



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD  
LICENCIATURA EN MEDICINA**

**“FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDIO EN  
GESTANTES ADSCRITAS AL CST III DR SALVADOR ALLENDE”**

**M.P.S.S. FRANCISCO JAVIER SALAS SALAZAR  
MATRICULA: 2162030688**

**ASESOR  
DRA. GABRIELA DEL PILAR ROMERO ESQUILIANO**

**FEBRERO DE 2023**

	Pagina
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPITULO I INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Justificación	2
1.3 Marco teórico	2
1.4 Objetivo general	21
1.5 Objetivos específicos	21
1.6 Hipótesis	21
1.7 Metodología	22
1.7.1 Tipo de estudio	22
1.7.2 Población, criterios de inclusión, de exclusión	22
1.7.3 Variables	22
1.7.4 Definición operacional	22
1.7.5 Material y métodos	22
1.8 Resultados: cuadros y gráficas	23
1.9 Análisis de resultados	29
1.10 Conclusiones de la investigación	30
1.11 Bibliografía	31
<b>CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN</b>	
1. Datos históricos	33
2. Geografía local	33
2.1 Datos Históricos	33
2.2 Geografía Local	33
2.2.2 Localización	33
2.2.3 Orografía	33
2.2.4 Hidrografía	33
2.2.5 Clima	34
2.2.6 Flora	34
2.2.7 Fauna	34
2.3 Mapas	34

2.3.1 Mapa del estado	34
2.3.2 Mapa del municipio o delegación	35
2.3.3 Mapas de características geográficas	35
2.3.4 Croquis de la comunidad o zona	36
3. Indicadores demográficos y estadísticas vitales	36
3.1 Población total	36
3.2 Población y seguridad social	37
3.3 Densidad de población	38
3.4 Población por localidad o delegación	38
3.5 Índice de envejecimiento	38
3.6 Migración	38
3.7 Tasa de Natalidad	39
3.8 Tasa de fecundidad	39
4. Indicadores Sociales	29
4.1 Educación	30
4.2 Grupos Vulnerables	40
4.3 Vivienda	41
4.3.1 Organización familiar	41
4.3.2 Disponibilidad de Agua	41
4.3.3 Eliminación de excretas	41
4.3.4 Eliminación de basura	41
4.4 Vías de Comunicación	41
4.5 Medios de Comunicación	42
4.6 Nutrición	42
4.6.1 Alimentos más frecuentes	42
4.7 Economía	42
4.7.1 Población económicamente activa	42
4.8 Energía Eléctrica	42
4.9 Contaminantes ambientales	42
4.10 Religión	42
4.11 Servicios para el recreo comunitario	42
4.12 Hábitos y Costumbres	43
4.12.1 Fiestas Civiles y Religiosas más importantes	43

5. Daños a la salud	43
5.1 Mortalidad General	43
5.1.1 Mortalidad por grupos de edad y causas	43
5.1.2 Tasa de mortalidad	44
5.2 Morbilidad	45
5.2.1 Principales causas de morbilidad enfermedades transmisibles	45
5.2.2 Principales causas de morbilidad enfermedades no transmisibles	45
5.3 Brotes epidemiológicos	45

### **CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS**

1. Recursos y Servicios de Salud	46
1.1 Infraestructura en Salud	46
1.2 Infraestructura de la Secretaria de salud	47
1.3 Programas de Salud	47
1.4 Descripción del centro de salud	48

### **CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL**

1. Productividad	49
1.1 Consultas otorgadas	49
1.2 Planificación familiar	49
1.3 Control Nutricional por grupos de edad	49
1.4 Control de embarazo	49
1.5 Control de pacientes crónicos	49
1.6 Atención y detección de enfermedades Infecciosas	50
1.7 Inmunizaciones	50
1.8 Detección de Cáncer de mama y cervicouterino	50

## **CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL**

1.1 En relación a su formación como persona	51
1.2 En relación a su formación profesional	52
1.3 En relación a su aportación a la comunidad	53
1.4 En relación con su institución educativa	54

## INTRODUCCIÓN

La guía de práctica clínica referente al control prenatal establece que es un conjunto de acciones que involucra consultas médicas, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto y la maternidad. Los principales objetivos del control prenatal son identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. En México, la cobertura básica de atención prenatal alcanza el 98.4%. Sin embargo, únicamente el 71.5% de las mujeres recibe esta atención de manera adecuada, revela un artículo publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, no todas las mujeres acceden al control prenatal y algunas otras no logran la adherencia a las recomendaciones mínimas establecidas. El objetivo de esta revisión es identificar las causas del control prenatal tardío en gestantes adscritas al CST III “Dr. Salvador Allende” en el periodo de marzo 2022 diciembre 2022 ya que al conocer factores predisponentes para el abandono del control prenatal podremos crear estrategias para la fortalecer el programa en esta unidad de salud.

## CAPITULO 1

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control prenatal es la clave para la prevención de la prematuridad, el bajo peso al nacimiento y las complicaciones materno-fetales de cualquier tipo, toda mujer embarazada debe de tener acceso y recibir un abordaje integral por parte del personal de salud. Es de mi interés indagar en el proceso de detección, abordaje, tratamiento, resolución y seguimiento de las pacientes, posteriormente al binomio, madre e hijo; quienes acuden a este centro de salud, así como identificar cuáles son las principales razones por las que se realiza o no una detección tardía o implementación del control prenatal. También identificar cuáles son las principales patologías y complicaciones que padecen las pacientes durante su control prenatal, hasta la resolución del mismo.

### 1.2 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación. La población adscrita al CST III “Dr. Salvador Allende” es amplia y para brindar una oportuna atención preventiva y médica durante la etapa del embarazo, la mujer debe ser corresponsable y acudir en promedio de cinco a ocho consultas prenatales, la primera consulta debe ser otorgada dentro del primer trimestre (antes de las 12–13 semanas de gestación), a fin de proteger la vida de la madre y el producto, que son prioridad para el Sistema de Salud.

Durante este trabajo se recopilará información bibliográfica sobre el tema, así mismo con los datos almacenados en la unidad de salud referentes al control prenatal brindado en el periodo de marzo 2022 a diciembre 2022 y se realizará un trabajo de campo mediante encuestas dirigidas a identificar problemas en la integración al programa de control prenatal, y posteriormente, a identificar patologías y complicaciones que cursen durante el mismo proceso. Con la información obtenida se integrará mediante gráficas para identificar cuáles son los principales retos y obstáculos en el proceso de detección y seguimiento de las pacientes. Esto con la intención de formular acciones específicas para la detección oportuna del embarazo y darle un seguimiento adecuado, evitando y manejando adecuadamente un embarazo de alto riesgo.

### 1.3 MARCO TEÓRICO

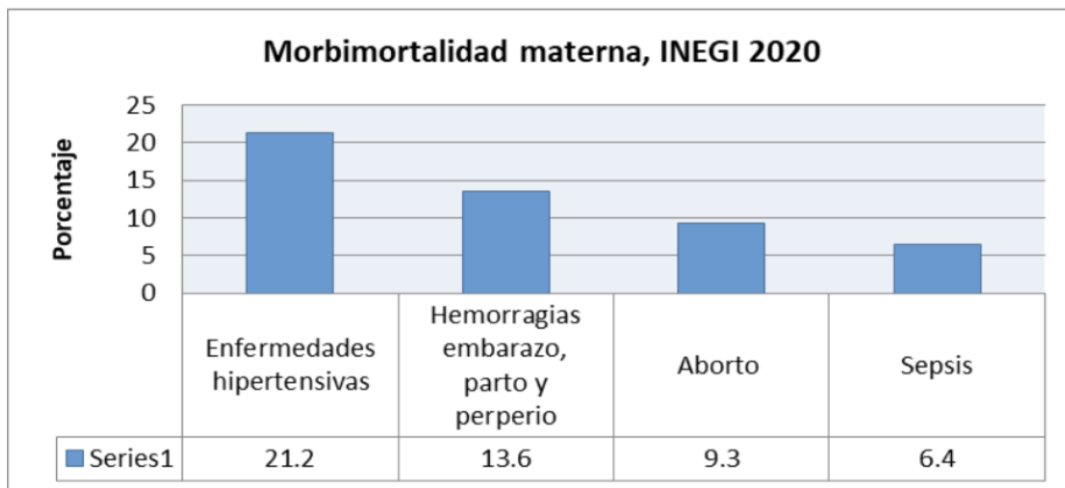
El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra consultas médicas, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto y la maternidad.<sup>1</sup>

## OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL

- Evaluación de factores de riesgo y manejo de complicaciones obstétricas.
- Favorecer la detección y tratamiento oportuno de complicaciones asociadas al embarazo y valorar la referencia al hospital en caso de que la paciente lo amerite.
- Tamizaje, vigilancia y tratamiento de la evolución de enfermedades que presente la embarazada como: hipertensión arterial, diabetes, enfermedades de transmisión sexual, infección de vías urinarias, cervicovaginitis o anemia.
- Elaboración de un plan de acción previo al parto y acompañamiento del mismo.
- La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas.<sup>2</sup>

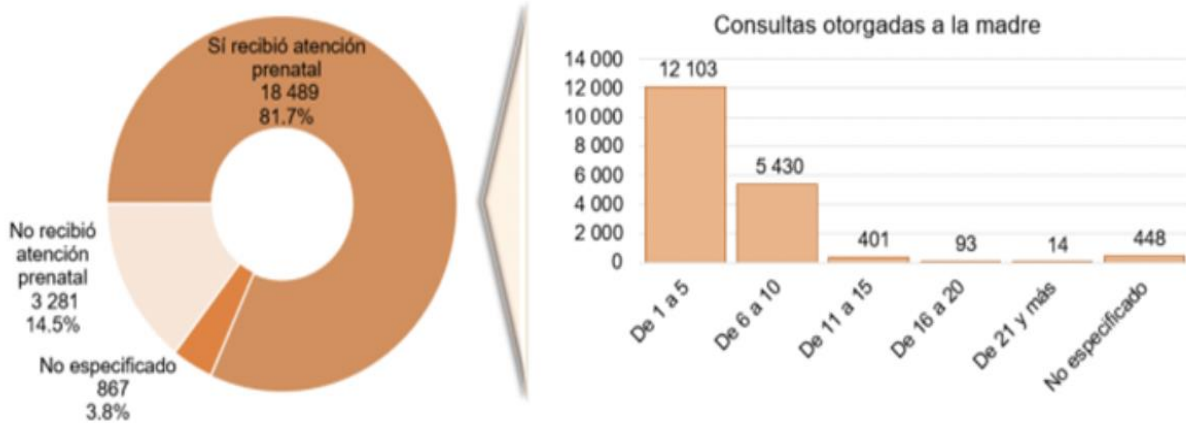
## EPIDEMIOLOGÍA

En el mundo, cada día mueren 800 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, estadísticas muestran que aproximadamente un 90% de esos casos ocurren en países en desarrollo. (Verde M et al, 2019). Según las encuestas del INEGI del 2020 respecto a la morbilidad materna en el país se encontró una razón de mortalidad materna del 34.6 % a nivel nacional.<sup>3</sup>

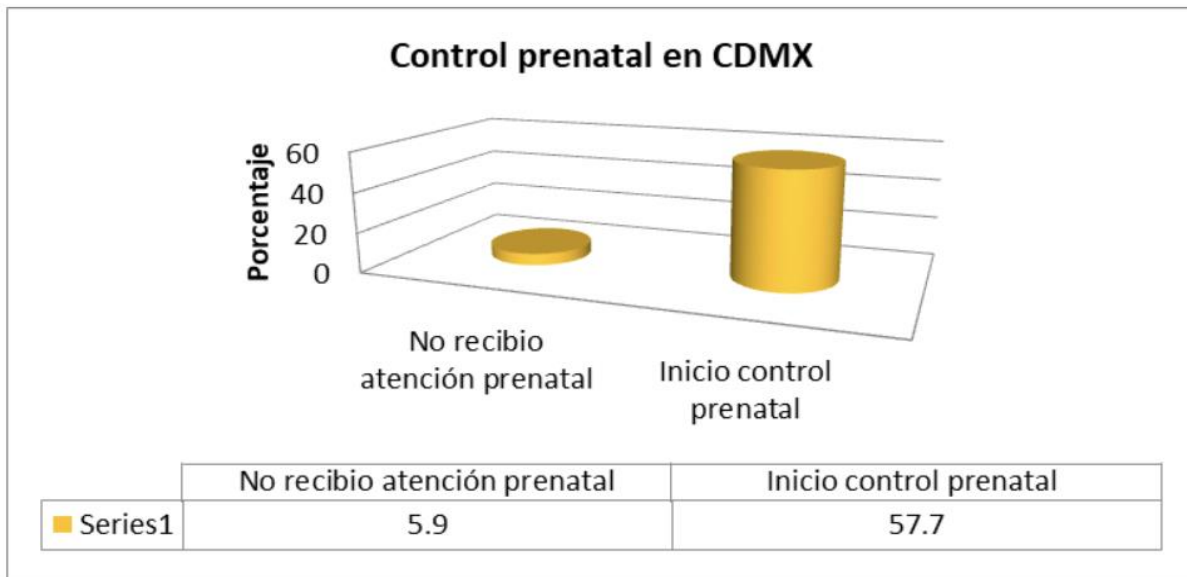




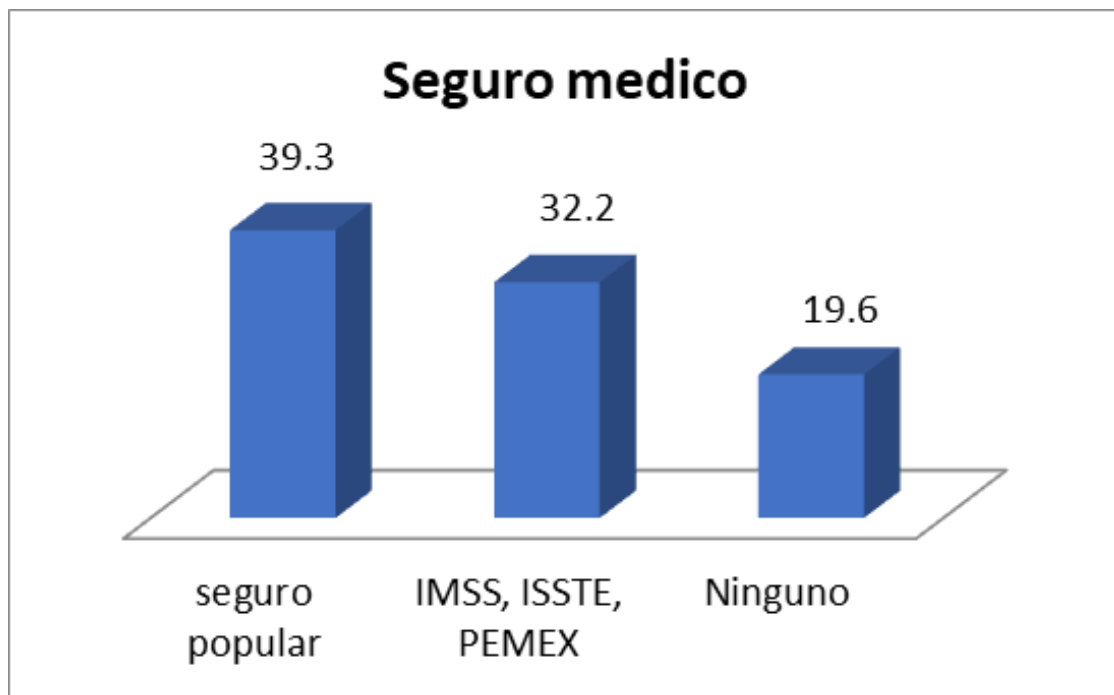
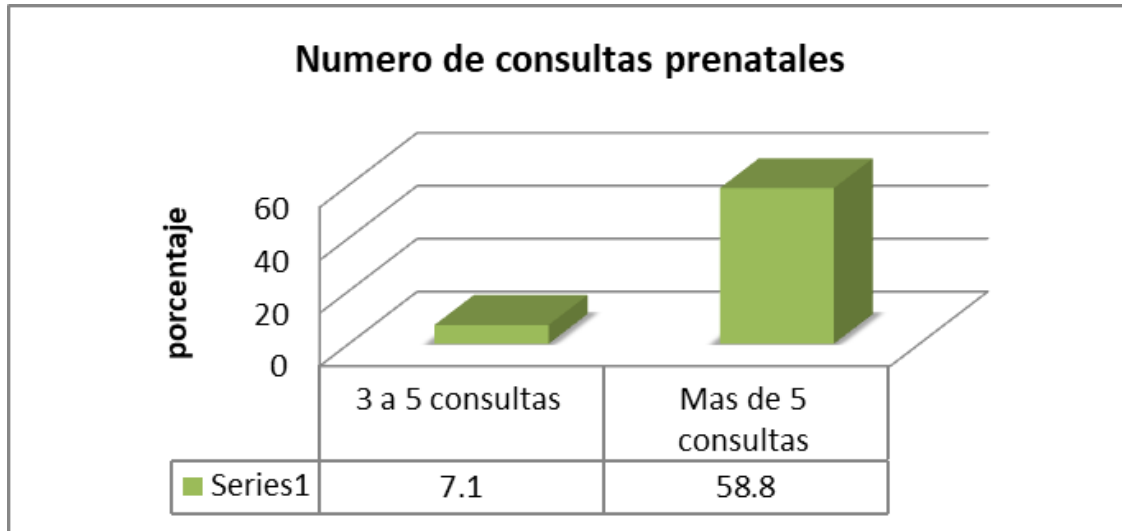
## Defunciones fetales según atención prenatal y consultas otorgada a la madre



