



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 249  
TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO**

**ACCIONES DEL MEDICO FAMILIAR QUE REALIZA ACERCA DE  
LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, EN LA UMF 249  
SANTIAGO TLAXOMULCO DEL IMSS DE LA CIUDAD DE  
TOLUCA DE LERDO, MEXICO, FEBRERO 2013**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. JANET MATA JIMENEZ**

**TLAXOMULCO, EDO. DE MEXICO**

**2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

"ACCIONES QUE EL MEDICO FAMILIAR REALIZA ACERCA DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO, EN LA UMF 249 SANTIAGO TLAXOMULCO DEL IMSS DE LA CIUDAD DE TOLUCA DE LERDO, MEXICO, FEBRERO 2013".

PRESENTA  
M.C. JANET MATA JIMENEZ

**AUTORIZACIONES:**



**DRA. ZITA MARÍA DE LOURDES REZA GARAY**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR UMF 249 SANTIAGO TLAXOMULCO.



**DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E  
INVESTIGACION EN SALUD  
IMSS. TOLUCA



**DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E  
INVESTIGACION EN SALUD  
ASESOR DE TESIS

ACCIONES DEL MEDICO FAMILIAR QUE REALIZA ACERCA DE  
LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, EN LA UMF 249  
SANTIAGO TLAXOMULCO DEL IMSS DE LA CIUDAD DE TOLUCA  
DE LERDO, MEXICO, FEBRERO 2013

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

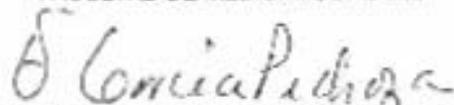
PRESENTA

DRA. JANET MATA JIMENEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

	<b>INDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>1</b>	<b>Marco teórico</b>	<b>3</b>
<b>1.1</b>	<b>MEDICINA FAMILIAR</b>	<b>3</b>
<b>1.1.1</b>	<b>FUNDAMENTOS CIENTIFICOS DE LA MEDICINA FAMILIAR</b>	<b>3</b>
<b>1.1.2</b>	<b>UBICACIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR EN EL ÁMBITO DE LAS ESPECIALIDADES</b>	<b>4</b>
<b>1.1.3</b>	<b>PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR</b>	<b>4</b>
<b>1.2</b>	<b>DEFINICIONES EMBARAZO</b>	<b>5</b>
<b>1.2.1</b>	<b>CONTROL PRENATAL.</b>	<b>6</b>
<b>1.3</b>	<b>AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO:</b>	<b>9</b>
<b>1.3.1</b>	<b>ETIOLOGIA:</b>	<b>9</b>
<b>1.3.2</b>	<b>FISIOPATOLOGÍA:</b>	<b>10</b>
<b>1.3.3</b>	<b>DIAGNÓSTICO:</b>	<b>11</b>
<b>1.3.4</b>	<b>CONDUCTA A SEGUIR:</b>	<b>12</b>
<b>1.4</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
<b>1.4.1</b>	<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>14</b>
<b>1.5</b>	<b>JUSTIFICACIÓN:</b>	<b>15</b>
<b>1.6</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>1.6.1</b>	<b>OBJETIVO GENERAL:</b>	<b>16</b>
<b>1.7</b>	<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO</b>	<b>16</b>
<b>2.</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO:</b>	<b>17</b>

<b>2.2</b>	<b>POBLACION, LUGAR Y TIEMPO</b>	<b>17</b>
<b>2.3</b>	<b>TIPO DE MUESTREO:</b>	<b>17</b>
<b>2.3.1</b>	<b>TAMAÑO DE LA MUESTRA:</b>	<b>17</b>
<b>2.4</b>	<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN:</b>	<b>17</b>
<b>2.5</b>	<b>Definición conceptual y operativa de las variables</b>	<b>18</b>
<b>2.5.1</b>	<b>OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES</b>	<b>18</b>
<b>2.6</b>	<b>PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS</b>	<b>19</b>
<b>2.7</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>21</b>
<b>2.8</b>	<b>DESARROLLO DEL PROYECTO:</b>	<b>22</b>
<b>2.8</b>	<b>ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS</b>	<b>23</b>
<b>3.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>24</b>
<b>4.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>38</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>39</b>
<b>6.</b>	<b>REFERENCIAS</b>	<b>40</b>
<b>7.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>41</b>

## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1 MEDICINA FAMILIAR**

Los orígenes de la Medicina Familiar en México pueden remontarse hasta el año 1953 cuando la medicina general se encontraba en una etapa de pobre organización, los médicos tenían poco conocimiento de los problemas de sus pacientes y por lo tanto se abusaba de la visita domiciliaria, ante esta situación un grupo de médicos que laboraban en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, Nuevo Laredo y Tamaulipas) planteo la posibilidad de estructurar un sistema de atención médico familiar e inicio un ensayo dirigido a valorar su propuesta, en 1954 el IMSS inició un trabajo denominado "el médico de la familia" basado en la experiencia obtenida; en este año el IMSS aprueba el sistema médico familiar en dos clínicas del Distrito Federal. En 1974 la Facultad de Medicina de la UNAM, reconoció a la Medicina Familiar como especialidad, y en 1975 el Consejo de la Facultad de Medicina de la UNAM crea, el primer departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica.<sup>1</sup>

#### **1.1.1 FUNDAMENTOS CIENTIFICOS DE LA MEDICINA FAMILIAR**

La Medicina Familiar se afirma como especialidad moderna en su afán por recuperar el personalismo en la actuación médica. Incorpora el progreso científico, certificado por las evidencias de calidad, lo asimila y dirige para llevarlo en lenguaje comprensible hasta el paciente. Lo que más caracteriza de la actuación del médico familiar no son las enfermedades que trata, si no las personas a las que cuida.

Existen 3 pilares filosóficos que son: la atención al individuo y la familia en su medio ambiente, anticipación al riesgo o prevención y seguimiento o continuidad y existen 4 pilares en la medicina familiar que son: atención primaria, educación médica, humanismo medico, y formación de líderes, esos pilares son las bases teóricas filosóficas y al mismo tiempo, el campo preciso de actuación, son las condiciones necesarias para que la práctica llevada a cabo sea, de hecho, verdadera medicina familiar.

La práctica clínica se centra en la persona, no en la enfermedad. El profesional de esta disciplina se identifica como: el médico personal, el médico de cabecera. No había otros recursos para atender al paciente ni la tecnología. Los tiempos mudan el proceso tecnológico evoluciona, pero el espíritu de la medicina de familia permanece y tiene ahora la obligación de volverse explícita.

### **1.1.2 UBICACIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR EN EL ÁMBITO DE LAS ESPECIALIDADES:**

De manera habitual las diferentes especialidades médicas se caracterizan por tener un objetivo de estudio delimitado, ya sea por la edad o el sexo, los aparatos y sistemas que atienden o por los recursos terapéuticos y diagnósticos que utilizan; a diferencia la medicina familia quien tiene como objeto de estudio el núcleo familiar.

Lo que distingue a la medicina familiar de la especialidades lineales y hace diferente su práctica son los fundamentos y principios que los sostiene.

Se cataloga a la medicina familiar como una disciplina que proporciona atención medica a través de una orientación preventiva, que a diferencia de otras especialidades utiliza una visión amplia e integradora de los eventos. Basada primordialmente en el trato continuo con el individuo-familia, circunstancia que le brinda la posibilidad de intervenir en cada etapa de la historia natural de la enfermedad, además de atender y controlar con oportunidad una gran diversidad de padecimientos por intermediación de la interconsulta que pudiera realizar con los expertos.

Es el médico familiar el contacto, con excelencia clínica y destreza, para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor), es experto en la atención continua intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias además de los grupos poblacionales con y sin factores de riesgo, con amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexo, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de integrar las ciencias biológicas, conductas psicológicas y sociales (medicina integral) además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación, (medicina integrada), intercesor y abogado del paciente (gerente de los recursos de salud) con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones posibles y costo-efectivas, capaz de resolver el 95% de los problemas (desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos).

### **1.1.3 PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR**

El médico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesional de la salud, que prestaran sus servicios cuando sea necesario.

Es competente para resolver y proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural,

socioeconómica y psicológica. En definitiva se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

Se establecen cinco grandes áreas de práctica profesional del médico de familia que son las siguientes:

1. Área de atención al individuo
2. Área de atención de la familia
3. Área de atención de la comunidad
4. Área de docencia e investigación
5. Área de apoyo, en la que se incluyen varias subáreas de la práctica del médico de familia que, en mayor o menor grado, están formando parte de su actividad diaria, individualmente o en coordinación con otros profesionales, como son el trabajo en equipo, los sistemas de registro e información, la gestión de recursos y administración sanitaria y, por último, la garantía de calidad.<sup>2</sup>

## 1.2 DEFINICIONES EMBARAZO

En el ámbito de la salud existen diferentes formas para conceptualizar el término de embarazo:

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993), embarazo normal es ***“el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término”***.<sup>3</sup>

En el año 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), definió al embarazo como parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del blastocito (nidación) en el endometrio y termina con el parto.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que inicia cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero atravesando el endometrio e invadiendo el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo (entre los días 12 a 16 después la fecundación).

En la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación ó 38 semanas a partir del día de la fecundación, lo que equivale a 9 meses.<sup>4</sup>

Embarazo de alto riesgo: es aquel que tiene la certeza o la probabilidad de desarrollar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, aumentando los peligros para la salud de la madre y del producto.<sup>5</sup>

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, la edad gestacional se define como: **“la duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio y se expresa en semanas y días completos”**. También se menciona como la duración del embarazo, calculada a partir de la fecha de última menstruación confiable, sin uso de metodología anticonceptiva tres meses previos a la concepción y expresada en semanas y días.<sup>6</sup>

Parto con producto prematuro: Se define como **“la expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación”**.<sup>3</sup>

Recién nacido prematuro: **“Es el producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos”**.<sup>3</sup>

Recién nacido con bajo peso: Se refiere **“al producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional”**.<sup>3</sup>

### 1.2.1 CONTROL PRENATAL.

La atención prenatal es el seguimiento periódico de la mujer embarazada y la debe realizar un médico o personal calificado para ello (enfermera especializada, enfermera general, auxiliar de salud o partera), quien deberá diferenciar el embarazo de bajo y alto riesgo. Cuando esto se realiza con calidad se tiene una enorme contribución a la salud materna y por ende familiar.<sup>5</sup>

Sin embargo las **Guías de Práctica Clínica** para medicina familiar, definen el control prenatal como **“conjunto de acciones en secuencia; las dos primeras consultas obligadamente serán llevadas a cabo por el médico familiar y las subsecuentes por el médico familiar en el riesgo intermedio o la enfermera materno infantil para riesgo bajo; la asignación la hará el médico familiar en función de la determinación de la magnitud del riesgo obstétrico. La vigilancia tomará en cuenta los aspectos de diagnóstico, tratamiento, preventivo y educativo”**.<sup>7</sup>

La Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información de salud, define:

Consulta de primera vez, a la atención otorgada a una persona, por personal de salud, cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado en la unidad.

Consulta subsecuente, a la otorgada a una persona, por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta en la unidad.<sup>8</sup>

De acuerdo al Lineamiento Técnico Médico para la atención obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio del IMSS, la vigilancia prenatal, en medicina familiar estará dirigida a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como a la prevención, detección y tratamiento de las enfermedades más frecuentes y relevantes, preexistentes e intercurrentes en el embarazo como: anemia, infecciones urinarias, cervicovaginales, preeclampsia-eclampsia, las complicaciones hemorrágicas de origen obstétrico y retraso del crecimiento intrauterino.<sup>6</sup>

De acuerdo al Manual de Atención, Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros, del Recién Nacido Sano, se persigue:

- Fomentar el autocuidado y la nutrición perinatal.
- Promover la lactancia materna y el alojamiento conjunto.
- Detectar las enfermedades preexistentes y las complicaciones durante el embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Fomentar la detección de los defectos al nacimiento.
- Proporcionar orientación-consejería para la anticoncepción postevento obstétrico.
- Promover la vacunación antitetánica.
- Fomentar la atención del parto institucional.
- Limitar la operación cesárea a casos médicamente indicados.
- Promover la erradicación de la violencia hacia la mujer.
- Promover la participación activa del varón en la crianza del hijo o hija.

La atención prenatal debe ser:

- Oportuna: debe iniciarse antes de la 12<sup>a</sup> semana de gestación, incluso desde la sospecha de embarazo para la identificación temprana de factores de riesgo.
- Periódica: porque favorecerá el seguimiento del embarazo de bajo riesgo o normal.

Debiéndose promover y proporcionar 5 consultas según la NOM-007-SSA2-1993, la:

- 1<sup>a</sup> durante el primer trimestre, las subsecuentes se efectuarán:
- 2<sup>a</sup> entre la semana 22 y 24 de gestación
- 3<sup>a</sup> entre la semana 27 y 29 de gestación
- 4<sup>a</sup> entre la semana 33 y 35 de gestación
- 5<sup>a</sup> en la semana 38 de gestación

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

Cuando se trate de embarazos de alto riesgo, las consultas se ajustarán de acuerdo a la aparición de complicaciones y el factor de riesgo en cada caso en particular, o cuando el médico lo considere necesario.

De acuerdo al Lineamiento Técnico Médico para la atención obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio del IMSS, se otorgaran las consultas cada mes durante los primeros 7 meses, cada 15 días durante el octavo mes y cada 7 días durante el noveno mes. Dicha periodicidad deberá modificarse cuando existan factores de riesgo o complicaciones que ameriten que la vigilancia se haga con mayor frecuencia, en cuyo caso se registraran los datos clínicos y valorara la calificación del riesgo obstétrico en el expediente clínico electrónico.<sup>6</sup>

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal como lo marca la **NOM-007-SSA2-1993** y **Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología del Instituto Nacional de Perinatología**, son:

1. Elaboración de la historia clínica: que incluya interrogatorio y exploración general con particular interés en los antecedentes Ginecoobstetricos, el padecimiento actual, exploración de glándulas mamarias, abdomen y genitales externos e internos.
2. Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
3. Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración.
4. Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.
5. Valoración del riesgo obstétrico.
6. Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
7. Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo.
8. Determinación del grupo sanguíneo.
9. Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.
10. Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
11. Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.
12. Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).
13. Aplicación de dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.
14. Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada.
15. Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.

16. Promoción de la lactancia materna exclusiva.
17. Promoción y orientación sobre planificación familiar.
18. Medidas de auto cuidado de la salud.
19. Establecimiento del diagnóstico integral.

La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Dicho carnet se utilizará como documento de referencia y contrareferencia institucional. <sup>1</sup>

### **1.3 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO:**

Se considera como tal la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración, acompañada de modificaciones cervicales antes de las 37 semanas completas de embarazo. <sup>9</sup>

En el año de 1972 la OMS definió el parto pretérmino como aquel que se produce antes de la semana 37 semanas de la gestación, o antes de los 259 días contados a partir del primer día de la última regla. <sup>10</sup>

Es el cuadro caracterizado por la presencia de contracciones uterinas con frecuencia e intensidad superiores a los patrones normales para cada edad gestacional, capaces de ocasionar modificaciones cervicales. Se considera anomalía de la duración del embarazo cuando el parto se produce fuera del límite Considerado fisiológico para la duración de la gestación (37 a 41 semanas). <sup>11</sup>

Para el propósito de este trabajo se utilizará la definición de amenaza de parto pretérmino según la OMS criterio considerado por el autor L. Cabero Roura.

Las complicaciones de la prematuridad, constituyen la causa del 70% de la mortalidad de recién nacidos y lactantes sin anomalías.-

El Parto Prematuro puede dividirse en:

1. Parto Prematuro Espontáneo: 75%
2. Parto Prematuro Inducido: 20 a 30%

#### **1.3.1 ETIOLOGIA:**

Las principales causas de acortamiento de la duración del embarazo, se encuentran fuertemente asociadas con los factores preexistentes antes del

embarazo y con factores que se desarrollan durante el embarazo. Las causas principales son las mencionadas en la siguiente tabla:

**TIPO DE VARIABLES ASOCIADAS EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO:**

<b>PREEXISTENTES:</b>	<b>DESARROLLADAS DURANTE EL EMBARAZO</b>
Clase social baja	Embarazo múltiple
Analfabetismo o escolaridad insuficiente	Hipertensión arterial en la madre
Madre soltera	Proteinuria
Edad menor de 18 y mayor de 35 años	Acortamiento del cérvix
Largas jornadas laborables	Cervicovaginitis
Estrés psíquico	Infección urinaria
Nulíparas o gran multíparas	Otras infecciones
Talla menor de 1.50m	Hemorragias de la 2ª mitad del embarazo
Peso anterior menor de 45 kg	Hidramnios
Partos anteriores de pretérmino	Ruptura prematura de membrana o corioamnionitis
Intervalos intergenésicos cortos	Tabaquismo
Anomalías uterinas	latrogenias
Contracciones uterinas aumentadas	

Fuente: <sup>2</sup>

**1.3.2 FISIOPATOLOGÍA:**

Integrando una serie de eventos fisiopatológicos a partir de diferentes etiologías, en 1993, Lockwood definió la etiopatogenia del parto pretérmino en forma de cascada, Estos eventos incluyen un aumento factor liberador de corticotropina (FLC), y éste induce la síntesis de receptores de oxitocina y prostanoïdes, que desencadenan la actividad uterina. Por otro lado, mediante la liberación de interleucinas se activa la respuesta de células polimorfonucleares, los cuales inducen la producción de enzimas elastasas que modifican y degradan el colágeno de las membranas corioamnióticas y del cérvix favoreciendo así la ruptura prematura de membranas y el parto prematuro.

También el mejor conocimiento de la esteroidogénesis fetal y placentaria ha permitido entender algunas de las señales que desencadenan el trabajo de parto. En éste sentido la placenta debido a la deficiencia de la enzima 17-hidroxilasa es incapaz de sintetizar estradiol a partir de progesterona, por lo que requiere la participación de las suprarrenales fetales para obtener precursores esteroïdeos, como la dehidroepiandrosterona (DHEA).

El FLC conforme avanza la gestación induce la síntesis de esteroides fetales observándose un incremento de estriol placentario semanas antes del parto. Se ha encontrado elevaciones tempranas de FLC en pacientes con trabajo de parto prematuroespontaneo, preeclampsia-eclampsia y retardo del crecimiento

uterino, además se ha demostrado elevación del FLC en respuesta a la infección, inflamación, hemorragia y estrés. <sup>12</sup>

### 1.3.3 DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico se basa en 3 observaciones fundamentales:

- a) Identificar a las pacientes con riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino
- b) Detección precoz de la sintomatología
- c) Diagnóstico clínico

La identificación de la paciente se relaciona directamente con los factores de riesgo descritos en la etiología; con respecto al diagnóstico clínico, lo podemos dividir en diagnóstico preventivo y diagnóstico de certeza:

- 1) Diagnóstico presuntivo: se establece cuando la paciente presenta contracciones uterinas superiores a los patrones normales después de un período de reposo de 1 hora en decúbito lateral izquierdo, y después del cual las condiciones del cuello son iguales a las del comienzo.
- 2) Diagnóstico de certeza: cuando junto con las contracciones se constata al ingreso o después de la hora de reposo, modificaciones cervicales. <sup>13</sup>

En la clínica pueden estar presentes los siguientes síntomas:

- ✓ dolores abdominales difusos (continuos o esporádicos)
- ✓ dolores en la región suprapúbica (constantes o intermitentes)
- ✓ dolores en la región sacrolumbar
- ✓ contracciones uterinas durante 10 minutos. (con o sin dolor)
- ✓ sensación de presión fetal
- ✓ ruptura prematura de membranas
- ✓ aumento del flujo vaginal (mucoso, espeso o acuoso)

El diagnóstico precoz se basa en 3 factores a saber:

- a) Edad gestacional (entre 20 y 37 semanas completas)
- b) Característica de la contracción uterina: dolorosas, detectables por palpación abdominal, y cuya frecuencia exceden las normales para la edad del embarazo.
- c) Estado del cuello uterino: Posición (intermedio o posterior, ó 1-2 del Score de Bishop); Borramiento (entre 50 y 80% ó E= 2, L=2, del Score de Bishop); Dilatación (hasta 2 cm., más ó igual a 4 cm. ya se considera trabajo de parto); Apoyo de la presentación; Estado de las membranas. La longitud cervical mediante ecografía transvaginal se necesaria. Una longitud cervical menor de 3 cm., tiene un valor predictivo positivo (30 a 50%).

Puede realizarse especuloscopia para visualización del cuello y la maniobra de Tarnier para descartar salida de líquido amniótico.

#### **1.3.4 CONDUCTA A SEGUIR:**

Una vez realizado el diagnóstico se deben tomar conductas generales y establecer un tratamiento a seguir:

##### 1) Conductas generales:

- Internamiento: reposo absoluto
- Control de signos vitales maternos
- Control de vitalidad fetal (Pinard, Doppler, ecografía)
- Control de dinámica uterina: al iniciarse la uteroinhibición parenteral se realizan controles cada 15 ó 30 minutos, hasta uteroinhibir, luego se controla cada 2 horas, hasta las 12 ó 24 horas, según el tiempo que se tardó en uteroinhibir, para cesar el plan y pasar a vía oral.
- Evaluación del tamaño, edad gestacional clínica y ecográficamente.
- Examen clínico general tendiente a identificar patologías causantes.
- Laboratorios: biometría hemática completa; grupo sanguíneo y factor Rh; examen general de orina; urocultivo; exudado vaginal

##### 2) Tratamiento:

Las pacientes seleccionadas para un tratamiento tocolítico son aquellas que no presentan un cuadro infeccioso materno o fetal, no se encuentran en franco trabajo de parto ni existe madurez pulmonar fetal comprobada.

Los agentes tocolíticos son sustancias farmacológicas destinadas a inhibir las contracciones uterinas, se utiliza la valoración del éxito tocolítico según el índice de Baumgarten (puntuación: menor a 4: tratamiento probablemente exitoso, puntuación de 4 a 7: éxito dudoso y más de 7: difícilmente el tratamiento tendrá éxito). Existen fármacos tocolíticos como: agonistas B adrenérgicos, bloqueadores de canales de calcio, sulfato de magnesio, inhibidores de la síntesis de prostaglandinas y antagonistas de la oxitocina. Los fármacos tocolíticos más usados son los B-adrenérgicos agonistas (Isoxuprina, Ritodrine, Orciprenalina, Fenoterol, Terbutalina), que actúan modificando la concentración de  $Ca^{+2}$  intracelular del miometrio, actuando fundamentalmente sobre los receptores B2-adrenergicos, produciendo la relajación del útero grávido. Estos fármacos por vía intravenosa comienzan a tener efecto entre los 5 y 20 minutos. Una vez suspendido el tratamiento, el efecto desaparece entre los 30 y 90 minutos.

## 1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### RAZONAMIENTO:

Algunas de las enfermedades que comúnmente llegan a complicar el embarazo son las infecciones de vías urinarias, cervicovaginitis y amenaza de parto pretérmino, de estas la amenaza de parto pretérmino continúa siendo en la actualidad uno de los mayores problemas de la medicina perinatal. Su incidencia es cada vez mayor y, junto a las malformaciones congénitas, es la principal causa de la morbilidad y/o mortalidad perinatal. Aunque la mejoría de los cuidados perinatales ha servido para aumentar en gran medida la supervivencia de los recién nacidos pretérmino, el costo tanto social como familiar que genera, y el riesgo de secuelas que presenta los que sobreviven, hace que la prevención de la prematuridad sea uno de los retos de la Medicina Familiar.

Las acciones no documentadas en Medicina Familiar ante una mujer embarazada con amenaza de parto pretérmino permiten prestar una atención efectiva y eficiente, identificando factores de riesgo, y así otorgar medidas preventivas o realizar un envío a un segundo nivel de forma oportuna con los conocimientos y habilidades necesarias para prevenir la morbilidad y mortalidad del feto y/o de la madre.

La medicina familiar es una de las especialidades de más reciente creación, y es una base muy importante de los servicios de salud en el primer contacto de atención médica, por lo tanto las acciones del médico familiar son orientadas a los 4 pilares que son prioridad en la paciente embarazada.

Las acciones que realiza el médico familiar ante este tipo de situaciones en la UMF 249 no está evidenciadas por escrito (trabajos de investigación, reportes o informes) esto facilitaría la toma de decisiones en su quehacer día a día de los médicos de familia para identificar los factores de riesgo y evitar las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo e impactar en la disminución de la morbimortalidad del binomio madre producto.

Por las razones expuestas anteriormente se tomó la decisión de realizar este trabajo de investigación en la unidad de medicina familiar 249 Santiago Tlaxomulco, Estado de México. Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación.

#### **1.4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿Cuáles fueron las acciones que realizó el médico familiar acerca de la amenaza de parto pretérmino en la UMF 249 Santiago Tlaxomulco, entre el 01 de Marzo al 30 de Junio del 2013?**

## **1.5 JUSTIFICACIÓN:**

Como se ha descrito anteriormente, la prematurez ha representado un problema de salud pública desde hace siglos, pero en los últimos años es cuando se ha incrementado su incidencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que en 2005 se registraron 12.9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9.6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) se registraron en Africa y Asia, mientras que en Europa y América del Norte se registraron .5 millones en cada caso y para America Latina y el Caribe la tasa de parto prematuro o pretérmino fue de 0.9.

La etiología de la morbilidad materno infantil, es multifactorial, sin embargo se reconocen algunos factores como las infecciones de vías urinarias y la cervicovaginitis, entre otros, cuyo diagnóstico y tratamiento oportuno repercuten básicamente en la orientación y acciones que realiza el médico familiar que intervienen en la disminución de la frecuencia de estos eventos.

Siendo el médico familiar quien debe proporcionar y elevar la calidad de la atención y consigo mismo las acciones en una mujer embarazada resolviendo integralmente un 90% de los padecimientos con enfoque preventivo, aprovechando la oportunidad íntimo con las pacientes embarazadas logrando la confianza y llegando a un término de embarazo saludable, para la NOM 007, el control de embarazo y puerperio es un medio para un diagnóstico y manejo oportuno el cuál debe haber seguimiento a las pacientes identificadas para su vigilancia estrecha, con el fin de evitar una amenaza de parto pretérmino

Debido a lo antes expuesto y en base a las acciones que realiza el médico familiar en una amenaza de parto pretérmino, que influye en la buena atención del control prenatal y prevención de morbimortalidad materno-infantil, se realizara este trabajo de investigación.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL:**

- ❖ Identificar las acciones que realizó el médico familiar acerca de la amenaza de parto pretérmino en la UMF 249 de Santiago Tlaxomulco del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Toluca estado de México del 01 de Marzo al 30 de Junio del 2013.

### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar las acciones acerca de la amenaza de parto pretérmino por los médicos familiares según la edad, el género, turno laboral, antigüedad laboral y contratación laboral del médico.

## **1.7 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Por ser un estudio de tipo descriptivo, no necesita Hipótesis.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

### 2.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Expedientes de las mujeres embarazadas desde la semana 20 a la 37 de gestación con diagnóstico de amenaza de parto adscritas a la UMF 249 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Toluca, Estado de México, durante el periodo marzo-junio del 2013, de ambos turnos de la consulta externa de medicina familiar.

### 2.3 TIPO DE MUESTREO:

Probabilístico, aleatorio por sorteo. Para definir el tamaño muestral se numeraron los expedientes del uno hasta 679, después se hicieron 679 papeles, se colocaron en una urna y se fueron tomando uno por uno hasta completar el tamaño de la muestra.

#### 2.3.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomó como referencia el número total de expedientes de mujeres con embarazo, el número total fue de 679 registradas durante marzo-junio de 2013. Para determinar el tamaño muestral se usó la fórmula para poblaciones menores de 10,000 unidades y se tomó el 90% de nivel de confianza (Z), con un error de 9% (E), y p de .7 y q .3, obteniendo un tamaño muestral de 115 expedientes.

Z= 90% confianza Error o precisión= 9%

P= 0.70      q=0.30

$$n = \frac{\frac{z^2 q}{\varepsilon^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[ \frac{z^2 q}{\varepsilon^2 p} - 1 \right]}$$

Sustituyendo los valores se obtuvo un tamaño de muestra de 115 expedientes

## 2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Todos los expedientes clínicos con diagnóstico de embarazo normal o amenaza de parto pretérmino
- Ambos turnos
- Los 20 consultorios

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Expedientes incompletos en el sistema electrónico.

## 2.5 Definición conceptual y operativa de las variables

- Médico de familia
- Amenaza de parto pretérmino

### 2.5.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR:
EDAD	El periodo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser humano	Estratificación por decenios de edad desde el nacimiento hasta la fecha actual	Independiente cuantitativa	En años de vida
GÉNERO	Conjunto de características fenotípicas de las personas	Clasificar de acuerdo al género de los médicos familiares	Independiente Cualitativa	Masculino Femenino
TURNO	Orden establecido, a quién toca trabajar.	De acuerdo al horario de trabajo	Independiente cualitativa	Matutino Vespertino
ANTIGÜEDAD LABORAL	Conformación de actividad laboral según los años laborados en la misma disciplina	Años de práctica médica de los médicos familiares en el IMSS por quinquenios	Independiente cuantitativa	En años de servicio laboral
TIPO DE CONTRATACION	Documento que especifica el acuerdo entre empresario y trabajador fijando servicios prestados por el empleado a cambio de una retribución (ley general del trabajo)	De acuerdo a la categoría de los médicos del IMSS	Independiente cualitativa	Temporal (08) Base interina (02) Base definitiva (02)
ACCIONES DEL MEDICO FAMILIAR ACERCA DE LA AMENAZA DE PARTO	Evaluación de las acciones realizadas del médico familiar basadas en la Guía de práctica clínica de amenaza de parto pretérmino y en la Norma Oficial mexicana 007	Calificación obtenida en la lista de cotejo basada en las recomendaciones de la Guía de práctica clínica de amenaza de parto pretérmino y en la Norma Oficial Mexicana	Independiente cualitativa	Bueno: mayor a 90% Regular: 60 - 89% Malo: menos de 59%

PRETERMINO		007 de embarazo, parto y puerperio.		
------------	--	-------------------------------------	--	--

## 2.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

Se pidió autorización a la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar 249 de Santiago Tlaxomulco para realizar este protocolo de investigación. También se procedió a solicitar al departamento de ARIMAC el censo total de pacientes embarazadas de 20 a 37 semanas de gestación, así mismo se solicitó el turno y situación laboral del médico, del mes de marzo al mes de junio de 2013.

Una vez que se obtuvo la autorización y mediante una entrevista a los médicos familiares adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 249, se presentó el trabajo de investigación y se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los médicos, así como el llenado de los datos sociodemográficos de los mismos.

Posteriormente se solicitó autorización para tener acceso al expediente electrónico para evaluar el total de expedientes de las pacientes embarazadas que cursaron semanas de gestación de la 20 a la 37, a través de la lista de cotejo para valorar la acciones del médico familiar y así identificar factores de riesgo con relación a la amenaza de parto pretérmino.

Dicha lista de cotejo se estructuró con las recomendaciones de la Guía de práctica clínica de amenaza de parto pretérmino y de la Norma Oficial Mexicana 007 de embarazo, parto y puerperio, las cuáles fueron construidas y validadas por expertos, se tomó en consideración aspectos como: reconocimientos de síntomas tempranos de amenaza de parto pretérmino, signos y síntomas de alarma de cefalea, edema, sangrado transvaginal, infección de vías urinarias, infecciones vaginales, así como riesgo obstétrico, valoración del crecimiento uterino, estado de salud del feto, exámenes de laboratorio y sus resultados, examen general de orina, urocultivo y resultados, tratamiento farmacológico y no farmacológico de infección urinaria e infección vaginal, ultrasonido obstétrico, orientación nutricional, suspensión o prevención

de tabaco y drogas, identificación de factores de riesgo como parto pretérmino anterior, aborto habitual, anormalidades uterinas, incompetencia cervical y ruptura prematuras de membranas, si registró el diagnóstico integral, y si derivó a urgencias de un segundo nivel en caso de contar con criterios de referencia.

Considerando que la Guía Práctica clínica establece los indicadores para definir si la paciente tiene o no signos de alarma (parto pretérmino) sólo se tomaron 28 de éstos parámetros considerando que fueron los de mayor trascendencia o importancia; la calificación que se obtuvo se manejó en porcentajes o tasa de error o acierto. Se decidió dar un calificativo de bueno, regular y malo según el porcentaje obtenido.

Las opciones de respuesta son del tipo si o no.

Para la calificación global del porcentaje de cumplimiento de apego, se tomaron en consideración lo siguiente:

- Puntos cumplidos
- Puntos susceptibles a evaluación
- Con la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{total de puntos cumplidos}}{\text{Total de puntos a evaluar}} \times 100$$

Con el resultado se procedió a evaluar las acciones del médico familiar que realizó acerca de la amenaza de parto pretérmino en base a la Guía de la práctica clínica de la amenaza de parto pretérmino y de la NOM 007, en la unidad de medicina familiar 249 según el porcentaje del cumplimiento se calificó como:

BUENA:	MAYOR AL 90%
REGULAR:	DEL 60 AL 89%
MALA:	MENOR DEL 59%

## 2.7 CRONOGRAMA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 249												
NOMBRE INVESTIGADOR: Janet Mata Jiménez												
PROGRAMADO						ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REAL					
2012-2013		2013-2014		2014-2015			2012-2013		2013-2014		2014-2015	
1º SEMESTRE	2º SEMESTRE	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE		1º SEMESTRE	2º SEMESTRE	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE
							Planteamiento del problema					
						Revisión y análisis de bibliografía						
						Selección Director de Tesis						
						Justificación						
						Formulación de objetivos						
						Material y métodos						
						Resumen del proyecto						
						Presentación del protocolo al CLI						
						Elaboración de correcciones sugeridas por CLI						
						Presentación de correcciones al CLI						
						Recolección de datos						
						Codificación de los datos						
						Análisis estadístico de los datos						
						Elaboración de cuadros y gráficas de los datos						
						Redacción de resultados						
						Redacción de Discusión y Conclusiones						
						Informe Final al CLI						
						Informe Final a la UNAM						
						Difusión de los resultados						
						Redacción del escrito científico						
						Publicación de los resultados						

ELABORO:

Janet Mata Jiménez

## **2.8 DESARROLLO DEL PROYECTO:**

### **RECURSOS MATERIALES:**

- 1000 hojas tamaño carta
- 2 bolígrafos
- 1 lápiz
- 1 computadora PC laptop
- 1 impresora HP Deskjet D 1460 y tóner
- Escáner Epson para el copiado de imágenes
- Sistema operativo Office 2013
- Software SPSS V16

### **RECURSOS HUMANOS:**

- 1 médico residente de medicina familiar

### **RECURSOS FINANCIEROS: (Gastos absorbidos por el investigador).**

- 500 copias \$250.00
- 2 bolígrafos: \$20.00
- 1 lápiz: \$3.00
- 1 calculadora \$ 50.00
- Impresiones: \$ 300.00
- Total: \$ 623.00 pesos MN

## **2.9 ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS:**

Los principios básicos de la ética de investigación están bien establecidos, y fueron considerados en este protocolo de investigación como el código de Núremberg y la declaración de Helsinki.

En el aspecto jurídico este protocolo de investigación será realizado en base a la Ley General de Salud en México en el título segundo, capítulo primero, artículo 17 de “Investigación Sin Riesgo” Estas normas son requeridas debido a que los individuos que participan en el estudio, únicamente aportaron datos a través de la entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales. Esta investigación se realizó con el fin de desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad y calidez de atención del médico familiar hacia las mujeres embarazadas con complicaciones, en este caso basado en la amenaza de parto pretérmino. Al establecimiento, una vez conocidos las carencias en las acciones en la amenaza de parto pretérmino así como medidas de prevención y control de los mismos, tal como lo establece la ley general de salud en el artículo 96.

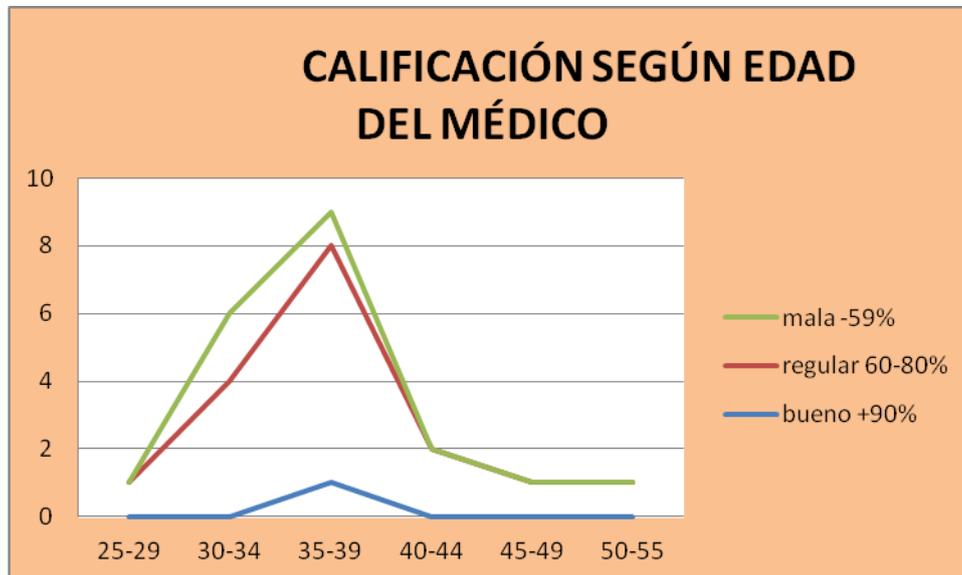
Esta investigación se rige en lo establecido en el artículo 100 en el aspecto relacionado a la investigación en seres humanos debido a que se adaptara a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, ya que su fin es contribuir a mejorar las estrategias de un problema de salud, además de que debido a que está basada en la identificación de las acciones mediante una entrevista, no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto al que se aplica dicho interrogatorio. Se contó con el consentimiento por escrito del sujeto a quien se realizó la entrevista, una vez que fue enterado de los objetivos de la experimentación, se realizó por un profesional de salud como lo es un médico general residente en una institución médica, bajo la vigilancia de autoridades sanitarias como lo es la unidad de medicina familiar 249.

### 3. RESULTADOS

Se revisaron 115 expedientes electrónicos de mujeres embarazadas derechohabientes de la semana 20 a la 37 de gestación y se aplicó un cuestionario a los 20 médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 249 Santiago Tlaxomulco, de ambos turnos, obteniéndose los siguientes resultados:

Al asociar las variables acciones que realiza el médico familiar acerca de la amenaza de parto pretérmino y la edad, los resultados obtenidos fueron como muestra la gráfica. En general, la edad no influye y no es fundamental para la toma de decisiones ante la situación de amenaza de parto pretérmino.

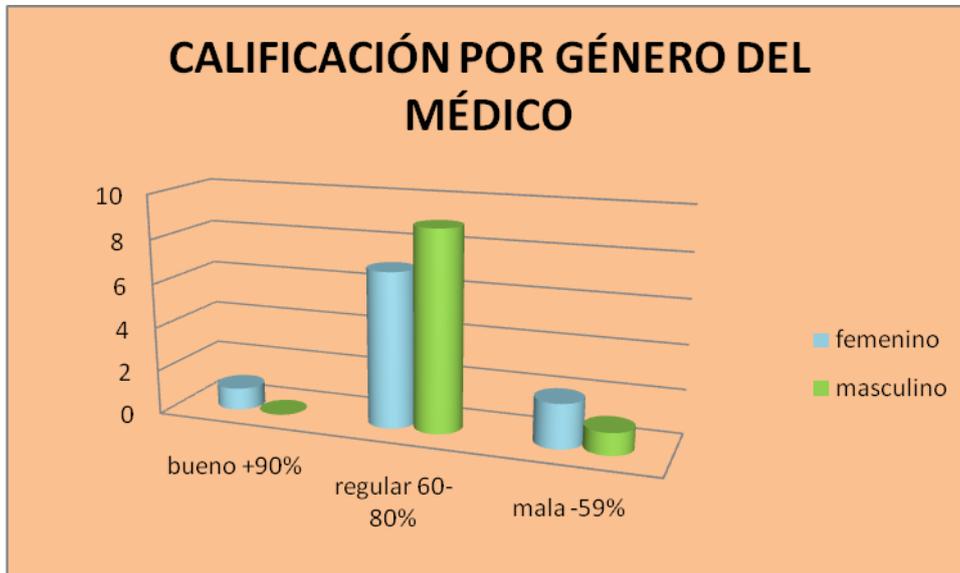
**Gráfica 1.** Calificación según la edad del médico



FUENTE: RESULTADO DE LA LISTA DE COTEJO

De los médicos participantes con el 70% del sexo femenino realizó acciones de forma regular y el resto (30%), entre bueno y malo. El sexo masculino el 90% lo realiza en forma regular y el resto entre bueno y malo.

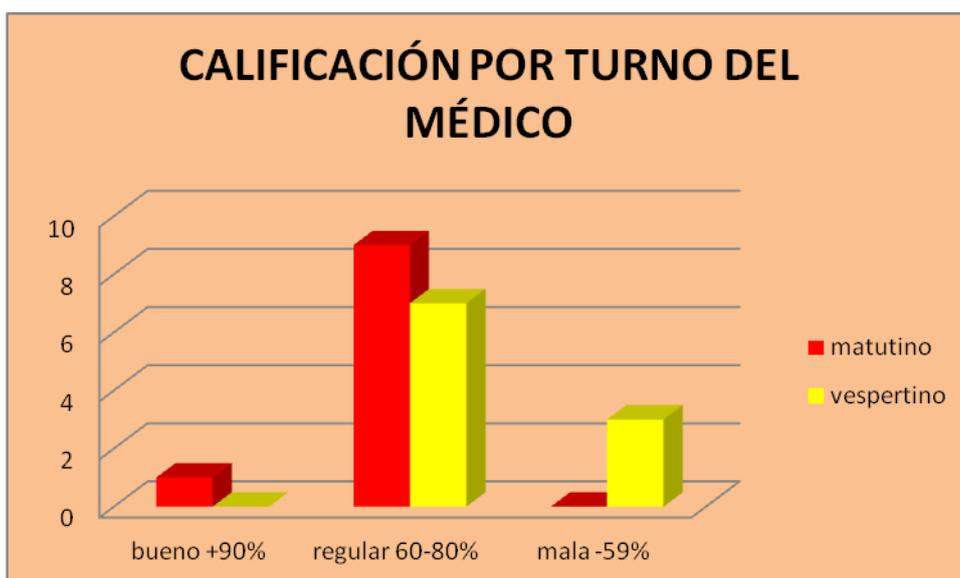
**Gráfica 2.** Calificación según el género del médico.



FUENTE: RESULTADO DE LA LISTA DE COTEJO

El registro de las acciones que realiza el médico familiar acerca de la amenaza de parto pretérmino en cuanto al turno, el vespertino salió con más alto porcentaje entre regular y malo, se observa que en el turno matutino sólo 1 médico registró adecuadamente las acciones antes mencionadas, y el resto lo realiza de forma regular.

**Gráfica 3.** Calificación de acuerdo al turno del médico.



FUENTE: RESULTADO DE LA LISTA DE COTEJO

En cuanto a los años laborables el registro de acciones el 80% es de forma regular, y así se mantiene a lo largo de los años de servicio y se destaca que un médico con 10 años laborales realiza el registro de las acciones satisfactoriamente.

**Gráfica 4.** Calificación según años laborales del médico.



FUENTE: RESULTADO DE LA LISTA DE COTEJO

De acuerdo al tipo de contrato, 11 de los médicos que son definitivos realizan sus registros de forma regular como se puede apreciar en la siguiente gráfica:

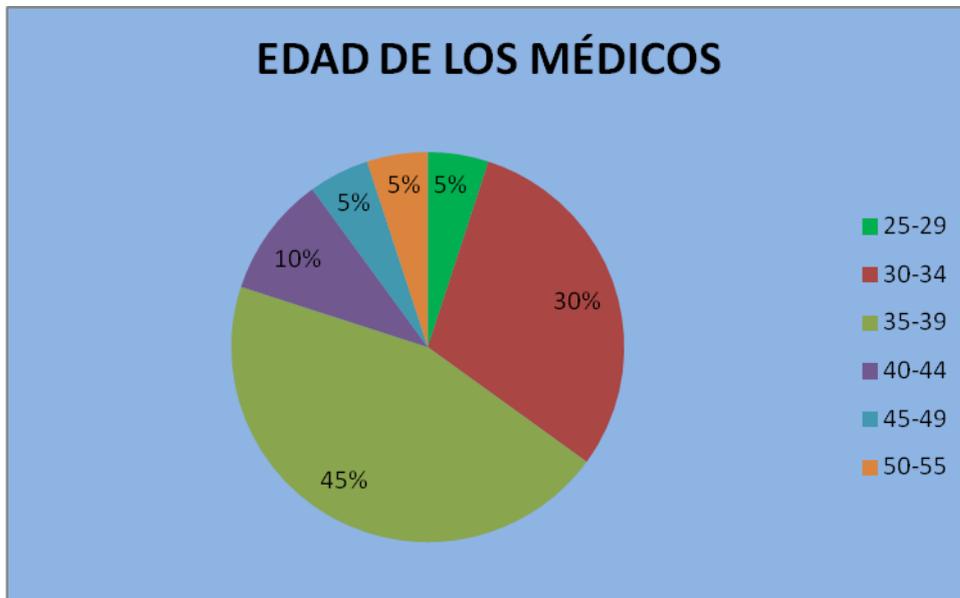
**Gráfica 5.** Calificación de acuerdo a tipo de contratación del médico.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

De acuerdo a la edad de los médicos predominan los médicos de la tercera edad de la vida.

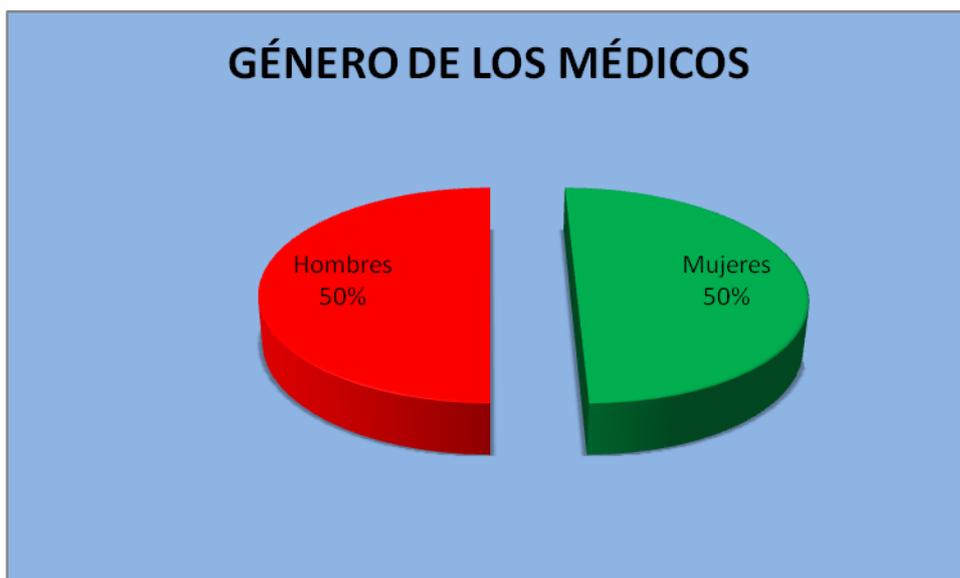
**Figura 1.** Distribución de los médicos según su edad.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

En cuanto al género de los médicos es el mismo porcentaje para ambos sexos.

**Figura 2.** Porcentaje de médicos hombres y mujeres



FUENTE: LISTA DE COTEJO

Existen 2 turnos para la consulta externa de Medicina familiar con el mismo número de consultorios.

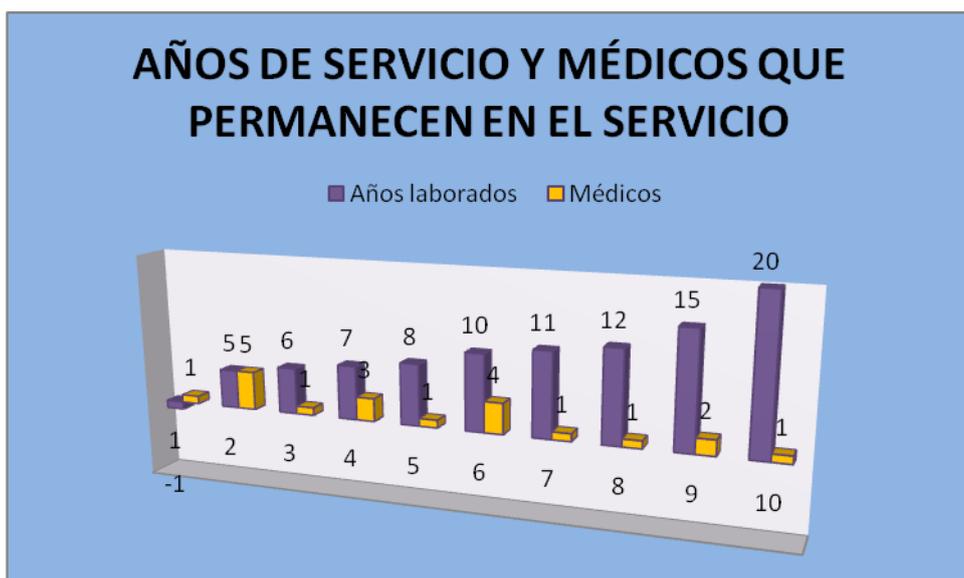
**Figura 3.** Porcentaje de médicos según su horario de trabajo



FUENTE: LISTA DE COTEJO

En cuanto a los años laborales predominan los médicos de 5 años de antigüedad en el instituto, con una media de 8.6 y una desviación estándar de 5.7

**Figura 4.** Años de servicio en el instituto, y número de médicos que permanecen en el servicio.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

El porcentaje por el tipo de contratación, predominan con un 65% los médicos con base definitiva.

**Figura 5.** Porcentaje de médicos según su situación laboral.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

Se observa que la mayoría de los médicos realiza el registro de educación de síntomas tempranos para amenaza de parto pretérmino.

**Figura 6.** Porcentaje del registro del médico sobre educación de reconocimientos de síntomas tempranos de una amenaza de parto pretérmino.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

Toda la población médica realiza de forma completa el registro de signos de alarma obstétrica en cuanto a cefalea, edema y sangrado transvaginal.

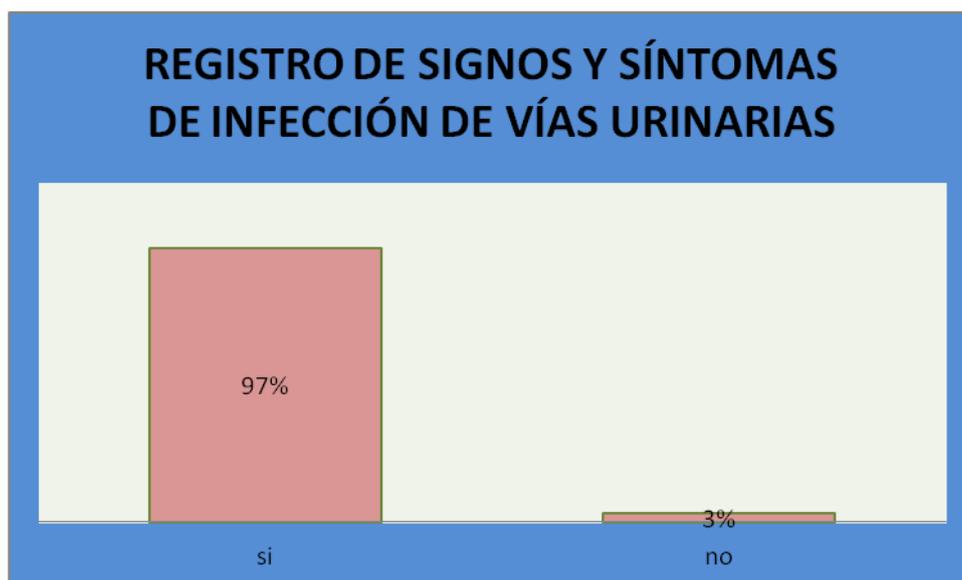
**Figura 7.** Porcentaje del registro de los médicos de los signos y síntomas de alarma obstétrica



FUENTE: LISTA DE COTEJO

En una gran mayoría los médicos realizan el registro de signos y síntomas de infección de vías urinarias.

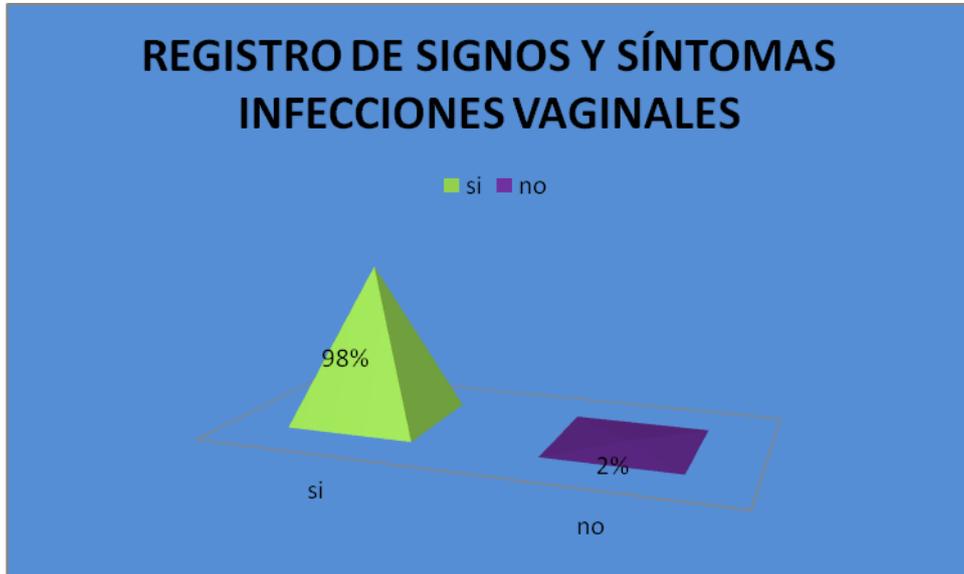
**Figura 8.** Porcentaje de registros médicos de signos y síntomas de alarma de probable infección de vías urinarias.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

En una mayoría importante los médicos también registran los signos y síntomas de infecciones vaginales.

**Figura 9.** Porcentaje de registros médicos de signos y síntomas de posible de infecciones vaginales.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

Sólo una pequeña población de los médicos realiza el registro de riesgo obstétrico pues la mayoría no lo realiza.

**Figura 10.** Porcentaje del registro de los médicos sobre el riesgo obstétrico.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

Casi la totalidad de los médicos realizan el registro del crecimiento uterino y estado de salud del feto.

**Figura 11.** Porcentaje de registros médicos que evaluaron el crecimiento uterino y estado de salud del feto.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

En un buen porcentaje los médicos realizan el registro de que solicitaron exámenes de laboratorio durante el embarazo, pero el porcentaje disminuye al no registrar el resultado de dichos estudios.

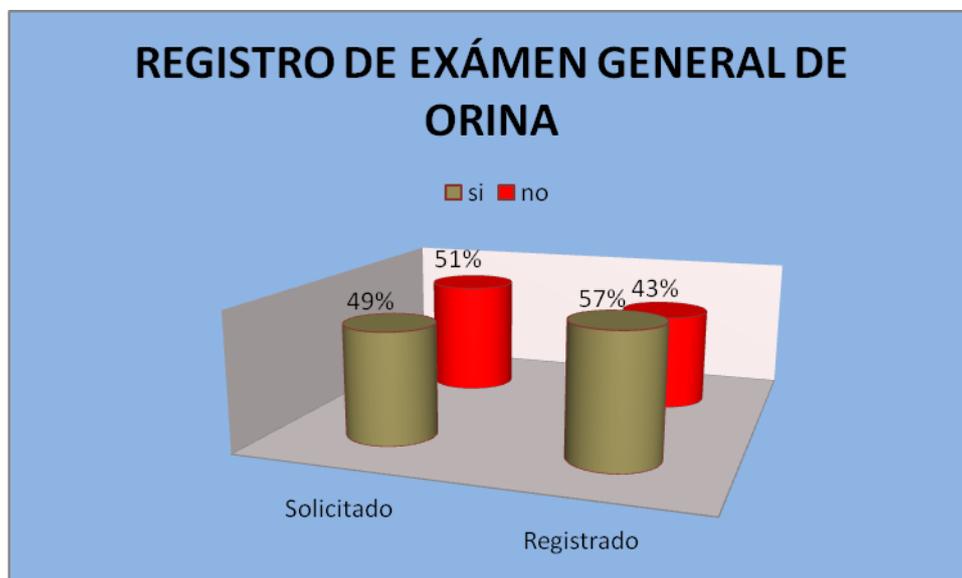
**Figura 12.** Porcentaje de registros médicos que demuestran que solicitaron exámenes de laboratorios y registraron su resultado.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

Se observa que cerca del 50% de los médicos solicitan examen general de orina Y cerca del mismo porcentaje realiza el registro del resultado.

**Figura 13.** Porcentaje de registros médicos que demuestran que solicitaron y registraron el resultado estudios de examen general de orina.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

Sólo una minoría de médicos realizan el registro si solicitaron urocultivo posterior a un Examen General de Orina patológico como marca la Guía de práctica clínica.

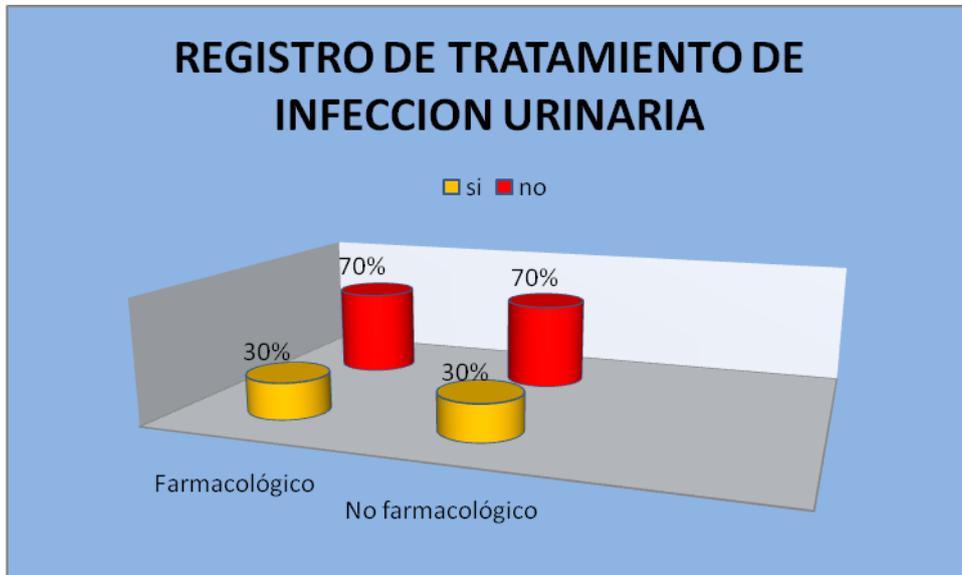
**Figura 14.** Porcentaje de registros médicos en que solicitaron urocultivo.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

La mayoría de médicos realizan el registro de tratamiento farmacológico de infección urinaria y el mismo porcentaje realiza el registro del tratamiento no farmacológico.

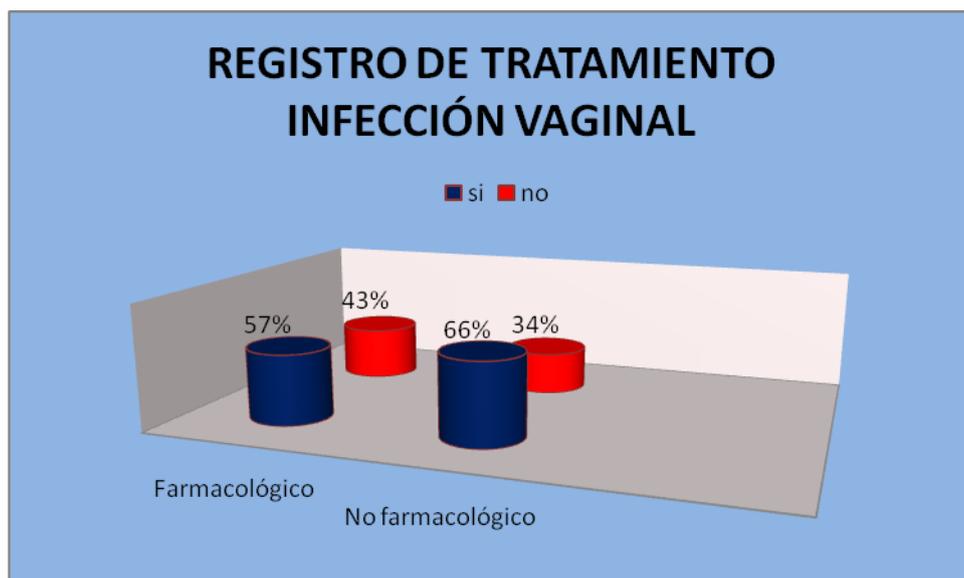
**Figura 15.** Porcentaje de registros médicos que demuestran tratamiento farmacológico y no farmacológico de las IVUs.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

En un porcentaje medio el médico realiza registro de tratamiento farmacológico en caso de infección vaginal, y éste porcentaje mejora en el registro del tratamiento no farmacológico.

**Figura 16.** Porcentaje de registros médicos que demuestran tratamiento farmacológico y no farmacológico de las infecciones vaginales.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

La mayoría de los médicos realiza el registro de que solicitaron ultrasonido obstétrico.

**Figura 17.** Porcentaje de registros médicos que demuestran que solicitó un ultrasonido obstétrico durante el embarazo.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

Cerca del 50% de los médicos realizan el registro de orientación nutricional hacia la paciente embarazada.

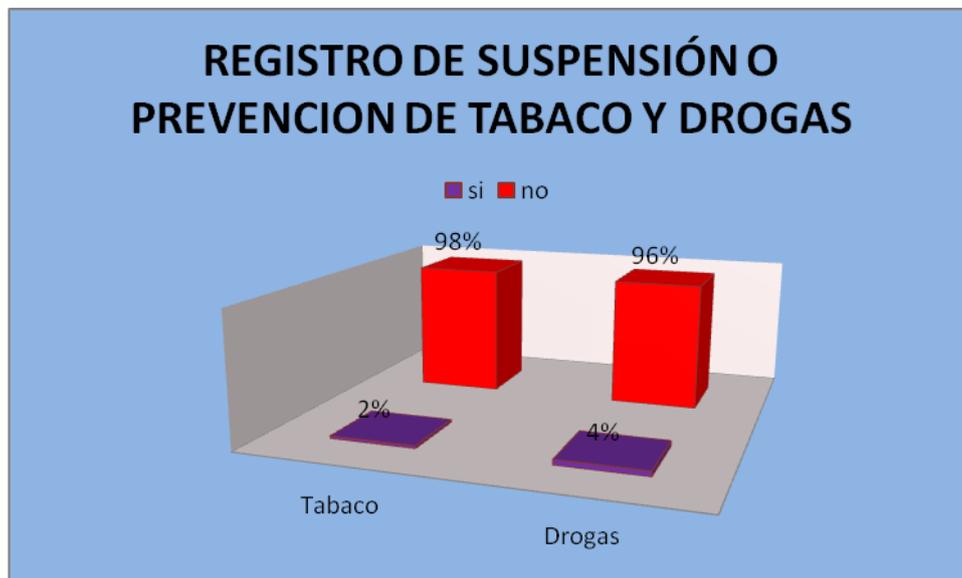
**Figura 18.** Porcentaje de registros médicos en que proporcionó orientación nutricional de acuerdo a las condiciones sociales y económicas de la paciente.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

La gran mayoría de los médicos no realizan el registro de la orientación sobre la suspensión o prevención del consumo de tabaco y drogas.

**Figura 19.** Porcentaje de registros médicos en los que se orientó a la paciente acerca de suspensión o prevención de consumo de tabaco y drogas.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

Todos los médicos realizan el registro de la orientación sobre posibles factores de riesgo para el embarazo actual como los mencionados en la siguiente figura.

**Figura 19.** Porcentaje de registros médicos que proporcionó orientación sobre posibles factores de riesgo para el embarazo actual.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

Un 74% de médicos realizan el registro del diagnóstico integral de la paciente embarazada.

**Figura 20.** Porcentaje de registros médicos en que se proporcionó un diagnóstico integral.



FUENTE: LISTA DE COTEJO

#### 4. DISCUSIÓN

Durante la revisión bibliográfica realizada para el desarrollo de este trabajo se pudo constatar que existe poca o nula difusión de información acerca de este tema en el IMSS y de acuerdo a las observaciones de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino y según la Norma Oficial mexicana 007-SSA2-1993 .

La deducción que se puede hacer con el desarrollo del presente estudio con respecto a las acciones del médico familiar que realiza acerca de la amenaza de parto pretérmino en la Unidad de Medicina Familiar No 249 es la siguiente:

- Que de un total de 20 médicos, independientemente del sexo de que se trate, los años laborales que tengan, el tipo de contratación, el turno de atención y la edad del médico familiar realizan un registro de las acciones y educación al paciente de forma irregular, lo que llama la atención es que sólo un médico lleva a cabo un buen registro de las acciones acerca de la amenaza de parto pretérmino.

En este estudio se observó que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 007 y la Guía de práctica clínica de amenaza de parto pretérmino se debe realizar todas las acciones para un buen control de embarazo y manejo oportuno con el fin de evitar una amenaza de parto pretérmino, sin embargo en éste trabajo de investigación, los resultados se encuentra que se mantienen de forma regular todas las acciones.

## **5. CONCLUSIONES**

Se cumplió con los objetivos propuestos en este trabajo.

Se propone que con esta información se pueda hacer seguimiento de las pacientes con esta enfermedad y así fortalecer la relación entre los niveles de atención.

Se deja como línea de investigación para que los que deseen profundizar en este problema lo tomen como base.

Es importante difundir los resultados obtenidos al personal médico que labora en la U.M.F. No. 249 Santiago Tlaxomulco así como establecer estrategias para mejorar la labor clínica del médico familiar de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino y la NOM-007 –SSA2-1993I a fin de prevenir y atender en forma oportuna a la paciente embarazada que acude a vigilancia prenatal, lo que impactaría en la morbi-mortalidad del binomio materno fetal.

## 6. REFERENCIA

1. Irigoyen-Coria A. Nuevos fundamentos de medicina familiar, 3ra ed. México: editorial Medicina Familiar Mexicana; 2000; 10:143-150.
2. Gallo-Vallejo F. Grupo de trabajo de SEMFYC. Perfil Profesional del médico de familia. Aten Primaria. 1999; 23: 236-345.
3. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud. Estados Unidos Mexicanos [Internet] Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html> [Consultado el 30 de enero del 2011].
4. Cunningham FG, Norman FG, Leveno JK, Whitridge J, Clark SL, Wenstrom KD, Williams Obstetrics 21 ed, McGraw-Hill professional, 2001; 20-32.
5. Manual de atención embarazo saludable parto y puerperio seguros recién nacidos. Normas y Procedimientos de Obstetricia SSA; 2001. Consultado 5/Ene/2013. Disponible en: <file:///C:/Users/silvia/AppData/Local/Temp/embarazo-1.pdf>
6. Lineamiento técnico médico para la atención obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio del IMSS. 10 de septiembre del 2007. Consultado: 15/Ene/2013. Disponible en: [http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/2011/Abril/imss\\_opp001.PDF](http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/2011/Abril/imss_opp001.PDF)
7. Guía practica Clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. México: Secretaria de Salud; 2008.43-54. Consultado 10/Mar/2012. Disponible en: <http://cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
8. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-040-SSA2-2004, en Materia de Información en salud. [Consultado 02/Mar/ 2011]. Disponible en: [www.dgjis.salud.gob.mx/.../pdf](http://www.dgjis.salud.gob.mx/.../pdf)
9. Manual de Normas y procedimientos de Ginecología y Obstetricia. 2006, Edit Instituto Nacional de Perinatología, México pp:15-18
10. L. Cabero Roura, Parto Prematuro Buenos Aires; Madrid; Editorial Médica Panamericana; 2004; cap1:1-2.
11. Amenaza de parto prematuro. Consultado 26/May/2012. Disponible en: <http://www.med.une.edu.ar/posgrado/cursomedgral/clases/240207ec.pdf> .
12. Ahued AR, Fernández del Castillo CS. Ginecología y Obstetricia aplicadas, 2ª ed. México: Editorial El Manual Moderno, 2003, cap:31:344-345.

## **7. ANEXOS**

Anexo 1.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTADO DE MEXICO PONIENTE  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

**CUESTIONARIO**

**“ACCIONES DEL MÉDICO FAMILIAR QUE REALIZA ACERCA DE LA AMENAZA  
DE PARTO PRETÉRMINO, EN LA U.M.F. 249 SANTIAGO TLAXOMULCO DEL  
IMSS DE LA CIUDAD DE TOLUCA DE LERDO, MÉXICO, FEBRERO 2013”**

No. Folio: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

Favor de contestar las preguntas de acuerdo a sus datos:

**EDAD:** \_\_\_\_\_ en años cumplidos

**SEXO:** \_\_\_\_\_

**TURNO:** \_\_\_\_\_

**ANTIGÜEDAD LABORAL:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE CONTRATACIÓN:** \_\_\_\_\_

Gracias por su participación.

## Anexo 2.

### LISTA DE COTEJO

NO. PROG	PASOS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	NO APLICA
1	Registró si educó a la paciente sobre el reconocimiento de síntomas tempranos (dolor abdominal bajo, dolor lumbar, presión pélvica, flujo vaginal aumentado, sangrado o manchado)			
2	Registró signos y síntomas de alarma de cefalea			
3	Registró signos y síntomas de alarma de edema			
4	Registró signos y síntomas de alarma de sangrado transvaginal			
5	Registró signos y síntomas de alarma de infección de vías urinarias			
6	Registró signos y síntomas de alarma de infecciones vaginales			
7	el riesgo obstétrico			
8	Registró la valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto			
9	Registró si solicitó exámenes de laboratorio de BHC, glucemia y VDRL			
10	Registró resultados de laboratorios solicitados			
11	Registró EGO en la semana 24,28,32 y 36 de gestación			
12	Registró el resultado del EGO solicitado			
13	Registró urocultivo en caso de EGO patológico			
14	Registró el tratamiento farmacológico en caso de infección de vías urinarias como marca la guía			
15	Registró el tratamiento no farmacológico en caso de infección de vías urinarias como marca la guía			
16	Registró el tratamiento farmacológico en caso de infección vaginal como marca la guía			
17	Registró el tratamiento no farmacológico en caso de infección vaginal como marca la guía			
18	Solicitó ultrasonido obstétrico durante el embarazo			
19	Registró la orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales y económicas de la paciente			
20	Recomendó la suspensión o prevención del consumo del tabaco			
21	Recomendó la suspensión o prevención del consumo de drogas			
22	Registró si detectó parto pretérmino previo como factor de riesgo			
23	Registró si detectó aborto habitual como factor de riesgo			
24	Registró si detectó anormalidades uterinas como factor de riesgo			
25	Registró si detectó incompetencia cervical como factor de riesgo			
26	Registró si detectó ruptura prematura de membranas como factor de riesgo			
27	Registró el diagnostico integral			
28	Derivó a urgencias de un segundo nivel en caso de contar criterios de referencia			
	<b>TOTALES</b>			
	<b>TOTAL DE PUNTOS CUMPLIDOS</b>			
	<b>TOTAL DE PUNTOS SUSCEPTIBLES DE EVALUAR</b>			
	<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>			