



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 "VALLEJO"

TITULO:

RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 20 A 34 AÑOS DE EDAD
ASOCIADO AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA
UMF No. 20 VALLEJO

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MIREYA PÉREZ VELASCO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

GENERACIÓN:

2017-2020



CIUDAD DE MÉXICO
JULIO 2019



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.

RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 20 A 34 AÑOS DE EDAD ASOCIADO AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA UMF No. 20 VALLEJO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 VALLEJO, IMSS.**

RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 20 A 34 AÑOS DE EDAD ASOCIADO AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA UMF No. 20 VALLEJO

Vo.Bo.

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 VALLEJO, IMSS.**

**RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 20 A 34 AÑOS DE EDAD ASOCIADO AL USO DE
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA UMF No. 20 VALLEJO**

Vo.Bo.

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO, IMSS.**

“YO SOY” Invocando a los Ángeles del Señor, a que Vengan, Vengan, Vengan; y con su Luz Divina y presencia, iluminen los senderos que he de atravesar, que con su amor celestial, cubran en mi los pasos que he de dar; que derramen sobre mi Sabiduría, Paz a mis ideas, Fortaleza a mis decisiones, Armonía a mi vida y todo aquello que me rodea.

“YO SOY” Invocando al círculo energético de protección de Dios Padre que es; Puro, Omnipotente, Fortificado, Resistente, Bueno y Poderoso! Por el cual no atravesara nada que no provenga de mi Dios, todo en armonía con el universo y bajo la voluntad divina de Dios, gracias Padre, porque ya lo has concedido!

Así sea, Así es, Hecho está!

E.C.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre.

Por darme siempre la fortaleza que necesité para continuar hacia adelante, para levantarme en cada caída y reponerme de cada tropiezo, por ser ese firme ejemplo a seguir y brindarme el apoyo necesario para concluir una etapa más, por acurrucarme siempre entre sus brazos cuando estaba rota y sentía que no podía más, uniendo cada pieza y dándome esa energía para continuar, porque con su amor infinito eh llegado más lejos de lo que pensé llegar.

A mi hermano.

Quien con sus palabras me dio aliento para saber que soy y puedo ser mejor cada día, que no eh errado mi camino y ahí debo seguir, luchando por seguir creciendo; por formar parte de mis tiempos de distracción para que no enloqueciera en mis lapsos de estrés; por su paciencia dentro de su impaciencia; por su apoyo para ir a dejarme a las guardias de fin de semana.

A mi tía Isabel y mi abuelita Irma.

Quienes se que en todo momento pensaban, rezaban y pedían por mi para que todo este camino que decidí recorrer pudiera ser concluido de la manera más exitosa posible, por creer siempre en mí.

**A mis amigas y amigos de la residencia, Fernanda, Claudia Alejandra,
Alejandra, Aragón, Andrea Martínez, Karen, Hugo y Ulises,**

Que siempre me brindaron una mano y cálidas palabras para continuar cuando sentí que no podía más, por cada una de las experiencias en las guardias y entregas de guardia; por cada una de las salidas al cine, a comer, las pláticas, las risas, los abrazos, los viajes, los mantras, por esos momentos felices que hicieron la diferencia, los quiero mucho.

A mi asesora la Dra. Santa Vega.

Por su paciencia, su dedicación y su rectitud como docente, por brindarme todas las herramientas y conocimientos necesarios para concluir este proyecto.

Gracias a Dios.

Por poner en mí camino a las personas correctas para que se siga cumpliendo mi misión en esta vida.

INDICE

RESUMEN	
TITULO	
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS	14
HIPÓTESIS.....	15
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	16
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS.....	50

RESUMEN

RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 20 A 34 AÑOS DE EDAD ASOCIADO AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA UMF NO. 20 VALLEJO

Pérez-Velasco Mireya¹, Vega-Mendoza Santa²

1. Médico Residente de Medicina Familiar, UMF20 IMSS.
2. Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación, UMF20 IMSS.

A nivel nacional más del 30% la edad fértil femenina tiene 20 y 29 años de edad, donde la atención a la salud materna e infantil, así como acceso a métodos de anticoncepción son de especial importancia. **Objetivo:** Determinar el riesgo reproductivo en mujeres entre 20 a 34 años de edad asociado al uso de métodos de planificación familiar de la UMF No. 20 Vallejo. **Metodología.** Estudio analítico en 88 mujeres de 20-34 años en consulta o servicios de la UMF20 Vallejo. Previo consentimiento informado se aplicó encuesta exprofeso de datos generales, factores de riesgo del formato IMSS MF5: Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico y antecedentes psicosociales. Estadística bivariada. **Resultados.** *Uso de método de planificación* 79.5%, Preservativo 29.5% y DIU cobre 17%, edad 29-31 años 77%, casadas 81%, licenciatura 86.4% y empleadas 72.5%. *Riesgo reproductivo alto* 60.2% con edad de 29.31 años 24.5%(.019), gestas 1-2 y partos 1-2 ambos con 41.5%(.010), periodo intergenésico >24meses17%(.026), complicaciones embarazo 22.6%(.003), IMC sobrepeso/obesidad 49.1%(.043), antecedentes eclampsia 11.3%(.020), enfermedad cardiovascular7.5% (.006), depresión 13.2%, ansiedad 7.5% y ambiente nocivo 7.5%(.011). **Conclusiones:** Para el aumento del riesgo reproductivo alto es importante la edad, numero de gestas y partos, el periodo intergenesico y las complicaciones del embarazo.y disminuyen el riesgo tener un peso normal, menor numero de antecedentes obstétricos, personales patológicos y aspectos psicosociales.

Palabras claves. Riesgo reproductivo, salud reproductiva, planificación familiar, métodos de planificación.

SUMMARY

REPRODUCTIVE RISK IN WOMEN AGED 20-34 YEARS ASSOCIATED WITH THE USE OF FAMILY PLANNING METHODS IN THE UMF NO. 20 VALLEJO.