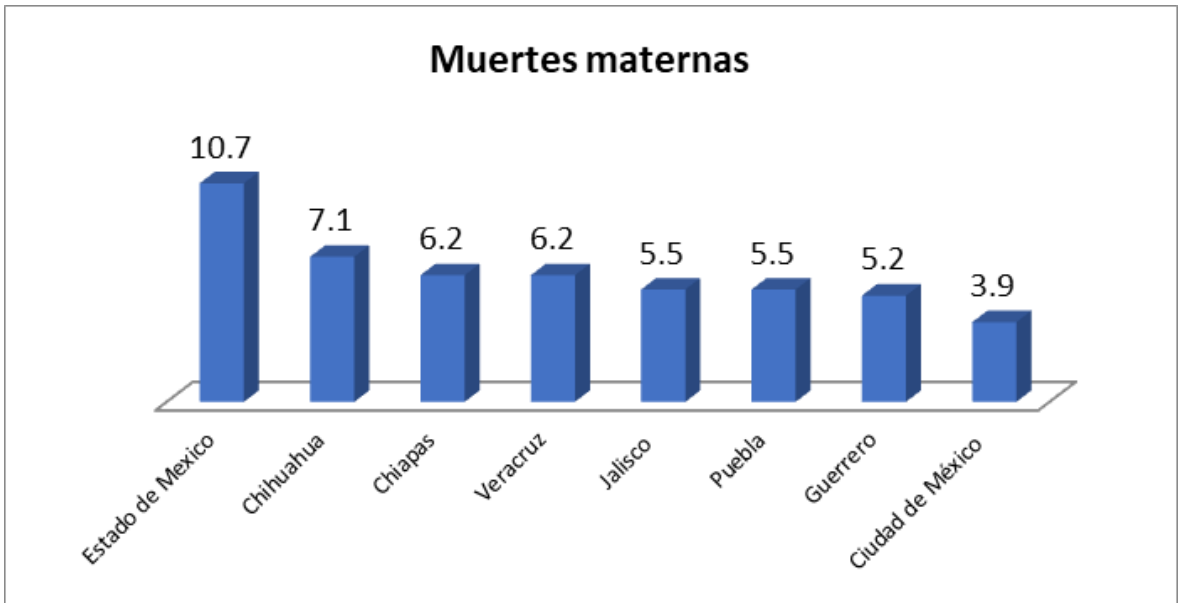
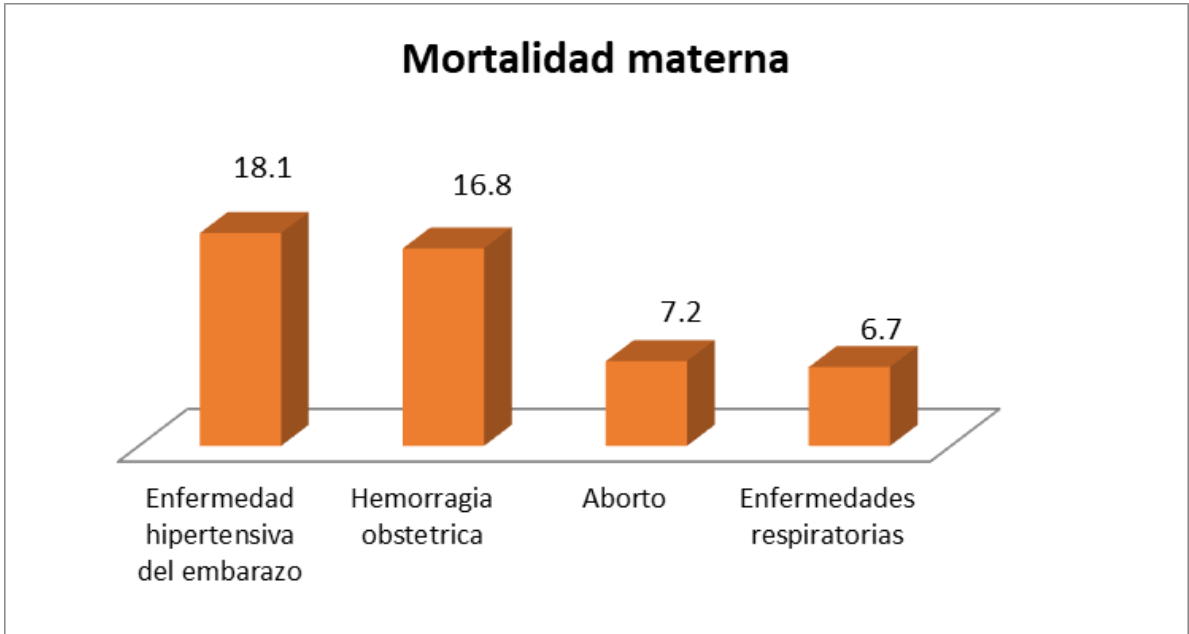
De las mujeres que asistieron a consulta médica, 65.4% recibieron entre 1 y 5 consultas, 29.4% entre 6-10, 2.2% tuvo entre 11 - 15 consultas, 0.5% asistió a consulta médica entre 16 y 20 veces y sólo 0.1% recibió más de 20.<sup>4</sup>



En la ciudad de México se encontró que un 5.9% no tuvo control prenatal durante el embarazo, 57.7 % inició el control prenatal entre el 1° al 3° trimestre de embarazo.



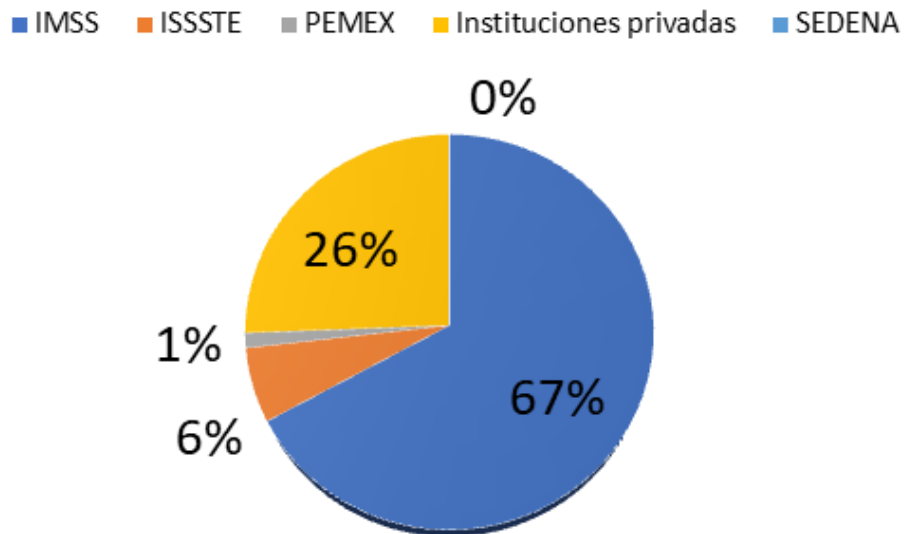
En la Ciudad de México las mujeres embarazadas tuvieron un 7.1% entre tres y cinco consultas prenatales y 58.8% tuvo más de 5 consultas prenatales. Respecto a la afiliación un 39.3% de las pacientes tenía seguro popular, un 32.1% con IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA o SEMAR y 19.6% no estaban afiliados a ningún sector de salud.<sup>4</sup>



La razón de mortalidad materna calculada es de 30.3 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados y dentro de las principales causas de muerte obstétrica son: Enfermedad hipertensiva en el embarazo, el parto y el puerperio (18.1%); Hemorragia obstétrica (16.8%); Aborto (7.2%) y Enfermedades de las vías respiratorias (6.7%). Así mismo Dentro de los estados con más muertes maternas son: Estado de México 10.7%, Chihuahua 7.1%, Chiapas 6.2%, Veracruz 6.2%, Jalisco 5.5 %, Puebla 5.5%, Guerrero 5.2% y Ciudad de México 3.9%.<sup>5</sup>

---

## Instituciones de salud



Respecto a las instituciones de salud en la secretaría de salud se reportaron a nivel nacional 148 muertes maternas, en el IMSS 55, ISSSTE 5, PEMEX 1, instituciones privadas 21 y SEDENA 0 muertes maternas.

En junio del 2021 se registraron 400 muertes maternas y para junio 2022 se registraron 277, lo descrito representa una disminución de 123 defunciones en el 2022 con respecto al 2021. (Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas, 2022).

### IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL

La importancia de realizar una consulta en la etapa preconcepcional es valorar el estado de salud de los padres con la finalidad de tener un embarazo en las mejores condiciones. Se debe brindar a cada pareja información sobre salud reproductiva, consejería de métodos de planificación familiar, la importancia de la cantidad de embarazos y el tiempo transcurrido entre éstos, evitando periodos intergenésicos cortos. También se identifican los factores de riesgo en cada embarazo, incluyendo los antecedentes personales patológicos, gineco-obstétricos y heredofamiliares. Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos: precoz, periódico, completo y con amplia cobertura.<sup>6</sup>

## OBJETIVOS DEL MILENIO

Los objetivos y metas de desarrollo del Milenio se enunciaron en la Declaración del Milenio en el año 2000. Consiste en una lista de 18 metas y 48 indicadores que se desarrollan en 8 objetivos específicos, se analizará el 5° objetivo.<sup>7</sup>

El Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio busca reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva. La mortalidad materna, continúa siendo un grave problema de salud pública y de gran impacto para las familias mexicanas. Las cifras que se reportan reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y cómo actúan las diferentes instituciones de salud para brindar una atención de calidad a las pacientes, respecto a planificación familiar, control prenatal, atención en parto y atención de emergencias obstétricas; cuya ausencia de acciones podría ocasionar complicaciones en el embarazo y que podrían evitarse mediante un adecuado control prenatal.<sup>7</sup>

Este objetivo 5, tiene la finalidad de proteger la salud de todas las madres sin distinción y promover el derecho a la salud. La mejor manera de lograr este objetivo es garantizar a todas las mujeres el acceso a métodos de planificación familiar para evitar embarazos no planeados; además de proporcionar a todas las mujeres embarazadas atención de calidad, especializada y respetuosa en los partos; y dar el mejor manejo ante una emergencia obstétrica.<sup>7</sup>

## AGENDA 2030

La agenda 2030, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, presenta una oportunidad histórica para América Latina y el Caribe. Los 17 objetivos de los desarrollos sostenibles incluidos en esta agenda conocidos como los ODS son universales e integran las dimensiones económicas, sociales y ambientales.<sup>8</sup>

Nos enfocaremos en el objetivo 3: que menciona garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Sin embargo, a pesar de los avances que se han hecho en los últimos años en la mejora de la salud todavía persisten desigualdades en el acceso a los diferentes servicios de salud pública.<sup>8</sup>

Respecto a la mortalidad materna ha disminuido en un 37% desde el año 2000. Más mujeres están recibiendo atención prenatal. En las regiones en desarrollo, la atención prenatal aumentó del 65% en 1990 al 83% en 2012. Tan solo un 50% de las mujeres en países de desarrollo reciben la cantidad recomendada de consultas médicas que necesitan. Para el 2030, se tiene el objetivo de reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.<sup>8</sup>

Para el 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños < 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos. Para el 2030, se tiene la meta de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. Actualmente, el mundo se enfrenta a una crisis sanitaria mundial derivado de la pandemia del COVID-19 que ha cambiado drásticamente las vidas de miles de millones de personas en todo el mundo incluyendo embarazadas y como una muerte materna tiene gran impacto en la sociedad.<sup>7</sup>

#### NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016: PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA

La norma oficial menciona que las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, atención prenatal, parto seguro y los cuidados obstétricos esenciales. La mayoría de las complicaciones obstétricas y los riesgos para la salud de la madre y del recién nacido pueden ser prevenidos. En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna se debe informar a la mujer embarazada y a sus familiares en las consultas prenatales, y referir al segundo nivel de atención.<sup>2</sup>

Otro punto importante es la violencia hacia la mujer, ocasionando embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados y enfermedades de transmisión sexual. El maltrato hacia la mujer durante el embarazo puede ocasionar el riesgo de abortos, muerte fetal y parto prematuro, por lo tanto, es necesario realizar acciones de prevención y canalizar a servicios especializados.

El las consultas prenatales se deben llevar a cabo ciertas acciones como: historia clínica, carnet perinatal, identificar factores de riesgo, consejería de métodos de planificación familiar, solicitar ultrasonidos y estudios de laboratorio, promover lactancia materna, referir a nutrición y odontología y mencionar datos de alarma del embarazo.

La norma sugiere que cuando se presente un embarazo de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, se recomienda distribuir las consultas prenatales de acuerdo a las semanas de gestación.<sup>2</sup>

Tabla 1. Consultas prenatales respecto a las SDG

Número de consultas prenatales	Semanas de gestación
1ª consulta	6 - 8 semanas
2ª consulta	10 - 13.6 semanas
3ª consulta	16 - 18 semanas
4ª consulta	22 semanas
5ª consulta	28 semanas
6ª consulta	32 semanas
7ª consulta	36 semanas
8ª consulta	38– 41 semanas

Respecto al ultrasonido obstétrico la norma lo recomienda realizar para determinar el bienestar materno y fetal.

Tabla 2. Ultrasonidos según las semanas de gestación

Ultrasonido	Semanas de gestación
1°	Realizar en 11 a 13.6 SDG, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional, número de fetos que se están gestando y alteraciones cromosómicas.
2°	Realizar en 18 a 22 SDG para ver el crecimiento del feto y placenta.
3°	Realizar entre 29 y 30 semanas o más de gestación para determinar crecimiento, peso, pero sobre todo posición y presentación fetal.

Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad materna-fetal, toda embarazada con 41 semanas de gestación o más, debe ser enviada al segundo nivel de atención, para su valoración y atención. Por lo cual es importante que al final del 3 trimestre en la consulta prenatal, se otorgue hoja de referencia hacia un hospital para la resolución del embarazo y explicarle a la mujer embarazada los datos de alarma y si presenta alguno de ellos acudir de inmediato al hospital.<sup>2</sup>

## GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA: CONTROL PRENATAL

Tabla 3. Consultas prenatales y acciones a realizar

1° consulta	13 SDG: BH, EGO, QS (glucosa), grupo y Rh, prueba de VDRL y VIH, papanicolaou y ultrasonido.
2° consulta	14-24 SDG: EGO (determinar proteinuria) y ultrasonido.
3° consulta	25-28 SDG: BH, curva de tolerancia oral a la glucosa, determinación de proteinuria por tira reactiva.
4° consulta	29-34 SDG, EGO y ultrasonido.
5° consulta	35-40 SDG, EGO y ultrasonido.

Tabla 4. Factores de riesgo asociados al incremento de morbimortalidad materno-fetal

Embarazo post-término	Ruptura prematura de membranas	Restricción del crecimiento intrauterino
Trastornos hipertensivos embarazo.	Accidente vehicular durante el embarazo	Oligohidramnios/ Polihidramnios
Diabetes Mellitus pregestacional	Obesidad mórbida	Parto pretérmino
Diabetes Mellitus gestacional	Edad materna avanzada	Embarazo múltiple

Tabla 5. Factores de riesgo en el embarazo que deben valorarse en las embarazadas

Condiciones socio-demográficas	Edad < de 17 años o > de 35 años, analfabetismo, desnutrición, obesidad, dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general, tabaquismo y violencia familiar
Antecedentes obstétricos	Muerte perinatal en gestación anterior, antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural, amenaza de parto prematuro en gestas anteriores, recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g, abortos, cirugía ginecológicas previas, hipertensión, diabetes gestacional en embarazos anteriores, nuliparidad o multiparidad e intervalo intergenésico < de 2 años.



Patologías del embarazo actual	Embarazo múltiple, oligohidramnios/ polihidramnios, ganancia de peso inadecuada, amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada, preeclampsia, sangrados durante la primera y segunda mitad del embarazo, ruptura prematura de membranas, diabetes gestacional, hepatopatías del embarazo, malformaciones fetales, madre con factor RH negativo con o sin sensibilización, enfermedades infecciosas como: infección de vías urinarias, cervicovaginitis, tuberculosis, sífilis, VIH, varicela, rubéola, Citomegalovirus, herpes genital, VPH, Hepatitis A, B y C, toxoplasmosis, entre otras.
--------------------------------	---

### Signos de alarma durante el embarazo

La Organización Mundial de la Salud considera que el control prenatal es una prioridad que forma parte de las políticas públicas con la finalidad de prevenir la mortalidad materna y perinatal. Por lo cual es importante para toda mujer embarazada conozca los signos de alarma durante en el embarazo, los cuales son: Cefalea, tinnitus, fosfenos, disminución o ausencia de movimientos fetales por más de 2 horas, edema en pies, manos o cara, pérdida de líquido o sangre por la vagina, fiebre, contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas, dolor abdominal persistente, disnea, aumento en el número de micciones y molestia al orinar y convulsiones.<sup>1,2</sup>

### Medicamentos

Tabla 6. Medicamentos y el embarazo

Medicamentos	Recomendaciones
Ácido Fólico	<p>Se recomienda 3 meses previos al embarazo y durante el primer trimestre.</p> <p>La dosis de 400 µg/día en todas las embarazadas ya que disminuye un 90 % el riesgo de defectos del tubo neural.</p> <p>Se recomiendan dosis altas de ácido fólico 5 mg/día en: embarazo previo con defecto de tubo neural, defecto de tubo neural, uso de fármacos (anticonvulsivos), diabetes mal controlada, tabaquismo.</p>

Vitaminas y minerales	Se sugiere en mujeres con peso bajo, fumadoras, uso de sustancias ilícitas, vegetarianas y gestación múltiple.
Sulfato ferroso	Se recomienda 30-60 mg/ día. Dado que las necesidades de hierro se incrementan durante el embarazo, por una hemodilución fisiológica, se recomienda suplementar con sulfato ferroso y de esta manera prevenir su deficiencia, por lo cual es importante valorar si la embarazada se encuentra cursando con anemia. Hb < 11 g/dL.
Ácido acetilsalicílico	Dosis de 80-150 mg/día en pacientes con factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo, ya que su uso se ve implicado en la prevención de preeclampsia.  Sin embargo, si se administra después de la semana 16 de gestación, se asocia con desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y antes de las 12 semanas se asocia con defectos congénitos de pared abdominal
Otros medicamentos	En toda mujer embarazada en caso de necesitar algún medicamento por estar cursando con alguna enfermedad se debe valorar en qué categoría se clasifica según el riesgo fetal y por supuesto evitar medicamentos teratogénicos.

## Vacunas

La vacunación durante el embarazo es una medida protectora vital para la madre y el feto. Dentro de las vacunas recomendadas son las siguientes:

Tabla 7. Vacunas y embarazo

Vacunas	Descripción
Tdpa	Una dosis posterior a la semana 20 de gestación (de preferencia después de 28 semanas)

Influenza	Una dosis durante la temporada de influenza, en cualquier momento del embarazo
Covid-19	Recibir la vacuna contra la COVID-19 a partir de la novena semana de embarazo o en el segundo trimestre de embarazo.
Hepatitis B	La vacuna de Hepatitis B se coloca cuando existe riesgo de infección por el virus de la hepatitis B durante el embarazo, por ejemplo: tener más de una pareja sexual en los últimos 6 meses, antecedente de enfermedad de transmisión sexual, relaciones sexuales de riesgo, uso de drogas inyectables reciente, y HBsAg positivos en la pareja

#### Estudios de laboratorio

Tabla 8. Estudios de laboratorio

BIOMETRÍA HEMÁTICA	Al inicio de la gestación	Cada trimestre
GRUPO SANGUÍNEO Y RH	Al inicio de la gestación	Cada trimestre
GLUCOSA	Antes de las 13 semanas	Cada trimestre
QUÍMICA SANGUÍNEA	Al inicio de la gestación	Entre la semana 24-28 de gestación
VDRL	Al inicio de la gestación	Cada trimestre
VIH	Al inicio de la gestación	Cada trimestre
CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA	Entre la semana 24 - 28 de gestación	
EXAMEN GENERAL DE ORINA	Entre la semana 12 y la 16 de gestación	A las 18 - 20 semanas y entre las 32 – 34 semanas de gestación.
CITOLOGÍA VAGINAL	En el 1° trimestre de embarazo.	

## Ultrasonidos

Tabla 9. Ultrasonidos y que evalúan

Primer trimestre	-Cálculo de edad gestacional. -Fecha probable de parto
Antes 12 Semanas de gestación	-Edad gestacional. -Número de fetos.
Semana 11-13.6	-Marcadores de aneuploidía. -Descartar diferentes síndromes. - Índice de pulsatilidad de las arterias uterinas.
Entre la 20-24 semanas de gestación	-Estructural, malformaciones del feto. -Crecimiento fetal. -Confirma el sexo. -Ubicación de la placenta. -Cantidad de líquido amniótico.
Entre la semana 30.34 de gestación.	-Crecimiento y desarrollo fetal. -Presentación fetal.

## Higiene bucal

El cuidado dental en las embarazadas requiere cuidado especial, los dientes y la mucosa oral pueden verse afectados por cambios inducidos durante el embarazo. Las alteraciones más frecuentes son gingivitis gravídica, granuloma del embarazo, enfermedad periodontal y caries dental. Se ha demostrado que la enfermedad periodontal está asociada con presentar parto pretérmino y bajo peso al nacimiento.<sup>10</sup>

El tratamiento periodontal en la persona embarazada generalmente comienza en el segundo trimestre del embarazo. Ya que la organogénesis ya se ha completado y el riesgo para el feto es menor. La guía de práctica clínica recomienda la prescripción diaria de enjuague bucal a base de clorhexidina 0.12% para limitar el progreso de enfermedades bucales.<sup>11</sup>

El objetivo de la salud bucodental en las embarazadas es fomentar hábitos higiénicos y dietéticos saludables, aplicar medidas preventivas, tratar signos o síntomas de patología oral y efectuar el tratamiento oportuno.

Dado que la enfermedad periodontal se puede prevenir y tratar, debe ser el odontólogo quien de manejo a las pacientes embarazadas. Por lo cual el médico familiar debe de otorgar referencia al servicio de odontología para una valoración integral.<sup>11</sup>

#### Nutrición

La alimentación en la mujer embarazada debe ser evaluada por un nutriólogo y de acuerdo a su IMC debe recomendar una dieta y la ganancia de peso durante todo el embarazo.

Tabla 10. Ganancia de peso en el embarazo

IMC	Ganancia de peso
Bajo peso	12.5-18 kg
Normal	11.5-16 kg
Obesidad	5-9 kg

La dieta debe tener una variedad de alimentos ricos en calcio, hierro, ácido fólico, vitaminas y minerales, fibra y ácidos grasos esenciales. El consumo de una dieta saludable es esencial durante el periodo preconcepcional, embarazo y lactancia para garantizar la salud de la madre y del recién nacido. Además, que las alteraciones nutricionales maternas tienen un gran impacto en la composición de la leche materna; por lo cual es importante identificar, vigilar y proporcionar un asesoramiento nutricional.<sup>10</sup>

#### Historia clínica perinatal

Está diseñada para cumplir con los siguientes objetivos: servir de guía para planificar la atención hacia la embarazada, unificar recolección de datos como antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales, gineco-obstétricos y también para llevar un registro del embarazo actual, con las diferentes acciones que se realizan en cada consulta prenatal como el registro de resultados de laboratorio, vacunas aplicadas, somatometría, signos vitales, fechas de las consultas, medición de fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, signos de alarma del embarazo; posteriormente a la resolución del embarazo se registra datos del recién nacido y del puerperio.<sup>6</sup>

## Carnet perinatal

Es un documento que permite registrar acciones que se realizan durante el embarazo; este lo debe tener siempre la embarazada y una copia la unidad médica donde está llevando a cabo el control prenatal. Los objetivos del carnet son: servir de base para el registro de datos, categorizar problemas o factores de riesgo, verificar las consultas y los seguimientos, así como evaluar la calidad de atención por el personal de salud.<sup>6</sup>

## Promoción de lactancia materna

La UNICEF recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del recién nacido y lactancia materna con alimentación complementaria entre los 6 a 24 meses o más.

Se debe informar a la embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y el recién nacido, además de informar sobre las técnicas correctas de amamantamiento. Dentro de los beneficios de la lactancia es que protege contra enfermedades al recién nacido ya que la leche materna contiene anticuerpos, además de brindar nutrientes necesarios en cada etapa de desarrollo; ayuda a la madre a disminuir el riesgo de cáncer de ovario y mama, a la mineralización ósea, reduce sangrados post partos y ayuda a la involución uterina. La lactancia materna es un vínculo de amor y cuidado.<sup>6</sup>

## Consejería de salud sexual y reproductiva

El objetivo es brindar a la embarazada información de calidad, orientar y acompañar a la pareja en la toma de decisiones sobre su salud sexual y ayudarle a elegir el mejor método anticonceptivo posterior a la resolución del embarazo. La consejería en salud sexual forma parte de la atención integral de la salud.<sup>2</sup>

Las acciones que se llevan a cabo en el CST III “Dr. Salvador Allende” están regidas por la norma oficial mexicana con el fin de que se promueva la información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho a recibir atención digna, de calidad, y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutiva donde puedan recibir atención inmediata.

Objetivo: Describir las acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, que se llevan a cabo en el CST III “Dr. Salvador Allende”, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo que puedan condicionar la morbilidad materna en el primer nivel de atención.

Promover que todas las pacientes que cursan con un embarazo reciban como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación o inmediatamente después de una prueba positiva de embarazo.

Servicios que ofrece CST III "Dr. Salvador Allende":

- Consulta prenatal de primera vez y subsecuentes.
- Análisis de laboratorio.
  - Biometría hemática completa.
  - Química sanguínea (glucosa en ayuno, urea, creatinina, perfil lipídico, pruebas de funcionamiento hepático).
  - Grupo sanguíneo y Rh.
  - Prueba de embarazo.
  - Pruebas para detección de sífilis y VIH.
  - Examen general de orina y urocultivo.
  - Curva de tolerancia a la glucosa.
- Ultrasonido obstétrico.
- Inmunizaciones.
- Estomatología.
- Nutrición.
- Psicología.
- Farmacia.
- Materno fetal para embarazos con complicaciones.
- Toma de citología cervical, en caso de ser necesario.

Acciones específicas que se llevan a cabo en la consulta prenatal de primera vez (antes de las 12 semanas de gestación):

1. Integrar el expediente clínico de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
2. Identificación de la paciente, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar para establecer contacto en caso de emergencia.
3. Elaborar la historia clínica y anexar al expediente.
4. Elaborar la historia clínica perinatal y anexar al expediente.
5. Elaborar carnet perinatal que contenga los siguientes datos:
  - i. Ficha de identificación.
  - ii. Antecedentes heredo familiares.
  - iii. Antecedentes personales patológicos.
  - iv. Antecedentes gineco obstétricos.
  - v. Factores de riesgo obstétrico.

- vi. Evolución del embarazo en cada consulta incluyendo: fecha; edad gestacional; peso; presión arterial; fondo uterino; frecuencia cardíaca fetal.
  - vii. Resultados de laboratorio.
6. Realizar el diagnóstico del embarazo por método clínico, de laboratorio o ultrasonido.
7. Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto.
8. Realizar la búsqueda intencionada de factores de riesgo durante el interrogatorio.
  - i. Extremos de edad reproductiva.
  - ii. Padres con diabetes mellitus tipo 2 o familiares en primer grado.
  - iii. Antecedente de diabetes gestacional.
  - iv. Peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4000 gramos.
  - v. Obesidad igual o mayor que 90 kg o IMC igual o mayor que 30 kg/m<sup>2</sup>.
  - vi. Multiparidad o hijos/as con peso al nacer igual o mayor que 4,000 gramos.
  - vii. Antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas.
  - viii. Hipertensión arterial crónica.
9. Identificar e informar a la paciente embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, tabaco, alcohol o sustancias psicoactivas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto.
10. Realizar una exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional, exploración dental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y frecuencia cardíaca fetal (si es posible, tomando en cuenta la edad gestacional).
11. Solicitar estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, grupo sanguíneo y Rh, en caso necesario, solicitar prueba de embarazo).
12. Descartar incompatibilidad de grupo y Rh.
13. Detectar enfermedades de transmisión sexual mediante pruebas rápidas para sífilis y VIH.
14. Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo, para determinar el bienestar materno fetal de manera intencionada.
  - i. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de productos.
  - ii. El segundo entre las 18 y 22 semanas.
  - iii. El tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.
15. Referir al servicio de inmunizaciones para la aplicación de la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación, promover la vacuna contra influenza.



16. Prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes durante todo el embarazo para prevenir defectos del tubo neural.
17. Referir al servicio de estomatología.
18. Referir al servicio de nutrición.
19. En caso necesario, referir al servicio de psicología.
20. Promover la participación paterna.
21. Referir a la paciente a un segundo nivel, si es necesario.

#### Consultas subsecuentes

1. Solicitar expediente clínico con carnet perinatal.
2. Permitir que la paciente exponga sus dudas y síntomas referente al embarazo.
3. Realizar un interrogatorio dirigido buscando datos de alarma obstétrica.
  - i. Hipertensión arterial.
  - ii. Pérdida de la conciencia.
  - iii. Convulsiones.
  - iv. Epigastralgia.
  - v. Cefalea intensa.
  - vi. Palidez intensa.
  - vii. Dolor abdominal.
  - viii. Fiebre.
  - ix. Pérdida transvaginal de líquido o sangre.
4. Realizar una exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evolución del estado nutricional, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y frecuencia cardíaca fetal.
5. Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa.
6. Solicitar estudios de laboratorio, si es necesario.
7. Realizar curva de tolerancia a la glucosa a todas las pacientes embarazadas entre la semana 24 y 28 del embarazo.
8. Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo.
9. Registrar todas las actividades en la historia clínica perinatal y en el carnet perinatal.
10. Referir oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica.

## Puerperio

1. Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días posteriores al evento obstétrico y la segunda al final del puerperio.
2. Solicitar expediente clínico y carnet perinatal para que sean actualizados con el tipo y fecha del evento obstétrico.
3. Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardiaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.
4. Valorar el estado de las heridas quirúrgicas con el fin de prevenir infecciones o complicaciones.
5. Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.
6. Promover el uso métodos de planificación familiar.

### 1.4 OBJETIVO GENERAL

Identificar la calidad de la atención prenatal brindada en la población gestante adscrita al Centro de Salud T. III “Dr. Salvador Allende” mediante la recopilación y análisis de información de la unidad, para identificar oportunamente el embarazo de alto riesgo en el periodo de marzo de 2022 a diciembre 2022.

### 1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar la prevalencia de la población gestante que acude al CST III “Dr. Salvador Allende” para control prenatal.
- Identificar las principales causas porque las pacientes acuden a un control prenatal tardío.
- Factores relacionados con la falta de asistencia al control prenatal y sus consecuencias en el binomio madre – hijo.
- Identificar factores de riesgo en la gestante que puedan afectar la evolución del embarazo.
- Formular estrategias para la identificación oportuna de un embarazo de alto riesgo.
- Promover un control prenatal de calidad dentro de las instalaciones del CST III “Dr. Salvador Allende”.

### 1.6 HIPÓTESIS DE TRABAJO

La población gestante adscrita al Centro de Salud T. III “Dr. Salvador Allende” tienen un embarazo de alto riesgo por un mal apego al control prenatal debido a un inicio tardío del mismo.

## 1.7 METODOLOGÍA

### 1.7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional de corte transversal.

### 1.7.2 POBLACIÓN, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- Población de estudio: Pacientes embarazada adscritas al CST III “Dr. Salvador Allende”. Que acuden a control prenatal de dicha unidad.
- Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de embarazo confirmado, adscritas al centro de salud Salvador Allende, cualquier rango de edad, escolaridad, estado civil u ocupación.
- Criterios de exclusión: pacientes embarazadas adscritas a otros centros de salud de la jurisdicción Coyoacán.

### 1.7.3 MATERIALES Y MÉTODOS

- Durante el estudio participaron 103 gestantes que fueron atendidas en la unidad durante el periodo marzo 2022 a diciembre 2022. Además, realizó una búsqueda en los datos almacenados en la unidad por medio de tarjeteros gestacionales y expedientes para contactar y brindar atención prenatal a las gestantes que habían abandonado el seguimiento.
- Se rescataron 32 pacientes que dejaron de asistir al programa y se reintegraron. Se captaron 71 pacientes de primera vez que se agregaron en el estudio para finalizar con la participación de 103 pacientes en el periodo de tiempo ya mencionado.
- Durante la atención prenatal de primera vez dentro de la unidad se aplicó el siguiente cuestionario a las gestantes participante:

Nombre \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

**1. Estado civil**

Soltera ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Unión libre ( ) Viuda ( ) Separada ( )

**2. Escolaridad**

Ninguna ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Bachillerato ( ) Nivel técnico ( ) Licenciatura ( ) Posgrado ( )

**3. Ocupación**

Ama de casa ( ) Estudiante ( ) Comerciante ( ) Profesionalista ( ) Otros: \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando empezó a asistir a control prenatal en el centro de salud?**

Menos de 1 mes ( ) 1 meses a 2 meses ( ) 3 a 4 meses ( ) 5 a 6 meses ( ) Más de 6 meses ( )

**5.Cuál es la causa por la cual no acude a las consultas prenatales**

Problemas con la pareja y/o familia ( ) olvido de las citas ( ) Dificultad para quien cuida a los hijos ( )

Falta de tiempo ( ) Por la distancia de su casa al centro de salud ( ) Porque la espera para la consulta es demasiada ( )

Otros: \_\_\_\_\_

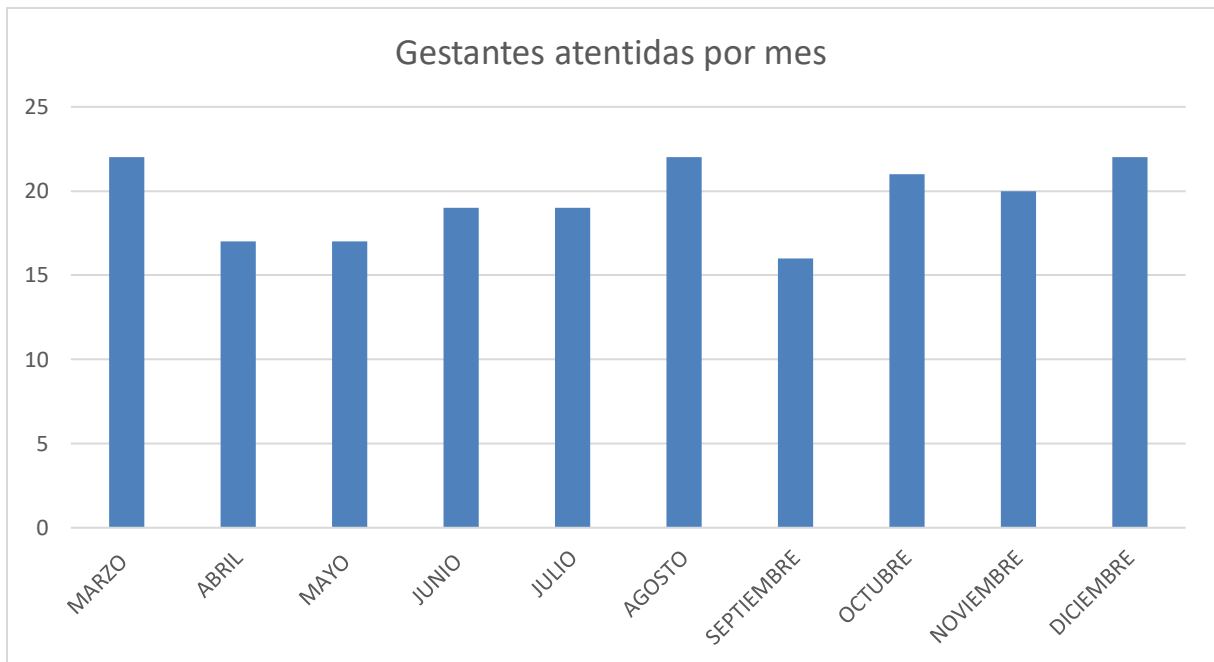
Al terminar cada consulta de primera vez o de seguimiento se entregó una lista de cotejo a la paciente para evaluar la calidad de la atención brindada, la cual incluye lo siguiente:

¿Se realizó la actividad?	Sí	No
¿Durante la consulta de control prenatal se le tomo la presión arterial, peso y talla?		
¿El médico le solicitó exámenes de laboratorio y/o ultrasonidos?		
¿Usted escuchó el latido de su bebé?		
¿Se le explicaron cuáles son los datos de alarma durante el embarazo?		
¿Se le explicaron los posibles riesgos y complicaciones del embarazo?		

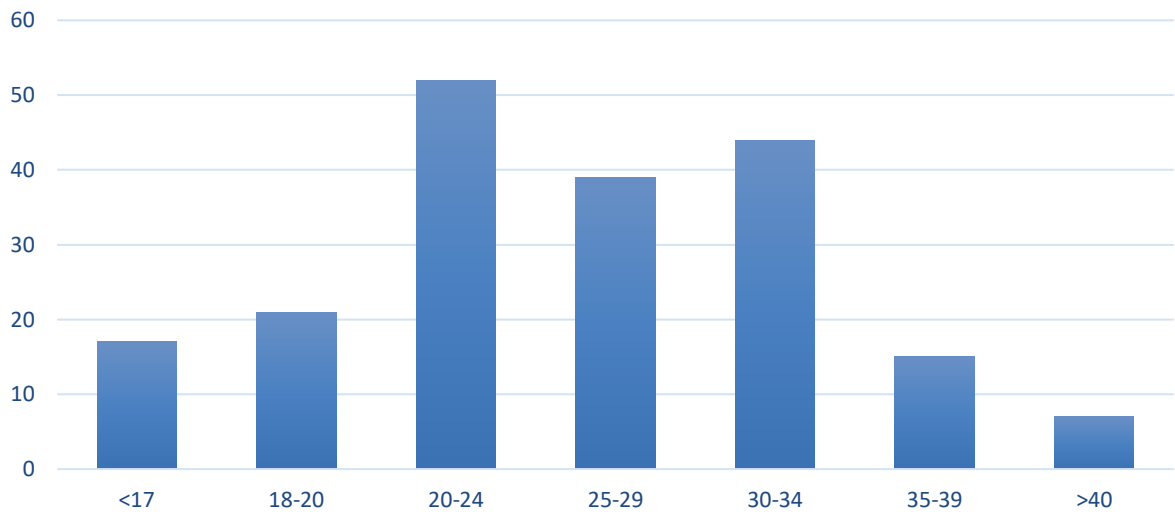
## 1.8 RESULTADOS

Durante el periodo ya mencionado se brindaron 195 consultas prenatales a la población en estudio.

El rango de edad más frecuente de la población estudiada es de 20-24 años, es importante recalcar que los extremos de edad la edad mínima de presentación es 16 años y la edad máxima es 44 años.

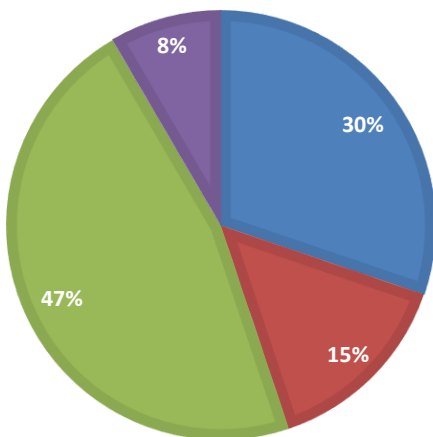


### DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD

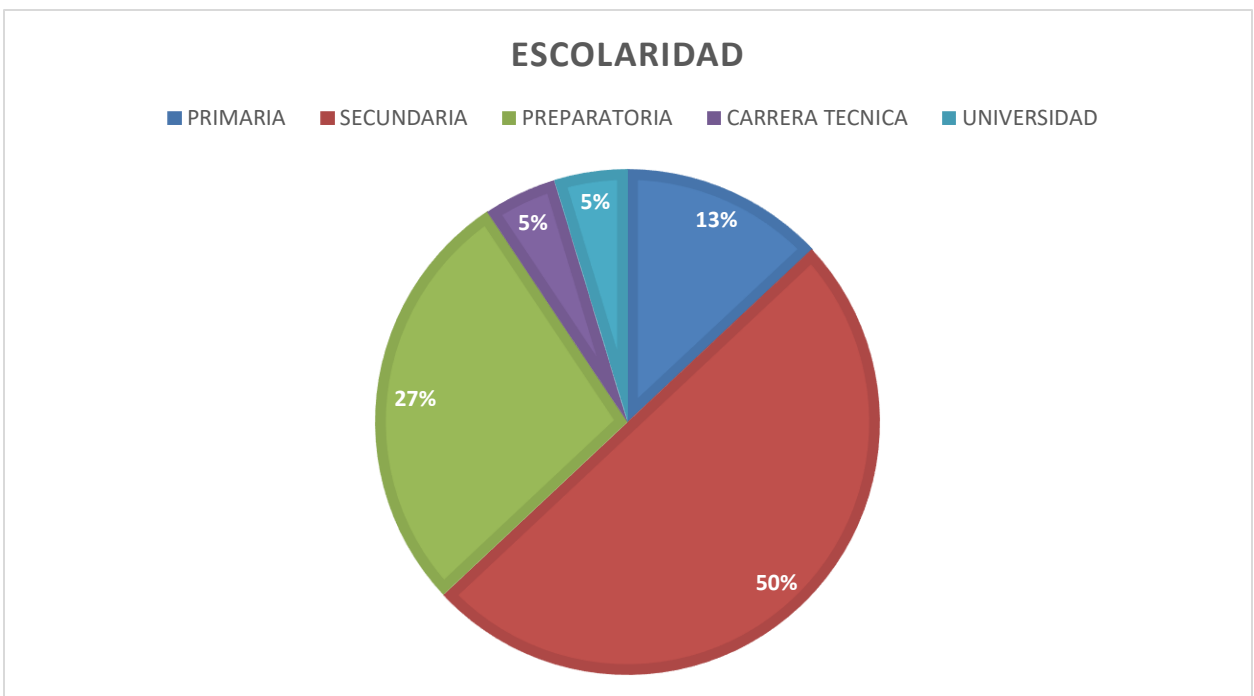
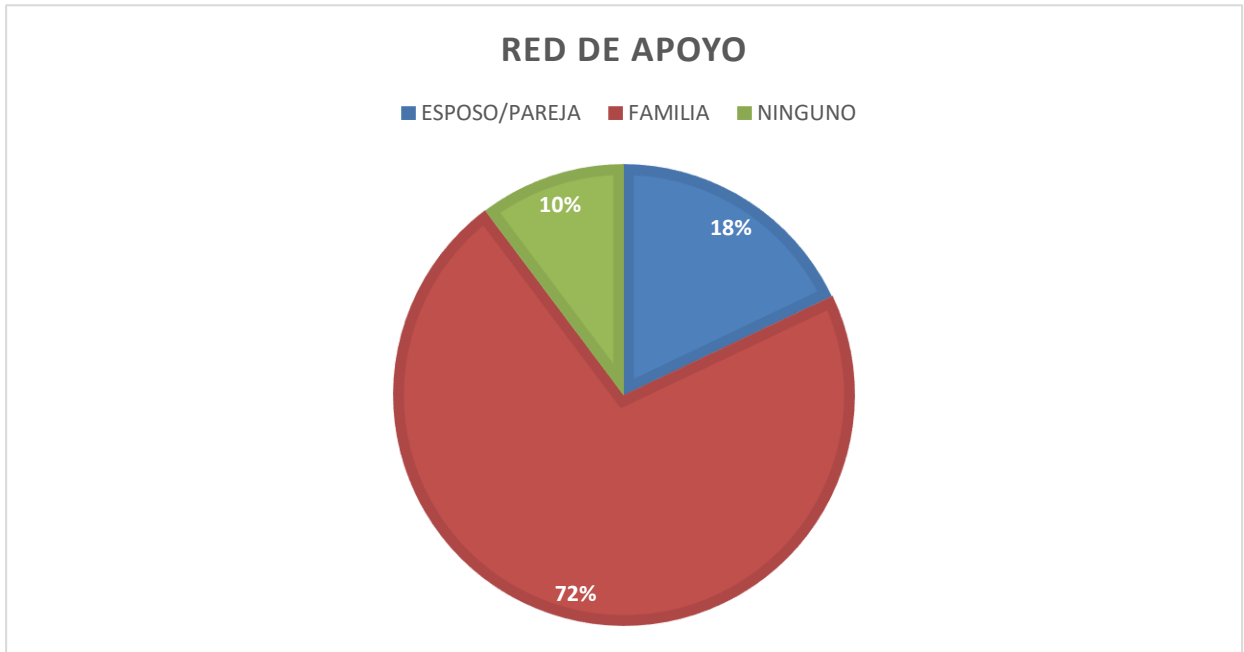


### ESTADO CIVIL

■ SOLTERA ■ CASADA ■ UNIÓN LIBRE ■ DIVORCIADA



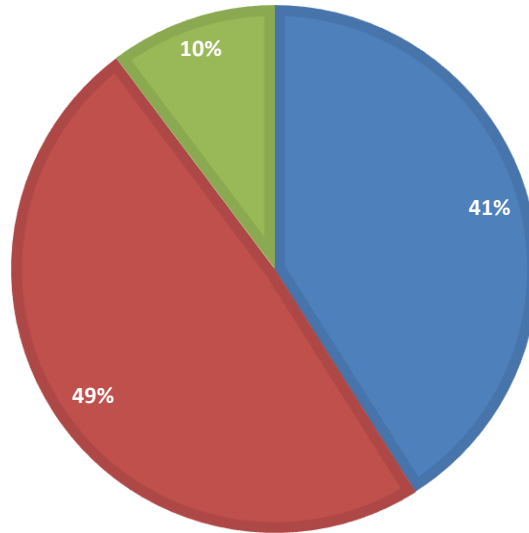
El estado civil más frecuente de nuestra población es unión libre con un 47%. Pareciera un dato irrelevante, pero es importante conocerlo ya que toda mujer embarazada debe de contar con una red de apoyo durante la gestación, al saber el estado civil podemos correlacionarlo con la siguiente gráfica, en la que se observa que apenas un 18% la red de apoyo esta cimentada por su esposo o pareja.



El 50% de la población su grado máximo de estudios es secundaria, lo que probablemente nos limita el acceso a la información acerca del control prenatal.

### TRIMESTRE EN EL QUE INICIA CONTROL PRENATAL

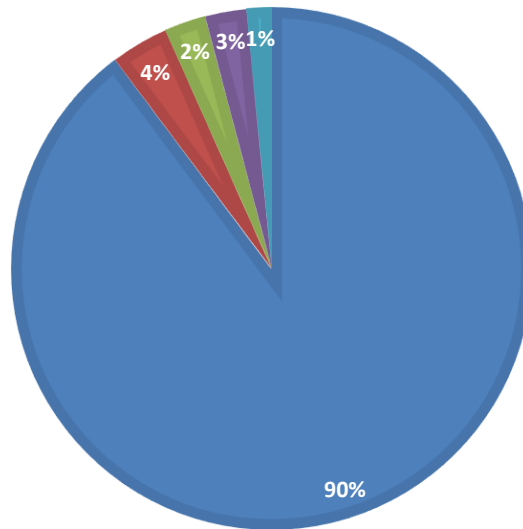
■ PRIMER TRIMESTRE ■ SEGUNDO TRIMESTRE ■ TERCER TRIMESTRE



Se recomienda que el control prenatal inicie antes de la semana 11, es decir durante el primer trimestre, el 49% de la población en estudio inició su control durante el segundo trimestre.

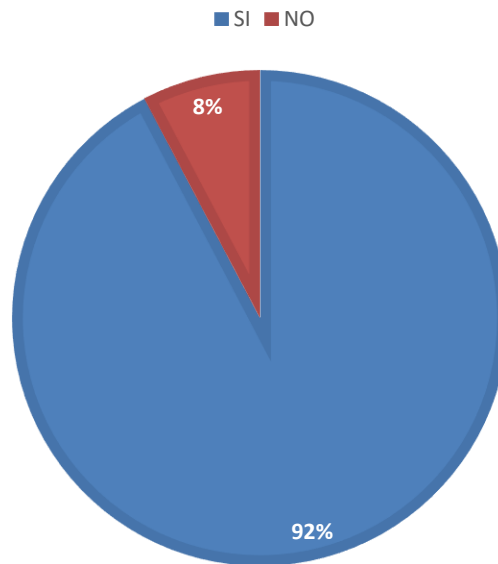
### ENFERMEDAD CONCOMITANTE CON LA GESTACIÓN

■ SANA ■ HIPERTENSIÓN ARTERIAL ■ HIPOTIROIDISMO ■ OBESIDAD ■ DIABETES MELLITUS

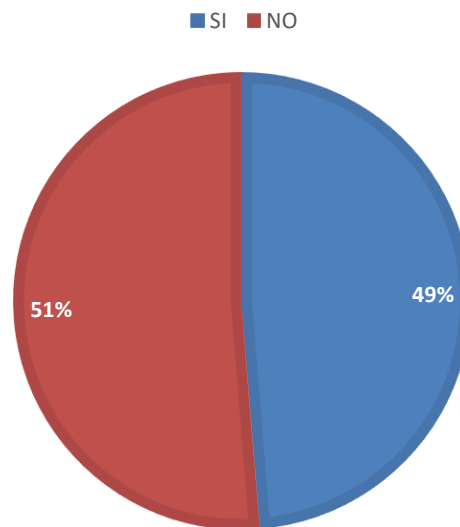


Al momento de la primera consulta el 90% de la población se encontraba sana, sin ninguna otra comorbilidad, aunque aproximadamente el 10% restante presentaba ya una enfermedad de base.

## IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO



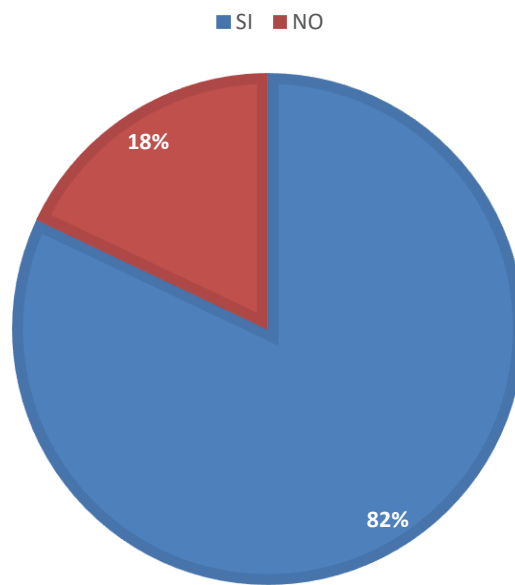
## EMBARAZO DE ALTO RIESGO



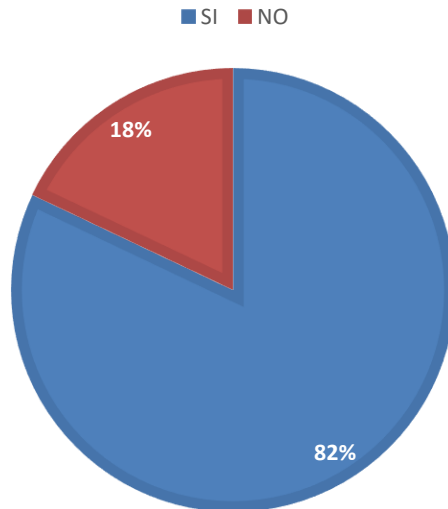
Iniciar un control prenatal temprano, permite identificar factores de riesgo y así prevenir complicaciones materno-fetales, determinar si es un embarazo de alto riesgo es integrar y abordar las necesidades de la paciente en la primera consulta, donde el 51% de la población fue considerada como alto riesgo donde las principales causales son un control prenatal tardío, periodo intergenésico corto y enfermedad asociada.



### TAMIZAJE DIABETES GESTACIONAL

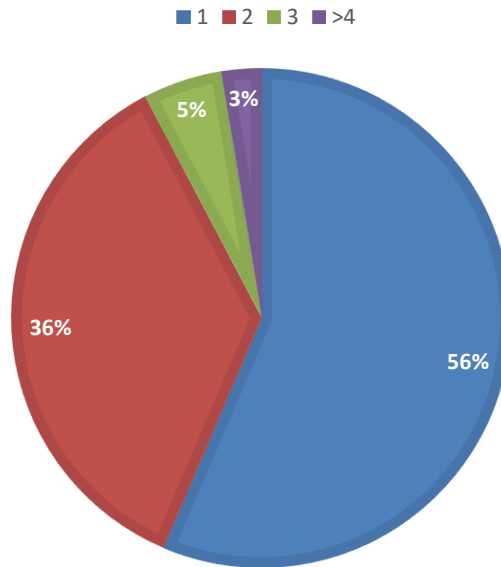


### TAMIZAJE DE VIH Y VDRL



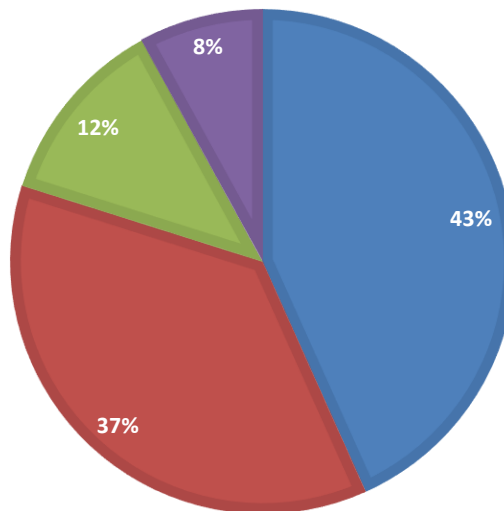
Los tamizajes se efectúan de manera conjunta, lo variable es la semana en la que se realiza, al 82% de la población fueron tamizadas, un gran porcentaje no tuvo acceso debido a un inicio tardío del control prenatal.

### ULTRASONIDOS REALIZADOS



### CAUSAS POR LAS QUE NO ASISTE AL CONTROL PRENATAL

- FALTA DE CONOCIMIENTO
- FALTA DE TIEMPO
- ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA
- PROBLEMAS CON PAREJA/FAMILIA



La parte medular de esta investigación es identificar la causa por la cual esta población inicia un control prenatal tardío los resultados mostraron que las causas más importantes son falta de conocimiento y falta de tiempo. Posteriormente los gestantes que finalizaban el embarazo, no seguían un control del puerperio, abandonaban su seguimiento posterior a la maternidad.

## 1.9 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para analizar la prevalencia de la población gestante que acude al CST III “Dr. Salvador Allende” para control prenatal se realizó una búsqueda en los datos almacenados en la unidad por medio de tarjeteros gestacionales y expedientes para contactar y brindar atención prenatal a las gestantes que habían abandonado el seguimiento. Se rescataron 32 pacientes que dejaron de asistir al programa y para reintegrarse. Se captaron 71 pacientes de primera vez que se agregaron en el estudio para finalizar con la participación de 103 pacientes en el periodo de marzo 2022 a diciembre 2022 y este fue el número de gestantes adscritas al centro de salud. En cuanto a la identificación de las principales causas porque las pacientes acuden a un control prenatal tardío los resultados obtenidos en la población de estudio indican que la principal causa por la cual no asisten al control prenatal o lo abandonan son la falta de conocimiento del impacto que tiene en el embarazo y en el bienestar del producto, es importante mencionar que la mayoría de la población desconoce del número de consultas que debe tener en el embarazo, así como del número de ultrasonidos y exámenes de laboratorio que debe tener. La segunda causa por la cual no asisten es la falta de tiempo asociada a su estado civil y red de apoyo, el estado civil de “unión libre” se asocia a gestantes con menor disponibilidad de tiempo. La variable escolaridad (secundaria) se asocia con mayor frecuencia a la falta de conocimiento por el cual se inicia un control prenatal tardío.

Los factores relacionados con la falta de asistencia al control prenatal y sus consecuencias en el binomio madre – hijo en el estudio se observó que el 49% de la población en estudio inició su control durante el segundo trimestre, específicamente al final del segundo trimestre, aumentando el riesgo de desarrollar un embarazo de alto riesgo, asociado ya a enfermedades de base como hipertensión arterial sistémica, obesidad e hipotiroidismo va de la mano con el siguiente objetivo específico que es identificar factores de riesgo en la gestante que puedan afectar la evolución del embarazo, sabemos que iniciar un control prenatal temprano, permite identificar factores de riesgo y así prevenir complicaciones materno-fetales, determinar si es un embarazo de alto riesgo es integrar y abordar las necesidades de la paciente en la primera consulta, donde el 51% de la población fue considerada como alto riesgo donde las principales causales son un control prenatal tardío, periodo intergenésico corto y enfermedad asociada.

Para formular estrategias para la identificación oportuna de un embarazo de alto riesgo nos ayudamos en el programa de “padrinos obstétricos” y seguimiento por trabajo social donde no tuvimos éxito para la identificación oportuna ya que muchas pacientes fueron captadas al final del segundo trimestre, además se observó que las pacientes no reciben más de 3 consultas cuando su embarazo se considera de alto riesgo.

Para promover un control prenatal de calidad dentro de las instalaciones del CST III “Dr. Salvador Allende” se aplicaron listas de cotejo para valorar la atención en donde tomando la relación médico - paciente y la atención recibida en la unidad, se demostró que se llevó un trato

digno, amable y empático ayuda a las usuarias a mantener el apego al control, no obstante dentro de las situaciones modificables directamente en la atención al paciente podemos destacar el uso correcto de estudios de laboratorio y gabinete, así como la disponibilidad para el abordaje de posibles complicaciones por medio de la identificación de factores de riesgo.

## 1.10 CONCLUSIONES

El control prenatal es una estrategia respaldada por los organismos de salud nacionales e internacionales para brindar atención adecuada a la gestante y disminuir la morbilidad y la mortalidad de madres y su producto. Sus objetivos y beneficios están claramente planteados, pero poco se ha profundizado en el conocimiento de cómo estos esfuerzos se materializan en acciones en el escenario real de la atención en el primer nivel de atención. Derivado de lo observado en la investigación se concluye que la población estudiada en el periodo de tiempo de marzo de 2022 a diciembre de 2022 adscrita al CST III “Dr. Salvador Allende” enfrenta retos respecto al inicio del control prenatal secundario a la falta de conocimiento y disponibilidad de tiempo para su asistencia restándole importancia a las posibles consecuencias que podría enfrentar el binomio, aproximadamente el 49% de la población en estudio inició su control durante el segundo trimestre, específicamente al final del segundo trimestre, aumentando el riesgo de desarrollar un embarazo de alto riesgo, asociado ya a enfermedades de base como hipertensión arterial sistémica, obesidad e hipotiroidismo. Al ser una población amplia no todas las gestantes asisten, y quienes lo hacen, no concluyen un control prenatal como el organismo de salud recomienda. Esto se debe a ciertos factores individuales y barreras de acceso a los servicios, como el tiempo disponible, los cuales han sido poco estudiados. Es difícil correlacionar las diferentes causales del mal apego control prenatal ya que el problema se origina desde la planificación familiar por eso se propone realizar estudios poblacionales que permitan evaluar estrategias eficaces para mejorar la adherencia al control prenatal, con énfasis en la planificación familiar y que involucren la participación de la pareja, familia y comunidad.

## 1.11 BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. México: secretaria de salud; 2008. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-028-08.pdf>.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida Fecha de publicación: 07 de abril de 2016. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>
3. Verde María Eugenia, Varela Lucía, Episcopo Cecilia, García Ruben, Briozzo Leonel, Impallomeni Ivana et al . Embarazo sin control: Análisis epidemiológico. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2012 Jul [citado 2023 enero] ; 28( 2 ): 100-107. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902012000200003&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000200003&lng=es).
4. Marisol Luna José A. Muños Graciela Freyermuth. Numeralia 2015. Mortalidad Materna en México by Observatorio de Mortalidad Materna en México. Disponible en: <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Numeralia-2015.pdf>
5. Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas 2022) Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/736469/MM\\_2022\\_SE25.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/736469/MM_2022_SE25.pdf)
6. Ignacio Asprea y cols, 2013, Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Subsecretaría de Salud Comunitaria Ministerio de Salud de la Nación República Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores ODM. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-metas-indicadores-odm#O.5>
8. Agenda 2030 en América Latina y el Caribe. Plataforma regional de conocimiento. <https://agenda2030lac.org/es/ods/3-salud-y-bienestar>
9. Arias-de la Garza E, Macías-Parra M, Quinto-Morales G, Castillo-Bejarano JI. Vacunación durante el embarazo. Acta Pediatr Mex. 2018;39(5):314-319. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2018/apm185g.pdf>
10. Martínez García Rosa María, Jiménez Ortega Ana Isabel, Peral-Suárez África, Bermejo Laura M, Rodríguez-Rodríguez Elena. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. Nutr. Hosp. [Internet]. 2020 [citado 2022 Jul 03] ; 37( spe2 ): 38-42. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112020000600009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000600009&lng=es). Epub 28-Dic-2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03355>.
11. Alonso Rosado A., Pérez Gómez R.M., Criado Pérez L., Duque Alonso N., Hernández Marcos C., Hernández Martín M. et al . Enfermedades periodontales durante el embarazo y su asociación con parto prematuro y bajo peso al nacimiento: Evidencias y controversias. Avances en Periodoncia [Internet]. 2010 Ago [citado 2022 Jul 03] ; 22( 2 ): 85-89. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852010000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852010000200004&lng=es).

## **CAPITULO II      DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN**

### **1. Datos históricos**

La Ciudad de México es la capital de los Estados Unidos Mexicanos, se divide en 16 alcaldías, cuenta con una población de 9,209,944 habitantes en 2020, siendo 4,805,017 mujeres y 4,404,927 hombres. El nombre de la delegación “Coyoacán” es el resultado de la castellanización de la palabra náhuatl: Coyohuacan, (cóyotl, coyote), “hua” indicativo de posesión, y “can” (lugar), que se traduce como “lugar de los dueños de coyotes”.

Todo el territorio de la delegación Coyoacán se encuentra urbanizado, pero dentro de él se encuentran importantes zonas verdes como la Reserva Ecológica del Pedregal de San Ángel, los Viveros de Coyoacán y Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

### **2. Geografía local**

La delegación Coyoacán colinda al norte con la delegación Benito Juárez; al oriente, con la delegación Iztapalapa; al sureste, con la delegación Xochimilco; al sur, con la delegación Tlalpan; y al poniente, con la delegación Álvaro Obregón. La delegación Coyoacán abarca 54.4 kilómetros cuadrados que corresponden al 3.6% del territorio de la capital del país y está ubicado al sureste de México.

#### **2.2.2 Orografía**

El territorio de Coyoacán es plano en lo general, y se encuentra a una altitud promedio de 2240 metros sobre el nivel del mar (msnm), que es la altitud del valle de México. Pequeñas variaciones se presentan en San Francisco Culhuacán, la Ciudad Universitaria y Santa Úrsula Coapa, con altitudes de 2250 msnm. El sudoeste de la alcaldía corresponde a Los Pedregales, cuyas irregularidades superficiales son resultado de las erupciones del volcán Xitle que cubrieron de basalto esa región en torno al primer siglo de la era común. También en el poniente de la alcaldía se encuentra el cerro Zacatépetl, que con su altitud de 2420 msnm (180 metros sobre el nivel del valle de México).

#### **2.2.3 Hidrografía**

Coyoacán forma parte de la subcuenca Texcoco-Zumpango de la cuenca del río Moctezuma, en la región hidrológica del río Pánuco. En lo referente a la hidrografía, dos son los ríos que cruzan la demarcación: el río Magdalena (casi totalmente entubado) penetra en la Delegación por el sureste, cerca de los Viveros de Coyoacán se le une el río Mixcoac (entubado), para juntos formar el río Churubusco que sirve como límite natural con la Delegación Benito Juárez, al norte.

## 2.2.4 Clima

En Coyoacán, la temporada de lluvia es nublada, la temporada seca es parcialmente nublada y es cómodo durante todo el año. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de 6 °C a 26 °C y rara vez baja a menos de 2 °C o sube a más de 30 °C.

## 2.2.5 Flora

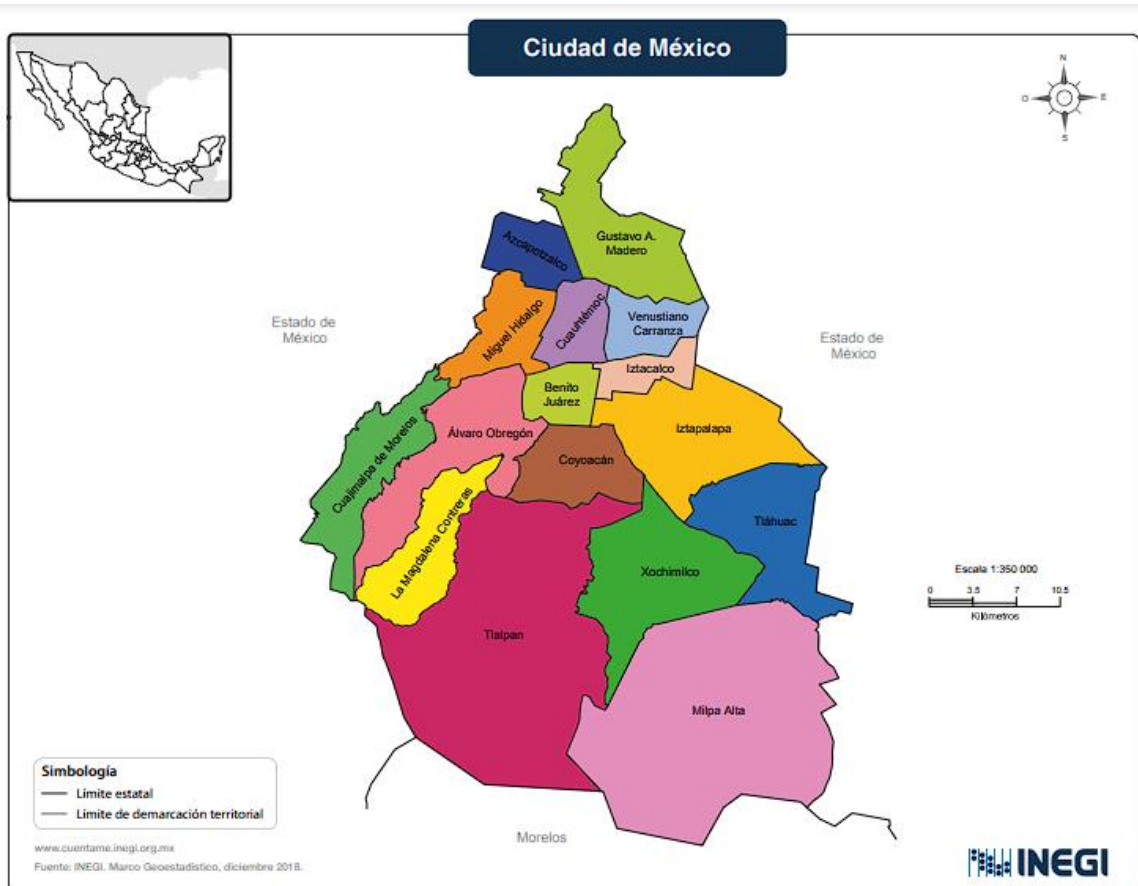
La delegación Coyoacán alberga eucaliptos, cedros, abeto, oyamel, arce, uña de gato, palo liso, acacia, cataño, palo blanco, naranjo, tecojote, criptomera, ciprés, colorín, fresno, higuera, roble australiano, nuez grande y de castilla, entre otros.

## 2.2.6 Fauna

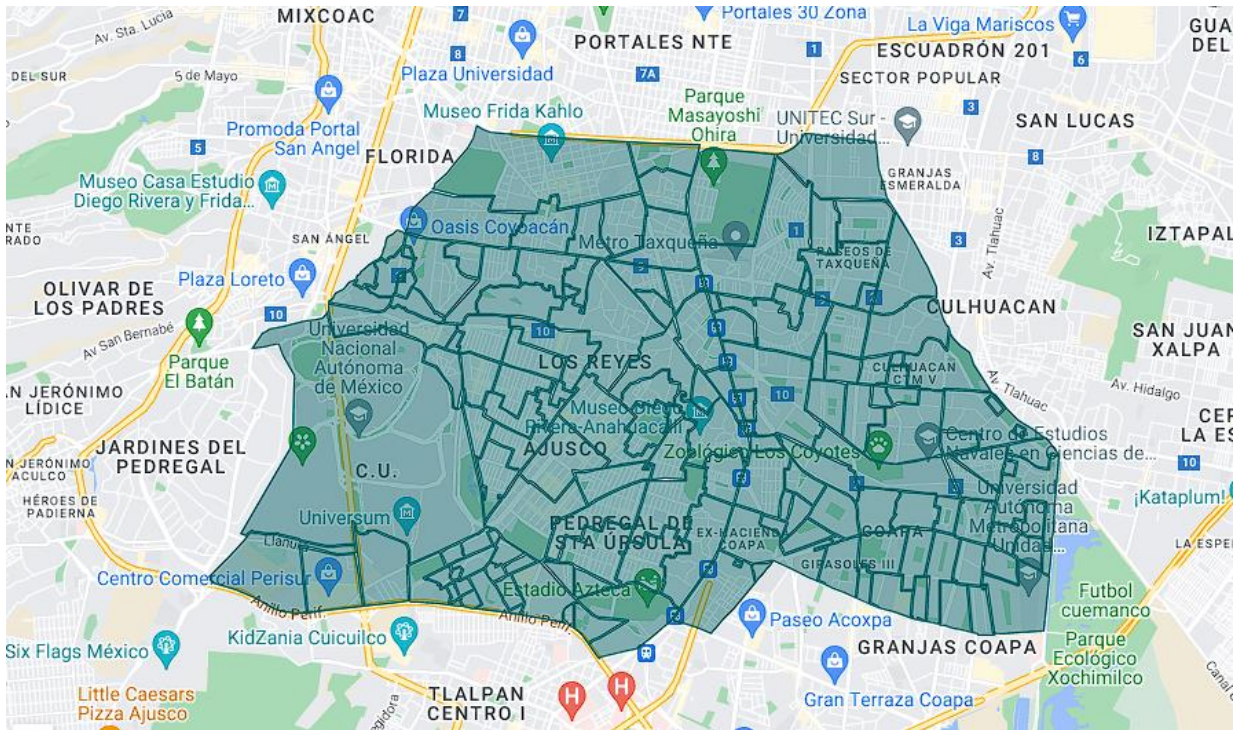
La mayor parte del territorio es de uso urbano en las zonas se encuentra Víbora de cascabel, rana de Moctezuma y rana de árbol. En los bosques de pino y encino: liebre, ardilla, tlacuache, musaraña, rata canguro, gorrión, colibrí, lagartija de collar y mariposa. En los matorrales: comadreja, mapache y conejo. En los pastizales: rata y ratón, ardilla, mapache y tuza.

## 2.3 Mapas

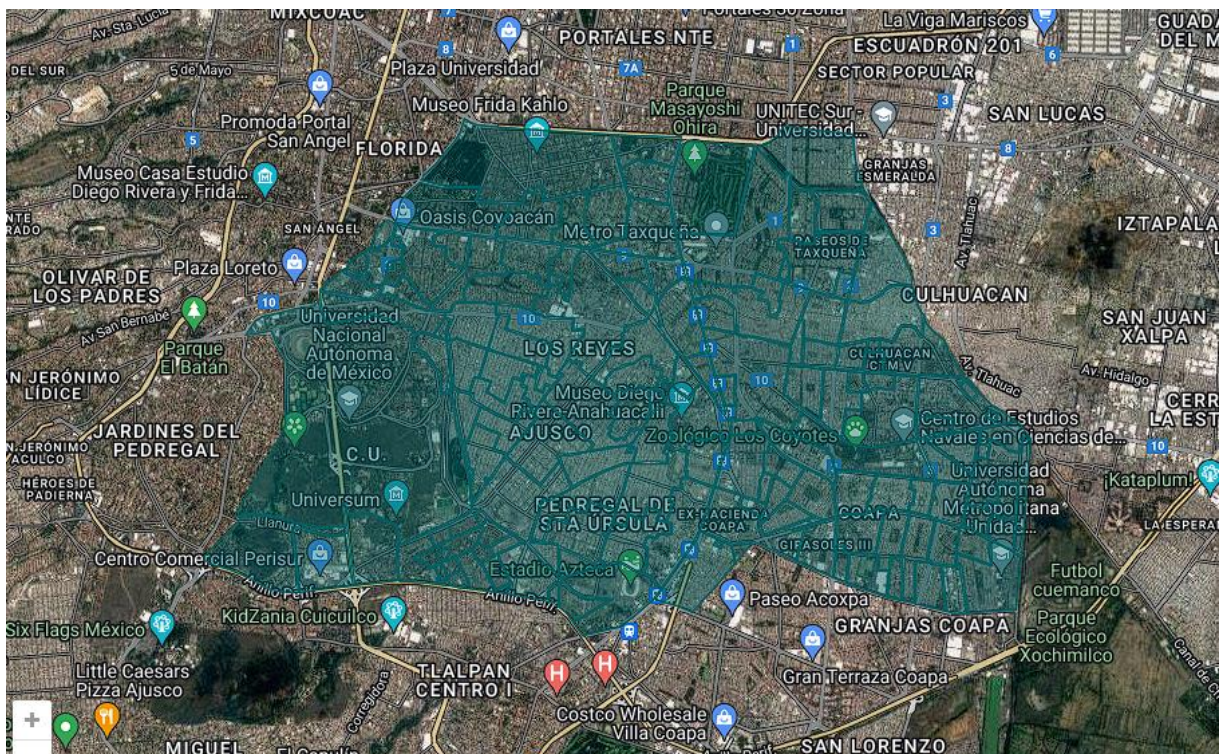
### 2.3.1 Mapa del estado



### 2.3.2 Mapa del municipio o delegación

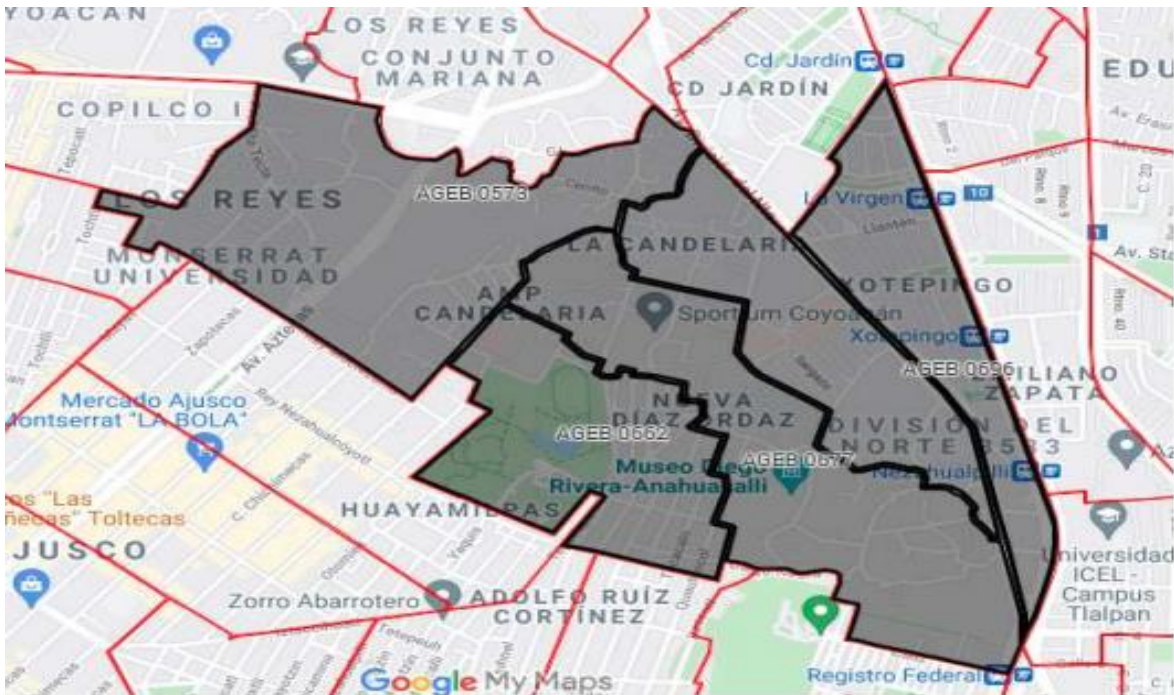


### 2.3.3 Mapas de características geográficas





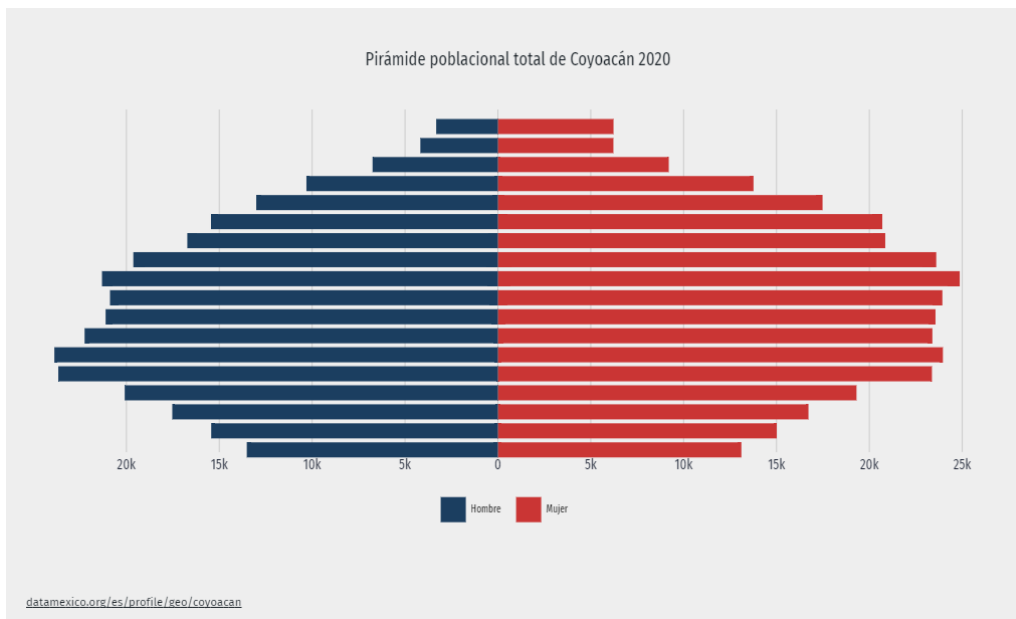
### 2.3.4 Croquis de la comunidad o zona



## 3. Indicadores demográficos y estadísticas vitales

### 3.1 Población total

En 2020, la población en Coyoacán fue de 614,447 habitantes (47.1% hombres y 52.9% mujeres). En comparación a 2010, la población en Coyoacán decreció un -0.96%.

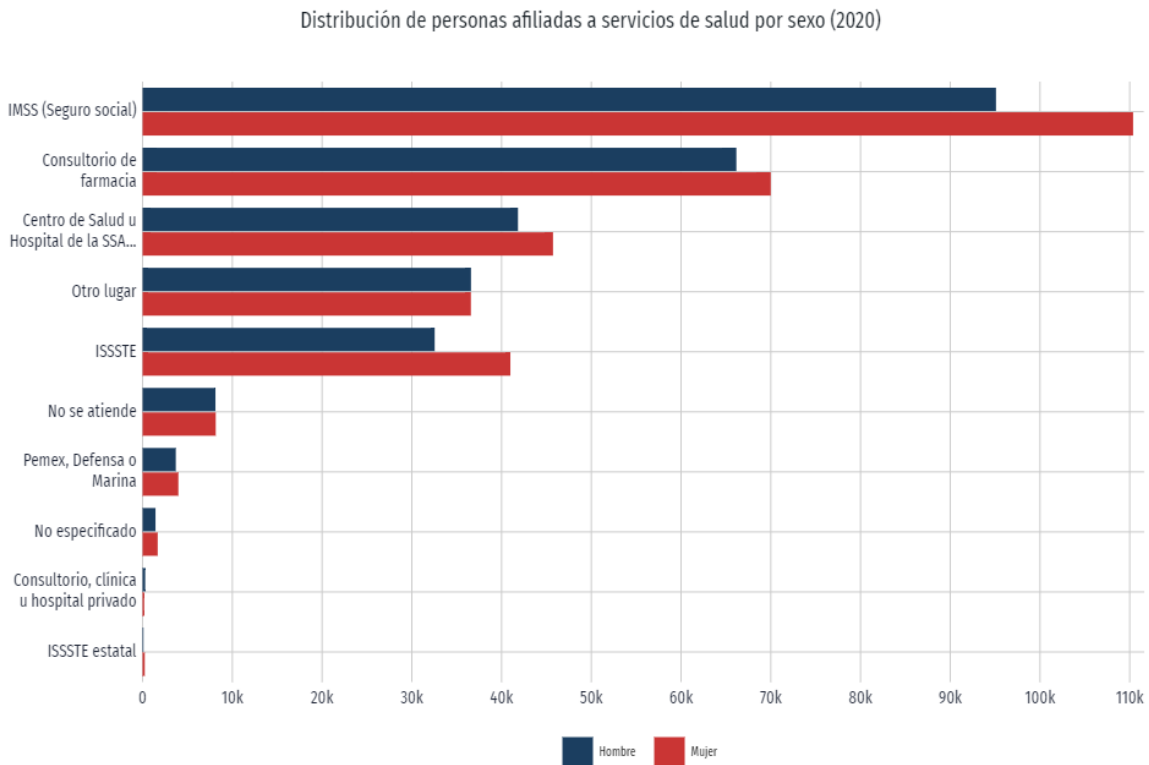


Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron 25 a 29 años (47,839 habitantes), 20 a 24 años (47,036 habitantes) y 45 a 49 años (46,180 habitantes). Entre ellos concentraron el 23% de la población total.

### 3.2 Población y seguridad social

En Coyoacán, las opciones de atención de salud más utilizadas en 2020 fueron IMSS (Seguro social), Consultorio de farmacia y Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular).

En el mismo año, los seguros sociales que agruparon mayor número de personas fueron Seguro Popular, donde 14.5% de la población fue atendida por seguro popular y 34%, población atendida por seguro social.



[datamexico.org/es/profile/geo/coyoacan](https://datamexico.org/es/profile/geo/coyoacan)

Gran parte de la población tiene acceso a la salud por medio de los programas de IMSS y Secretaria de Salud pero aun hay una parte que opta por una atención en consultorio de farmacia.

### 3.3 Densidad de población

Como se mencionó anteriormente la población total de Coyoacán en 2020 fue 614,447 habitantes, conformada por 325,337 población femenina y 289,110 población masculina.



