel de atención. Archivos de medicina. 2010; 11: 39-50.*
25. *Cuoto-Nuñez, D; Napoles-Mendez, Danilo; Montes de Oca-Santiago, P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. 2014; 18: 852-858.*
26. *Gennaro, S; Melnyk, BM; O'Connor, C el al. Improving care for minority women. MCN Am J Matern Child Nurs. 2016; 41: 147-53.*
27. *IMSS. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el Primer nivel de atención ; 2016*
28. *Herrera, J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colombia médica. 2002; 33: 21-25.*
29. *Casas-Patiño, D; Rodríguez-Torres, A; Galeana-Castillo, C et al. Ultrasonido en el primer trimestre del embarazo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 50: 497-504*
30. *IMSS. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. Evidencias y Recomendaciones. 2017*
31. *Magee, L; Anouk, P; Helewa, M et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. SOGC Clinical Practice Guideline. 2014*
32. *Della-Mora, M. Uso de Métodos anticonceptivos en relación con la información en una muestra de adolescentes embarazadas. Psicología y salud. 2005; 15: 45-46.*
33. *Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. 2003.*

34. *SSA. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.*
35. *Aguirre-Gas, H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud pública de México. 1990; 32: 170-180.*
36. *Camaño, AJ. Evaluación de la calidad del servicio en centro de salud familiar en Chile. Horizontes empresariales. 2010; 9: 15-18.*
37. *Bayarre-Vea, HD; Alvarez-Lauzarique, ME; Diaz-Marrero, JC et al. Instrumento para la evaluación del proceso de atención del adulto mayor en el consultorio del médico y la enfermera de familia. Revista cubana de medicina general integral. 2016; 32: 7-17.*
38. *Ruiz de Chávez, M; Martinez-Narvaez, G; Calvo-Rios, M et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública de México. 1990; 32: 161-169.*
39. *de Carvalho RC1, Campos Hde H, Bruno ZV et al. Predictive factors for pregnancy hypertension in primiparous adolescents: Analysis of prenatal care, ABPM and microalbuminuria. Arq Bras Cardiol. 2006; 87: 487-95.*
40. *Calderón, N; Carbajal, R; Herrera, C. Frecuencia de la hipertensión en el embarazo. Revista peruana de ginecología y obstetricia. 1997; 43: 29-32*

A N E X O S

CÉDULA ÚNICA DE EVALUACIÓN

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCCION DE PRESTACIONES MEDICAS

IMSS

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN BASE AL APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA VIGENTE EN PRIMER NIVEL

		1	2	3	4	5
1	La segunda atención se otorgó entre los 7 a 10 días con estudios prenatales					
2	Prescribió ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC					
3	Prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb> 11mg)					
4	Se realizó la prueba rápida para VIH					
5	Se realizó la Biometría Hemática en la semana 28					
6	Se realizó Examen General de Orina entre la semana 18 a 20 y 32 a 34					
7	Se realizó glucemia entre la semana 24 a 28					
8	Se realizó ultrasonido antes de la semana 24					
9	Se realizó la toma de tensión arterial en cada visita					
10	Se informó cuáles son y cómo se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica					
11	La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación					
12	Se otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategias educativas de promoción de la salud JuvenIMSS, Ella y Él con PREVENIMSS					
13	Se ofertó el método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico					
14	Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos					