Pérez-Velasco Mireya¹, Vega-Mendoza Santa²

1. Family Medicine Resident Physician, UMF20 IMSS.
2. Family Physician, Teacher in Education Sciences, UMF20 IMSS.

Nationally, more than 30% of the female fertile age is 20 and 29 years old, where maternal and child health care, as well as access to contraception methods are of special importance. **Objective:** To determine the reproductive risk in women between 20 and 34 years of age associated with the use of family planning methods of the UMF No. 20 Vallejo. **Methodology.** Analytical study in 88 women aged 20-34 in consultation or services of the UMF20 Vallejo. Prior informed consent was applied to a survey of general data, risk factors of the IMSS MF5 format: Prenatal Surveillance, Reproductive Risk and Obstetric Risk and psychosocial history. Bivariate Statistics. **Results.** Use of planning method 79.5%, Condom 29.5% and DIU copper 17%, age 29-31 years 77%, married 81%, bachelor's degree 86.4% and employees 72.5%. High **reproductive risk** 60.2% with age of 29.31 years 24.5% (.019), deeds 1-2 and deliveries 1-2 both with 41.5% (.010), intergenic period > 24 months 17% (.026), pregnancy complications 22.6% (.003), BMI overweight / obesity 49.1% (.043), history eclampsia 11.3% (.020), cardiovascular disease 7.5% (.006), depression 13.2%, anxiety 7.5% and harmful environment 7.5% (.011). **Conclusions:** To increase the high reproductive risk is important the age, number of deeds and births, the intergenerational period and complications of pregnancy. and decrease the risk of having a normal weight, fewer obstetric history, personal pathological and psychosocial aspects

Keywords. Reproductive risk, reproductive health, family planning, planning methods.

**RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 20 A 34 AÑOS
DE EDAD ASOCIADO AL USO DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA UMF No. 20 VALLEJO**

Número de Registro Institucional: R-2019-3404-051

INTRODUCCIÓN

Como se ha ido viendo a lo largo del tiempo el número de muertes maternas, aún sigue siendo elevado para la actual oportunidad de orientación educativa acerca de diversos temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y el fácil acceso a cada uno de estos recursos que permiten a la mujer tener un menor número de factores de riesgo que la lleven a una vida plena.

Por lo cual se tiene que hacer conciencia sobre esta problemática, pues aumenta la probabilidad de tener embarazos de alto riesgo si la mujer se encuentra en edad de riesgo materna, periodo intergenésico corto, asociación de patologías crónicas entre otros, si no se planifica adecuadamente cada uno de los embarazos que la mujer desee tener, por lo cual es importante que tanto el personal de salud y la población femenina tengan conocimiento sobre el nivel de riesgo reproductivo que poseen para así planificar adecuada y correctamente cada uno de los embarazos con el menor riesgo posible o en su caso prevenir algún embarazo en mujeres con riesgo reproductivo alto.

Así pues, una vez teniendo conocimiento sobre el riesgo reproductivo y la relación con el método de planificación familiar, se podrá canalizar oportunamente a las mujeres que presenten un riesgo alto y usen algún método de planificación familiar a las áreas correspondientes o llevar a cabo las medidas necesarias para modificar los factores de riesgo con los que cuenta y disminuir el riesgo, o en su caso, si tienen un riesgo alto y no usan algún método de planificación, enviarlas al servicio de Planificación Familiar con el que cuenta la unidad para que obtengan el mejor método que les convenga y prevenir algún embarazo no deseado que ponga en peligro su vida y la del producto y poder así obtener tiempo para modificar aquellos factores que se puedan cambiar.

MARCO TEÓRICO

Según la OMS a nivel mundial la morbilidad es más elevada en las mujeres, que utilizan los servicios de salud más que los hombres, sobre todo los de salud reproductiva, donde cada día, cerca de 830 mujeres fallecen por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) en cuestión de salud materna menciona que las defunciones maternas ocupan el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad que afectan a las mujeres en edad fecunda. Cada año mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto unas 287 000 mujeres, el 99% de ellas en países en desarrollo.

Aunque el uso de anticonceptivos ha aumentado en los últimos 30 años, hay en todas las regiones muchas mujeres que siguen sin tener acceso a métodos modernos de anticoncepción. Por ejemplo, en el África subsahariana, una de cada cuatro mujeres que desea espaciar los embarazos o dejar de tener hijos no utiliza ningún método de planificación familiar. (1)

Así pues, en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno, el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%. (2)

En Canadá la tasa de morbilidad materna fue de 24.3 por cada 1000 nacimientos en mujeres con enfermedad preexistente en comparación con sólo el 4.3 por cada 1000 nacimientos en los que no había una condición preexistente.

Debemos tomar en cuenta también que la obesidad en la edad reproductiva afecta a 31.8% de las mujeres entre 20 y 39 años de edad, y aumenta a 58.2% cuando se combina con sobrepeso y obesidad. Mientras la tasa de sobrepeso y obesidad en la gestante en EE UU es de aproximadamente el 40%. (3)

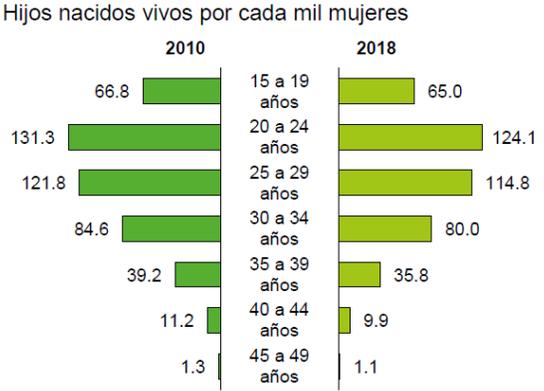
De acuerdo a la CONAPO, para 2018 se estimó en el país una población femenina en edad fértil (15 a 49 años de edad) de 34.1 millones, que representan el 53.4% de la población femenina total. La mitad de las entidades federativas mostraron porcentajes por arriba del promedio nacional. Entre las entidades federativas, Quintana Roo muestra el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil (entre 57.5% y 59.9%). Un segundo grupo lo conforman los estados de Baja California Sur, Baja California, Querétaro, Campeche y Tabasco quienes registran proporciones de mujeres en edad fértil entre 55.0% y 57.4%. La Ciudad de México, Oaxaca, Veracruz, San Luis Potosí, y Guerrero presentan los valores más bajos con un rango de porcentajes entre 50.0% y 52.4% que se ubica por debajo de la media nacional.

La distribución por edad de la población femenina en edad fértil, para 2018, muestra que los grupos más numerosos son los de 25 a 19 y 20 a 24 años, los cuales en conjunto, representan casi la tercera parte de las mujeres mexicanas en edad reproductiva, no obstante que registran una disminución relativa respecto a 2010. De igual manera, la participación porcentual de los grupos de edad de 25 a 29 y de 30 a 34 también disminuyen respecto a los niveles alcanzados ocho años antes. Por el contrario, durante el periodo de referencia, aumenta el porcentaje de los dos grupos quinquenales de mayor edad (40 a 49).

La tasa global de fecundidad que se define como el número promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida reproductiva; que para 2018 a nivel nacional es

de 2.2 hijas (os) por mujer. Las tasas específicas de fecundidad en los distintos grupos de edad muestran, entre 2010 y 2018, un decremento de la fecundidad en todos ellos, de manera más acentuada en los 20 a 24 y 25 a 29 años, con contracciones de 7.2 y 7.0 hijos por cada mil mujeres respectivamente. (4)

Tasas específicas de fecundidad de las mujeres de 15 a 49 años según grupo quinquenal de edad 2010 y 2018 Gráfica 2.2



Nota: estimaciones a mitad de año.
 Fuente: CONAPO. *Proyecciones de la Población de México 2010-2050*. En: www.conapo.gob.mx (22 de enero de 2018).

Desde su inicio en 1943, hace 75 años, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha buscado proteger la salud de las trabajadoras, los trabajadores y sus familias, con las prestaciones de seguridad social correspondientes. En el México de hoy el Instituto debe, como reto adicional, generar nuevos mecanismos para la provisión de servicios a fin de disminuir las brechas de salud existentes entre los distintos grupos poblacionales y contribuir, desde su ámbito, a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

La población beneficiaria es atendida por dos grandes brazos: el régimen ordinario e IMSS-BIENESTAR, en el régimen ordinario se encuentran aproximadamente 28.3 millones de personas en el seguro de enfermedades y maternidad; 33.7 millones de familiares beneficiarios de estas personas aseguradas; 4.3 millones de personas pensionadas y 2.7 millones de familiares de estas últimas; es decir, 69 millones de derechohabientes. El compromiso del Instituto está presente durante todo el ciclo

de vida: comienza en la gestación y acompaña a la población para lograr un envejecimiento activo y saludable de las personas mayores.

Por lo tanto, el IMSS ofrece servicios integrales a lo largo de todo el ciclo de vida para coadyuvar al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Además de la planificación familiar, el cuidado prenatal como atención médica oportuna para un embarazo y parto seguros, constituye una de las actividades médico-preventivas más importantes en el Instituto. En 2017 uno de cada cinco mexicanos nació en un hospital del IMSS. Si bien la tasa de mortalidad materna en el IMSS ha disminuido 40% entre 2000 y 2018 (de 38.0 a 23.0 por 100 mil nacidos vivos), aún se encuentra por arriba de la meta de los Objetivos del Milenio de 2015 (22.2 por 100 mil nacidos vivos), lo que representa un reto para la Institución. En 2018, el promedio de atenciones fue de 6.8 consultas por embarazo, cifra que también se encuentra por debajo de lo recomendado (ocho consultas por embarazo, de acuerdo con la OMS).

Durante el sexenio 2018-2024 el IMSS trabajará en el fortalecimiento de los servicios ofrecidos por IMSS-BIENESTAR y en la consolidación de estrategias que mejoren la calidad de la atención en el IMSS ordinario, cuyos objetivos generales en el aspecto de cuidados prenatales y nacimiento son mejorar la salud materna, reducir la mortalidad neonatal y monitorear y reducir la violencia obstétrica. (5)

Es importante conocer la estructura por edad de la población femenina, ya que las prácticas sexuales y reproductivas, así como las anticonceptivas y de atención a la salud en estos temas varían de una edad a otra y requieren de atención diferenciada. Así en el ámbito nacional, poco más del 30% de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción, en la medida en que en éstas se concentran las tasas más altas de fecundidad en nuestro país, en particular entre los 20 y 24 años. Asimismo, aunque las mujeres de 30 a 34 años contribuyen en menor medida a la fecundidad, representan 24.4% siendo una proporción aún importante respecto al total. Es así que en los grupos de edad de 20 a 34 años se concentra casi la mitad (45.7%) de las mujeres en edad fértil. De esta

manera, la atención a la salud materna e infantil, así como el acceso a métodos de anticoncepción son de especial importancia durante estas edades. (6)

Por ello, debemos tomar en cuenta los siguientes conceptos para el presente protocolo de investigación:

Riesgo Reproductivo: “Probabilidad que tienen, tanto las mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo” (7)

Salud reproductiva: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad” (7)

Planificación Familiar: “La adopción voluntaria de alguna forma de contracepción, que posibilita decidir libremente el número de hijos que queremos tener y el intervalo entre sus nacimientos, así como disfrutar de una sexualidad plena sin el temor a un embarazo” (8)

Actualmente la salud materna se encuentra deteriorada, esto debido a que hay un incremento de factores de riesgo que incrementan el riesgo reproductivo de la mujer, como la obesidad, la aparición cada vez mayor de enfermedades cronicodegenerativos, la edad materna avanza al momento de la concepción, la preferencia de cesáreas comparada con el número de partos y la falta de estandarización de evaluación en etapa pre concepcional en las instituciones de salud. (3)

Debemos tomar en cuenta que existen múltiples factores biológicos, antecedentes obstétricos, enfermedades asociadas, así como factores socio ambientales que intervienen de diferente forma en cada paciente por lo cual la magnitud del riesgo reproductivo debe ser individualizado. (9)

El número de cesáreas actualmente es mayor y en ocasiones de manera injustificada, llevándose a cabo en mujeres primigestas, menores de 18 o mayores de 35 años de edad, lo que eleva su nivel de riesgo reproductivo. (10)

También debemos tomar en cuenta que la obesidad a su vez está relacionada con el incremento de la aparición de enfermedades cronicodegenerativas. (3)

Incluso la salud sexual está influenciada por factores socioculturales, por lo cual es importante inculcar desde la adolescencia los hábitos adecuados para tener una buena salud reproductiva. (11)

El número de embarazos no planeados a pesar de contar con varios métodos anticonceptivos se sigue presentando en la actualidad, convirtiéndose en un grave problema. (8) Y como se ha observado la población ha ido en aumento en número de habitantes, esto como consecuencia de una mala planificación familiar, que trae a su vez que las condiciones socio económicas no sean las óptimas para mantener una vida armoniosa, adecuada y de calidad. (8)

Factores relacionados con embarazos no planeados a parte de los ya mencionados, se pueden sumar el número de parejas sobre todo si no son estables, edad mayor de la pareja, violencia de género, uso inadecuado de 2 o más métodos, uso de métodos tradicionales, no usar algún método en la 1ª relación sexual, no asistir a consulta de asesoría de planificación familiar y la migración. (12)

En un estudio realizado en la Ciudad de México sobre el acceso de métodos anticonceptivos en adolescentes, se encontró que en la edad entre “12-15 años, de acuerdo con la frecuencia, los métodos más conocidos son el preservativo, los hormonales orales y el DIU, han obtenido la información con sus padres, familiares, amigos y en la escuela; la han buscado con fines escolares (tareas), pero refieren tener más confianza en la información que reciben de sus padres. Al preguntar

sobre los lugares donde pueden obtener los anticonceptivos, la respuesta generalizada es “en farmacias”. Al cuestionar sobre la disponibilidad en el IMSS, ISSSTE y demás instituciones respondieron: condones, hormonal oral, dispositivo intrauterino y parche, pero señalaron que para obtenerlos hay que seguir pasos complicados.

En Adolescentes de 15-19 años, el conocimiento sobre los métodos se vuelve más extenso, las adolescentes han obtenido información en la escuela, principalmente, y han asistido a pláticas que se imparten en museos y a obras de teatro; también han tenido experiencias prácticas como colocar un preservativo en un pepino. Sin embargo, refieren cotejar con sus familiares la información obtenida. La búsqueda de información sobre los métodos anticonceptivos se ha relacionado con las tareas escolares, por curiosidad o para esclarecer dudas, donde la principal fuente es internet, conocen los sitios donde pueden obtener los anticonceptivos, desde farmacias, tiendas de autoservicio y algunas cadenas de tiendas de conveniencia, hasta centros de salud, y tienen más idea del mecanismo para conseguirlos en el caso de las instituciones.” (13)

Para ello, como personal de salud e incluso como población en general, tendremos que tomar en cuenta que dentro de los métodos anticonceptivos encontramos:

Método Modernos. Con eficacia para prevenir el embarazo respectivamente tenemos a los Anticonceptivos orales combinados con >99% si se usa de manera correcta y sostenida y 92% como se usa comúnmente; Pastillas de progestágeno solo con un 99% de manera correcta y sostenida y entre 90 y 97% de uso común, tomando en cuenta que se debe tomar todos los días a la misma hora; Implantes >99%; Progestágeno en forma inyectable >99% si se usa de manera correcta y sostenida y 97% de uso común; Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación con >99% de manera correcta y sostenida y 97% de uso común; parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado con estudios limitados sobre su eficacia; DIU de cobre >99%; DIU de

Levonorgestrel >99%; condón masculino 98% de manera correcta y sostenida y 85% uso común; condón femenino 90% de manera correcta y sostenida y 79% de uso común; Vasectomía 99% después de la evaluación del semen a los 3 meses y entre 97 y 98% si no se evalúa el semen; Ligadura de trompas >99%, píldoras anticonceptivas de emergencia donde si 100 mujeres tomaran la píldora probablemente una quede embarazada.

Otros Métodos Modernos. Tenemos una eficacia respectivamente de amenorrea del amamantamiento 99% si se aplica correcta y sostenidamente y 98% de práctica común; de los días fijos 95% si se usa de manera correcta y sostenida y 88% de uso común; de la temperatura basal corporal 99% si se usa de manera correcta y sostenida y 75% de uso común; de los dos días 96% si se usa de correcta y sostenidamente y 86% de uso común; sintotérmico con un 98%.

Métodos Tradicionales. Con eficacia de prevención de embarazo, método del calendario o del ritmo con un 91% de manera correcta y sostenida y 75% de uso común con especial atención si se están consumiendo medicamentos como ansiolíticos, antidepresivos, AINES o antibióticos que pueden modificar la ovulación; marcha atrás o coitus interruptus un 96% de manera correcta y sostenida y 73% de uso común, siendo estos últimos de los menos eficaces. (2)

Se tiene que tomar en cuenta también el desconocimiento de la misma paciente de la existencia de estos factores de riesgo que eleva la probabilidad de tener diversas complicaciones si desea tener un embarazo, si se encuentra con un riesgo alto, por ello es importante sobre todos los médicos de 1er nivel de atención quienes están más comprometidos a promover y prevenir, asesoren y evalúen a cada paciente en edad reproductiva en caso de querer un embarazo o de prevenirlo con el uso de algún método de planificación familiar. (14) Pues dentro de las principales complicaciones, tenemos el elevado riesgo de muerte materna y fetal, así como el abandono escolar, la toma de un trabajo poco remunerado, disfunciones y conflictos familiares, nivel socioeconómico bajo, discriminación por parte de la sociedad y de

la misma familia, que las lleva a tener una sensación de fracaso, con un estado psicológico malo, para tener una vida plena y satisfactoria. (15)

Por esto es de vital importancia que la Educación Sexual sea proporcionada desde edades muy tempranas, dentro de escuelas, familia y las mismas instituciones de salud, con el fin de disminuir el número de embarazos no deseados en edades tempranas que ponen en riesgo la vida, aumentando la probabilidad de formar parte del alza de la mortalidad materna, ya que el riesgo es hasta 5 veces mayor que el de una mujer adulta, por lo que si así lo requiere la adolescente, se le debe brindar un método que se adecue a sus características y necesidades particulares. (16)

Un punto que se debe tomar en cuenta es que cada individuo tiene derecho a elegir tener o no descendencia, cuántos hijos y el periodo de tiempo entre cada hijo, sin embargo esto debe ser aplicado con responsabilidad, tomando en cuenta que la decisión de comenzar a expandir la familia debe ser cuando tengan las condiciones necesarias para otorgar una vida digna a los nuevos miembros y a ellos mismos, así como las oportunidades a las que tienen acceso, pues la sobrepoblación disminuye la economía del país, la oportunidad de trabajo y disminuye el acceso a sistemas de salud e incrementa el riesgo de mortalidad. (17)

Así pues, el médico familiar y el personal de enfermería debe ser capaz de profundizar en la identificación de factores de riesgo en mujeres en edad reproductiva e incluso identificar a las mujeres con riesgo reproductivo alto para poder prevenir las múltiples complicaciones que se pueden presentar, tomando en cuenta la autonomía de la paciente e incluso involucrar a la pareja o a la familia. (18)

Se realizó valoración de Factores de riesgo reproductivo en mujeres no embarazadas en edad fértil por Marcela Guadalupe Padilla titulada usando la parte superior de la forma MF7/83 mediante revisión de expediente clínico y entrevista directa, donde estudio a 369 mujeres en edad fértil, no embarazadas, adscritas al

HRZ MF No. 1 Morelia, Michoacán, donde obtuvo que el 78.17% de la población presenta algún factor de riesgo reproductivo, considerando de 4.5 puntos hacia arriba como alto riesgo, cayendo en esta proporción de la población estudiada un 33.29% con riesgo alto, sin embargo, concluye que el porcentaje considera que es mayor, pues el formato es mal llenado por lo cual no se obtienen datos confiables. (19)

Se realizó una Observación del Riesgo Reproductivo de un Grupo de Mujeres de la UMF C+R2 del ISSSTE en Valladolid, Yucatán, por Margarita Guillermina Cauich Titulada, con una muestra de 100 mujeres en edad fértil en un tiempo de 12 meses del 1º de Julio de 1994 a Junio 30 de 1995, elaborando un formato para hacer la historia clínica de cada paciente para identificar el riesgo reproductivo, así como apoyo de los expedientes, encontrando que los principales factores de riesgo reproductivo en mujeres fértiles de 15 a 49 años de edad fueron obesidad, hipertensión arterial, asma, diabetes mellitus, neuropatías y cardiopatías, y que las mujeres fértiles menores de 20 y mayores de 39 años son las que presentan mayores factores de riesgo reproductivo. (20)

Así mismo, se realizó un estudio sobre Prevalencia de Riesgo Reproductivo en Mujeres de Edad Fértil que utilizan Método de Planificación Familiar en la UMF No. 34 de Antigua Morelos por Celina Lizbeth González Titulada, en un periodo que comprende del mes de Noviembre 2013 al mes de Febrero 2014 mediante revisión de expediente clínico, llenando un formato de recolección de datos, con una muestra de 100 mujeres de las cuales 48% usaban dispositivo intrauterino, 38% preservativo, 5% anticonceptivos oral, 5% anticonceptivos inyectables y 4% oclusión tubaria bilateral, encontrando mayor porcentaje de pacientes con pareja estable, escolaridad secundaria, ocupación ama de casa, encontrando que la edad y estado civil afectan, pues a menor edad aumenta el porcentaje de no utilización de método anticonceptivo, concluyendo que la población de 30 a 39 años debe ser el principal grupo meta de estrategias sobre educación sexual y riesgo de un embarazo de alto riesgo. (21)

Larumbe Vargas Titulada Realizo una Estadificación del Riesgo Reproductivo en Mujeres de la UMF 20 Cuernavaca Morelos, obteniendo la información del SIMF del archivo clínico de la UMF 20 de Cuernavaca, Morelos, de los expedientes clínicos, encontrando con riesgo reproductivo bajo un 33.72%, riesgo intermedio 36.0% y 30.2% riesgo elevado de una muestra de 172 mujeres, donde las mujeres de 26 a 45 años presentaron mayor riesgo reproductivo que las mujeres entre 15 a 25 años o 26 a 35 años, siendo estadísticamente significativo ($p=0.00$). (22)

Actualmente para evaluar el riesgo reproductivo, se cuenta con el Formato MF5/2000: Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico, en su porción de Antecedentes, el cual es un documento del expediente clínico de medicina familiar para el registro de los datos clínicos y paraclínicos; así como, de las acciones médico preventivas realizadas durante la vigilancia del embarazo, la referencia y la contrarreferencia, como parte del Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención en el IMSS (23), así como el semáforo de riesgos durante el embarazo de la CONAMED, donde se ven los factores de riesgo con los que cuenta la paciente e identificar el color y el manejo correspondiente de acuerdo al resultado. (24)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la salud materna se encuentra deteriorada, esto debido a que hay un incremento de factores de riesgo que incrementan el riesgo reproductivo de la mujer, como la obesidad, la aparición cada vez mayor de enfermedades cronicodegenerativas, la edad materna avanza al momento de la concepción, la preferencia de cesáreas comparada con el número de partos y la falta de estandarización de evaluación en etapa pre concepcional en las instituciones de salud.

A pesar de la basta información sobre salud sexual y reproductiva, aún existe un porcentaje importante de riesgo reproductivo alto que pone a la mujer y a su producto en peligro de muerte o alguna complicación.

Esto incrementa el nivel de mortalidad materna y fetal, por lo cual es importante conocer cuál es el nivel de riesgo reproductivo de las mujeres en edad reproductiva y el tipo de método de planificación familiar que utiliza y evitar complicaciones por lo que nos hacemos la **siguiente pregunta:**

¿ CUÁL ES EL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 20 A 34 AÑOS DE EDAD ASOCIADO AL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA UMF NO. 20 VALLEJO ?

OBJETIVOS

-OBJETIVO GENERAL

Determinar el riesgo reproductivo en mujeres de 20 a 34 años de edad asociado al uso de métodos de planificación familiar de la UMF No. 20 Vallejo

-OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la frecuencia de mujeres derechohabientes que usan y no usan Método de Planificación Familiar
- Identificar el nivel de riesgo reproductivo
- Identificar los factores de riesgo con los que cuentan las mujeres derechohabientes
- Identificar la relación entre mujeres derechohabientes que usan y no usan Método de Planificación Familiar con el riesgo reproductivo.

HIPÓTESIS

HIPOTESIS NULA

Las mujeres de 20 a 34 años de edad con riesgo reproductivo alto no usan método de planificación familiar

HIPOTESIS ALTERNA

Las mujeres de 20 a 34 años de edad con riesgo reproductivo alto si usan método de planificación familiar

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

LUGAR DE ESTUDIO

Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Norte 1, Ciudad de México, ubicada en Calzada Vallejo 576 Col. Magdalena de las Salinas, Tel. 55874422 Ext. 15320

POBLACION DE ESTUDIO

Derechohabientes en edad reproductiva de 20 a 34 años de edad

GRUPO DE ESTUDIO

Derechohabientes en edad reproductiva de 20 a 34 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo

PERIODO DE ESTUDIO: Julio 2019

DISEÑO DE ESTUDIO

Transversal, analítico

CRITERIOS PARA EL ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres en edad reproductiva de 20 a 34 años de edad que estuvieran afiliadas y asistieron a consulta en la UMF 20 Vallejo
- Mujeres que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado

DE EXCLUSION

- Mujeres en edad reproductiva que se encontraron embarazadas
- Mujeres que no aceptaron participar y no firmaron el consentimiento informado

DE ELIMINACIÓN

- Encuestas que no fueron llenadas correctamente
- Mujeres que una vez iniciada la encuesta decidieron abandonarla

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población Finita.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 - p (en este caso 1 - 0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%)

N= 14 439

$$N = \frac{14\,439 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.05^2 (14\,439 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95} = 72.62$$

Cerrando a 73 mujeres derechohabientes entre 20 a 34 años de edad más el 20% que corresponde a 15 , lo cual nos da un **total de 88 mujeres** derechohabientes en ese rango de edad.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia. Se incluyeron todas las mujeres que desearon participar durante el periodo de estudio (Julio 2019) y que cumplieron los criterios de inclusión.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente: Método de planificación familiar

Variables independientes: Riesgo reproductivo, Edad, Estado civil, IMC, Escolaridad, Ocupación, Vida Sexual Activa, Tipo de Método de Planificación, Infertilidad, Infección de Transmisión Sexual, No. de hijos vivos, Gestas, Partos,

Cesáreas, Abortos, Período intergenésico, Embarazo a término, Complicaciones durante el último embarazo, Muerte Perinatal, Cirugía Pélvica, Antecedentes Obstétricos, Antecedentes Personales Patológicos, Alcoholismo, Tabaquismo, Drogadicción, Aspectos Psicosociales, los cuales se describen a continuación.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador
Variable Dependiente					
Método de Planificación Familiar	Conjunto de prácticas que al ser usadas controlan la reproducción mediante métodos anticonceptivos	Uso de cualquier método de planificación familiar	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. SI USO 2. NO USO
Variables Independientes					
Riesgo Reproductivo	Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo	Se obtendrá del resultado de la encuesta aplicada a cada una de las derechohabientes que formen parte de la muestra	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. ALTO 2. BAJO
Edad	Número de años y meses desde el nacimiento hasta la actualidad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Discreta de intervalo	1. 20-22 AÑOS 2. 23-25 AÑOS 3. 26-28 AÑOS 4. 29-31 AÑOS 5. 32-34 AÑOS
Estado Civil	Condición de una persona en la que se encuentra en relación con otra con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente	Estado en relación con su situación de pareja	Cualitativa	Nominal politómica	1. SOLTERA 2. CASADA 3. DIVORCIADA 4. UNIÓN LIBRE 5. VIUDA
IMC	Índice sobre la relación entre el peso y la altura	División entre el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros	Cualitativa	Ordinal	1. <18.5 kg/m ² (BAJO PESO) 2. 18.5 – 24.9 kg/m ² (NORMAL) 3. 25 – 29.9 kg/m ² (SOBREPESO) 4. 30 – 34.9 kg/m ² (OBESIDAD GRADO 1) 5. 35 – 39.9 kg/m ² (OBESIDAD GRADO 2) 6. ≥ 40 kg/m ² (OBESIDAD GRADO 3)

Escolaridad	Grado máximo de estudios	Nivel de estudios completo que posee	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. NINGUNA 2. PRIMARIA 3. SECUNDARIA 4. PREPARATORIA 5. LICENCIATURA
Ocupación	Actividad o Trabajo	Actividad que realiza en su área de trabajo	Cualitativa	Nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. AMA DE CASA 2. COMERCIANTE 3. OBRERA 4. EMPLEADA 5. ESTUDIANTE
Vida Sexual Activa	Capacidad de mantener relaciones sexuales completas	Actividad Sexual durante el último mes	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO
Tipo de Método de Planificación Familiar	Corresponde a la clasificación de método que existe como es el de barrera, hormonales, anticonceptivos de emergencia, intrauterinos, esterilización y tradicionales	Se preguntará qué método de planificación esta usando en este momento	Cualitativa	Nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. ANTICONCEPTIVOS ORALES 2. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES 3. IMPLANTE SUBDÉRMICO 4. PARCHES 5. DIU CON LEVONORGESTREL 6. DIU DE COBRE 7. LIGADURA DE TROMPAS 8. VASECTOMÍA 9. PRESERVATIVO 10. PÍLDORAS DE EMERGENCIA 11. AMAMANTAMIENTO 12. MÉTODO DEL RITMO 13. COITUS INTERRUPTUS 14. NINGUNO
Infertilidad	Imposibilidad de concebir un embarazo naturalmente o de llevar un embarazo a término después de 1 año de mantener vida sexual activa y sin uso del algún método anticonceptivo	Antecedente de Infertilidad	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO
Infección de Transmisión Sexual	Infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual	Antecedente de presencia de Infección de Transmisión Sexual	Cualitativa	Nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. NINGUNO 2. VIRUS DE PAPILOMA HUMANO 3. VIH/SIDA 4. GONORREA 5. SÍFILIS 6. CLAMIDIA 7. HERPES GENITAL
No. de Hijos Vivos	Número de embarazos nacidos vivos	Número de hijos vivos hasta la actualidad	Cuantitativa	Discreta intervalo	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 2. 1-2 3. 3-4 4. >4
Gestas	Número de Embarazos	Número total de embarazos que ha tenido independientemente de la resolución del embarazo	Cuantitativa	Discreta intervalo	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 2. 1-2 3. 3-4 4. ≥ 5

Partos	Número de embarazos que terminaron vía vaginal	Número total de embarazos que hayan concluido vía vaginal sin ser abortos	Cuantitativa	Discreta intervalo	1. 0 2. 1-2 3. 3-4 4. ≥ 5 5. <u>NINGUNO</u>
Cesáreas	Número de embarazos que terminaron vía abdominal a través de una incisión en la pared uterina	Número total de embarazos que hayan concluido por vía abdominal	Cuantitativa	Discreta intervalo	1. 0 2. 1-2 3. 3-4 4. ≥ 5 5. <u>NINGUNO</u>
Abortos	Número de embarazos que terminaron antes de las primeras 20 semanas de gestación o con peso menor de 500 grs	Número total de embarazos que hayan concluido antes de las 20 sdg secundaria o no a alguna patología	Cuantitativa	Discreta intervalo	1. 0 2. 1-2 3. 3-4 4. ≥ 5 5. <u>NINGUNO</u>
Periodo Intergenésico	Espacio de tiempo entre embarazo y embarazo	Periodo de tiempo en meses desde el último embarazo hasta la fecha actual	Cualitativa	Nominal politómica	1. < 24 MESES 2. > 24 MESES 3. NINGUNO
Embarazo a Término	Embarazo finalizado posterior a las 37 semanas de gestación	Si el último embarazo fue mayor a 37 sdg y menor de 40 sdg	Cualitativa	Nominal politómica	1. SI 2. NO 3. NINGUNO
Complicaciones en el último embarazo	Problemas de salud que se dan durante el período de gestación	Padecimientos que pusieron en riesgo su embarazo	Cualitativa	Nominal politómica	1. SI 2. NO 3. NINGUNO
Muerte Perinatal	Muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida extrauterina	Se preguntará si el hijo del último embarazo vive o no	Cualitativa	Nominal politómica	1. SI 2. NO 3. NINGUNO
Cirugía Pélvica	Cirugía realizada para acceder a los órganos pélvicos	Antecedente de cirugía en región pélvica	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. SI 2. NO
Antecedentes Obstétricos	Enfermedades que se presentan durante el embarazo	Enfermedades que han presentado en cualquier embarazo	Cualitativa	Nominal politómica	1. NINGUNO 2. PARTO PRETÉRMINO PREVIO 3. INCOMPATIBILIDAD RH 4. PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA 5. RECIEN NACIDO CON PESO MENOR DE 2 500 GR 6. RECIEN NACIDO MACROSÓMICO 7. ENFERMEDAD TROFBLASTICA GESTACIONAL 8. DEPRESION POSTPARTO 9. HEMORRAGIA POSPARTO

					<ol style="list-style-type: none"> 10. MALFORMACIONES CONGENITAS 11. DIABETES GESTACIONAL
Antecedentes Personales Patológicos	Enfermedades no relacionadas con el embarazo	Enfermedades diagnosticadas antes de la presencia o después de la resolución de un embarazo y por la cual se encuentra en tratamiento	Cualitativa	Nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. NINGUNO 2. DIABETES MELLITUS 3. ENFERMEDAD TIROIDEA 4. EPILEPSIA 5. HIPERTENSION 6. ARTRITIS REUMATOIDE 7. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO 8. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 9. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR 10. TROMBOFILIA 11. ANEMIA 12. ASMA 13. TUBERCULOSIS 14. NEOPLASIAS
Alcoholismo	Intoxicación por ingesta de alcohol	Consumo de alcohol durante los últimos 6 meses hasta llegar al estado de embriaguez	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO
Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica por el tabaco	Consumo de tabaco durante los últimos 6 meses independientemente del No. de cigarrillos	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO
Drogadicción	Intoxicación por uso de alguna droga	Consumo de alguna droga durante los últimos 6 meses independientemente de la frecuencia	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO
Aspectos Psicosociales	Aspectos relacionados con la conducta humana y su inserción en la sociedad analizado desde aspectos sociales	Factores Psicosociales a los que está expuesta	Cualitativa	Nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. NINGUNO 2. DEPRESION 3. ANSIEDAD 4. VIOLENCIA DE GÉNERO 5. VIOLENCIA SEXUAL 6. DISCAPACIDAD 7. RIESGO LABORAL 8. EXPOSICION AMBIENTAL NOCIVA 9. POBRES REDES DE APOYO 10. ACCESO DEFICIENTE A SERVICIOS DE SALUD (> 2HRS DE TRAYECTO)

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

- Se realizó el protocolo de investigación, así como elaboración del instrumento de medición usando como base la parte de antecedentes del formato MF5: Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico.
- Una finalizado el protocolo de investigación se subió a plataforma y una vez autorizado se comenzó con la aplicación del instrumento de medición.
- Se solicitó por escrito al director de la UMF No. 20 Vallejo IMSS, permiso para la realización del estudio.
- Se seleccionó a las pacientes que participaron en el estudio tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión al momento de encuestarse en la sala de espera de los diferentes servicios con los que cuenta la UMF.
- Se les entregó por escrito el consentimiento informado a cada una de las pacientes seleccionadas para su autorización para la realización del cuestionario.
- Se aplicó el instrumento de medición dando tiempo suficiente para la resolución.
- Al término se verificó que estuviera completo y se le dio las gracias a la paciente participante.
- Se le informó que si deseaba conocer sus resultados se le daría información previa cita para proporcionársela de acuerdo a su folio.
- Una vez aplicado el instrumento al total de la muestra, se realizó un vaciado de datos en el Programa Estadístico SPSS y posteriormente se elaboraron de gráficos y análisis de resultados.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El presente instrumento se elaboró tomando en cuenta como base el formato MF5 de Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico IMMS Prospera, en su apartado de Antecedentes, con la asesoría de la Dra. Santa Vega Mendoza Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación, adscrita a la UMF No. 20 Vallejo, IMSS; el cual contó con 26 preguntas de opción múltiple, las cuales

englobaron los antecedentes personales de la paciente sociodemográficos, patológicos y gineco-obstétricos, y sumando aspectos psicosociales, cuyas respuestas tuvieron un puntaje asignado con base en el formato previamente mencionado, donde una vez finalizado el cuestionario se hizo la suma del puntaje obtenido en cada respuesta, obteniendo finalmente como Riesgo Reproductivo Bajo un puntaje de 4 o menos puntos y Riesgo Reproductivo Alto de 4.5 o más puntos.

RECOLECCIÓN DE DATOS

La manera en que se recolectaron los datos fue por medio de una encuesta estructurada tipo cuestionario que se aplicó a pacientes mujeres derechohabientes de entre 20 a 34 años de edad que se encontraban en la sala de espera de la unidad para consulta de Medicina Familiar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó por medio de estadística descriptiva bivariada.