Según lo consultado en el INEGI, los Habitantes por kilómetro cuadrado 2020 es de 11,395.0

### 3.4 Índice de envejecimiento

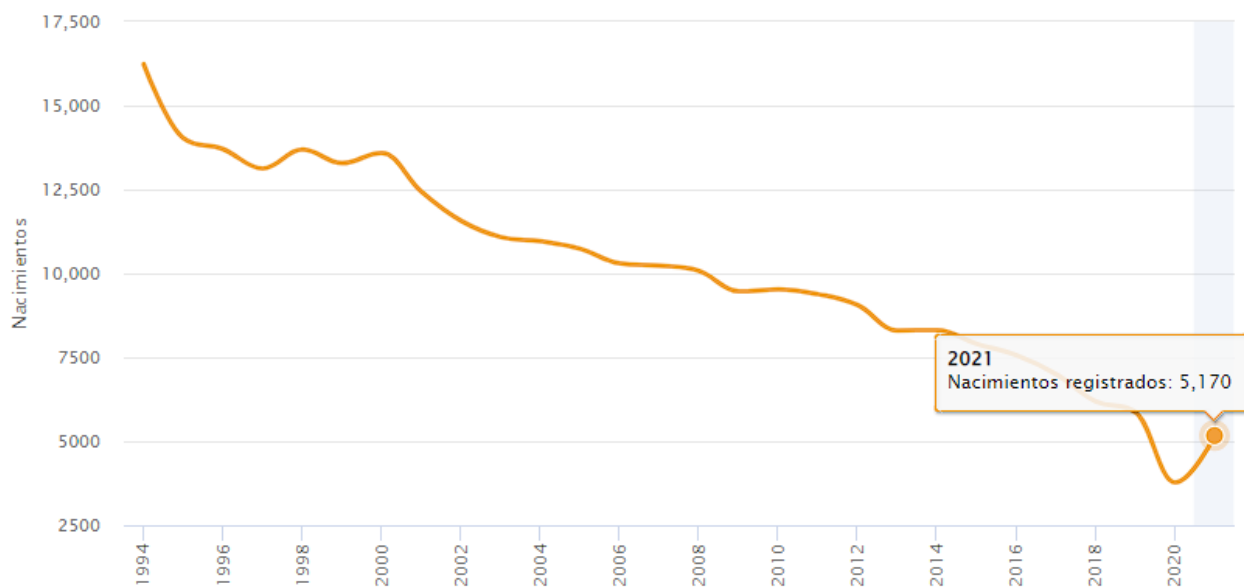
Por grupos de edad, en 2020, 56% de las personas adultas mayores se ubican en el grupo de 60 a 69 años y según avanza la edad, disminuye a 29% entre quienes tienen 70 a 79 años y 15% en los que tienen 80 años o más. La estructura es similar entre hombres y mujeres, destacando que la proporción es ligeramente más alta en las mujeres de 80 años y más. En la delegación Coyoacán el índice de envejecimiento es de 138.6%.

### 3.6 Migración

Por ser una delegación urbana en su mayoría no existen datos precisos acerca de la migración, ya que la delegación experimenta año con año un fenómeno de inmigración importante. La mayor cantidad de migrantes que ingresó a Coyoacán en los últimos 5 años provino de Estados Unidos (500 personas), Colombia (442 personas) y Canadá (383 personas). Las principales causas de migración a Coyoacán en los últimos años fueron educativas (1.43k personas), familiares (559 personas) y vivienda (516 personas).

Causa	Demarcación territorial de residencia actual	%	Inmigrantes
Buscar trabajo	Cuajimalpa de Morelos	17.2	2 451
Cambio u oferta de trabajo	Miguel Hidalgo	30.1	17 094
Reunirse con la familia	Milpa Alta	33.9	2 265
Se casó o unió	Milpa Alta	18.4	1 226
<b>Estudiar</b>	<b>Coyoacán</b>	<b>14.4</b>	<b>7 066</b>
Inseguridad delictiva o violencia	Gustavo A. Madero	5.6	3 207
Desastres naturales	Coyoacán	2.1	1 027
Deportación (regresaron)	Iztapalapa	0.3	240

### 3.7 Tasa de Natalidad



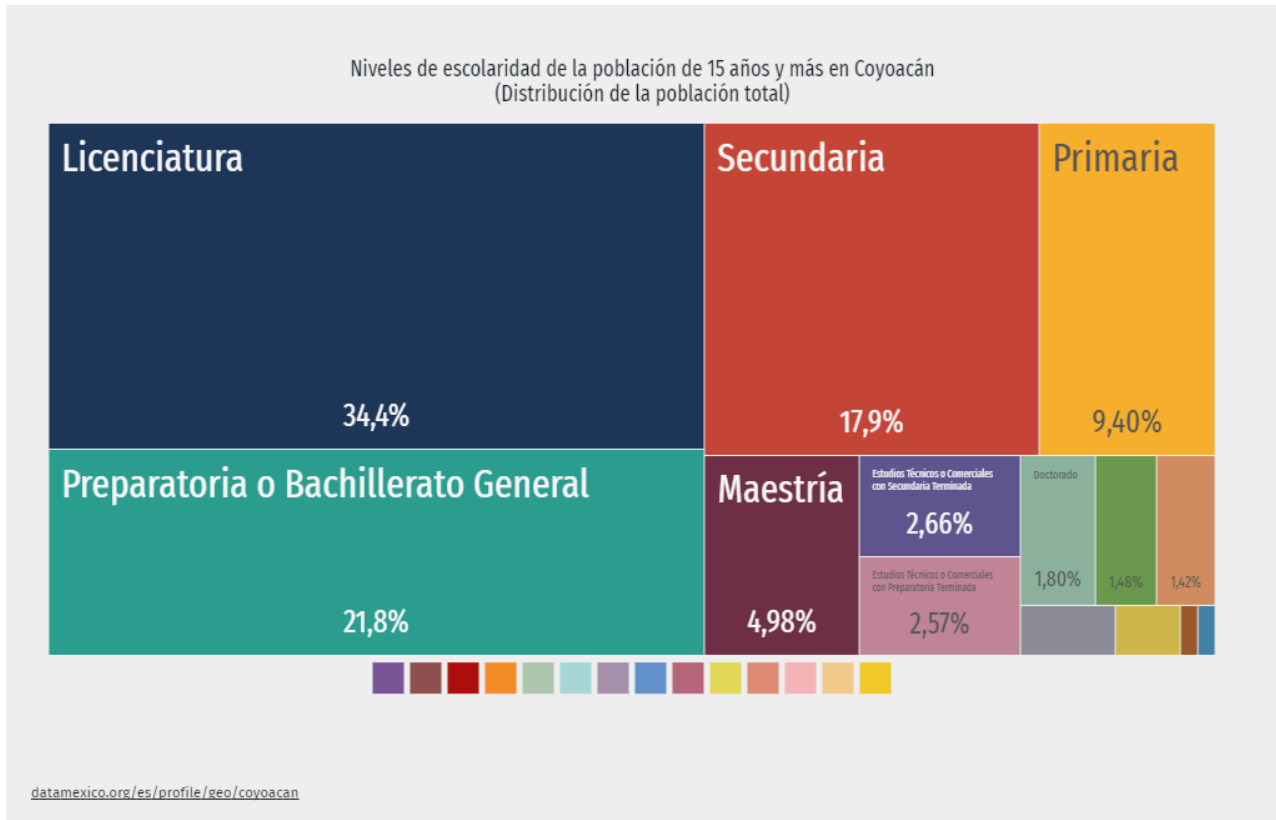
La tasa de natalidad en la delegación en 2021 fue de 5170 nacidos vivos.

### 3.8 Tasa de fecundidad

El promedio de hijas e hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más, en 2020 en la delegación Coyoacán es de 1.5.

## 4. Indicadores Sociales

### 4.1 Educación



La gráfica muestra la distribución porcentual de la población de 15 años y más en Coyoacán según el grado académico aprobado. En 2020, los principales grados académicos de la población de Coyoacán fueron Licenciatura (34.4% del total), Preparatoria o Bachillerato General (21.8% del total) y Secundaria (17.9% del total). La tasa de analfabetismo de Coyoacán en 2020 fue 1.1%. Del total de población analfabeta, 32.3% correspondió a hombres y 67.7% a mujeres.

### 4.2 Grupos Vulnerables

La población de 3 años y más que habla al menos una lengua indígena fue 6058 personas, lo que corresponde a 1.07% del total de la población de Coyoacán. Las lenguas indígenas más habladas fueron Náhuatl (1,473 habitantes), Mazateco (809 habitantes) y Zapoteco (749 habitantes). En 2020, 24.1% de la población se encontraba en situación de pobreza moderada y 2.95% en situación de pobreza extrema. La población vulnerable por carencias sociales alcanzó un 23%, mientras que la población vulnerable por ingresos fue de 11%.

Las principales carencias sociales de Coyoacán en 2020 fueron carencia por acceso a la seguridad social, carencia por acceso a los servicios de salud y carencia por acceso a la alimentación.

### 4.3 Vivienda

Viviendas particulares habitadas por demarcación territorial en la delegación Coyoacán en 2020 es de 191 517. El promedio de ocupantes en viviendas particulares habitadas es de 3.2.

#### 4.3.1 Organización familiar

La organización familiar en la delegación Coyoacán de conforma por un total de 571 794 hogares familiares en donde, 111 008 la jefatura de familiar es masculina y 80 509 recaen en la figura femenina, el tamaño promedio de los hogares censables es de 3.2 personas.

#### 4.3.2 Disponibilidad de Agua

El acuífero Zona Metropolitana de la Cd. De México, definido con la clave 0901 en el Sistema de Información Geográfica para el Manejo del Agua Subterránea (SIGMAS) de la CONAGUA, se encuentra ubicado en el sur poniente de la Cuenca del Valle de México, ocupa el 17% de la superficie de la cuenca endorreica, abarca la totalidad de la Ciudad de México y es el responsable de brindar agua potable a la delegación Coyoacán.

#### 4.3.4 Eliminación de basura

La eliminación de basura está basado en el Plan de Acción Basura Cero, hacia una Economía Circular presentado por el Gobierno de la Ciudad de México en mayo del 2019, consiste en la implementación de mecanismos orientados a reducir la cantidad de residuos que llegan a los rellenos sanitarios, mediante la promoción de una cultura social enfocada a la separación de residuos y la correcta disposición en Estaciones de Transferencia, buscando incrementar la cantidad de residuos que por sus características y una correcta separación pueden ser valorizables y retornar a las cadenas de producción. Ya que la Ciudad de México maneja aproximadamente 13,149 toneladas diarias de residuos.

### 4.4 Vías de Comunicación

Autopista México-Querétaro: Es la carretera federal 57D, con una distancia de 175 km. Desde que fue inaugurada en 1958, es una de las autopistas con mayor afluencia vehicular. Se conecta con Arco Norte y el Circuito Exterior Mexiquense (en el Estado de México) y después de que entra en la capital del país, se convierte en el Anillo Periférico (Boulevard Manuel Á. Camacho)

Autopista México-Puebla: su longitud es de 150 km.

Autopista México-Cuernavaca: La carretera federal 95D es conocida como la Autopista del Sol (Cuernavaca-Acapulco) y tiene una longitud de 367 km.

## 4.5 Medios de Comunicación

El acceso a los medios de comunicación en la delegación coyoacan son accesibles, derivado de la zona urbana en la que se encuentra. Los principales medios de comunicación se difunden por televisión, radio e internet. El 80% del territorio de la delegación tienen acceso gratuito a internet por medio del programa de “CDMX internet para todos”.

## 4.6 Economía

### 4.6.1 Población económicamente activa

Las ocupaciones con más trabajadores durante el tercer trimestre de 2022 fueron Comerciantes en Establecimientos, Empleados de Ventas, Despachadores y Dependientes en Comercios y Trabajadores de Apoyo en Actividades Administrativas Diversas. La población económicamente activa se divide en mujeres ocupadas 2022 con un 44.2% y 55.8%, hombres ocupados.

## 4.8 Energía Eléctrica

La Comisión Federal de Electricidad (CFE), empresa pública de servicios, es el principal responsable de brindar energía eléctrica en la que el 100% de la zona urbana de la delegación tiene acceso.

## 4.9 Contaminantes ambientales

El gas más relevante que emite la ciudad de México es el bióxido de carbono con 71% de las emisiones, seguido del metano con 21%. Del total de las emisiones, 64% correspondieron al consumo de combustibles fósiles; 10% se originaron por los sistemas de producción pecuaria; 8% provinieron de los procesos industriales; 7% se emitieron por el manejo de residuos; 6% por las emisiones fugitivas por extracción de petróleo, gas y minerías y 5% se generaron por actividades agrícolas.

## 4.10 Religión

En 2020, 463 550 personas que residen en la delegación Coyoacán profesan la religión católica, 78 785 no se identifica con ninguna religión y 63 285 se identifica con una religión distinta a la católica.

## 4.11 Servicios para el recreo comunitario

La delegación Coyoacán cuenta con bosques urbanos, como los Viveros o el parque de Huayamilpas, el cual se encuentra dentro de los límites marcados por la unidad de salud a la que pertenezco. Dentro de los límites de esta alcaldía se encuentra la Universidad Nacional Autónoma de México, los museos ubicados en la alcaldía reúnen parte importante de la historia mexicana. Entre ellos, se cuentan el Anahuacalli; el Nacional de las Intervenciones y el de las Culturas Populares. También está el Centro Nacional de las Artes que ofrece espectáculos de teatro, música y danza, tanto nacionales como extranjeros.

## 4.12 Hábitos y Costumbres

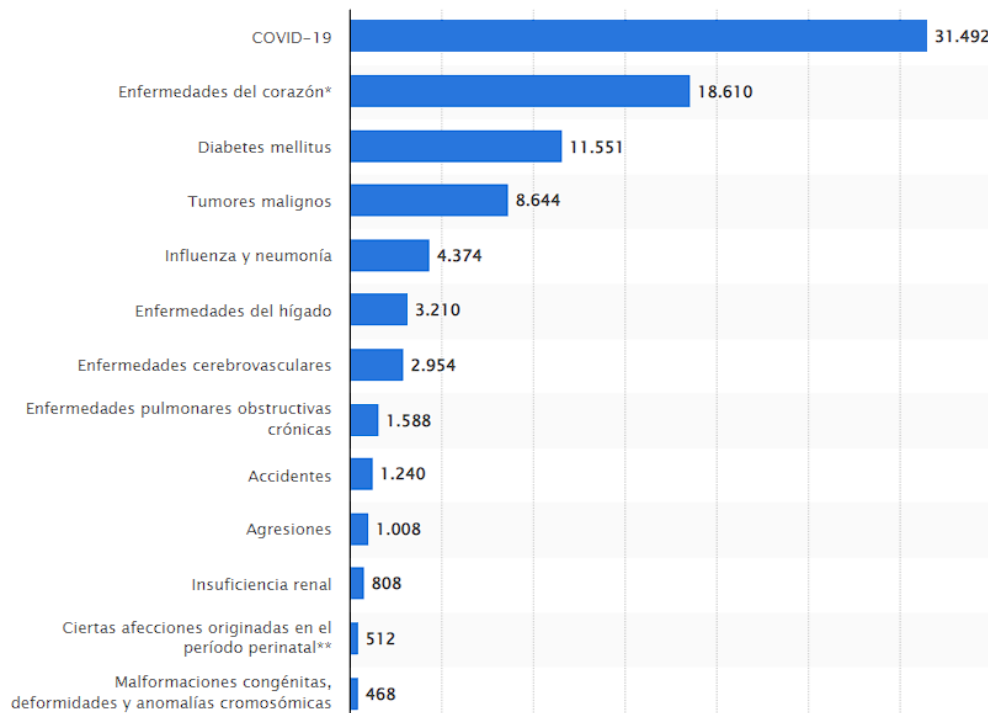
### 4.12.1 Fiestas Civiles y Religiosas más importantes

Coyoacán, es el lugar donde se celebra la feria del tamal, llevada a cabo para conmemorar y enmarcar las fiestas de la candelaria. En esta feria del tamal podemos encontrar representaciones muy diversas de dicho producto, y es que resulta que no solo encontremos productos mexicanos, también tamales de diversas partes del continente americano.

## 5. Daños a la salud

### 5.1 Mortalidad General

En el año 2021, el número de muertes en la Ciudad de México alcanzó los 100.363 fallecimientos, siendo el coronavirus la principal causa de muerte en dicha entidad federativa con 31,492 muertes.



#### 5.1.1 Mortalidad por grupos de edad y causas

La distribución de causas de muerte en niños menores de un año de edad se asoció a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales con un 59% seguido de un 38.1% de enfermedades no transmisibles como anomalías congénitas.

En el grupo de edad de 1-4 años las principales causas fueron malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, seguido por accidentes y tumores malignos.

El grupo de edad de 5-9 años la principal causa fue accidentes seguida por tumores malignos y malformaciones congénitas.



En el grupo de edad de 10-14 años las principales causas fueron accidentes, en segundo lugar, tumores malignos y en tercer lugar lesiones autoinfligidas.

El grupo de edad de 15-24 años la principal causa fueron homicidios, seguido por accidentes y lesiones autoinfligidas.

El grupo de edad de 25-34 años la principal causa fueron homicidios, en segundo complicaciones por SARS-COV2, y en tercer sitio accidentes.

En el grupo de 35-44 años la principal causa de muerte fue complicaciones por SARS-COV2, seguido por homicidio y en tercer sitio enfermedades cardiovasculares.

En el grupo de 45-54 años la principal causa fue complicaciones por SARS-COV2, en segundo lugar, Diabetes mellitus 2, y en tercer sitio enfermedades cardiovasculares.

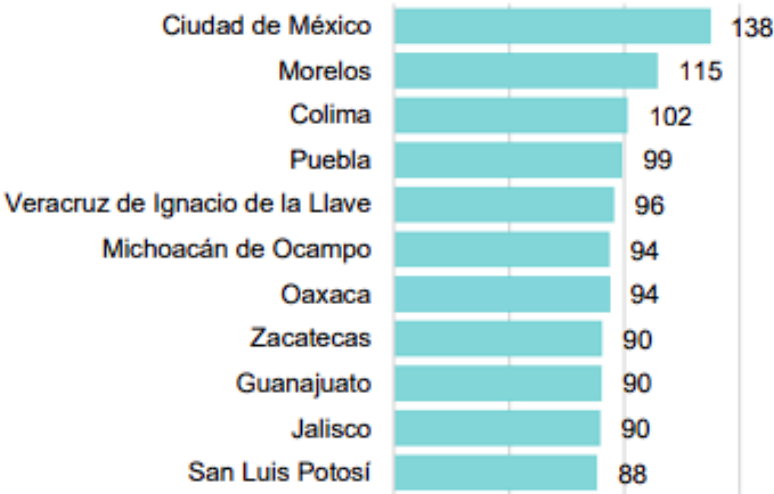
En el grupo de edad de 55-64 años la causa principal fue complicaciones por SARS-COV2, en segundo lugar, Diabetes mellitus 2, y en tercer sitio enfermedades cardiovasculares.

En el grupo de 65 años y más la principal causa es enfermedades cardiovasculares, en segundo sitio complicaciones por SARS-COV2 y en tercer lugar Diabetes mellitus 2.

Específicamente en la delegación Coyoacán, con los datos reportados por el INEGI en 2021 registro un total de 7027 defunciones, se registraron 39 defunciones en menores de un año, siendo 19 hombres y 20 mujeres.

### 5.1.2 Tasa de mortalidad

Tasa de defunciones por cada 10000 habitantes, la Ciudad de México presenta una tasa de 138 personas por cada 10000 habitantes.



## 5.2 Morbilidad

### 5.2.1 Principales causas de morbilidad enfermedades transmisibles

- Enfermedades de vías respiratorias.
- Infección por SARS-COV2.
- Enfermedades diarreicas.
- Virus de inmunodeficiencia humana / SIDA.

### 5.2.2 Principales causas de morbilidad enfermedades no transmisibles

- Hipertensión arterial sistémica.
- Obesidad.
- Diabetes mellitus 2.
- Enfermedades gastrointestinales (ulceras, gastritis y duodenitis).
- Enfermedad isquémica del corazón.
- Enfermedad cerebrovascular.

## 5.3 Brotes epidemiológicos

El más reciente se ha desencadenado desde el 19 de marzo de 2020 cuando el área metropolitana de la Ciudad de México entro en pandemia y desde ese día ha cobrado la vida de miles de mexicanos, dentro de la acciones más importantes que se ha implementado es la instalación de kioscos sanitarios para la detección oportuna de personas infectadas por el virus, así como de manera accesible en la mayoría de unidades medicas se ha dispuesto de centros de vacunación para la prevención de complicaciones propias de la enfermedad.

### **CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS**

#### **1. Recursos y Servicios de Salud**

##### **1.1 Infraestructura en Salud**

El Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud menciona que entre sus objetivos más importantes son:

- Orientar la toma de decisiones de las autoridades con relación al desarrollo de infraestructura física.
- Definir la infraestructura necesaria para satisfacer la demanda de servicios de salud, mediante una red nacional de cobertura real y virtual para todo el territorio nacional, con una visión de diez a 15 años.
- Aportar propuestas y recomendaciones para la optimización y fortalecimiento de la infraestructura institucional existente.
- Identificar los criterios necesarios para priorizar los requerimientos de infraestructura física en función del perfil de salud de la población y el porcentaje de cobertura, entre otros.
- Promover la coordinación y suma de recursos y esfuerzos evitando duplicidad e ineficiencias en una perspectiva de colaboración sectorial.

Todo esto con la intención de racionalizar y priorizar los recursos para la inversión pública y garantizar la operación sustentable.

El 19 de enero de 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución que desde entonces proporciona servicio médico y social a los trabajadores y sus familias y marcó el inicio de la medicina institucional. En el año de 1959 se crea el ISSSTE, dando como resultado la creación de instituciones que se encargan de cubrir las necesidades médicas del país. El 21 de marzo de 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), se transformó en Secretaría de Salud.

##### **1.2 Infraestructura de la Secretaria de salud**

Las instituciones publicas de salud cuentan con:

- Alrededor de 69 866 médicos generales y familiares.
- Alrededor de 64 603 médicos especialistas.
- Mas de 10 000 odontólogos.
- Mas de 26066 residentes en formación.
- Alrededor de 144 784 enfermeras generales.
- Alrededor de 36 602 enfermeras especialistas.
- Mas de 100000 auxiliares de enfermería.

- Alrededor de 139 581 camas totales que las conformada aproximadamente 89 592 camas hospitalarias y 50 019 en otras áreas.
- Mas de 21 000 unidades de atención ambulatoria.
- Mas de 1395 hospitales.
- Alrededor de 77 523 consultorios.
- Mas de 4150 quirófanos.
- Alrededor de 72 aceleradores lineales.
- Aproximadamente 779 mastógrafos.
- Alrededor de 86 equipos de resonancia magnética.
- Aproximadamente 385 tomógrafos.

### 1.3 Programas de Salud

Entre los programas más importantes destacan:

- Sistema Integral de Urgencias Médicas, que asume la coordinación de un sistema de atención de las urgencias diarias y los llamados “incidentes con saldo masivo”, que pretende acortar el tiempo de atención.
- Programas de Medicina a Distancia.
- Unidades Médicas Móviles.
- Interrupción Legal del Embarazo.
- Muerte Asistida.
- Protección a los no fumadores y espacios libres de humo del tabaco.
- clínicas para el tratamiento integral de las adicciones (UNEMES-CAPA).
- Atención Médica y Entrega de Medicamentos Gratuitos a Domicilio.
- Programa El Médico en Tu Casa que la población objetivo fue el adulto mayor sin capacidad de trasladarse, personas con discapacidad, mujeres embarazadas sin control prenatal y a los enfermos en etapa terminal.
- Salud en tu vida.

#### 1.4 Descripción del Centro de Salud

El Centro de Salud se encuentra ubicado en 1a. Cda. Nahuatlacas 40, Nueva Díaz Ordaz, 04389, Coyoacán, Ciudad de México, CDMX.



El CST III "Dr. Salvador Allende" cuenta 37 consultorios, 29 servicios en total de los cuales 20 están de manera activa hasta el momento:

- Archivo.
- Ginecología.
- Centro de entretenimiento infantil.
- Colposcopia.
- Inmunizaciones.
- Consulta médica general.
- Laboratorio.
- Curaciones.
- Electrocardiograma.
- Enfermería.
- Nutrición.
- Epidemiología.
- Odontología.
- Farmacia.
- Optometría.
- Pediatría.
- Psicología.
- Psiquiatría.
- Rayos X.
- Trabajo social.

## **CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL**

### **1. Productividad**

#### **1.1 Consultas otorgadas**

- A lo largo del servicio social se brindó la oportunidad de rotar por algunos de los servicios que ofrece el centro de salud:
- Consulta general: aproximadamente 530 consultas a pacientes subsecuentes, 255 consultas de primera vez.
- Alrededor de 255 historias clínicas realizadas.

#### **1.2 Planificación familiar**

La orientación para planificación familiar se realizó con la compañía del medico adscrito a consultorio, en donde el pasante era el encargado de realizar los procedimientos médicos, en total se ofrecieron 155 procedimientos que incluyen colocación o retiro de implante subdérmico y DIU.

#### **1.3 Control Nutricional por grupos de edad**

No se brindó la atención durante el servicio social.

#### **1.4 Control de embarazo**

A finales del mes de febrero de 2022, nos dimos a la tarea de examinar el censo de embarazo realizado por la unidad, ya que enfrentaba grandes retos respecto al control prenatal, por lo que tratamos de contactar aquellas gestantes las cuales habían abandonado la asistencia a sus consultas de seguimiento de embarazo, se brindaron 195 atenciones para 103 embarazadas.

#### **1.5 Control de pacientes crónicos**

El seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas recaía en un programa específico de la unidad, a lo largo del año se brindaron 280 consultas a pacientes ya diagnosticados. Tuve la oportunidad de diagnosticar a 98 pacientes enfermedades crónicas de las cuales 52 fueron Diabetes Mellitus 2 y 46 para hipertensión arterial.

Jornada nacional de salud módulo de detecciones para cáncer de próstata, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Donde se realizaron diagnósticos de diabetes mellitus e hipertensión arterial, así como la identificación de urgencias y abordaje en el primer de atención en pacientes con urgencia hipertensiva y síndrome coronario agudo.

Referencia a segundo nivel a pacientes con antígeno prostático elevado y factores de riesgo.

### 1.6 Atención y detección de enfermedades Infecciosas

Con el periodo de pandemia vigente, y en primer nivel atención uno de los principales objetos era el diagnósticas y tratar pacientes contagiados por SARS-COV2, la participación en Kioscos donde se aplicaban pruebas rápidas para diagnóstico de la enfermedad en donde aproximadamente se atendieron a 750 personas a lo largo del año, las cuales debían de ser reportadas en la plataforma SISVER (Sistema para el registro de Información sobre casos probables de enfermedades respiratorias virales).

### 1.7 Inmunizaciones

Participación en las jornadas de vacunación contra SARS-COV2 aplicando alrededor de 500 dosis. Campaña de vacunación antirrábica aplicando 120 dosis.

### 1.8 Detección de Cáncer de mama y cervicouterino

Se aplicaron cédulas de detección de cáncer de mama y cáncer de ovario a las mujeres en el rango de edad.

En total se realizaron 105 exploraciones de mama, así mismo 105 citologías realizadas.

## **CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL**

### **1.1 En relación a su formación como persona**

Hace un año llegué al centro de salud sin saber los retos que vendrían, no me sentía capacitado para realizar las actividades propias del servicio social. Me sentía con una falta de conocimiento rotunda, durante el internado médico era difícil desarrollar una relación médico-paciente por los tiempos y la cantidad de pacientes que se manejaba. En esta etapa era diferente, había el tiempo necesario y los pacientes necesarios para desarrollarla, tenía temor por entablar una conversación con el paciente, la responsabilidad era mayor y las consecuencias también, no había otra opción que confiar en lo aprendido y actuar. Eso fue la mejor enseñanza que me ha dejado este año asumir responsabilidad personal y aplicarlo en todos los ámbitos de mi vida, ser consciente de que cada decisión lleva su respectiva consecuencia. Lo que me hizo más empático con las personas que me rodean, mi vida tomó un equilibrio en lo personal y lo académico, disfruté estar en un primer nivel de atención por los retos que se presentaban día a día. En los últimos meses el centro de salud tuvo un ambiente hostil entre los trabajadores y las autoridades de la unidad, aprendí a manejar las relaciones laborales según el ambiente, no todos los días se podía ejecutar las acciones propias en el ambiente adecuado como en cualquier sitio de trabajo, pero saber adaptarse al cambio a diario fue una buena enseñanza.

Hoy puedo concluir que soy mejor persona, no me incomoda entablar una conversación con un paciente, hasta en algunas ocasiones bromeamos, confío en mi conocimiento, pero estoy consciente que aun me falta mucho por recorrer y saber. Hoy soy una persona más disciplinada y comprometida con mi profesión, puedo adaptarme a las condiciones de trabajo sin que me genere conflicto.

Desarrollar un criterio a lo largo del año no fue una tarea fácil, pero entiendo que mi camino a partir de ahora es mi responsabilidad y toda decisión que tome en este ámbito asumiré las consecuencias. No me arrepiento de haber escogido este centro de trabajo porque detonó en mi habilidades que no sabía que podía desarrollar.



## 1.2 En relación a su formación profesional

Lo que siempre soñaba desde que inicie la carrera de medicina era aspirar a una especialidad, durante este año el momento había llegado y debía de prepararme, me enfoqué tanto en un objetivo que no me di cuenta lo que pasaba alrededor de mí, después de mis actividades en el centro de salud, salía para trabajar y así pagar mis gastos lo que provocaba que dedicara horas a estudio por la madrugada, aprendí lo que necesitaba para el examen nacional pero ese conocimiento que ayudó a diagnosticar y tratar a los pacientes del centro de salud, no me di cuenta solo me sentía con la capacidad de hacerlo aunque mi enfoque era otro. Aprendí a integrar mejor los padecimientos de mis pacientes y por ende podía llegar al diagnóstico correcto para tratar adecuadamente.

Otras de las cosas que me hizo mejorar como profesional es entender que el primer nivel de atención debe centrarse en prevenir enfermedades y al poder rescatar a las pacientes embarazadas y mostrarles la importancia del control prenatal me hizo entender que nosotros como médicos podemos realizar grandes cambios e impactar la vida de las personas con pequeñas acciones que muchas veces las tachamos como cotidianas y no les damos importancia.

Prestar servicio social en un primer nivel de atención me ayudo como profesional de la salud a que no solo estamos limitados al suministro de medicamentos y tratar enfermedades como en el ámbito hospitalario aquí puedes llevar al paciente de la mano y ver su progreso, compartir sesiones de actividad física, orientación nutricional haciendo que el manejo sea integral, ya que como médicos nos hemos acostumbrado a que todo se trata con medicamentos, pero una parte fundamental es esta. Muchas veces no fui el pasante de medicina, simplemente el amigo del centro de salud al que le gustaba escuchar las dificultades que estaban pasando los pacientes, y me di cuenta que muchas pacientes sus dolencias van más allá de una rigidez matutina, de una mala alimentación, de un abandono al tratamiento y antes de querer ser su médico quise ser su amigo. Eso me hizo más empático y sensible a sus necesidades como enfermo y no tengo duda que junto con el conocimiento que logré adquirir me servirá para mi práctica profesional.

### 1.3 En relación a su aportación a la comunidad

Como ya lo mencioné anteriormente el pasante de medicina de primer nivel tiene que crear el hábito de prevención en los pacientes y eso fue algo que comprendí cuando estaba en el centro de salud. Cada consulta que brindaba invitaba a la prevención de enfermedades y fue muy difícil que las personas cambiaran sus hábitos alimenticios o hicieran actividad física o que simplemente tomaran su medicamento como debe de ser, pero un 80% de la población lo entendió cuando terminé el año. La zona urbana en la que se encuentra el centro de salud se caracteriza por atender personas que no son nativas de la localidad, son personas que en su mayoría vienen del sur de la República Mexicana (Chiapas/Oaxaca) con sus hábitos y costumbres tratan de asentarse en la localidad lo que hacía un poco más fácil que ellos entendieran la importancia de la prevención.

Uno de las cosas que me mantiene satisfecho es que se pusieron las bases para que la comunidad gestante entendiera la importancia del control prenatal, quizás nos faltó tiempo y herramientas para hacer sinergia con la planificación familiar, pero por lo menos las pacientes que logramos regresar y las nuevas que se integraron al control fue muy satisfactorio.

Tratar a los pacientes con enfermedades crónicas con el objetivo de concientizarlos acerca de las complicaciones a corto y largo plazo si no cambiaban sus hábitos y apego al tratamiento.

Tuve una experiencia justo a los 6 meses del servicio social, en donde una paciente acudió para entrega de resultados de citología vaginal realizada en una feria de la salud, de inicio la paciente se limitó a la entrega de resultados, y como pasante quizás un momento pasó por mi mente simplemente limitarme a eso pero comenzamos a platicar y entablar una conversación lejos de la medicina, cuando la paciente por sí sola mencionó que era diabética, que había decidido abandonar su tratamiento porque su esposo había fallecido a causa de la diabetes aun cuando él tomaba su medicamento como debía de ser, la escuché porque estaba viviendo su duelo y al final simplemente la invité a una próxima consulta, le entregué una solicitud de laboratorio y una interconsulta a psicología, no pensé que fuera a regresar, pero a las dos semanas regresó con el compromiso de reiniciar tratamiento acompañada de sus dos nietos que fueron canalizados a pediatría, y su hija de 17 años con 3 meses de embarazo. Sin duda pequeñas acciones provocan grandes cambios en la vida de las personas.