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN BASE A LA GPC: "CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO" IMSS-028-08. EN PRIMER NIVEL				
Ítem	**Criterio**	**Opciones**	**Referencia**	**Ubicación**
1	*La segunda atención se otorgó entre los 7 a 10 días con estudios prenatales*	*0/1*	*Procedimiento para otorgar Atención Materna y Perinatal en la Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. (13-06-2013)*	*Numeral 14 pág. 14*
2	*Prescribió ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC*	*0/1*	*4.4 Tratamiento. 4.4.1 Tratamiento farmacológico Cuadro 6.4 Medicamento pág. 59*	*pág. 44*
3	*Prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb> 11mg)*	*0/1*	*4.4 Tratamiento. 4.4.1 Tratamiento farmacológico*	*pág. 45*
4	*Se realizó la prueba rápida para VIH*	*0/1*	*Evidencia y Recomendación*	*pág. 20 y 37*
5	*Se realizó la Biometría Hemática en la semana 28*	*0/1/NA*	*4.3. Diagnóstico. 4.3.1. Diagnóstico clínico*	*pág. 21 y 33*
6	*Se realizó Examen General de Orina entre la semana 18 a 20 y 32 a 34*	*0/1/NA*	*4.3. Diagnóstico. 4.3.1. Diagnóstico clínico*	*pág. 22*
7	*Se realizó glucemia entre la semana 24 a 28*	*0/1/NA*	*4.3. Diagnóstico. 4.3.1. Diagnóstico clínico*	*pág. 23 y 41*
8	*Se realizó ultrasonido antes de la semana 24*	*0/1*	*4.3. Diagnóstico. Recomendación*	*pág. 21 y 42*

9	*Se realizó la toma de tensión arterial en cada visita*	*0/1*	*4.3.2 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento*	*pág. 32-34*
10	*Se informó cuáles son y cómo se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica*	*0/1*	*4.1 Prevención primaria, 4.1.1 Promoción de la salud 4.1.1.1 Estilos de vida*	*pág. 11*
11	*La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación*	*0/1*	*4.6 Vigilancia y Seguimiento*	*pág. 49-50*
12	*Se otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategias educativas de promoción de la salud JuvenIMSS, Ella y Él con PREVENIMSS*	*0/1*	*4.1 Prevención primaria. 4.1.1 Promoción de la salud 4.1.1.1 Estilos de vida*	*pág. 10-13*
13	*Se ofertó el método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico*	*0/1*	*Procedimiento para otorgar Atención Materna y Perinatal en la Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. (13-06-2013)*	*Numeral 26 pág. 16*
14	*Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos*	*0/1/NA*	*4.5 Criterios de Referencia y Contrarreferencia. 4.5.1 Criterios Técnico Médico de Referencia. 4.5.1.1 Referencia al segundo nivel de atención*	*pág. 48*

ANEXO 2

CARTA CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES/AS, Y/O CO-INVESTIGADORES/AS

Puebla, Pue., a __ de _____ de _____

Yo Dr. José David López Borbolla con matrícula 11229411, investigador de la Unidad de Medicina Familiar N°2 del Instituto ***Mexicano del Seguro Social****, hago constar, en relación al protocolo con número de registro. _____ Titulado: "Calidad de la atención Materna Integral en la UMF2 IMSS PUEBLA" me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, o en el cual participo como co-investigador/a, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.*

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia

A t e n t a m e n t e

_____

Dr. José David López Borbolla

Matrícula 11229411

CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESEMPEÑANDO FUNCIONES

COMO REVISORA DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Yo, Dra. Nallely Diuly Bruno Marín, en mi carácter de Médico Residente de primer año de la especialidad de Medicina Familiar, Adscripción U.M.F.2, matrícula 97310507, entiendo y asumo que, de acuerdo al ***Art.16,*** *del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, es mi obligación respetar la privacidad del individuo y mantener la confidencialidad de la información que se derive de mi participación en el estudio con número de registro:* R-2018-2103-024 titulado*: "Calidad de la atención materna integran un la UMF2 IMSS PUEBLA" y cuyo investigador responsable es: Dr. José David López Borbolla. Asimismo, entiendo que este documento se deriva del cumplimiento del* ***Art. 14[1] de*** *la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares a la que está obligado todo(a) investigador(a).*

Por lo anterior, me comprometo a no comentar ni compartir información obtenida a través del estudio mencionado, con personas ajenas a la investigación*, ya sea dentro o fuera del sitio de trabajo, con pleno conocimiento de que la violación a los artículos antes mencionados es una causal de despido de mis funciones.*

Dr. José David López Borbolla Matricula *11229411*	_____	_____
Dra. Nallely Diuly Bruno Marín Matricula 97310507	_____	_____
	(Firma)	***(Fecha)***

[1] "El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica"