



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 222
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

**“APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN VIGILANCIA
PRENATAL, EN LA UMF 222 DEL IMSS, TOLUCA ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE
JUNIO DE 2010.”**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA: DRA. DOLORES GRISELDA TAPIA DÍAZ.

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARIA ESTHER REYES RUÍZ.

TUTOR CLÍNICO

DR. LUIS ANTONIO MEJÍA AYALA.

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. FLOR DE MARIA ELIZABETH CEBALLOS SALGADO

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN VIGILANCIA PRENATAL, EN LA UMF 222 DEL IMSS, TOLUCA ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE JUNIO DE 2010.”

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. DOLORES GRISELDA TAPIA DÍAZ.

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

**DR. GUILLERMO AUSTREBERTO ESPINOSA FUENTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 222; TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.**

**DRA. MARIA ESTHER REYES RUÍZ
DIRECTORA DE TESIS**

**DR. LUIS ANTONIO MEJÍA AYALA
ASESOR CLÍNICO**

**DRA. FLOR DE MARIA ELIZABETH CEBALLOS SALGADO
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
U.M.F. No. 222**

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO.

2010

“APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN VIGILANCIA PRENATAL, EN LA UMF 222 DEL IMSS, TOLUCA ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE JUNIO DE 2010.”

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. DOLORES GRISELDA TAPIA DÍAZ.

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIA
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

**“APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN
VIGILANCIA PRENATAL, EN LA UMF 222 DEL IMSS, TOLUCA ESTADO DE
MÉXICO, EN EL MES DE JUNIO DE 2010.”**

ÍNDICE.

Introducción.....	6
Marco de Referencia	7
Marco Teórico.....	10
Planteamiento del problema.....	26
Justificación.....	28
Objetivos.....	29
Descripción general del estudio.....	30
Tipo y Diseño del estudio.....	30
Población, Lugar y Tiempo.....	30
Tipo de muestreo y tamaño de la muestra.....	30
Criterios de selección.....	31
Operacionalización de variables.....	33
Desarrollo Metodológico.....	35
Método o procedimiento para capturar información	38
Consideraciones éticas.....	39
Resultados	41
Discusión.....	54
Conclusiones.....	57
Sugerencias.....	59
Referencias Bibliográficas.....	60
Anexos.....	63

INTRODUCCIÓN.

La reproducción humana, es un proceso social, bioquímico y fisiológico complejo que no es tan exitoso como alguna vez se pensó. Es probable que menos de la mitad de todas las concepciones se pierdan antes de que incluso se reconozca el embarazo. Otro 15 a 40 por ciento se pierde en el primer trimestre. De éste último grupo más de la mitad tienen cariotipos anormales y se desafían las metodologías actuales para prevenir la pérdida del producto.

Es por ello que debe llevarse a cabo un control prenatal adecuado con todas las acciones y procedimientos, sistémicos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal.

Como es el caso del embarazo de alto riesgo, aquel en que la madre, el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de mortalidad antes, durante o después del parto. Hay múltiples factores implicados, incluyendo la salud materna, antecedentes obstétricos y enfermedad fetal. Los trastornos obstétricos, pueden imponer un riesgo adicional para la madre y el feto.

La morbimortalidad materna es un problema de salud pública que se presenta principalmente en países en vías de desarrollo, es por ello la importancia de evaluar la aptitud clínica de los médicos de primer nivel de atención para tomar decisiones ante el padecer de la mujer embarazada, tendiente a evitar complicaciones materno fetales y por consiguiente prevenir la desintegración familiar.

Se requiere elevar el desempeño del personal de salud, en especial el Médico que tiene contacto directo con la paciente obstétrica, optimizando el servicio y fomentando la promoción de la salud, partiendo de estrategias educativas específicas para mejorar la aptitud clínica a través de desarrollar habilidades metodológicas como la crítica de textos teóricos e investigación factual que lleve a indagar fuentes de información validas y confiables.

Por lo cual se recomienda el aprendizaje a base de solución de problemas, al problematizar casos clínicos que recreen la realidad clínica, lo que lleva al refinamiento de la práctica médica, al tomar decisiones adecuadas y oportunas que permitan mejorar el pronóstico de la paciente embarazada. Y, por consiguiente, contribuir a disminuir la morbimortalidad materno fetal. Esto puede ser mediante la revisión de notas médicas sin evidenciar el nombre del médico tratante para que en grupo se discutan riesgos y beneficios de la toma de decisiones llevando a cabo la crítica constructiva y autocrítica para fortalecer la toma de decisiones en el consultorio.

MARCO DE REFERENCIA.

1. APTITUD CLÍNICA:

Es la capacidad del médico para identificar situaciones problemáticas complejas, que al enfrentarlas en forma crítica (dando valor tanto a su experiencia como a su acervo de información del cual se dispone), le permite interpretar, decidir o actuar, haciendo una diferencia entre lo apropiado, lo oportuno, útil o benéfico de lo inapropiado, precipitado, extemporáneo, inútil o perjudicial. Que se identifica a través de los siguientes indicadores:

- 1.1 Reconocimiento de los factores de riesgo. Análisis de antecedentes que se vinculan con la mala evolución de la paciente.
- 1.2 Reconocimiento de indicios clínicos. Identificación de signos y síntomas como parte de una o más enfermedades.
- 1.3 Uso de recursos diagnósticos. Reconocimiento de recursos para clínicos y su uso correcto para identificar enfermedades.
- 1.4 Uso de recursos terapéuticos. Utilización de conductas correctas e indispensables para el tratamiento de una enfermedad.
- 1.5 Omisión de conductas. Convenientes e indispensables.
- 1.6 Comisión de conducta. Realización de conductas innecesarias o inconvenientes, referidas a diagnóstico y tratamiento. (1)

2. MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

Es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia, funciones técnico-médicas, funciones técnico-administrativas y funciones de enseñanza e investigación específicas y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales.

Médico General/Familiar, es un profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia.

En la mayoría de las ocasiones actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica; coordina la utilización de los recursos para atención de los mismos y da atención médica independientemente de la edad, género ó el padecimiento del individuo. La medicina que practica éste profesional, es encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de padecimientos agudos y crónicos, así como de rehabilitación.

En los casos que así lo ameriten, ejerce el juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o referencia a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación de tratamiento o evaluación de los resultados obtenidos del mismo.

Desarrolla el hábito de auto enseñanza, revisa y actualiza periódicamente su competencia profesional, participando en actividades de evaluación médica continua, autoevaluación y auditoría médica. Es capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación.

El médico general/familiar, piedra angular de los tres niveles de atención. “El médico familiar, es aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia, brindando atención tanto en el consultorio como en la comunidad o en su domicilio.

3. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, el primer nivel está constituido por Unidades de Medicina Familiar exclusivamente, y es a través de ellas como se ingresa al sistema de atención médica, es este nivel se coordinan todos los servicios básicos, además de proporcionarse atención médica por familias se encuentran integrados diversos servicios en los que destaca el servicio de Medicina Preventiva que maneja diversos programas como la Detección oportuna de cáncer, la detección de Diabetes, inmunizaciones, etc., así mismo cuenta con laboratorio, farmacia, servicio de rayos “X”, Estomatología, Nutrición y Trabajo Social que maneja grupos de apoyo para sobrepeso, obesidad y diabetes e hipertensión arterial además de proporcionar pláticas a adolescentes y pacientes embarazadas, entre otros.

La Medicina Familiar es la medicina general que se practica en relación con las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de los individuos que actúan en grupos sociales cuya unidad fundamental es la familia. Es una especialidad

horizontal lo que diferencia de otras especialidades consideradas verticales en términos de su contenido. (2,3)

4. EMBARAZO:

Periodo que transcurre entre la implantación del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, el cual cursa con diferentes factores de riesgo según antecedentes familiares, antecedentes personales y factores ambientales de su entorno.

5. ATENCIÓN PRENATAL:

Todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

MARCO TEÓRICO.

La reproducción humana, es un proceso social, bioquímico y fisiológico complejo que no es tan exitoso como alguna vez se pensó. Es probable que menos de la mitad de todas las concepciones se pierdan antes de que incluso se reconozca el embarazo. Otro 15 a 40 por ciento se pierde en el primer trimestre. De éste último grupo más de la mitad tienen cariotipos anormales y se desafían las metodologías actuales para prevenir la pérdida del producto.

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistémicos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la mortalidad materna y perinatal.

El embarazo de alto riesgo se define como aquel en que la madre, el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de mortalidad antes, durante o después del parto. Hay muchos factores implicados, incluyendo la salud materna, antecedentes obstétricos y enfermedad fetal. Los trastornos obstétricos, pueden imponer un riesgo adicional para la madre y el feto. (4)

Dentro de los antiguos problemas de salud pública prevaletentes en el mundo en desarrollo que han permanecido sin variaciones significativas en los últimos 25 años, destaca la morbilidad materna. Se considera un problema de salud pública, que según datos de la Organización Mundial de la Salud, ocurren alrededor de 600 mil muertes maternas al año en el mundo, de las cuáles el 90 por ciento se presentan en los países en vías de desarrollo. (5,6,7) siendo las complicaciones del embarazo una de las primeras causas de muerte en mujeres entre 15 y 49 años. (4, 6,7)

La mayor parte de defunciones y discapacidades maternas se producen como consecuencias en la demora de alguna de las tres circunstancias siguientes: el reconocimiento de las complicaciones, la llegada al centro médico, o la prestación de atención médica de buena calidad. (4,5)

Es por ello que la salud materna y perinatal es una de las prioridades en la atención médica en el primer nivel en México. Para el Médico familiar es de suma importancia la salud del binomio, ya que la alteración del mismo y sobre todo la muerte materna significa el desequilibrio del núcleo familiar. (4, 7)

Se ha demostrado que la morbilidad materna disminuye hasta en un 85 por ciento a través del control prenatal adecuado y oportuno, tendiente a la identificación y tratamiento de enfermedades propias de la gestación o enfermedades simultáneas a la misma. (4, 6, 7)

Nos encontramos inmersos en una transición dentro de los aspectos educativos que intenta superar los procesos en donde solo se estimula la pasividad del alumno, hacia otra en donde su participación sea importante para promover la reflexión y el cuestionamiento de su proceder. (3) Esto último a través de mezclar la aptitud clínica definida como la capacidad de solucionar situaciones

clínicas de complejidad variable, en la que se pone en juego el criterio para decidir la mejor alternativa de interpretación y de acción en cada caso en particular. Esta capacidad está conformada por indicadores que exploran la habilidad del médico para identificar la existencia de patologías concomitantes con el embarazo, tales como la Cervicovaginitis, Infección de vías urinarias, Diabetes e Hipertensión Arterial entre otras, en donde se analiza su criterio en la toma de decisiones en el transcurso de la atención del paciente. (16, 17, 19, 22, 23, 25)

Los componentes de la aptitud clínica se relacionan con la habilidad para reconocer indicios clínicos, factores de riesgo, pronóstico o gravedad, habilidad en la apropiada selección y acertada interpretación de los procedimientos de laboratorio y gabinete, habilidad para seleccionar entre distintas posibilidades diagnósticas, terapéuticas, habilidad para decidir acciones preventivas o terapéuticas apropiadas encaminadas a conservar o recuperar la salud, disposición para propiciar la participación o intervención de una interconsulta de segundo nivel. (12, 13, 14,15)

Uno de los puntos importantes de la aptitud es elaborar y transformar la información tomando como base la experiencia reflexiva, el aprendizaje autónomo, la crítica y la autoevaluación. (8, 9, 11)

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud en relación a la mortalidad materna, revelan que las mujeres que habitan en el África subsahariana tienen una probabilidad de una entre 16 de morir durante el embarazo o parto. Esto contrasta con la posibilidad de 1 entre 2800 estimada para las mujeres de las regiones desarrolladas. (5, 6)

De las 529 000 defunciones maternas que según estimaciones se produjeron en 2000, el 95% ocurrieron en África y Asia, mientras solo el 4% (22 000) se registraron en la región de América Latina y el Caribe, y menos del 1% (2500) en las regiones desarrolladas del mundo. (5,7)

América Latina constituye una región plena de contrastes; países como Cuba y Costa Rica informan tasas de mortalidad materna entre 12 y 26 por cien mil nacidos vivos, en tanto que Bolivia y Perú las registran en cifras superiores a 150. En posición intermedia se ubica México con 65 para el año 2000. (5, 6, 7). Más de 300 millones de mujeres padecen enfermedades relacionadas con el embarazo o el parto y cada año mueren 529,000 mujeres, es decir una muerte cada minuto, además por cada mujer que muere, otras 20 sufren lesiones, infecciones o enfermedades. (4, 6)

Según el INEGI, en México durante 2004 se registraron 1,268 muertes durante el embarazo, parto y puerperio, lo que representa la tercera causa de mortalidad en mujeres de 15 a 34 años después de los tumores malignos y accidentes. La tasa promedio de mortalidad materna a nivel nacional de 1993 a 2003, fue de 49.8 por cien mil nacidos vivos y durante el mismo periodo, en el Estado de México fue de 66.2. (4)

Dentro del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) la atención prenatal desempeña un papel fundamental, ya que en sus instalaciones médicas se atiende cerca de 50% de los nacimientos hospitalarios totales. (6, 7, 10)

Si bien, la razón de mortalidad materna a nivel nacional es de 62.6 fallecimientos por cada 100 mil nacimientos, preocupa el hecho de que en 12 entidades federativas se concentra el 75% del total de las defunciones maternas: Chiapas con una razón de 103.2, Guerrero de 99.8, Oaxaca: 86.9, Puebla: 80.8, Durango con 80.3, Veracruz con 78.1, Hidalgo: 75.3, el **Estado de México con 73.4**, San Luis Potosí: 73.0, Baja California con 62.8, el Distrito Federal con 62.6 y Querétaro con 58.4. (4, 6)

De acuerdo al Archivo de Registro de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC), en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Delegación 16 Estado de México Poniente, en la Unidad Médico Familiar No. 222, en Toluca, México; se han presentado en sus derechohabientes; en los últimos 5 años, cuatro muertes maternas con diagnóstico de Eclampsia (una en el 2004, dos en el 2005 y una en el 2006).

La mortalidad perinatal Nacional en comparación con la de Delegación Estado de México reporta un descenso considerando en 2003 un 14.2 en comparación con un 11.7 a nivel Nacional , en el 2006 de 13.6 en la Delegación con un 11.3 a nivel Nacional, 2007 10.2 contra 10.3 a nivel Nacional la siendo en este año casi similar y en el año 2008 se presenta un descenso considerable a nivel del Estado de México en comparación con el Nacional con cifras de 9.8 en la Delegación con un 10.1 a nivel Nacional. Siendo en promedio a nivel Nacional en el año 2008 un promedio global de 10.3 por 1000 nacidos vivos. (4, 6,7)

La muerte de una madre durante el embarazo o el parto es una tragedia humana personal, familiar y social. Las probabilidades de supervivencia del recién nacido, y también de los otros niños se reducen considerablemente con la defunción de la madre. (10)

Además, altera el desarrollo y el bienestar social, ocasionando un millón de niños huérfanos de madre en los países en vías de desarrollo. Esos niños tienen 10 veces más probabilidades de morir durante los dos años siguientes a la muerte de sus madres que los demás. (4)

La preeclampsia- eclampsia se asocia al 25 por ciento de las pacientes con diabetes gestacional y afecta los índices de mortalidad fetal y favorece el aumento de prematuridad. La infección urinaria se presenta en el 12.8 por ciento de las pacientes diabéticas. (17, 23)

Y la enfermedad hipertensiva gravídica se ha relacionado en un 9.2 por ciento de las pacientes embarazadas. (17)

ATENCIÓN PRENATAL.

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer definido entre la fecundación y el parto, durante el mismo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas, que no son síndromes o signos de enfermedad, sino las manifestaciones de estos cambios anatómicos y fisiológicos, la mayoría de los cuales revertirá durante las etapas del puerperio y la lactancia.

La atención prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Según la Norma Oficial Mexicana, las actividades que deben realizarse durante el control prenatal son: elaboración de historia clínica, identificación de signos de alarma, medición y registro de peso y talla, valoración del riesgo obstétrico, valoración del crecimiento uterino y de la estatura del feto, determinación de biometría hemática, glucemia, examen general de orina, VDRL y grupo y Rh, prescripción profiláctica de ácido fólico y hierro y de medicamentos necesarios, medidas de autocuidado a la salud y establecimiento de diagnóstico integral. (4, 9, 16,17)

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo antes expuesto el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir que la misma condición de riesgo no repercute igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. (16, 17)

Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática de riesgo preconcepcional, pero si debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación, como se identifican en la Norma Oficial Mexicana, como son la edad, antecedente de aborto, parto inmaduro o prematuro, antecedente de malformaciones congénitas, inserción baja de

placenta, toxemia, así como enfermedades del embarazo como Diabetes Gestacional, pre- eclampsia, eclampsia o concomitantes con el embarazo como cervicovaginitis o infección de vías urinarias. (16)

La evaluación de una buena atención prenatal implica considerar el número de visitas con profesionales de la salud, las acciones que se realizan en cada una, la calidad de la atención y la satisfacción de la gestante, entre otros aspectos. Mediante el control es posible identificar el momento oportuno para realizar acciones, preventivas y medidas terapéuticas que tienen mayor impacto en la vigilancia del embarazo con un menor costo. (20)

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el nacimiento.
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

En embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- Una vez por mes hasta el sexto mes.
- Posteriormente, una vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes.
- A partir del noveno mes, una vez por semana hasta el nacimiento.

Entre las acciones generales del control prenatal, destacan:

- Realizar historia clínica en la cual se registra el nombre, edad, dirección e información sobre la situación económica y cultural de la embarazada.
- Medición de peso, talla, temperatura, pulso y presión arterial.
- Acciones educativas.

Las acciones específicas primordiales:

- Anamnesis del presente embarazo, incluyendo la fecha de la última menstruación así como regularidad o dudas de la misma.

- Antecedentes obstétricos: gestación, paridad, momento y forma y terminación de los embarazos previos, peso y salud de los recién nacidos, puerperio y lactancia.
- Antecedentes personales, familiares y conyugales.
- Solicitud de exámenes de laboratorio tales como: Biometría hemática completa, proteinuria, glicemia, reacciones serológicas para sífilis y grupo sanguíneo y Rh.
- Así mismo, se debe estudiar: Discrasia sanguínea, toxoplasmosis, citomegalovirus, hepatitis B, enfermedad de Chagas en zonas de mayor enfermedad.
- Medición de altura uterina.
- Auscultación de latidos cardiacos fetales después de la semana 20.
- Diagnóstico de la presentación fetal después de las 32 semanas.
- Exámenes de las regiones lumbares en busca de signos de infección urinaria.
- Tacto genital (cuando corresponda).
- Vacuna antitetánica, luego del cuarto mes del embarazo. (17)

Aspectos de interés en los controles prenatales y actividades a desarrollar en cada consulta:

Primera consulta: A realizar entre semanas 8 a 16 de gestación, se realiza la historia clínica, herramienta fundamental para la detección de factores de riesgo, así como solicitar los siguientes exámenes de laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, hemoclasificación, serología (VDRL), HIV y examen general de orina. En pacientes que inicien antes de la semana 12 se iniciará suplemento de ácido fólico 0.4mg/día como profilaxis de defectos del tubo neural. A partir de la semana 16 iniciar el suplemento con hierro, teniendo en cuenta que con sus efectos secundarios y los síntomas digestivos del inicio del embarazo, su tolerancia será menor que si se prescribe antes de este período. Se debe realizar evaluación odontológica y del grado de nutrición, para valorar el riesgo (bajo peso, sobrepeso y obesidad).

Segunda consulta: A realizar entre semanas 18 y 22, Se investiga y se explica tener atención sobre signos de alarma: sangrado genital, salida de fluidos a través

de vagina, síntomas urinarios, percepción de movimientos fetales y contractilidad uterina. Realizar evaluación sobre ganancia de peso, tensión arterial, frecuencia cardiaca fetal y altura uterina.

Tercera consulta: A realizar entre semanas 24 a 28, interrogar sobre signos de alarma, tolerancia al sulfato ferroso, hábitos alimentarios y esquemas de vacunación. Corroborar signos vitales, ganancia de peso, altura uterina, frecuencia cardiaca fetal y maniobras de Leopold. Solicitar VDRL nuevo entre semanas 28 a 32.

Cuarta consulta: A realizar entre semanas 28 y 32, interrogar signos de alarma, evaluar signos vitales, frecuencia cardiaca fetal, altura uterina, y se inicia sobre la educación de lactancia materna y planificación familiar.

Quinta consulta: A realizar entre semanas 34 a 36, se debe interrogar sobre signos de alarma mencionados anteriormente, indagar sobre movimientos fetales, buscar síntomas que sugieran sobre preeclampsia como edemas, cefalea, fosfenos, dolor en epigastrio y visión borrosa y correlacionarlos con cifras de tensión arterial, tomar signos vitales, ganancia de peso, altura uterina, frecuencia cardiaca fetal y maniobras de Leopold, presencia de actividad uterina, describiendo intensidad, frecuencia y duración. Realizar tacto vaginal para evaluar la presencia de cambios cervicales e indicar signos de alarma.

Sexta consulta: A realizar entre las semanas 36 y 38 por la enfermera, las actividades a realizar son interrogar sobre signos de alarma, indagar sobre movimientos fetales, tomar tensión arterial, frecuencia cardiaca fetal y altura uterina, hacer educación respecto a la lactancia materna, planificación familiar y aspectos relacionados con el parto normal, como respiración, pujo, características de las contracciones uterinas, cuidados posparto, puericultura y crianza. Indicar acceso al servicio de urgencias obstétricas, documentación requerida, implementos necesarios para la madre y el hijo.

Séptima consulta: A realizar entre las semanas 38 a 40, realizar examen físico general y obstétrico. Evaluar cambios cervicales y pelvimetría clínica, educar sobre presentación de movimientos fetales (4 o más durante una hora, después de

cada comida). Detección de actividad uterina, informar sobre las contracciones uterinas en intensidad, frecuencia y duración y con estos parámetros la paciente tenga la posibilidad de consultar al servicio de urgencias obstétricas, diferenciando un parto de un verdadero trabajo de parto; indicar sobre expulsión de tapón mucoso, sangrado o amenorrea. Definir riesgos y nivel de atención.

En pacientes con inicio tardío de su control prenatal, el esquema a seguir se definirá basado en el riesgo establecido en la primera consulta. Los exámenes deberán actualizarse según la edad gestacional. (4, 17)

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL:

CERVICO-VAGINITIS.

Durante la gestación, los cambios hormonales incrementan la actividad secretora de las glándulas mucosas del endocervix, lo que aumenta la secreción vaginal. También se reducen las colonias de lactobacilos que normalmente se producen en vagina, con disminución de la acidez e incremento de bacterias, hongos o virus. En las mujeres embarazadas el rango de prevalencia de estas infecciones varía de 12 a 50 %, dependiendo de los estilos de vida de la población.

Dentro de los factores de riesgo se encuentra la promiscuidad de la embarazada o de su pareja, aseo inadecuado del ano y presencia de diabetes mellitus entre otros. (14, 19)

La Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-22000 para la prevención y controles de las infecciones de transmisión sexual caracterizadas por flujo vaginal, especifica los criterios de diagnóstico y tratamiento para uretritis, cervicitis e infecciones vaginales que se relacionan con la presencia de tricomonas, Gardnerella vaginalis, Cándida albicans y en ocasiones por Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae.

Dichos criterios señalan que el diagnóstico se realiza por el antecedente de contacto sexual o presencia de signos y síntomas claves como flujo vaginal, prurito vulvar, disuria y mal olor, lo cual se debe confirmar a la exploración con espejo y tacto vaginal. La detección se realiza en el laboratorio mediante examen en fresco del exudado vaginal y tinción de Gram y la confirmación por cultivo e inmunofluorescencia, según corresponda.

La secreción blanca, grumosa y pH mayor a 4.55 al examen en fresco es sugerente de infección por Cándida albicans; si la secreción es verde mal oliente orienta a trichomonas o bacterias.

La Cervicovaginitis forma parte de los 12 principales motivos de consulta en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Dentro de la

etiología de la cervicovaginitis, 22.6 % de los casos son producidos por Gardnerella vaginalis, 19.1 % por Cándida spp., 7.8 % por Cándida albicas y 1.5 % por tricomonas. (24)

Durante el embarazo, las cervicovaginitis se asocian en 11.5% con el parto pretérmino y en 11.6% con ruptura prematura de membranas y con factor predisponente para esterilidad de origen tubárico y cáncer cervicouterino. (14, 19, 24)

INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS.

Durante el embarazo existen modificaciones fisiológicas, secundarias a cambios hormonales, como incremento de la longitud del riñón, dilatación de las pelvecillas y de los ureteros, además de compresión de los ureteros y vejiga por distensión del útero, lo que favorece la hipotonía y congestión, predisponiendo al reflujo vesicoureteral y a la estasis urinaria, favoreciendo la infección. Se estima que entre el 10 y 20 % de las embarazadas presentan infección de vías urinarias en cualquiera de sus variedades, relacionándose con presencia de amenazas de parto prematuro y pretérmino. En el 80 % de los casos la etiología es Escherichia coli, (17)

Puede existir desde bacteriuria asintomática, encontrada en los exámenes de laboratorio regulares que se practican a las pacientes obstétricas y es la colonización de bacterias persistente del tracto urinario en ausencia de síntomas específicos. El nivel de colonización debe mostrar en el urocultivo una cantidad mayor o igual de 100 000 colonias bacterianas por mililitro.

La Infección de las vías urinarias bajas (cistitis), con presencia de disuria, polaquiuria y urgencia urinaria en ausencia de taquicardia, taquipnea, deshidratación, dolor lumbar y fiebre, además de tira reactiva positiva con leucocitos o nitritos de 0 a más de 10 x campo, leucocitos en el sedimento urinario.

Infección de las vías urinarias altas, (pielonefritis), presencia de disuria polaquiuria o urgencia urinaria, más fiebre (Temperatura > 38 GC) o dolor lumbar. (17, 22)

DIABETES MELLITUS.

Diabetes gestacional, es el estado de intolerancia a los carbohidratos que se diagnostica por primera vez durante el embarazo. Su detección debe realizarse desde la primera visita prenatal y repetirse entre las 24 y 28 semanas de gestación.

Las mujeres con riesgo alto para Diabetes Gestacional, (obesidad, historia personal de Diabetes Gestacional, antecedentes personales de diabetes, glucosuria) pueden beneficiarse si se les practica una prueba de tolerancia a la glucosa desde el principio del embarazo. La detección de una glucemia en ayuno mayor de 126 mg/dl ó una casual mayor de 200 mg/dl, constituyen la sospecha de diabetes mellitus; la comprobación se realiza con una glucemia mayor de 140 mg/dl tras haber recibido una carga de 50 gramos de glucosa por vía oral. La confirmación de hiperglucemia en ayuno en una medición subsecuente hace innecesaria la realización de prueba de tolerancia a la glucosa. (17, 25)

La diabetes mellitus gestacional es uno de los padecimientos que con mayor frecuencia complican el embarazo. La incidencia anual de esta enfermedad es del 7 por ciento y la prevalencia varía en proporción directa de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 para la población estudiada. Esta variedad de diabetes es la intolerancia a la glucosa que aparece o se identifica por primera vez durante el embarazo y que puede, o no, desaparecer en el posparto. (8, 17)

Las pacientes embarazadas con diabetes tienen mayor riesgo de: ganancia excesiva de peso, preeclampsia, macrosomía fetal, traumatismo obstétrico perinatal, mayor tasa de nacimientos por cesárea, diabetes mellitus tipo 2 y aumento de riesgo cardiovascular a largo plazo. Los recién nacidos de estas mujeres tienen mayor proporción de hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, síndrome de dificultad respiratoria, policitemia, obesidad y diabetes mellitus tipo 2, estas dos últimas en edad adulta. (17)

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA.

Entidad patológica exclusiva del embarazo caracterizada por hipertensión arterial (TA sistólica mayor de 140 mm/Hg y diastólica mayor de 90 mm/Hg ó una elevación de 30 mm ó 15 mm en la diastólica y en la sistólica respectivamente, con respecto a la basal) y proteinuria que se presenta durante la segunda mitad del embarazo; si se acompaña de convulsiones se denomina eclampsia. (17, 23)
La preeclampsia- eclampsia, es una enfermedad sistémica, que tiene como base la hipoxia tisular generalizada con daño a diferentes órganos. La frecuencia se estima entre 3 y 5 % de todos los embarazos.

Entre los factores de riesgo tenemos, mujeres menores de 20 y mayores de 35 años, primigestas o multíparas de más de 5 embarazos, poli hidramnios, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o autoinmune, antecedentes de preeclampsia en familiares enlista directa y se estima que su frecuencia es de 3 a 5 % de todos las embarazos. (18)

APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Un modelo de evaluación de la calidad de atención desde la “crítica de la experiencia” permite la identificación y vigilancia de la aptitud clínica del médico familiar, lo cual debe de ser una meta constante y evolutiva. (11, 12)

La aptitud clínica se conceptualiza como la capacidad del MÉDICO para recuperar su experiencia en el transcurso de su formación, ante situaciones problemáticas en los distintos espacios clínicos, en donde se promueve la reflexión sobre su criterio en la toma de decisiones en el transcurso de la atención del paciente. (9, 11, 12, 13, 14, 15)

La aptitud clínica del Médico consiste en un conjunto de capacidades expresadas en la identificación de signos y síntomas de la evolución de una enfermedad, de indicadores para la integración y uso de recursos para el diagnóstico y tratamiento. La cuál se optimiza al problematizar de casos clínicos reales; el médico debe poner en juego su propio criterio, al reconocer con mayor o menor claridad las alternativas de cada situación clínica que enfrenta y diferenciar las que a su juicio resultan apropiadas, útiles, oportunas y beneficiosas de las que pueden causar iatropatogenias (por omisión o comisión, o bien dar solución oportuna a padecimientos, identificando con claridad y oportunamente factores de riesgo (9, 12, 14, 15)

La evaluación que cotidianamente se realiza evalúa aspectos memorísticos, que discrepan de los resultados que se obtiene al realizar evaluaciones mediante la aplicación de casos reales problematizados. (13, 14, 15)

Aun existe un gran número de profesores en el área de la salud que carece de formación docente, nos referimos a profesores exitosos que por gusto o por azar se encargan de los procesos educativos. Sin escapar a lo anterior y en consecuencia, las estrategias educativas predominantes en los cursos de formación de pre y post grado, donde se practica una educación tradicional caracterizada por que el profesor es el poseedor del conocimiento y el alumno el depositario de éste. Debido a lo anterior, desde hace algunos años la Coordinación Nacional de Educación impulsó la formación docente de los profesores de pregrado y postgrado en los Centros de Investigación Educativa y Formación Docente bajo la perspectiva que hace hincapié en promover la reflexión de la práctica médica a través de la autocrítica; esto favorece el desarrollo de aptitud para la lectura de textos teóricos y permite al docente estar en posibilidades de enjuiciar diversas propuestas teóricas de educación. (13, 14)

La aptitud clínica es el resultado del proceso educativo en el cual está inmerso la formación de los especialistas en nuestro país que debe ser parte del progreso social, ya que en la actualidad éste se mide a través de los avances tecnológicos y educativos, utilizando los recursos que se tengan a nuestro alcance en las instituciones para la atención de sus pacientes, teniendo como base fundamental el conocimiento y la experiencia basada en la práctica, experiencia y medicina

basada en evidencias que constituye una parte trascendental del desempeño de los profesionales clínicos en el análisis del proceso salud-enfermedad. (12, 13)

Se requiere elevar el desempeño del personal de salud, en especial del Médico que tiene contacto directo con la paciente obstétrica, optimizando el servicio y fomentando la promoción de la salud, partiendo de estrategias educativas específicas para mejorar la aptitud clínica como es la medicina basada en evidencias, el aprendizaje a base de solución de problemas y exámenes objetivos así como la utilización de información, procurando que los casos clínicos que se utilizan recreen la realidad clínica con la suma de la teoría y la experiencia, lo que busca el refinamiento de la práctica médica. Considerándose impostergable el desarrollo de estrategias educativas orientadas a desarrollar la reflexión del médico de primer nivel, para tomar decisiones apropiadas, adecuadas y útiles ante los pacientes que atiende cotidianamente. La formación médica debe contribuir a ello, al propiciar el desarrollo de habilidades para brindar una atención con enfoque de riesgo y limitar el daño. (15) que promuevan la reflexión a base de autocrítica, creando así un ambiente propicio para el desarrollo profesional. (13)

Las habilidades clínicas que se adquieren, no es resultado de la práctica estereotipada de atender a muchos pacientes: atender una gran cantidad quizá puede ser necesario pero no suficiente para lograr profundizar, pues puede ser que atienda una gran cantidad de pacientes durante largo tiempo y al hacerlo sin cuestionamiento y sin indagar el alcance de otras alternativas, las posibilidades de superación y refinamiento son exiguas.

La experiencia reflexiva se sustenta en las habilidades del clínico como la reconstrucción de una historia clínica cronológicamente lógica, el pertinente interrogatorio, la adecuada exploración física la solicitud selectiva de pruebas diagnósticas y la prescripción del tratamiento apropiado, todo lo cual presupone la indagación y priorización de las decisiones para una atención apropiada e individualizada. En donde el proceso, la propedéutica, la semiología y el contacto con el paciente son insustituibles. (15)

La aptitud clínica se evalúa a través de los siguientes indicadores clínicos:

1.- Reconocimiento de factores de riesgo: Antecedentes o condiciones del paciente o su familia, que sin formar parte del padecimiento se asocian con una evolución desfavorable.

2.- Reconocimiento de indicios clínicos: Habilidad del médico para reconocer e integrar datos del interrogatorio y exploración física, con un fin diagnóstico.

3.- Selección de pruebas diagnósticas: Habilidad del médico para identificar, solicitar e integrar datos de laboratorio y gabinete con fines diagnósticos.

4.- Integración diagnóstica: Con el conocimiento de factores de riesgo, la clínica y los preclínicos, realizar un diagnóstico.

5.- Uso de recursos terapéuticos: Prescribir, racionalizar y otorgar con conocimiento medidas farmacológicas y de rehabilitación; así como de cuidados posteriores al reconocer el diagnóstico

6.- Medidas de seguimiento, preventivas y de interconsulta: Identificar y manifestar al paciente, como evitar recaer en la enfermedad, como cuidar su enfermedad, para que no progrese a estadios avanzados y si así fuere, solicitar a segundo nivel una valoración del mismo. (1, 8, 9, 10, 11)

En México, Viniegra y colaboradores han desarrollado y perfeccionado instrumentos orientados a la medición de competencias clínicas, profundizando en la utilidad de exámenes escritos para medir capacidad clínicas complejas. (11, 12)

Para evaluar la competencia clínica se requiere de una estrategia de indagación estructurada en base a lo que llamamos problematización de las situaciones clínicas descritas (casos clínicos reales) que nos permite reconstruir la experiencia de aprendizaje de quien responde (12, 26, 27)

Se han realizado estudios relacionados a instrumentos clínicos que evalúan la aptitud médica, y al correlacionar las puntuaciones con los años de experiencia, independientemente de la categoría de médico de que se trate, se obtuvo una correlación nula; es decir, la experiencia clínica expresada en años de práctica no parece influir en el perfeccionamiento de la aptitud clínica, dicho de otra forma parece existir un estancamiento en el desarrollo de habilidades clínicas. (26)

Los instrumentos como herramientas utilizadas para recolectar información nos ayudan a la medición, la cual constituye una actividad presente en la práctica docente, ésta a su vez nos aproxima al monitoreo y evaluación del proceso educativo. (27)

La aptitud clínica general, en el primer nivel de atención en estudios realizados se ha reportado en incipiente en el 70.1 %, intermedia en el 13.8 % y muy incipiente en 15.6 %. (15)

En la revisión bibliográfica, no se encontraron estudios publicados sobre la aptitud clínica en la atención prenatal, por lo que es necesario saber cómo se encuentra ésta en la UMF 222, para poder establecer un diagnóstico y poder implementar estrategias de acuerdo a los resultados que se obtengan.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE APTITUD CLÍNICA.

El instrumento de medición de “Aptitud Clínica del Médico Familiar en atención prenatal” que se va a utilizar, fue elaborado en el año 2008, por el Médico Especialista en Medicina Familiar Luis Antonio Mejía Ayala, quién construyó y validó dicho instrumento en población mexicana, con médicos del primer nivel de atención que comparten las características de la población en estudio; éste instrumento fue presentado en las Jornadas Delegacionales de Medicina Familiar en la UMF No. 222 en el año 2008, posteriormente en el 19 Congreso Mundial de Medicina Familiar de WONCA, en mayo de 2010. (34)

Los indicadores de aptitud clínica son:

- 1.- Reconocimiento de factores de riesgo.
- 2.- Reconocimiento de indicios clínicos.
- 3.- Selección de pruebas diagnósticas.
- 4.- Integración diagnóstica.
- 5.- Uso de recursos terapéuticos.
- 6.- Medidas de seguimiento y preventivas.

La validación del instrumento fue mediante la técnica de Delphos, aplicando el instrumento a grupo de expertos, tomando en consideración su experiencia y el manejo de mujeres embarazadas, siendo aplicado a 2 médicos especialistas en Gineco-Obstetricia, 1 Médico especialista en Medicina Familiar y 2 Médicos especialistas en Medicina familiar y Coordinadores Clínicos de Educación e Investigación en Salud.

Dicho instrumento, está construido con cinco casos clínicos reales problematizados de las siguientes patologías: Hipertensión Arterial, Diabetes, Infección de vías urinarias y Cervicovaginitis con Indicadores de Aptitud Clínica, en primer lugar factores de riesgo (32%), en segundo uso de recursos terapéuticos (19%) y en tercer lugar el reconocimiento de indicios clínicos (13%), seguidos por selección de pruebas diagnósticas (10%), integración diagnóstica y medidas preventivas con mismo porcentaje (9%) y finalmente: interpretación de pruebas diagnósticas (8%). Situación que fortalece un enfoque preventivo del instrumento

que está dirigido a médicos familiares, por que denota la búsqueda encaminada a la identificación de los factores de riesgo, para las patologías o complicaciones de las mismas. En cuanto al uso de recursos terapéuticos, el médico familiar debe conocer que otorgar como terapéutica farmacológica o no farmacológica a la paciente en el primer nivel en caso de presentar una complicación del embarazo.

El instrumento en un 12.1% del total de los enunciados, incluye aspectos a identificar sobre el abordaje de la familia, quedando como sigue: Identificación de factores de riesgo: 72.4%, en usos de recursos terapéuticos: 17.3% y en selección de pruebas diagnósticas: 10.3%.

Cada indicador cuenta con una palabra clave, las cuáles son: factores de riesgo, a favor, característico, compatible, útil, apropiado y oportuno.

Dicho instrumento, obtuvo una consistencia interna de 0.70 con la prueba Kuder de Richardson, al compararlo con otros estudios esta constante, ha ido desde 0.6 hasta 0.85. En lo que respecta a las calificaciones explicables al azar en instrumentos con el número similar de enunciados calificables, varia de 27 a 31, el presente trabajo fue de 30 preguntas. Ambas situaciones fortalecen al presente instrumento en cuanto a confiabilidad y en los rangos de aptitud clínica. El 50 % son Verdaderas y el 50 % falsas, siendo consideradas correctas.

El instrumento de evaluación se responde a sus enunciados con una “F” si se considera la respuesta falsa, con “V” si es verdadero y “NS” cuando no se sabe la respuesta.

La aptitud clínica en base al instrumento de evaluación se califica de la siguiente manera: correcta ó incorrecta.

Una pregunta incorrecta resta un punto, una pregunta correcta suma un punto y una respuesta no sé, ni suma, ni resta. De tal manera que el resultado de la calificación de la aptitud clínica, se da en base a la suma de los aciertos, se le restan las respuestas incorrectas, dándonos el resultado.

Los resultados se clasifican según la escala de Aptitud Clínica:

APTITUD CLÍNICA	PUNTUACIÓN
Muy avanzada	240 – 199
Avanzada	198 – 157
Regular	156 – 115
Incipiente	114 – 73
Muy incipiente	72 – 31
Explicable al azar	30 – 0

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La morbilidad materna es un problema de salud pública principalmente en países en vías de desarrollo. Entre los factores que influyen se encuentra que desde la formación del Médico se desarrollan procesos educativos que privilegian la enseñanza en aspectos teórico-biológicos-curativos, sin preocuparse por el aprendizaje de los alumnos, lo cual se ve reflejado en una baja aptitud clínica, y capacidad resolutiva en el momento de la atención materno-fetal.

México se ubica en la posición intermedia en cuanto a la morbi mortalidad materno-fetal con 65 por cien mil nacidos vivos para el año 2000. (4). Más de 300 millones de mujeres padecen enfermedades relacionadas con el embarazo o el parto y cada año mueren 529,000 mujeres, es decir una muerte cada minuto, además por cada mujer que muere, otras 20 sufren lesiones, infecciones o enfermedades.

En el Instituto Mexicano de Seguro Social, la mortalidad perinatal Nacional en comparación con la de Delegación Estado de México reporta un descenso considerando en 2003 un 14.2 en comparación con un 11.7 a nivel Nacional, en el 2006 de 13.6 en la Delegación con un 11.3 a nivel Nacional, 2007 10.2 contra 10.3 a nivel Nacional la siendo en este año casi similar y en el año 2008 se presenta un descenso considerable a nivel del Estado de México en comparación con el Nacional con cifras de 9.8 en la Delegación con un 10.1 a nivel Nacional. Siendo en promedio a nivel Nacional en este año 2008 un promedio global de 10.3 por 1000 nacidos vivos. (4,6)

Una estrategia para prevenir este problema es desarrollar la aptitud clínica del médico de primer nivel de atención que le permita tomar decisiones adecuadas, oportunas y útiles ante la mujer embarazada que acude a vigilancia prenatal tanto normo evolutiva ó con co-morbilidad, dentro de las más frecuentes: Cervicovaginitis, Infección de vías urinarias, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Por lo que es necesario conocer la aptitud clínica del médico en el primer nivel de atención con el fin de detectar las necesidades de capacitación y establecer estrategias educativas para desarrollar una aptitud clínica avanzada y muy avanzada.

Con el fin de brindar una atención médica de calidad, con enfoque de riesgo, tendiente a limitar la progresión del daño y promover el bienestar del binomio materno-fetal, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de aptitud clínica del médico de primer nivel de atención en vigilancia prenatal, en la UMF 222 del IMSS, Toluca Estado de México, en el mes de Junio de 2010?

JUSTIFICACIÓN.

La mortalidad materna de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud revela que una de cada dos mil ochocientas mujeres en regiones desarrolladas muere por alteraciones durante el embarazo. En América Latina en un 4%. (5, 6)

En el Instituto Mexicano de Seguro Social en 1998, a nivel Nacional, fue de 38.7% por cien mil nacidos vivos, con un descenso para el 2005 a 27 %, con un incremento posterior del 10.1 por 1000 nacimientos, la principal causa es la preeclampsia con un 53% del total de las muertes. (4, 6, 8)

En el Estado de México en el 2000, fue de 62.2 por 100 mil nacidos vivos, la más alta en nuestro país. Los municipios con mayores tasas fueron: Naucalpan, Ecatepec y Netzahualcoyotl, con mayor incidencia en mujeres jóvenes. Las principales causas fueron: Pre eclampsia, Eclampsia y las hemorragias obstétricas, reduciéndose la mortalidad de trece de cada cien pacientes.

En la Delegación Estado de México poniente, de acuerdo a los datos del Área de Información Médica y Archivo Clínico, para el año 2000 la tasa de mortalidad fue del 12.9% por 1000 nacimientos, con descenso para el año 2007 a 10.3% y para el 2008 9.8%, mientras que a nivel Nacional era de 10.1 por 1000 nacimientos.

La avanzada o muy avanzada aptitud clínica del médico familiar, es de suma importancia para detectar y tratar oportunamente las patologías que se asocian con mayor frecuencia durante el embarazo como lo es la Cervicovaginitis, la Infección de vías urinarias, la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, las cuales ponen en peligro la salud y bien estar del binomio, con incremento en la tasa de mortalidad materno-fetal.

Con la finalidad de mantener esta tendencia decreciente en la morbimortalidad materna en la Delegación, es necesario conocer la aptitud clínica del médicos de primer nivel de atención, con el fin de encontrar áreas de oportunidad para implantar estrategias educativas que permitan fortalecer la aptitud clínica y por ende mejorar la calidad de la atención materno fetal.

Para continuar con la línea de investigación educativa en la Delegación Estado de México Poniente, se aplicara el instrumento de medición elaborado para tal fin y así determinar la aptitud clínica de los Médicos adscritos a la UMF No. 222.

Al propiciar la reflexión del médico de primer nivel de atención con instrumentos de evaluación, con casos clínicos reales problematizados, permitirá mejorar la atención de sus pacientes durante su control prenatal, al perfeccionar la toma de decisiones apropiadas, adecuadas y útiles para brindar una atención con enfoque de riesgo y limitar el daño.

Se cuenta con los recursos humanos y físicos para llevar a cabo éste estudio.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la Aptitud Clínica del Médico de primer nivel de atención en vigilancia prenatal, en la UMF 222 del IMSS, Toluca Estado de México, en el mes de Junio de 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la Aptitud Clínica, de los Médicos de primer nivel de atención, adscritos a la UMF 222, según su formación.
2. Identificar el nivel de Aptitud Clínica de los Médicos de primer nivel de atención adscritos a la UMF 222, de acuerdo a su antigüedad laboral.
3. Medir el nivel de Aptitud Clínica de los Médicos de primer nivel de atención adscritos a la UMF 222, según tipo de contratación.
4. Establecer el nivel de Aptitud Clínica de los médicos de primer nivel de atención adscritos a la UMF 222, según el género.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Encuesta Descriptiva.

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, Prospectivo, Transversal y Descriptivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Todos los Médicos de la consulta de primer nivel de atención, ambos turnos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 222, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Ciudad de Toluca, Estado de México de en el mes de Junio de 2010.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Todos los Médicos de la consulta externa de primer nivel de atención, de ambos turnos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 222, Toluca, Estado de México.

TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Médico General, Médico Familiar ó Médicos con otra Especialidad, adscritos a la consulta externa de primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar número 222.
2. Médico de base o de Sustitución, adscritos a la consulta externa de primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar número 222.
3. Médicos de ambos géneros, adscritos a la consulta externa de primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar número 222.
4. Médicos de cualquier antigüedad laboral, adscritos a la consulta externa de primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar número 222.
5. Médicos adscritos a la consulta externa de primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar número 222 que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

1. Médicos que se encuentren de vacaciones, incapacidad o falta al momento de aplicar el instrumento de evaluación.
2. Médicos adscritos al servicio de Urgencias de la Unidad de Medicina Familiar Número 222.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Instrumentos de evaluación que no se terminen de contestar.

VARIABLES A ESTUDIAR:

VARIABLE DE ESTUDIO.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
APTITUD CLÍNICA	Habilidad para reconocer factores de riesgo, realizar diagnóstico asertivo y proporcionar tratamiento oportuno.	Calificación obtenida en el instrumento de Aptitud Clínica validado en población de médicos en Toluca.	Ordinal	Muy avanzada Avanzada Regular Incipiente Muy incipiente Explicable al azar	Cualitativa

VARIABLES DEL GRUPO DE ESTUDIO.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
FORMACIÓN MEDICA	Desarrollo profesional, de acuerdo a la formación universitaria	Grado académico de los Médicos del primer nivel de atención	Nominal	Médico Familiar Médico General Médico con otra especialidad	Cualitativa
ANTIGÜEDAD LABORAL	Tiempo que el médico a prestado sus servicios a la institución	Estratificar los años laborados por quinquenios	De razón	0 a 4 5 a 9 10 a 14 15 a 19 20 a 24 Más de 25	Cuantitativa
TIPO CONTRATACIÓN	Formalizar el apego a la ley la relación de trabajo para garantizar los derechos, tanto del trabajador como de la empresa.	Situación laboral que ocupan los médicos, en forma definitiva un puesto ó Contratados en forma temporal.	Nominal	Base Sustitución	Cualitativa
GÉNERO	Conjunto de características fenotípicas de los médicos.	Clasificar de acuerdo al género de los Médicos de primer nivel de atención	Nominal	Masculino Femenino	Cualitativa

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

DESARROLLO METODOLÓGICO.

Se midió la Aptitud Clínica en Vigilancia Prenatal, en los Médicos adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 222 del Instituto Mexicano de Seguro Social, de la Ciudad de Toluca, Estado de México en el mes de Junio de 2010.

El instrumento de medición de Aptitud Clínica en atención prenatal que se utilizó, fue Construido y Validado en el año 2008, por el Médico Especialista en Medicina Familiar Luis Antonio Mejía Ayala, elaborado en población mexicana, con Médicos de primer nivel de atención que comparten las mismas características de la población en estudio.

Se buscó bibliografía para realizar el protocolo de estudio.

Se buscó Director y Asesor, para la realización del trabajo de investigación.

Por ética profesional y con la finalidad de no incurrir en plagio se solicitó por escrito al autor del instrumento de evaluación, la autorización para la aplicación del mismo; de la igual manera se recibió respuesta de aceptación por su parte, anexándose ambos al presente protocolo.

Se registró protocolo al SIRELSIS, para ser revisada ante el Comité Local de Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 222, para su análisis correspondiente, así como modificaciones necesarias para complemento del mismo.

Una vez aceptado por dicho Comité, se solicitó fecha a la Jefe del Departamento de Enseñanza, para la aplicación del instrumento de medición, con el fin de no afectar las actividades de programadas para la sesiones médicas calendarizadas durante el año.

Se procedió a informar a los Médicos de primer nivel de atención, adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 222, sobre el objetivo del estudio, así como de la importancia de su participación y confidencialidad de los resultados de la investigación, solicitando su autorización con la firma del consentimiento informado. (32)

El instrumento de medición se aplicó en ambos turnos en el Departamento de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar Número 222, en los horarios correspondientes a la sesión clínica, el mismo día y en una sola exposición, los médicos del turno matutino al termino de la jornada y los médicos del turno vespertino al inicio de la misma, ósea para el turno matutino de 12 a 14 hrs y para el turno vespertino de 14 a 16 hrs; de tal manera que no hubiera comunicación entre ambos turnos ni intercambio de información en cuanto a las preguntas o

respuestas del instrumento, tratando de homogeneizar las condiciones de la aplicación del instrumento para evitar sesgos.

Llegado el día y la hora de la aplicación se explicó brevemente la manera de contestar el instrumento pese a que vienen las instrucciones al inicio del mismo, esto con la finalidad de evitar confusiones y evitar dudas respecto a la evaluación.

El instrumento de evaluación se responde a sus enunciados con una “F” si se considera la respuesta falsa, con “V” si es verdadero y “NS” cuando no se sabe la respuesta.

Al término de la aplicación se solicitaron los instrumentos así como la hoja de respuestas para realizar el análisis estadístico del estudio.

Cada ítem se califica como correcto ó incorrecto; para obtener el puntaje total; se hace de la siguiente manera a cada respuesta correcta se le asigna un punto y se suman; una respuesta no sé, ni suma, ni resta.; y las incorrectas restan un punto.

La aptitud clínica se determinó en base al puntaje obtenido de acuerdo a la siguiente clasificación.

Muy avanzada	240 – 199
Avanzada	198 – 157
Regular	156 – 115
Incipiente	114 – 73
Muy incipiente	72 – 31
Explicable al azar	30 – 0

Una vez obtenida la información, fue necesario ordenar, clasificar y agrupar los resultados de Aptitud Clínica en cada medición en función a los criterios pertinentes: formación médica, antigüedad laboral, tipo de contratación y género.

La información obtenida, se procesó a través de la base de datos con el programa de base Excel y posteriormente procesamiento estadístico por medio del paquete SPSS 15/PC.

Los resultados se presentan por medio de gráficas, respetando la confidencialidad de los participantes, comentándose dichos resultados con el Director de la Unidad y con la Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en salud, con la finalidad de buscar Estrategias Educativas propicias para desarrollar la Aptitud Médica en los Médicos adscritos a la unidad, para beneficio y bienestar de los derechohabientes y con ello la estabilidad familiar.

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR INFORMACIÓN.

Se utilizó estadística descriptiva, la Aptitud Clínica por ser una variable cualitativa ordinal se analizó mediante medidas de tendencia central como rango, moda y mediana así como porcentajes. Concentrándose la recopilación de datos mediante el procesamiento estadístico de resultados por medio del paquete SPSS 15/PC.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se solicitó por escrito al autor del instrumento, Dr. Luis Antonio Mejía Ayala, Médico Especialista en Medicina Familiar, la autorización para la aplicación del instrumento de evaluación de aptitud clínica en Médicos familiares, la cuál se solicitó por escrito y autorizada de la misma manera, anexando dichos documentos al presente trabajo de investigación.

Se implicó en este trabajo, la confidencialidad y la reserva de los nombres de los médicos participantes en la investigación biomédica, contempladas en:

1. La declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea médica mundial Helsinki, Finlandia en Junio 1964;(44) en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (45) y según modificaciones establecidas en:
 - α) 29ª Asamblea médica mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975
 - β) 35ª Asamblea médica mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
 - χ) 41ª Asamblea médica mundial, Hong Kong, Septiembre 1989
 - δ) 48ª Asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
 - ε) 52ª Asamblea general, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. (46)
 - Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002
 - Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

2.- El acuerdo que al respecto emitió la Secretaria de Salud publicado en el diario oficial de la federación el martes 6 de enero de 1982, páginas 16 y 17 y a las normas institucionales establecidas.

Las implicaciones éticas del presente trabajo de investigación es la confidencial de los resultados para preservar el prestigio de los médicos familiares. .

Los resultados fueron estrictamente para el logro del objetivo; con respeto y confidencialidad de los datos personales del Médico, para desarrollar estrategias educativas para mejorar la aptitud clínica.

Se indicó que si alguno de los médicos participantes, deseaba conocer sus debilidades en cuanto a los resultados del estudio y lo solicitaba, se le daría a conocer en forma confidencial, pretendiendo que quién lo deseaba pudiera reforzar su aptitud en áreas no muy eficientes.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos), incluso, las mejores intervenciones actuales, deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. Por tal motivo, los médicos que obtuvieran una aptitud clínica con un nivel bajo, muy bajo o explicable al azar, se informaría al personal correspondiente de la unidad, con la finalidad de tomar las estrategias educativas correspondientes. (33)

RESULTADOS.

El Instrumento de evaluación de Aptitud Clínica en Vigilancia Prenatal, lo contestaron 48 médicos: 28 (58.3%) del sexo femenino y 20 (41.6%) de sexo masculino.

En relación a su formación 28 Médicos (58.3%) tienen especialidad en Medicina Familiar, 18 (37.5%) son Médicos Generales y 2 (4.1%) con otra Especialidad.

Con base a su Antigüedad Laboral: 9 médicos (18.75%) tienen de 0 a 4 años, 7 Médicos (14.5%) de 5 a 9 años, 7 Médicos (14.5%) de 10 a 14 años, 6 Médicos (12.5%) de 15 a 19 años, 11 Médicos (22.9%) de 20 a 24 años y 8 Médicos (16.6%) de 25 y más años de antigüedad.

En relación a su tipo de contratación: 40 (83.3%) Médicos tienen base y 8 (16.6%) son Médicos de sustitución.

La medición clínica obtenida por los médicos se obtuvo en un rango entre 85 – 183, con una media de 143, mediana de 146 y Moda de 160.

De ellos, 16 médicos (33.3%) tuvieron una Aptitud Clínica Avanzada, 26 médicos Regular (54.16%) y 6 médicos Incipiente (12.5%), ninguno alcanzo Aptitud Clínica Muy Avanzada, Muy Incipiente ni Explicable al azar. (Cuadro 1)

DISTRIBUCIÓN GLOBAL DE APTITUD CLÍNICA EN VIGILANCIA PRENATAL.

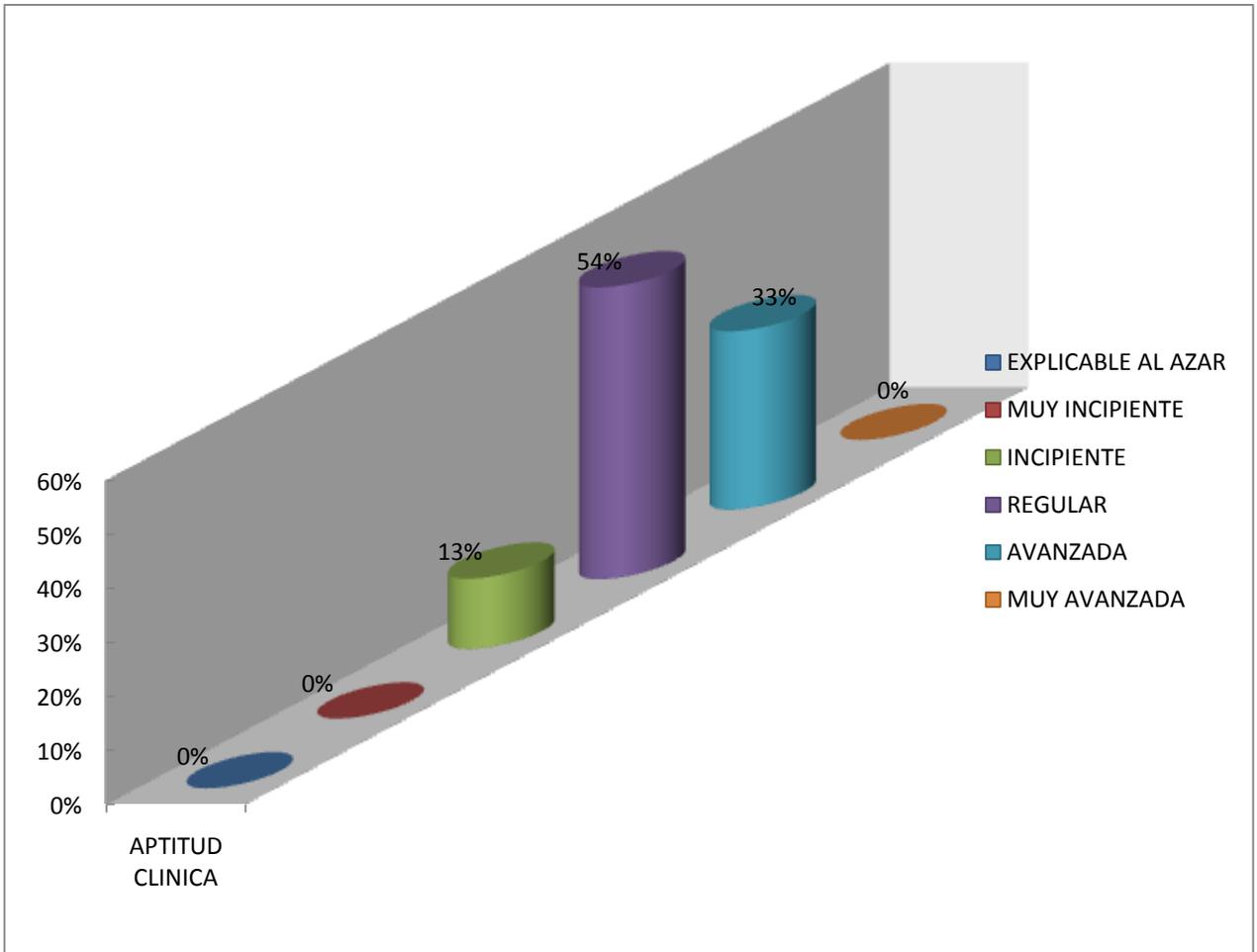
Cuadro 1. Estratificación del Nivel de Aptitud Clínica de los Médicos en primer Nivel de Atención, adscritos a la U.M.F. No. 222 en Junio de 2010.

APTITUD CLÍNICA	NÚMERO	PORCENTAJE
MUY AVANZADA	0	0
AVANZADA	16	33 %
REGULAR	26	54 %
INCIPIENTE	6	13 %
MUY INCIPIENTE	0	0%
EXPLICABLE AL AZAR	0	0%
TOTAL	48	100%

Fuente: Instrumento de medición de Aptitud Clínica en Vigilancia Prenatal.

GRÁFICA 1. APTITUD CLÍNICA GLOBAL.

Gráfica 1. Estratificación del Nivel de Aptitud Clínica de los Médicos en primer Nivel de Atención, adscritos a la U.M.F. No. 222 en Junio de 2010.



Fuente: Cuadro 1, Aptitud Clínica Global en Vigilancia Prenatal en la UMF 222.

La Aptitud Clínica en base a la Formación Académica, se encontraron de la siguiente manera: de los 18 Médicos Generales, 2 (11%) alcanzaron Aptitud Clínica Avanzada, 10 (55%) Regular y 6 (33%) Incipiente.

De los 28 Médicos con Especialidad en Medicina Familiar: 14 (50%) alcanzaron Aptitud clínica Avanzada y 14 (50%) Aptitud Clínica Regular.

Dos Médicos que tienen otra Especialidad (4.16%) y alcanzaron Aptitud clínica Regular en vigilancia prenatal (Cuadro 2).

APTITUD CLÍNICA SEGÚN SU FORMACIÓN ACADÉMICA.

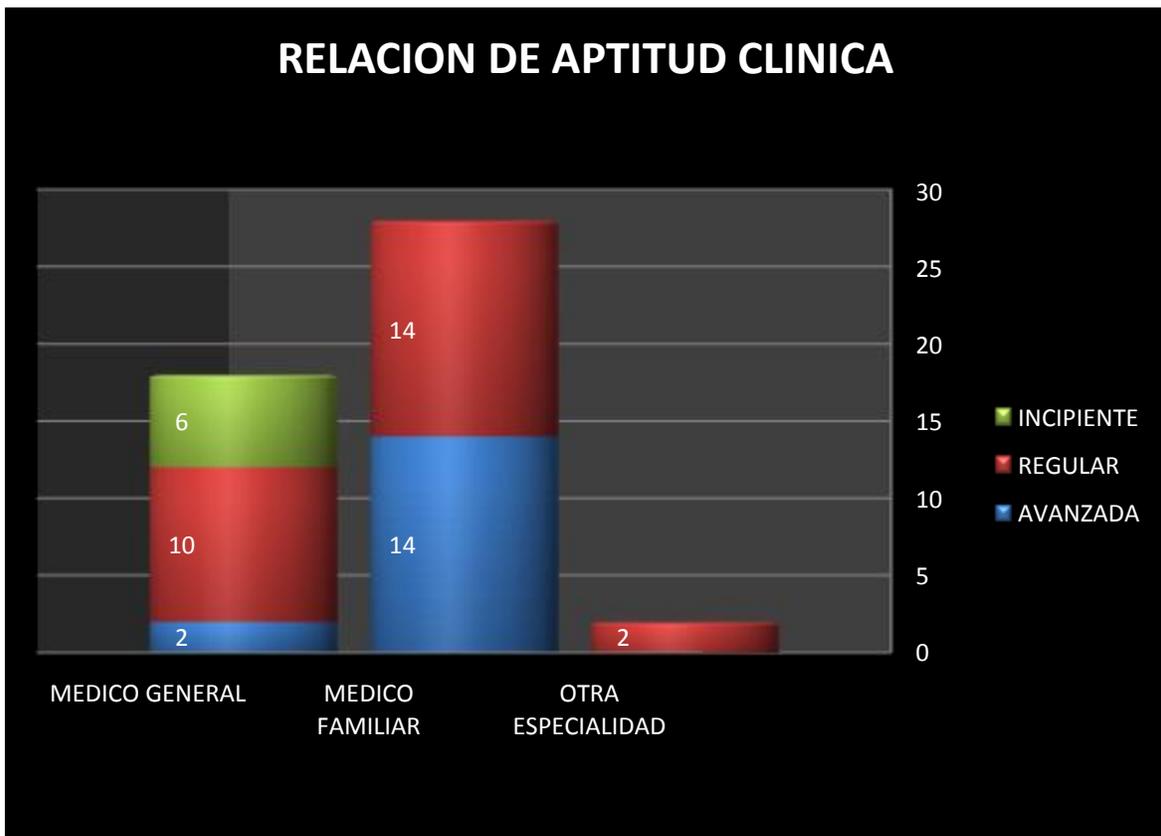
Cuadro 2. Relación del nivel de Aptitud Clínica según Formación Académica de los médicos del primer nivel de atención adscritos a la U.M.F. No. 222, en Junio de 2010.

APTITUD CLÍNICA	FORMACIÓN ACADÉMICA						TOTAL	
	MÉDICO GENERAL		MÉDICO FAMILIAR		OTRA ESPECIALIDAD			
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Avanzado	2	11	14	50	0	0	16	33
Regular	10	55	14	50	2	100	26	54
Incipiente	6	33	0	0	0	0	6	13
TOTAL	18	100	28	100	2	100	48	100

Fuente: Instrumento de evaluación de Aptitud Clínica.

GRAFICA 2. RELACIÓN DE NÚMERO DE PARTICIPANTES DE ACUERDO A LA FORMACIÓN ACADÉMICA Y APTITUD CLÍNICA.

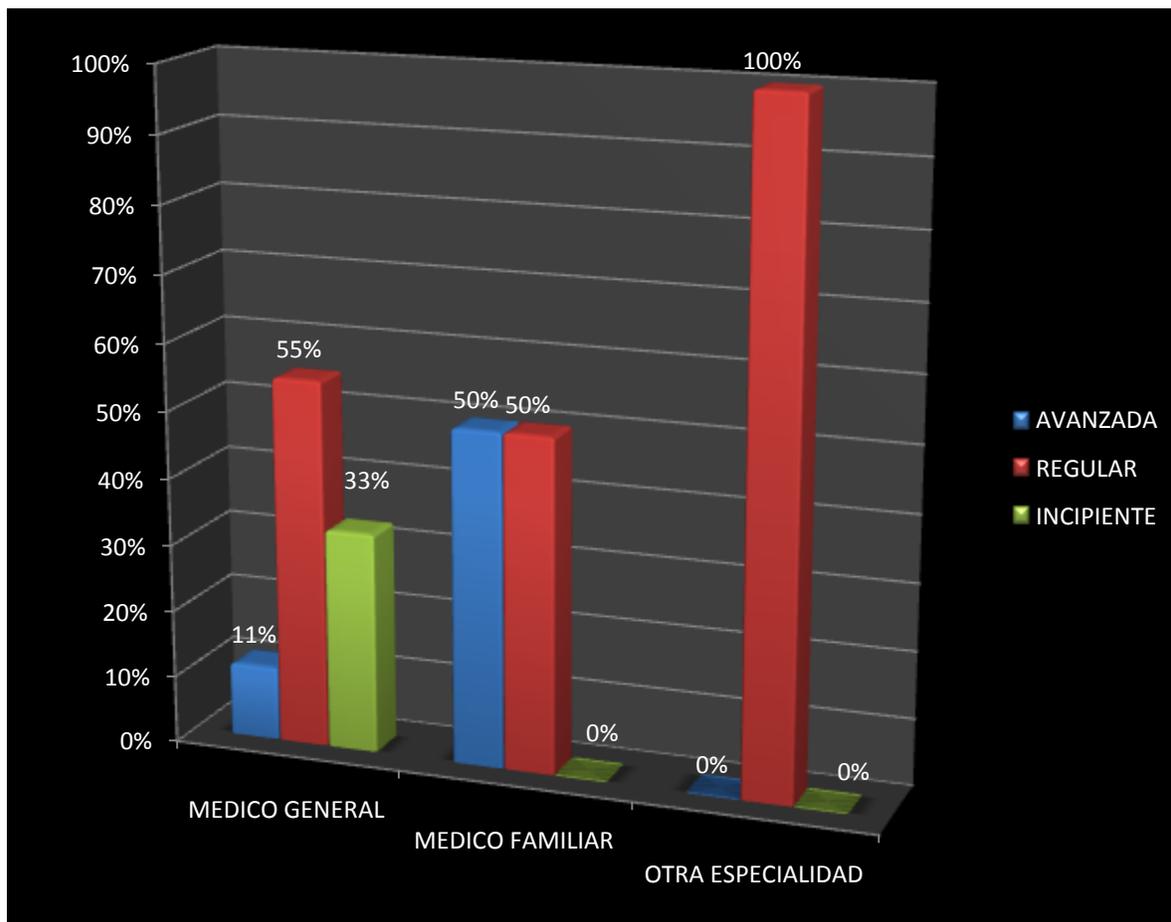
Gráfica 2. Relación de número de médicos participantes en el estudio, de acuerdo a su formación académica.



Fuente: Cuadro 2, Relación de número de médicos participantes de acuerdo a formación académica.

GRÁFICA 3. APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO A SU FORMACIÓN ACADÉMICA.

Gráfica 3. Relación del nivel de Aptitud Clínica según Formación Académica de los médicos del primer nivel de Atención en vigilancia prenatal adscritos a la U.M.F. No. 222, en Junio de 2010.



Fuente: Cuadro 2, Relación de Aptitud Clínica y Nivel académico.

Al relacionar el nivel de Aptitud Clínica con su antigüedad, se encontró de la siguiente manera: En el primer quinquenio 1 (2.08%), con Aptitud Clínica Avanzada; 7 (14.58%) con Aptitud Clínica Regular y 1 (2.08%) con Aptitud Clínica Incipiente.

De 5 a 9 años de antigüedad 4 médicos (8.33%), con Aptitud Clínica Avanzada 2 (4.16%) Regular y 1 (2.08%) Incipiente.

De 10 a 14 años: 3 (6.25%) con Aptitud Clínica Avanzada y 4 (8.33%) Aptitud Clínica Regular, no se encontró ninguno en Incipiente.

De 15 a 19 años de antigüedad; 2 médicos (4.16%) con Aptitud Clínica Avanzada, 3 (6.25%) Regular y 1 (2.08%) con Aptitud Clínica Incipiente.

De 20 a 24 años de antigüedad: 3 (6.26%) con medición de Aptitud Clínica Avanzada, 6 (12.5%) Regular y 2 (4.16%) Incipiente.

De 25 y más: 3 (6.25%) con medición Avanzada, 4 (8.33%) Regular y 1 (2.08%) Incipiente. (Cuadro 3).

APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO A ANTIGÜEDAD LABORAL.

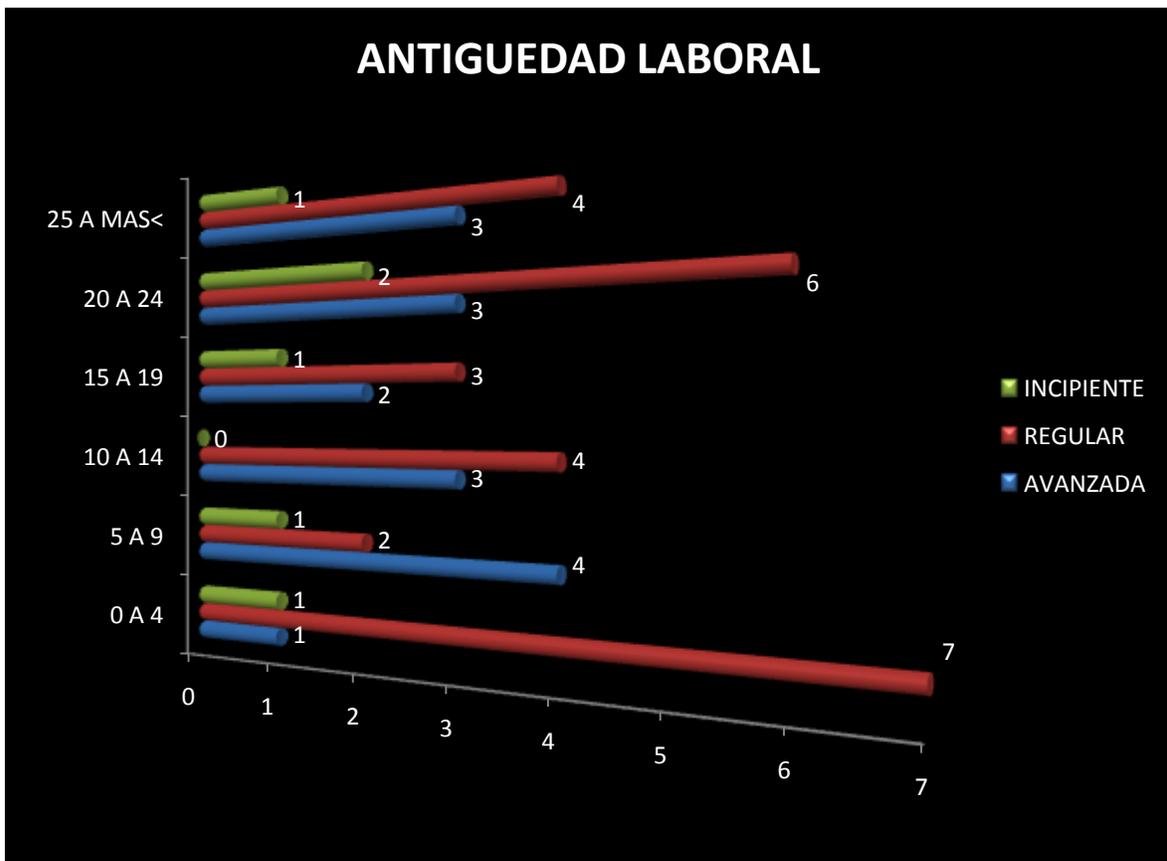
Cuadro 3. Distribución de los médicos participantes en el estudio de Aptitud Clínica en Vigilancia Prenatal en la UMF 222 del IMSS, en Junio de 2010, de acuerdo a su Antigüedad Laboral.

ANTIGÜEDAD LABORAL	APTITUD CLÍNICA						TOTAL	
	AVANZADA		REGULAR		INCIPIENTE			
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
0 a 4	1	2	7	15	1	2	9	19
5 a 9	4	8	2	4	1	2	7	14
10 a 14	3	6	4	8	0	0	7	14
15 a 19	2	4	3	6	1	2	6	12
20 a 24	3	6	6	13	2	4	11	23
25 a más	3	6	4	8	1	2	8	17
TOTAL	16	33	26	54	6	12	48	100

Fuente: Instrumento de medición de Vigilancia Prenatal.

GRÁFICA 4. APTITUD CLÍNICA SEGÚN ANTIGÜEDAD LABORAL.

Gráfica 4. Distribución de los médicos participantes en el estudio de Aptitud Clínica en Vigilancia Prenatal de la UMF 222, de acuerdo a su Antigüedad Laboral.



Fuente: Cuadro 3, Relación de Aptitud clínica en vigilancia prenatal con antigüedad laboral.

Con respecto al nivel de Aptitud Clínica alcanzado según su tipo de contratación, quedó de la siguiente manera: en 15 (37.5%) Médicos de base se obtuvo un nivel de Aptitud Clínica Avanzada, en 21 (52.5%) Regular e Incipiente en 4 (10%).

De los médicos de Sustitución 1 (12.5%) con Aptitud Clínica Avanzada, 5 (62.5%) Regular y 2 (25%) Incipiente. (Cuadro 4).

APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO A TIPO DE CONTRATACIÓN.

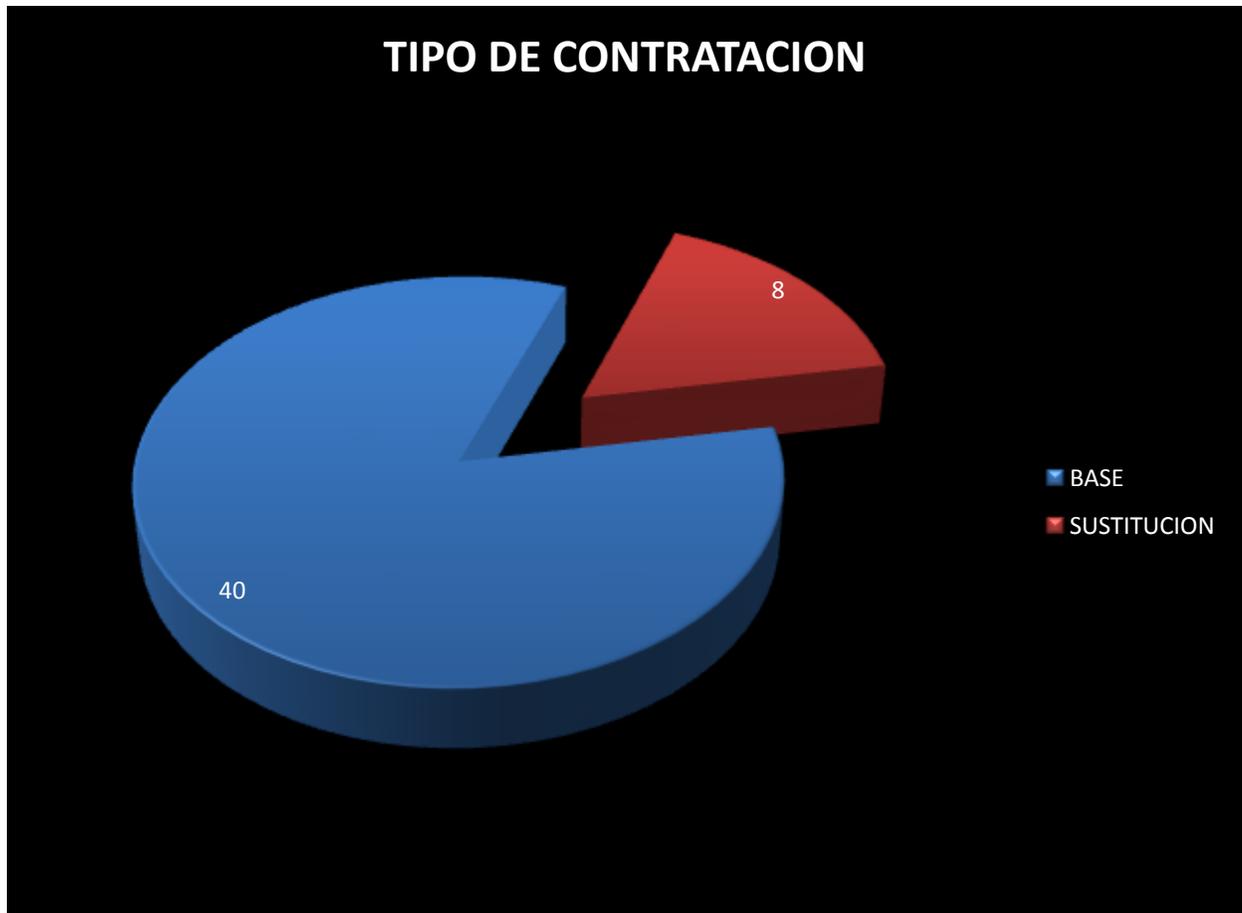
Cuadro 4. Distribución de los médicos participantes en el estudio de Aptitud Clínica en Vigilancia Prenatal en la UMF 222 del IMSS, en Junio de 2010, de acuerdo según su tipo de Contratación.

APTITUD CLÍNICA	TIPO DE CONTRATACIÓN				TOTAL	
	BASE		SUSTITUCIÓN			
	n.	%	n.	%	n.	%
Avanzada	15	37.5	1	12.5	16	33
Regular	21	52.5	5	62.5	26	54
Incipiente	4	10	2	25	6	12
TOTAL	40	100 %	8	100%	48	100

Fuente: Instrumento de medición de Vigilancia Prenatal.

GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN DE MEDICOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO SEGÚN EL TIPO DE CONTRATACIÓN.

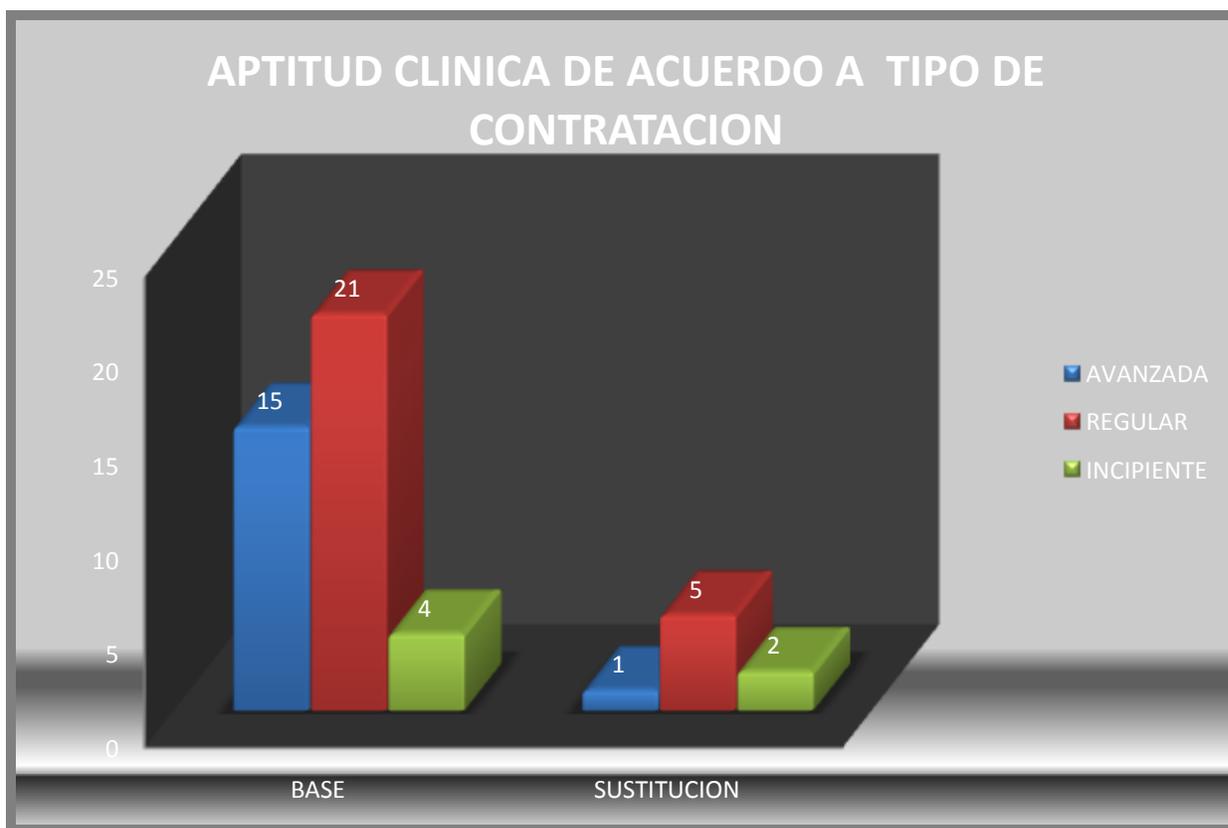
Gráfica 5. Distribución de médicos participantes en el estudio, según tipo de Contratación.



Fuente: Cuadro 4. Médicos participantes en el estudio, según tipo de contratación.

GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO AL TIPO DE CONTRATACIÓN.

Gráfica 6. Distribución de médicos participantes por número de acuerdo a tipo de contratación y aptitud clínica en vigilancia prenatal en la UMF 222, Junio 2010.



Fuente: Cuadro 4, Relación de Vigilancia Prenatal y tipo de Contratación.

En cuanto al nivel de Aptitud Clínica de acuerdo al sexo, se encontró que de 28 médicas, 14 (50%) tienen aptitud clínica avanzada, 11 (39.2%) Regular y 1 (10.7%) Aptitud Clínica Incipiente; mientras que el personal médico del sexo masculino 15 (75%) tuvieron aptitud clínica Regular, 2 (10%) médicos Aptitud Clínica Avanzada y 1(15%) Aptitud Clínica Incipiente. (Cuadro 5).

APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO A GÉNERO DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

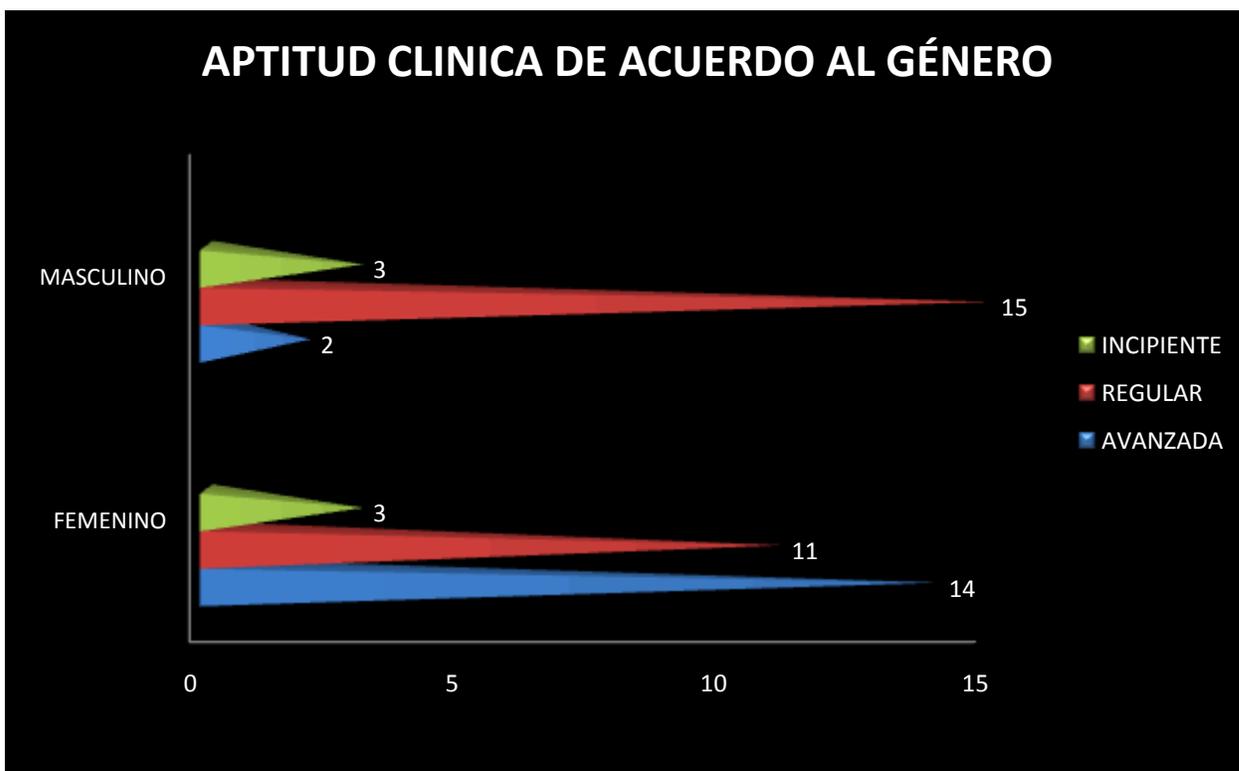
Cuadro 5. Distribución de los médicos participantes en el estudio de Aptitud Clínica en Vigilancia Prenatal en la UMF 222 del IMSS, en Junio de 2010, de acuerdo a Género.

APTITUD CLÍNICA	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO		TOTALES	
	n.	%	n.	%	n.	%
AVANZADA	14	50	2	10	16	33
REGULAR	11	39	15	75	26	54
INCIPIENTE	3	11	3	15	6	13
TOTAL	28	100%	20	100%	48	100%

Fuente: Instrumento de medición de Aptitud Clínica en vigilancia prenatal.

GRÁFICA 5. APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO AL GÉNERO.

Gráfica 5. Resultados de acuerdo a Aptitud Clínica y Género.



Fuente: Instrumento de medición de Aptitud Clínica en vigilancia prenatal.

DISCUSIÓN.

Ya que la salud materna y el bienestar del recién nacido depende en gran medida de la adecuada vigilancia durante el embarazo, la cual se lleva a cabo principalmente en el primer nivel de atención, la presente investigación evaluó la aptitud clínica del Médico de primer nivel de atención, ante la vigilancia prenatal, utilizando el instrumento de aptitud clínica validado por el MF. Luis Antonio Mejía Ayala, el cual incluye cuatro patologías de trascendencia en el embarazo, importantes por su frecuencia o su gravedad como son: Diabetes gestacional, hipertensión, infección de vías urinarias y cervicovaginitis, todas abordadas desde el enfoque de riesgo y de la salud familiar.

En la revisión bibliográfica efectuada para la realización de esta investigación no se encontró ningún instrumento que evalué de manera global la aptitud clínica del Médico de primer nivel de atención en la vigilancia prenatal. Los estudios que abordan la vigilancia prenatal, evalúan solo algunas patologías específicas que se presenta con frecuencia en la mujer embarazada, como el sangrado de la segunda mitad del embarazo y la diabetes gestacional y otros estudios relacionados fueron realizados en residentes de ginecoobstetricia. (8, 10,13)

Ya que no se encontraron investigaciones que evaluaran la aptitud clínica en vigilancia prenatal, se tomarán como referencia para esta discusión, las investigaciones realizadas en médicos de primer nivel de atención en la consulta externa en otras patologías, como son la aptitud clínica en Diabetes Mellitus, atención de niños menores de 5 años con infección de vías respiratorias y funcionalidad familiar entre otras. (9, 11, 14,15)

La aptitud clínica sobre vigilancia prenatal alcanzada por los médicos en la presente investigación fue semejante a la reportada en la aptitud clínica del médico familiar en Infección de vías respiratorias en menores de 5 años realizada en la UMF No 1 de Sonora en el 2005, quienes reportan aptitud clínica media en el 53%, avanzada en 21% y baja en el 25%. (15)

Es importante resaltar que la aptitud clínica en control prenatal de los médicos de la UMF 222 fueron superiores que los reportados en el estudio realizado en Guadalajara en el año 2006, el cual evalúa 12 patologías frecuentes en el primer nivel de atención, entre ellas, tres casos de ginecoobstetricia, reportan la aptitud clínica como sigue: intermedia 13.8%, incipiente 70%, muy incipiente 15% y propia del profano 0.4%. (12)

La investigación que evaluó la aptitud clínica en Diabetes Gestacional, en Guadalajara en el año 2008 reportan en primer lugar la aptitud clínica explicable por el azar en 48%, muy baja en 38%, baja 10% y media en 2.3%. (8)

Las diferencias encontradas se deben probablemente a que las actividades de educación médica continua en la UMF 222 se desarrollan con la estrategia promotora de la participación, ya que como lo describen diversos estudios de investigación educativa, las estrategias educativas que arrojan mejores resultados son aquellas donde se promueve la participación activa del médico, y se propicia la discusión de casos clínicos reales problematizados; ya que se requiere hacer una reflexión crítica y emitir argumentos sólidos, elaborados a través de contrastar la experiencia previa con las fuentes bibliográficas consultadas. A diferencia de la estrategia tradicional donde se encuentra un profesor exponiendo un tema apoyado con diapositivas, y el alumno es un sujeto pasivo, y pocas veces se le da la oportunidad de hacer una reflexión crítica. (1)

En la bibliografía revisada se encontró que la Aptitud clínica mejora en la primera década de la actividad laboral, disminuyendo a la mitad de la misma y volviendo a incrementar después de los veinte años de actividad laboral. (8, 15)

Lo anterior concuerda con los resultados de la presente investigación en la que la aptitud clínica avanzada se incrementó después de los 5 años de experiencia laboral en 6%, en las siguientes décadas permaneció sin cambios significativos; mientras que la aptitud clínica regular disminuyó de manera progresiva a partir del quinto año de experiencia, teniendo un repunte en los 20 años. La aptitud clínica incipiente se mantuvo estable durante todos los años de actividad laboral en porcentajes de 2 a 4%.

Existe diferencia entre la aptitud clínica alcanzada por los médicos especialistas en medicina familiar y los médicos generales, un estudio realizado en médicos de primer nivel de atención ante pacientes con diabetes gestacional, la mediana en la aptitud clínica en los especialistas de medicina familiar fue de 24 y en los médicos generales de 19. (8)

En el presente estudio también se encontró diferencia significativa en base a la formación académica, ya que los médicos con especialidad en medicina familiar tuvieron aptitud clínica Avanzada en el 50% en contraste con los médicos generales que obtuvieron el 11% y los médicos con otra especialidad 0%. Ningún médico especialista en medicina familiar mostró aptitud clínica incipiente, a diferencia de los médicos generales quienes el 33% mostraron aptitud clínica

incipiente y los médicos con otra especialidad se encontraron con aptitud clínica regular 100%.

La diferencia en la aptitud clínica en cuanto al género, un estudio de diabetes gestacional mostró que fue superior la aptitud clínica en los médicos con una media de 24 a diferencia de las médicas en quienes la mediana fue de 19.5. (8)

Sin embargo en el presente estudio la diferencia fue a favor de las médicas quienes mostraron una aptitud clínica avanzada en el 50% en contraste con el 2% de los hombres.

CONCLUSIONES.

La Aptitud Clínica global de control prenatal del médico del primer nivel de atención se encuentra entre Regular y Avanzada en el 87% de los casos e incipiente en el 13%

En el presente estudio no se encontró ningún médico con aptitud clínica Muy Avanzada, Muy Incipiente ni Explicable al azar.

La media de la aptitud clínica alcanzada fue regular, por arriba de lo reportado en la bibliografía la cual se encuentra predominantemente en baja y muy baja.

Los Médicos Especialistas en Medicina Familiar mostraron una aptitud clínica avanzada en 50% en contraste con el 11% de los médicos generales y 0% de los médicos con otra especialidad.

Los Médicos Especialistas en Medicina Familiar mostraron una aptitud clínica regular en 50% en contraste con el 55% de los médicos generales y 100% de los médicos con otra especialidad.

Los Médicos generales mostraron una aptitud clínica incipiente en el 33%.

No se encontró Aptitud Clínica Incipiente en vigilancia prenatal en los médicos especialistas en Medicina Familiar, lo que apoya la importancia de realizar la especialidad, ya que mejora la capacidad crítica, resolutive y por consiguiente la aptitud clínica.

La diferencia en los resultados encontrados, probablemente se deba a que en la UMF No 222 las actividades básicas de educación continua se llevan a cabo mediante la estrategia promotora de la participación, sin embargo, no se han llevado a cabo investigaciones para evaluar las estrategias educativas en vigilancia prenatal.

La Aptitud clínica mejora después de los 5 años de práctica profesional lo que concuerda con el desarrollo de la experiencia clínica.

Se observo en la bibliografía que se encuentra mejor aptitud clínica en médicos de sustitución que de base. (8)

En nuestro estudio no hay diferencia significativa en cuanto al tipo de contratación en la aptitud clínica regular, pero la aptitud clínica avanzada

predomina en los médicos de base; la aptitud clínica incipiente predomina en los médicos de sustitución de un 10 a 25%.

Se observó diferencia significativa en la Aptitud Clínica de control prenatal de acuerdo al sexo, predominando la Avanzada en el sexo femenino en relación de 5 a 1.

En el bienestar materno-fetal influyen tanto la Aptitud Clínica del Medico de primer nivel de atención, así como la responsabilidad de la paciente para acudir en forma temprana y oportuna tanto a su control prenatal, como a revisión cuando presenta patología concomitante con el embarazo

SUGERENCIAS.

La educación orientada a reflexionar acerca de qué, cómo, porqué y para qué de las actividades clínicas, al valor de los alcances y limitaciones conducirá a una práctica distinta de cuestionamiento en forma problematizada e inquisitiva, debatiendo el conocimiento establecido en busca de alternativas de superación.

Bajo el enfoque aquí desarrollado, los resultados de la evaluación del Médico de primer nivel pueden ser una fuente importante para la reflexión, la autocrítica y la autoevaluación del médico, además de ser indicios para el departamento de educación e investigación en salud en torno a fortalezas y debilidades del programa académico, lo cual facilita la selección de contenidos y aportar los elementos necesarios para determinar las actividades clínicas que son indispensables de fortalecer.

La aplicación de instrumentos o revisión de casos clínicos problematizados representa la oportunidad de diseñar un sistema que brinde al médico de primer nivel de atención una vía más compatible, sistemática y, por ende, eficiente que permita elevar la calidad de atención en vigilancia prenatal, ésta necesidad lleva implícito el compromiso médico, dado que la competencia clínica es una actividad compleja que comprende un conjunto de atributos multidimensionales, utilizando la educación médica continua como tendencia donde se desarrolle la capacidad de reflexión (crítica) de manera preponderante, además de la supervisión del quehacer médico cotidiano.

La perspectiva de la reflexión crítica abre la posibilidad de incidir profundamente en el Médico para que perfeccione su práctica médica, pensando siempre en la mejor actuación posible, pero sobre todo en la protección de la paciente, dando principal importancia al enfoque de la crítica de la experiencia donde el médico participe en la crítica de su propio conocimiento.

Una estrategia para mejorar la calidad de la atención del binomio materno fetal en el primer nivel, ha sido la evaluación de la Aptitud Clínica de los Médicos de primer nivel de atención, con el fin de tener un punto de partida hacia donde enfocar los esfuerzos o las actividades de educación médica continua.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Mortera Sánchez LI, et al, Comparación de dos estrategias educativas en relación con la insuficiencia renal crónica. *Med Int Mex* Enero-Febrero 2007; 23 (1): 19-25.
2. Alarid H, Irigoyen A. *Fundamentos de Medicina Familiar*. Ediciones Medicina Familiar Mexicana 1ª. Edición 1982. Pág. 150, 166, 170, 198.
3. González G. N, Médicos del primer nivel de atención. *Reforma y Recursos Humanos en México*, UAEM, *Rev. Cubana Salud Pública* 2006; 32(2):171-7. Moreno A. et al, Control Prenatal en el medio rural. *Rev. Fac. Med. UNAM*; 51(5) Septiembre-Octubre 2008:188-192.
4. Moreno A. et al, Control Prenatal en el medio rural. *Rev. Fac. Med. UNAM*; 51(5) Septiembre-Octubre 2008:188-192.
5. Chris Powell, Asesor comunicación, Salud de la familia y la Comunidad, OMS, Ginebra, www.who.int/mediacentre/news/ralesas/2003/pr77/es/print.html.
6. Montesano-Delfin, JR et. al, Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. *Rev. Med. Instituto Mex Seguro Social* 2009; 47(1):109-16.
7. Velasco-Murillo V., et. al, Mortalidad materna en el IMSS: un análisis desde la perspectiva de la mortalidad y la letalidad. *Cirugía y Cirujanos* 2006; 74(1):21-26.
8. Cabrera CE, et. al, Aptitud clínica del médico familiar ante pacientes con diabetes gestacional. *ISSN 0300-9041* 76 (2), febrero 2008: 97-106.
9. López del Castillo Sánchez D. Reynoso Arenas MP, et. al, Aptitud clínica de un grupo de médicos familiares mexicanos ante las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Archivos en Medicina Familiar*, 2008; 10 (1):21-35.
10. Veloz-Martínez MG, et. al, Aptitud clínica de médicos residentes en el tratamiento de sangrados en la segunda mitad del embarazo. *Rev. De Medicina Familiar, IMSS* 2007, 45 (5): 459-62.
11. Gómez López VM, et. al, Diabetes Mellitus: Aptitud clínica del médico de atención primaria. *Educación médica* 2006; 9(1): 35-39.
12. Cabrera-Privaral CE, et. al, Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. *Salud Mental: Julio- Agosto* 2006: 29 (4): 40-46.
13. Cortés Flores R. et. al, Medición de la aptitud clínica en ginecoobstetricia durante la residencia. *Medicina Universitaria*. Julio-Septiembre: 8 (32): 152-157.
14. Dorado Gaspar, Loria Castellanos, et. al, Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. *Red de Revista Científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal, Archivos de Medicina Familiar*, Septiembre-Diciembre 8 (003): 169-174.
15. García-Mangas JA, Viniestra-Velázquez L, et. al, Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43 (6): 465-472.

16. Bronfman-Pertzovsky MN, et. al, Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Pública de México; Noviembre- Diciembre 2003; 45 (6):445-454.
17. Trejo y Pérez JA, et. al, Guía clínica para la atención prenatal. Salud Positiva. Capitulo 6; 43-54.
18. Herruzo A. Situación actual de la mortalidad maternal e infantil. Evolución del modelo español: 1-16.
19. Martínez-Ojeda M, et. al, Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45(3):249-254.
20. Villarreal Ríos E, et. al, Costo de la atención prenatal: Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Chil Obstet Ginecol 2007, 72(5): 298-303.
21. Miranda-Del-Olmo H, et. al, Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. Rev. Médica del Hospital General de México S.S.; Enero- Marzo 2003; 66 (1) 22-28.
22. Valdés Dacal S, et. al, Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28 (2): 84-88.
23. Rodríguez Pino M, et. al, Enfermedad Hipertensiva Gravídica: algunas consideraciones sobre su influencia en los indicadores de morbimortalidad perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 199; 25 (2): 108-113.
24. Ciudad-Reynaud A, Infecciones vaginales por Cándida: Diagnóstico y Tratamiento. Simposio; Rev Per Ginecol Obstet. Julio- Septiembre 2007; 53 (3): 159-166.
25. Rivero M, et. al, La diabetes gestacional es un marcador pronóstico independiente de resultados perinatales. <revista Médica del Nordeste, Marzo 2004; 5: 6-11.
26. Soler Huerta E, et. al, Confiabilidad de un instrumento para evaluar la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar: Enero-Abril 2005; 7 (1): 14-17.
27. Díaz Romero R, et. al, Validación de un instrumento para evaluar la adherencia terapéutica en diabéticas durante el embarazo. Perinatol Reprod Hum 2004; 18 (4): 217-224.
28. Briones Garduño JC, et. al, Estrategias para reducir la mortalidad materna Hospitalaria en el Estado de México. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva; Enero-Marzo 2009; XXIII (1): 16-24.
29. Sayrols M. UNICEF México, www.unicef.org/mexico. msayrol@unicef.org
30. López M. et. al, Objetivos de Desarrollo del Milenio y mortalidad materna. Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad. Retos acciones y compromisos 2004. Pág. 122.
31. Rodríguez Martín J. et. al, Consentimiento informado. <http://www.intermedicina.com/Avances/Cirugia/ACI14.htm>

32. Declaración de Helsinki de la Asociación Medical Mundial. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos, <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/helsink.htm>
33. Mejía Ayala LA, Instrumento de medición para evaluar aptitud clínica del Médico Familiar en la atención prenatal.

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

Lugar y Fecha TOLUCA, MÉXICO JUNIO DE 2010

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN VIGILANCIA PRENATAL, EN LA UMF 222 DEL IMSS, TOLUCA ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE JUNIO 2010.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

DETERMINAR LA APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN VIGILANCIA PRENATAL, EN LA UMF 222 DEL IMSS, TOLUCA ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE JUNIO DE 2010.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

CONTESTAR UN INSTRUMENTO QUE MIDE LA APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA ATENCION PRENATAL

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:
NO HAY RIESGOS EN ESTE ESTUDIO, ADEMÁS DE QUE LOS RESULTADOS SON CONFIDENCIALES.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Si así lo deseo, puedo de igual manera solicitar mi resultado en forma confidencial, con el investigador, con la finalidad de reforzar mi aptitud clínica en áreas que así lo ameriten de acuerdo a los resultados.

Nombre y firma del Médico de primer nivel de atención participante.

Dra. Dolores Griselda Tapia Díaz Matrícula 10446303

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable:

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

TELEFONO CELULAR 7223 50 83 17.

Testigos

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TITULO TRABAJO INVESTIGACION: "APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN VIGILANCIA PRENATAL, EN LA UMF 222 DEL IMSS, TOLUCA ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE JUNIO DE 2010."

NÚM. PROGRES.	GÉNERO	FORMACIÓN ACADÉMICA	TIPO DE CONTRATACIÓN	ANTIGÜEDAD LABORAL	APTITUD CLÍNICA					
					1	2	3	4	5	6
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										

1- Propia del profano, explicada al azar. 2 –Muy incipiente, 3 – Incipiente, 4 – Intermedia, 5 – Avanzada
6 - Muy avanzada.

Toluca, Edo. de México a 7 de mayo de 2010.

ASUNTO: SOLICITUD.

DR.M.F. LUIS ANTONIO MEJÍA AYALA.

DIRECTOR UMF. NÚM. 244. IMSS.

TOLUCA EDO. DE MÉXICO.

Por medio de la presente solicito a Usted tenga a bien autorizarme, el uso del instrumento que elaboró para la evaluación de la "**Aptitud clínica del Médico Familiar en atención prenatal**", ya que actualmente curso la Especialidad de Medicina Familiar, modalidad Semipresencial y que tengo interés en aplicar dicho instrumento en mi unidad de adscripción, UMF No. 222, con la finalidad de realizar mi Protocolo de Estudio para Obtener el Diploma correspondiente. Me comprometo a no hacer mal uso del mismo y de compartir los resultados de dicha investigación con el área médica.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano, la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

DRA. D. GRISELDA TAPIA DÍAZ. RIII M.F.

Recibido
7 MAYO 2010
Dr. Mejía A.

Toluca, Edo. de México a 14 de mayo de 2010.

ASUNTO: RESPUESTA A SOLICITUD.

DRA. DOLORES GRISELDA TAPIA DIAZ.

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

MODALIDAD SEMIPRESENCIAL.

TOLUCA EDO. DE MÉXICO.

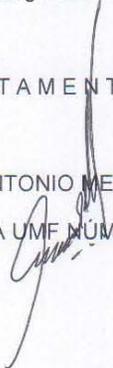
En respuesta a la petición de utilizar el Instrumento que evalúa "Aptitud clínica del Médico Familiar en atención prenatal", con las características de ser construido y validado en ésta población, lo cual favorece la evaluación correspondiente; le otorgo mi firma de aceptación y autorización solicitada, sabiendo que es para beneficio de continuar con la línea de investigación y con ello se va a favorecer tanto el cumplimiento de la realización de su protocolo de estudio, como el continuar con la línea de investigación correspondiente beneficiando también en un futuro a la población derechohabiente, fortaleciendo las debilidades que se pudieran encontrar en el Médico de primer nivel de atención.

Esperando le sea de utilidad, y cualquier información adicional que requiera del mismo, me lo haga saber para poder otorgársela.

ATENTAMENTE

M.F. DR. LUIS ANTONIO MEJÍA AYALA.

DIRECTOR DE LA UMF NÚM. 244 IMSS.



ANEXO 5.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EVALUAR

“APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA

ATENCIÓN PRENATAL”.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada caso. Utilice la hoja de respuestas anexa para anotar sus respuestas según considere: "F" si considera que el enunciado es falso, "V" si considera que es verdadero y "NS" si no lo sabe o lo desconoce.

Verdadero: (V) cuando considere que la respuesta propuesta es cierta con respecto a: un hallazgo en el paciente que apoya el diagnóstico, un diagnóstico que se fundamenta suficientemente en el cuadro clínico descrito, una medida benéfica para el paciente, un estudio indicado en el manejo del paciente, una complicación inminente o una medida que tiene preferencia sobre otras para la mejor evolución del paciente.

Falsa (F): Cuando considere que la respuesta propuesta es equivocada en relación con un hallazgo en el paciente que no apoya un diagnóstico, un diagnóstico que no se fundamenta suficientemente en el cuadro clínico descrito, una medida que puede ser inconveniente para el paciente, un estudio no indicado en el manejo del paciente, una complicación poco probable o una medida que es secundaria con respecto a otras para mejorar la evolución del paciente.

Tome en cuenta las palabras clave de los enunciados guía que en este instrumento tiene exclusivamente el significado que a continuación se menciona:

FACTOR DE RIESGO: Se refiere a la existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales del paciente, que sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable su aparición o que este se agrave.

A FAVOR: (Indicios Clínicos) Presencia de un dato clínico, de laboratorio o gabinete que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión.

CARACTERÍSTICO: (Interpretación pruebas de diagnóstico) Presencia de un hecho o fenómeno ampliamente demostrado de manera tal que su ocurrencia debe hacer pensar en dicha asociación.

COMPATIBLE: (Integración diagnóstica) Se refiere al hecho de que los elementos de un caso clínico concuerdan con la entidad nosológica propuesta como diagnóstico.

ÚTIL: (Selección de prueba diagnóstica) Hace referencia a ciertos procedimientos o medidas de diagnóstico que presentan claramente más beneficios (precisión diagnóstica) que perjuicios (molestias innecesarias) en la situación clínica descrita.

APROPIADO: (Medidas terapéuticas) Hace referencia a ciertas medidas o recomendaciones terapéuticas que son más efectivas en la situación clínica descrita, con escasos efectos indeseables y claros beneficios inmediatos potenciales.

OPORTUNO: (Medidas preventivas) Se refiere a recomendaciones preventivas o de cuidado, para mejorar la condición de salud general del paciente.

CASO CLÍNICO No. 1

Alicia de 28 años de edad, en unión libre, ama de casa, católica, estudió la preparatoria. Madre hipertensa con crisis recurrentes de depresión. Su pareja, fuma más de veinte cigarrillos al día, con una pareja sexual y es contador. Familia nuclear simple, del tipo urbana, no pobre. Antecedentes gineco obstétricos menarca 11 años, con ciclos de 30 x 8, inicio de vida sexual activa a los 22 años, con una pareja sexual. Gesta II Para I. Con fecha de última menstruación 12 de Mayo y fecha de último parto: hace 4 años, con producto de 2,400 grs., actualmente acude al kinder, sano. Posteriormente al parto uso Dispositivo Intrauterino por tres años y medio, retirado hace 6 meses. No se ha realizado papanicolau ni exploración de glándula mamaria desde hace cuatro años.

Acude hoy a consulta (14 de Julio) refiriendo decaimiento y fatiga de más de dos semanas de evolución, posteriormente inicia con mastalgia, náuseas, y cefalea frontal, opresiva, sin predominio de horario durante la última semana, sin cambio de intensidad, se incrementa con las preocupaciones, y sin alivio hasta ahora. Niega pérdidas transvaginales, solo ligero prurito ocasional con leucorrea

constante y no grumoso. Con Prueba Inmunológica de Embarazo positiva del 7 Julio.

Peso actual de 63 kilos, hace 2 meses pesó 61 kilos, talla 1.53 metros, Tensión Arterial 100/60 sentada y Tensión Arterial acostada de 110/70, frecuencia cardiaca 68 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto y temperatura de 36.8°C.

A la exploración física: Tranquila, consciente, orientada, mamas simétricas, turgentes, sin alteraciones en piel, sin nodulaciones, crecimientos o enrojecimiento, areola hiperpigmentada con presencia de corpúsculos de Montgomery, pezón sin secreción, sin presencia de ganglios axilares o cervicales. Con ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, campos pulmonares limpios, con movimientos respiratorios simétricos. Abdomen blando, depresible sin dolor, línea morena, peristaltismo dentro de la normalidad, sin megalias. En miembros inferiores sin edema, con reflejos osteotendinosos presentes y normales, fuerza muscular +++++, con venas dilatadas, tortuosas en ambos miembros, de la rodilla hacia abajo y con llenado capilar de 3 segundos.

Resultados de laboratorio del 11 de Julio:

Hemoglobina 12.3 g/dL, Hematocrito 37.2%, Plaquetas 330×10^3 , VDRL Negativo, Grupo Sanguíneo O Positivo, Glucosa 100 mg/dl, EGO: Leucocitos 2-5 por campo. Y negativo: sangre, proteínas, bilirrubina y glucosa.

I.- Son **factores de riesgo obstétrico** para Alicia:

1. La edad.
2. Madre con trastorno del humor.
3. La forma de unión con su pareja.
4. Su Estatura.
5. La cantidad de cigarrillos que fuma el esposo.
6. Edad de presentación de menarca.
7. Edad de inicio de vida sexual activa.
8. Número de parejas sexuales.
9. Intervalo intergenésico.
10. El número de hijos vivos.
11. Peso del primer hijo.
12. El índice de masa corporal.
13. El grado de escolaridad.
14. Su grupo sanguíneo.
15. El tipo de Rh.

II.- Son **factores de riesgo**, para cervicovaginitis en Alicia:

16. El número de embarazo.
17. Su ocupación.
18. El tiempo de uso del Dispositivo intrauterino.

III.- Son **factores de riesgo** para Crisis Familiar Normativa, en la familia de Alicia:

19. La fase familiar en que se encuentra.
20. Por su clasificación demográfica.
21. Por su ocupación.
22. La religión que profesa.
23. Por el nivel de pobreza.
24. Su estado de gravidez.

IV.- Son datos clínicos **a favor** de Embarazo, que presenta Alicia:

25. Sensación en mamas.
26. La localización de la cefalea.
27. El tipo de dolor de cabeza.
28. La coloración de la areola.
29. Las características de las venas en miembros inferiores.
30. Presencia de glándulas sebáceas en mamas.

V.- Son diagnósticos **compatibles** para Alicia:

31. Embarazo de 9 semanas de gestación.
32. Infección de vías urinarias bajas.
33. Sobrepeso.
34. Varices de mediano calibre en miembros inferiores.

VI.- Son resultados **característicos** de embarazo normoevolutivo de esta paciente, en el primer trimestre.

35. El nivel de Hemoglobina.
36. La cantidad de plaquetas.
37. El resultado de la prueba de detección para sífilis.
38. La cantidad de proteína en orina.

VII.- Son pruebas diagnósticas **útiles** para Alicia, en el segundo trimestre del embarazo.

39. Glucosa.
40. Ultrasonografía.
41. Solicitar depuración de Creatinina.
42. Solicitar Examen general de orina.

VIII.- Son medidas terapéuticas **apropiadas** para Alicia:

43. Dieta restringida en aceite de olivo.
44. Excluir naranjas de la dieta.
45. Tomar diariamente 3.5 litros de agua.
46. Realizar caminata diaria por 30 minutos con vigilancia de la frecuencia cardiaca máxima hasta 98 latidos por minuto.
47. Elevación de miembros pélvicos cada 8 horas por 15 minutos.
48. Evitar práctica de relaciones sexuales.
49. Iniciar con 200 mgs, de sulfato ferroso por día, vía oral.
50. Continuar con Acido Fólico 10 mgs. cada 24 hrs. vía oral.
51. Iniciar Pentoxifilina 400 mgs. cada 8 hrs. vía oral por 10 días.

IX - Son medidas preventivas **oportunas** para Alicia:

52. Vigilar que la Tensión Arterial Media se mantenga como hasta ahora.
53. Solicitar glucosa central en segundo trimestre.
54. Identificar reacciones medicamentosas de sulfato ferroso.

CASO CLÍNICO No. 2

Cristina de 26 años de edad. Casada, ama de casa, sedentaria, escolaridad secundaria completa. Vive con su padre, que es obeso de 2º grado, su hijo y su pareja de 30 años, chofer, alcohólico llegando a la embriaguez cada 15 días. Cristina con antecedente de padecer faringitis crónicas e infección de vías urinarias frecuentes, mínimo de 2 a 3 eventos por año. Apendicectomía no complicada a los 15 años. Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca a los 13 años, inicio de vida sexual activa a los 18 años, con Gesta II Cesárea I, indicada por producto transverso y preeclampsia leve, se obtiene producto masculino de 2,900 gramos, actualmente de 5 años y sano. Fecha de última menstruación 23 de Septiembre. Método anticonceptivo: preservativos ocasionalmente. Detección Oportuna de Cáncer de Mama hace 10 meses con reporte que menciona mamas

simétricas, sin alteraciones en piel, sin nodulaciones, crecimientos o enrojecimiento, pezón sin secreción, no se evidencian presencia de ganglios axilares o cervicales. Nunca se ha realizado papanicolau.

Acude a consulta en forma espontánea el 25 de Abril, con agitación, sudoración, y aprensiva. Fuera de citas programadas de control prenatal. Refiere iniciar hace 5 días con cefalea de leve intensidad, continua y frontal, además edema en miembros inferiores, dos días después se agrega náusea llegando al vómito en dos ocasiones y ayer se agrega disuria terminal que se acompaña con tenesmo vesical; acúfenos y visión borrosa.

Talla de 1.68 metros, peso antes del embarazo 96 kilos, Peso actual 110 kilos, Temperatura 37.0 °C, Promedio de tensión arterial en los últimos tres meses de 100/70, hoy 140/90 sentada, Frecuencia Cardiaca: 82 por minuto y Frecuencia Respiratoria: 22 por minuto.

A la exploración física: Inquieta, consciente, orientada en tres esferas, con ruidos cardiacos rítmicos sin agregados de fuerte intensidad, campos pulmonares limpios, sin fenómenos agregados, con movimientos respiratorios simétricos, abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo, con dorso hacia la izquierda, presentación cefálica. Altura de Fondo Uterino de 26 cm. Con movimientos fetales presentes y con Frecuencia Cardiaca Fetal rítmica de buena intensidad de 140 por minuto. Giordano positivo derecho, rebote negativo, miembros inferiores con edema +/++++, con pulsos pedio y poplíteo presentes, fuerza muscular +++++/++++ y sensibilidad normal. Con reflejo rotuliano aumentado ++/++++.

Laboratorios a la semana 6 de embarazo:

Glucosa: 87mg/dl., Colesterol 177 mg/dl., Hemoglobina 13.2 g/dL, Hematocrito 37.9%, Plaquetas 268 x 10³, VDRL Negativo. Examen General de Orina: Células +, Bacterias: Escasas y Negativo: Leucocitos, Proteínas, Bilirrubina, Glucosa y Sangre.

Examen general de Orina actual: Células +, Bacterias ++, Leucocitos 10 cel/uL, Proteínas 30 mg/dL, y resto negativo.

I.- Son **factores de riesgo** para que Cristina desarrolle preeclampsia:

55. La edad.
56. Su ocupación
57. Antecedente familiar de malnutrición de padre.
58. Forma de beber del esposo.
59. El antecedente quirúrgico.
60. La edad de inicio de menstruación.
61. La edad del inicio de vida sexual activa.
62. Enfermedad hipertensiva en el embarazo previo.
63. El haber tenido producto masculino en embarazo anterior.
64. Periodo intergenésico.
65. Las semanas de gestación.
66. El índice de masa corporal previo al embarazo.

II.- Son **factores de riesgo** para Infección de Vías Urinarias para Cristina:

67. Su sexo.
68. Semanas que cursa con embarazo.
69. Su ocupación.
70. El tipo de control anticonceptivo que usa.

III.- Son **factores de riesgo** para depresión para Cristina:

71. Sexo.
72. Forma de consumir alcohol del esposo.
73. Antecedente quirúrgico.
74. Embarazo actual.
75. Índice de masa corporal.

IV.- Son datos clínicos **a favor** de preeclampsia en Cristina.

76. La periodicidad de la cefalea.
77. Retención de líquido en miembros inferiores.
78. La sensación auditiva que refiere.
79. La calidad de la visión.
80. La fuerza muscular que presenta la paciente.
81. La intensidad de respuesta del reflejo rotuliano.

V.- Son diagnósticos **compatibles** para Cristina:

- 82. Embarazo de 31 Semanas de Gestación.
- 83. Embarazo normoevolutivo.
- 84. Preeclampsia leve.
- 85. Enfermedad ácido péptica.
- 86. Infección de vías urinarias recurrente.

VI.- Son resultados **característicos** en embarazo asociado a preeclampsia leve en esta paciente:

- 87. La cifra de tensión arterial actual.
- 88. La cantidad de proteína en orina.
- 89. La cantidad de sangre en orina.

VII.- Son pruebas diagnósticas **útiles** para Cristina:

- 90. Ultrasonografía en este momento.
- 91. Solicitar tiempos de protrombina.
- 92. Solicitar Alanina transaminasa.
- 93. Solicitar Ácido Úrico.
- 94. Solicitar depuración de Creatinina.
- 95. Solicita nueva cuantificación plaquetaria.

VIII.- Son medidas terapéuticas **apropiadas** para Cristina:

- 96. Incluir Té de Manzanilla en todos los alimentos.
- 97. Ejercicio anaeróbico diario por 20 minutos.
- 98. Iniciar nifedipino 30mgs sublingual dosis única.
- 99. Enviar a segundo nivel hospitalario a consulta externa.
- 100. Iniciar con sulfato de magnesio 6 gramos diluidos en 100ml intravenosos en 20 minutos.
- 101. Interrupción de embarazo ahora.
- 102. Iniciar Furosemide 40mgs. una tableta cada 12 horas, vía oral.
- 103. Iniciar con Captopril de 25 mgs. una tableta cada 12 horas vía oral.

IX- Son medidas preventivas **oportunas** para Cristina:

- 104. Solicitar examen de mama en el puerperio inmediato.
- 105. Evaluación en puerperio inmediato de cifras tensionales.
- 106. Recomendar bajar de peso ahora.
- 107. Realizar exploración de fondo de ojo.

CASO CLÍNICO No. 3

Sonia de 34 años de edad. En unión libre con su actual pareja, no terminó la secundaria y es empleada de intendencia. Antecedentes familiares, con madre diabética de 20 años de evolución en control con insulina intermedia, desde hace 5 años con ceguera unilateral por oftalmopatía diabética. Con familia nuclear simple, de tipo urbano y con pobreza grado III. Vive con hijo y esposo comerciante, proveedor, periférico, que fuma hasta 10 cigarrillos por día, con sobrepeso. Se comunican de manera desplazada. Antecedente quirúrgico por quiste de ovario, no canceroso hace 7 años. Antecedentes Gineco Obstétricos: menarca 12 años. Gesta II, Cesárea I. Fecha de última menstruación 3 de Abril. Último parto hace 4 años con producto masculino que peso 4,500grs. de término, sin patología perinatal. Con todas sus inmunizaciones de acuerdo a su edad, sano y acude al kinder. Sonia fumaba hasta antes del embarazo 5 cigarrillos diarios. Sin antecedente de examen de mama ni papanicolau en los últimos cinco años. Se les aplica el Instrumento de Apgar familiar, obteniendo 3 puntos, con deficiencia en crecimiento y afecto.

El 5 de Julio acude a control prenatal programado, a su tercera cita. Refiere debilidad de 2 semanas de evolución, que ha ido incrementando paulatinamente, además hace una semana se agregan náuseas, sin llegar al vómito de predominio matutino y sin tratamiento aparente.

Talla: 1.55 metros, peso antes de embarazo 78 kilos, peso actual: 80 kilos, Tensión Arterial sentada: 110/70 y acostada 110/72, frecuencia cardiaca: 80 por minuto y frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Temperatura de 36.5° C.

A la exploración física se encontró tranquila, consciente, orientada, cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, campos pulmonares limpios, sin fenómenos agregados, con movimientos respiratorios simétricos, abdomen con útero gestante con 9 cm. de fondo uterino. Aún no percibe movimientos fetales y con frecuencia cardiaca fetal rítmica, sin agregados, de buena intensidad con 150 latidos x minuto con Doppler. Miembros inferiores con edema tibial +/+++ bilateral, con fuerza muscular de ++++ y sensibilidad presente. Llenado capilar de 3 segundos.

Con laboratorios del 19 de Junio: Glucosa 183 mg/dL, Hemoglobina 14.9 g/dL, hematocrito 43.1%, Plaquetas 185 x 10³, VDRL: Negativo. Examen general de orina: Glucosa en orina 500 mg/dL, Leucocitos 70 cel/uL. Negativo: Proteínas, Bilirrubina y Sangre.

Glucosa periférica el 05 de Julio de 162 mg/dl.

I.- Son **factores de riesgo**, para desarrollar diabetes gestacional en la paciente:

- 108. Su edad.
- 109. Enfermedades de la Madre.
- 110. Edad de inicio de menstruación.
- 111. Número de embarazos previos.
- 112. El peso del producto previo al nacer.
- 113. Intervalo intergenésico.
- 114. Nivel socioeconómico.
- 115. El nivel de índice de masa corporal, previo al embarazo.

II.- Son **factores de riesgo** para disfunción familiar, en la familia de Sonia:

- 116. La forma de comunicarse.
- 117. El tipo de afecto que refiere.
- 118. La forma de fumar del esposo.
- 119. El actual embarazo.
- 120. La centralidad del esposo.
- 121. La triangulación existente.

III.- Son datos clínicos **a favor** de diabetes gestacional en Sonia:

- 122. La necesidad imperiosa del vómito.
- 123. La localización del edema.

IV.- Son diagnósticos **compatibles** para Sonia:

- 124. Embarazo de 13 Semanas de Gestación.
- 125. Diabetes gestacional.
- 126. Desnutrición Materna.
- 127. Obesidad de Primer grado.

V.- Son pruebas diagnósticas **útiles** para Sonia:

- 128. Urocultivo.
- 129. Ultrasonografía.
- 130. Solicitar tiempos de protrombina.
- 131. Solicitar gama-glutamil transferasa.
- 132. Aplicar Test de Hamilton.

VI.- Son resultados **característicos** de diabetes gestacional, en esta paciente:

- 133. El número de leucocitos en el Examen General de Orina.
- 134. El resultado de la glucosa central.
- 135. El nivel de glucosa en Orina.
- 136. El número de proteínas en el Examen General de Orina.
- 137. El resultado de la glucosa periférica.

VII.- Son medidas terapéuticas **apropiadas** para Sonia:

- 138. Dieta con 40-45% de carbohidratos por día.
- 139. Favorecer en la dieta de 20 a 35 gramos por día de fibra.
- 140. Calcular las proteínas al día en 0.8 g/Kg con peso pre gestacional + 10 gramos.
- 141. Aumentar el consumo de vísceras.
- 142. Otorgar incapacidad ahora.
- 143. Incluir en dieta jugo de naranja dulce, 2 vasos diarios.
- 144. No practicar relaciones sexuales.
- 145. Continuar con 400 miligramos de sulfato ferroso por día.
- 146. Iniciar con Glibenclamida 5 miligramos cada 12 horas vía oral.
- 147. Otorgar Paracetamol 500 miligramos una tableta cada 8 horas vía oral.
- 148. Iniciar con dosis de Metformina de 425mgs cada 12 horas vía oral.
- 149. Solicitar interconsulta a Nutrición.
- 150. Mantener glucosa en ayunas menor o igual de 105 mg/dl (plasmática).
- 151. Mantener glucosa dos horas después de comer menor o igual 120 mg/dl (capilar).

VIII.- Son medidas preventivas **oportunas** para Sonia:

- 152. Ofrecerle un método anticonceptivo hormonal oral.
- 153. Mantener Tensión Arterial Media en 110.
- 154. Realizar envío urgente a psiquiatría.
- 155. En caso de utilizar insulina a dosis terapéutica y no obtener un adecuado control, realizar envío a segundo nivel.
- 156. Lograr, en el control; un valor de hemoglobina glucosilada lo mas cercano al 7%.
- 157. Hidratarse con crema de almendras dulces la piel del abdomen.

CASO CLÍNICO No 4.

Araceli de 18 años de edad. Casada, estudiante de preparatoria, sedentaria, niega toxicomanías y alergias. Niega antecedentes personales patológicos. Con familia extensa ascendente, con pobreza grado I. Vive desde hace un año con su esposo de 28 años de edad, alcohólico llegando a la embriaguez cada 15 días y tabaquismo positivo más de una cajetilla al día, comerciante, con matrimonio anterior sin hijos y antecedente de varias parejas sexuales. Antecedentes Gineco-obstétricos menarca 13 años, inicio de vida sexual activa a los 16 años, con 2 parejas sexuales, Gesta I, Fecha de Ultima Menstruación: 2 de Noviembre. Utiliza como método de planificación familiar preservativo ocasionalmente.

Hoy 18 de Julio, refiere malestar general relacionado con astenia y adinamia de más de 8 días de evolución, hace tres días inicia con prurito en área genital, flujo vaginal amarillento el cual ha ido incrementando en cantidad con presentación de predominio matutino, espumoso; hoy se agrega fetidez, náuseas, poliaquiuria y disuria de 24 horas de evolución. Dispareunia, que inicia hace cuatro días y ha continuado hasta ahora.

Talla: 1.52 metros, peso antes de embarazo 55 kilos, peso actual: 67 kilos, Tensión Arterial sentada: 110/70 y acostada 110/76, frecuencia cardiaca: 70 por minuto y frecuencia respiratoria: 20 por minuto. Temperatura de 36.8° C.

A la exploración física: tranquila, consciente, con palidez de tegumentos +/-+++ y mucosas palpebrales y labiales ++/+++ , abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo, dorso hacia la izquierda, presentación cefálica, encajado. Altura de Fondo Uterino de 28 cm. Movimientos fetales presentes y con Frecuencia Cardiaca Fetal rítmica de buena intensidad de 140 x minuto. Especuloscopia vaginal, se observa en pared vaginal flujo amarillento, fétido, espumoso, igualmente en fondo de saco, en cérvix se aprecia inflamación, mucosidad, hiperemia local irritativa y sensibilidad aumentada, así como secreción vaginal visible en labios, que es espumosa y espesa, con irritación en labios y vagina, con huellas de rascado y laceraciones mínimas. Miembros inferiores sin edema, con pulsos pedio y poplíteo presentes, fuerza muscular de +/+++ , buen llenado capilar y reflejos osteotendinosos normales.

Laboratorios Prenatales: Tomados en la semana 8 de embarazo: Glucosa 67mg/dl, Hemoglobina 11.6 mg/dl, Hematocrito 33%, Triglicéridos 140mg/dl, Colesterol 184mg/dl. VDRL Negativo, Grupo y Rh: O+ y Examen general de orina: Leucocitos 0-1 por campo. Eritrocitos, Bacterias, Nitritos, Proteínas, Bilirrubina, Cetonas y Glucosa: Negativo

I.- Son **factores de riesgo**, para vaginitis por Trichomona Vaginalis en la paciente:

- 158. El grado de escolaridad.
- 159. El número de embarazo
- 160. El número de parejas sexuales del esposo.
- 161. Su ocupación.

II.- Son **factores de riesgo** para Crisis Familiar Paranormativa, en la familia de Araceli:

- 162. La etapa familiar en que se encuentra.
- 163. Por la forma de tomar bebidas alcohólicas de su esposo.
- 164. Por cursar con embarazo.
- 165. Por enfermedades que curso en la infancia.

III.- Son datos clínicos **a favor** de Vaginitis causada por Trichomona Vaginalis en esta paciente:

- 166. La frecuencia de micción al día.
- 167. El escozor vaginal.
- 168. Palidez de piel y mucosas.
- 169. La sensación en la relación sexual.
- 170. Característica del olor de la secreción vaginal.
- 171. Las características de la secreción vaginal.
- 172. La coloración de la pared vaginal.
- 173. El tipo de sensación en región cervical.
- 174. El tipo de lesión en vagina.
- 175. Las características de acumulación de líquido en miembros pélvicos.
- 176. El tipo de respuesta de los reflejos osteotendinosos.

IV.- Son diagnósticos **compatibles** para Sonia:

- 177. Embarazo de 37 Semanas de Gestación.
- 178. Embarazo mas vaginitis por Trichomona Vaginalis.
- 179. Desnutrición Materna.
- 180. Obesidad de Primer grado.
- 181. Anemia.

V.- Son pruebas diagnósticas **útiles** para Sonia:

- 182. Solicitar Urocultivo.
- 183. Solicitar Examen general de orina.

184. Solicitar papanicolau ahora.
185. Realizar Exudado vaginal.
186. Realizar a la paciente Apgar familiar.
187. Realizar a la paciente el instrumento de Espejel.

VI.- Son resultados **característicos** en embarazo asociado con Vaginitis causada por Trichomona Vaginalis, en la paciente:

188. Nivel de glucosa en sangre.
189. Identificación directa al microscopio del protozoario.

VII.- Son medidas terapéuticas **apropiadas** para Sonia:

190. Recomendar el uso de ropa interior de lycra.
191. No practicar relaciones sexuales.
192. Iniciar con Paracetamol 500 mgs. cada 8 hrs. vía oral.
193. Iniciar con Metronidazol óvulos de 500mgs, uno cada 24 horas por diez días.
194. Iniciar con Metronidazol 2 grs. dosis única vía oral.
195. Dar tratamiento a la pareja Metronidazol 500mgs 1 tableta cada 12 horas por 10 días vía oral.
196. Continuar con Ácido Fólico 5 mgs. cada 24 hrs. vía oral.

VIII- Son medidas preventivas **oportunas** para Sonia:

197. Sugerirle un método anticonceptivo definitivo.
198. Indicar uso de preservativo en relaciones sexuales siguientes.
199. Solicitar Ultrasonido obstétrico de urgencia.
200. Orientar para atención de puerperio mediato, programando cita en 7 días posparto.
201. Solicitar biometría de control posparto.

CASO CLINICO No. 5

Hilda de 36 años de edad. Casada, ama de casa, sedentaria, escolaridad hasta primero de Preparatoria. Con familia nuclear numerosa del tipo rural y pobre tipo II. Vive con su esposo sano, obrero y sus 4 hijos, el mayor con edad de 15 años estudiante. Antecedentes gineco-obstétricos Menarca a los 12 años, inicio de vida sexual activa a los 16 años. Una pareja sexual, número de Gestas VII, Partos IV y Abortos II. Fecha de última menstruación 16 de Octubre. Último parto hace tres años, femenina, con peso de 4,100 grs. Métodos anticonceptivos hormonales inyectables durante 4 años, posteriormente tres años con preservativos. Último papanicolau hace año y medio, reportado con proceso inflamatorio leve y como hallazgos adicionales bacterias no especificadas.

Acude a consulta hoy 25 de Junio; refiriendo polaquiuria de 4 días de evolución, al siguiente día se agrega urgencia urinaria y disuria terminal que se intensifica paulatinamente; a partir de ayer se agrega tenesmo vesical e hipertermia no cuantificada así como orina de color amarillo oscuro, fétida y con sedimento urinario. Sin pérdidas de líquidos transvaginales.

Talla de 1.57 metros, peso antes del embarazo 61 kilos, peso actual 72 kilos, temperatura 37.0 °C, Tensión Arterial de 110/70 sentada y 110/80 acostada, frecuencia cardiaca: 72 por minuto y frecuencia respiratoria: 18 por minuto.

A la exploración física: Tranquila, consciente, con ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, campos pulmonares limpios, sin fenómenos agregados, con movimientos respiratorios simétricos, abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo, con dorso hacia la izquierda, presentación cefálica, encajado. Altura de Fondo Uterino de 31 cm. Movimientos fetales presentes y con Frecuencia Cardiaca Fetal rítmica de buena intensidad de 150 x minuto. Dolor a la presión en fosas iliacas bilaterales, Giordanos negativos bilaterales, miembros inferiores sin edema, fuerza muscular ++++ y sensibilidad presente. Reflejos osteotendinosos normales.

Resultados de Laboratorio actuales:

Glucosa: 89 mg/dl, Hemoglobina 13 mg/dl, Hematocrito: 37%, VDRL: Negativo, Grupo y Rh: O Positivo. Examen General de Orina: Eritrocitos 8-10 x campo, Leucocitos: Incontables, Bacterias +++, Fosfatos: +++, Oxalato de calcio +++, Presencia de Nitritos, Proteínas, Bilirrubina, Cetonas y Glucosa: Negativo.

I.- Son **factores de riesgo**, para Infección de Vías Urinarias Bajas en la paciente:

- 202. Su sexo.
- 203. Su grado de escolaridad.
- 204. El trimestre que cursa de su embarazo.
- 205. La edad de inicio de vida sexual.
- 206. El antecedente de abortos previos.
- 207. El peso del producto previo al nacer.
- 208. Desnutrición in Útero.

II.- Son **factores de riesgo** para Crisis Familiar Normativa, para la familia de Hilda:

- 209. La fase familiar en que se encuentra.
- 210. Por su clasificación demográfica.
- 211. Por su ocupación.

III.- Son datos clínicos **a favor** de Infección de Vías Urinarias Bajas asociadas a embarazo en Hilda:

- 212. La frecuencia de micción al día.
- 213. La sensación al terminar de orinar.
- 214. La característica de la necesidad de orinar.
- 215. El último método anticonceptivo.
- 216. El olor de la orina.
- 217. El color de la orina.
- 218. Las características de acumulación de líquido en miembros pélvicos.

IV.- Son diagnósticos **compatibles** para Hilda:

- 219. Embarazo de 36 Semanas de Gestación.
- 220. Embarazo Normoevolutivo.
- 221. Infección de Vías Urinarias Bajas.
- 222. Obesidad de Segundo grado.

V.- Son pruebas diagnósticas **útiles** para Hilda:

- 223. Urocultivo.
- 224. Ultrasonografía.
- 225. Nuevo examen General de Orina en dos semanas.

VI.- Son resultados **característicos** en embarazo asociado a Infección de Vías Urinarias bajas, en Hilda:

- 226. El número de leucocitos en el Examen General de Orina.
- 227. El nivel de glucosa en Orina.
- 228. El número de bacterias en el Examen General de Orina.
- 229. El nivel de glucosa en sangre.

VII.- Son medidas terapéuticas **apropiadas** para Hilda:

- 230. Recomendar ácido ascórbico a 4-12 gramos, vía oral en tres dosis.
- 231. Incluir en dieta limón.
- 232. Tomar diariamente 2.5 litros de agua.
- 233. Ejercicio en bicicleta diario por 30 minutos.
- 234. Recomendar el uso de ropa interior de algodón.
- 235. Iniciar con Paracetamol 500 miligramos, cada 8 horas, vía oral.
- 236. Iniciar con Trimetoprima con Sulfametoxazol 160/800miligramos cada 12 horas, vía oral.
- 237. Continuar con Acido Fólico 5 miligramos, cada 24 horas, vía oral.

VIII.- Son medidas preventivas **oportunas** para Hilda:

- 238. Ofrecerle un método anticonceptivo no definitivo.
- 239. Solicitar Papanicolau posterior al parto.
- 240. Aplicar dosis de vacuna antitetánica. (34)