- Variables Independientes Cuantitativas : frecuencias, porcentajes, y medidas de tendencia central
- Variables Independientes Cualitativas: frecuencias y porcentajes
- Asociación de variables: Chi²

RESULTADOS

Se encuestaron 88 pacientes femeninas, observando una edad de 26-28 años con 30.7% (27) y 29-31 años el 20.5% (18), solteras 53.4% (47) y casadas 23.9% (21); con preparatoria 43.2% (38) y nivel secundaria 31.8% (28); empleadas 58% (51) y amas de casa 34.1% (30). (**Tabla 1**)

Tabla 1. Datos generales de mujeres en edad reproductiva de 20-34 años

DATOS GENERALES	N	%
EDAD		
20-22 años	15	17%
23-25 años	15	17%
26-28 años	27	30.7%
29-31 años	18	20.5%
32-34 años	13	14.8%
ESTADO CIVIL		
Soltera	47	53.4%
Casada	21	23.9%
Unión Libre	20	20%
ESCOLARIDAD		
Secundaria	28	31.8%
Preparatoria	38	43.2%
Licenciatura	22	25%
OCUPACIÓN		
Ama de Casa	30	34.1%
Obrera	4	4.5%
Empleada	51	58%
Estudiante	3	3.4%

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

En cuanto a antecedentes obstétricos tienen vida sexual activa 79.5% (70) y 20.5% (18) no tienen vida sexual activa; han tenido de 1-2 gestas 43.2% (38) y 0 gestas 38.6% (34); con 1-2 hijos vivos 48.9% (43) y de 3-4 hijos vivos 11.4% (10); de 1-2 partos 43.2% (38) y 0 parto 15.9% (14); 0 cesáreas 35.2% (31) y 1-2 cesáreas 23.9% (21); 0 abortos 46.6% (41) y de 1-2 abortos 13.6% (12); periodo intergenésico >24 meses 48.9% y <24 meses 12.5% (11); 47.7% (42) tuvieron complicaciones en el último embarazo y 13.6% (12) no; 54.5% (48) vive su hijo del último embarazo. (**Tabla 2**)

Tabla 2. Antecedentes obstétricos de mujeres en edad reproductiva de 20-34 años

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	N	%
VIDA SEXUAL ACTIVA		
Si	70	79.5%
No	18	20.5%
GESTAS		
0	34	38.6%
1-2	38	43.2%
3-4	16	18.2%
NÚMERO DE HIJOS VIVOS		
0	1	1.1%
1-2	43	48.9%
3-4	10	11.4%
Ninguno	34	38.6%
PARTOS		
0	14	15.9%
1-2	38	43.2%
3-4	2	2.3%
Ninguno	34	38.6%
CESAREAS		
0	31	35.2%
1-2	21	23.9%
3-4	2	2.3%
Ninguno	34	38.6%
ABORTOS		
0	41	46.6%
1-2	12	13.6%
3-4	1	1.1%
Ninguno	34	38.6%
PERIODO INTERGENESICO		
<24 meses	11	12.5%
>24 meses	43	48.9%
Ninguno	34	38.6%
ÚLTIMO EMBARAZO FUE DE TERMINO		
Si	46	52.35
No	8	9.1%
Ninguno	34	38.6%
HUBO COMPLICACIONES EN EL ÚLTIMO EMBARAZO		
Si	12	13.6%
No	42	47.7%
Ninguno	34	38.6%
EL HIJO DEL ÚLTIMO EMBARAZO VIVE		
Si	48	54.5%
No	6	6.8%
Ninguno	34	38.6%

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

En relación a datos clínicos se observó un IMC normal en 58% (51) y sobrepeso en 28.4% (25); sin antecedente de infertilidad en 97.7% (86); 94.3% (83) sin antecedente de infección de transmisión sexual y 5.7% (5) con antecedente de virus de papiloma humano; 37.5% (33) con alcoholismo y 15.9% (14) con tabaquismo; 100% sin antecedente de drogadicción. (**Tabla 3**)

Tabla 3. Datos clínicos de mujeres en edad reproductiva de 20-34 años

DATOS CLINICOS	N	%
INDICE DE MASA CORPORAL		
Normal	51	58%
Sobrepeso	25	28.4%
Obesidad Grado 1	10	11.4%
Obesidad Grado 2	1	1.1%
Obesidad Grado 3	1	1.1%
ANTECEDENTE DE INFERTILIDAD		
Si	2	2.3%
No	86	97.7%
ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL		
Ninguno	83	94.3%
Virus de Papiloma Humano	5	5.7%
ALCOHOLISMO		
Si	33	37.5%
No	55	62.5%
TABAQUISMO		
Si	14	15.9%
No	74	84.1%
DROGADICCIÓN		
Si	0	0%
No	88	100%

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

El 79.5% (62) usan método de planificación familiar y 20.5% (26) que no usan método; 22.7% (20) usan preservativo como método de planificación familiar. (**Tabla 4**)

Tabla 4. Método de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva de 20-34 años

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	N	%
USA MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
Si	62	79.5%
No	26	20.5%
TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
Anticonceptivos Orales	2	2.3%
Implante Subdérmico	8	9.1%
Parches	3	3.4%
DIU con Levonorgestrel	3	3.4%
DIU de Cobre	15	17%
Ligadura de Trompas	11	12.5%
Preservativo	20	22.7%
Ninguno	26	29.5%

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

Se identificó un 92% (81) que no tienen antecedente de cirugía pélvica previa y 8% (7) si; 86.4% (76) no tienen ningún antecedente obstétrico y 6.8% (6) tienen antecedentes de preeclampsia-eclampsia; 86.4% (76) no tienen ningún antecedente personal patológico y 4.5% (4) tienen antecedente de anemia; 73.9% (65) no tienen ningún antecedente psicosocial y 4.7% (5) tienen antecedente de ansiedad. (**Tabla 5**)

Tabla 5. Antecedentes patológicos obstétricos de mujeres en edad reproductiva de 20-34 años

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTETRICOS	N	%
ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PELVICA PREVIA		
Si	7	8%
No	81	92%
ANTECEDENTES OBSTETRICOS		
Ninguno	76	86.4%
Parto Pretérmino Previo	3	3.4%
Preeclampsia-Eclampsia	6	6.8%
Hemorragia Postparto	1	1.1%
Malformaciones Congénitas	1	1.1%
Diabetes Gestacional	1	1.1%
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS		
Ninguno	76	86.4%
Diabetes Mellitus	1	1.1%
Enfermedad Tiroidea	1	1.1%
Artritis Reumatoide	1	1.1%
Enfermedad Renal Crónica	1	1.1%
Enfermedad Cardiovascular	1	1.1%
Anemia	4	4.5%
Asma	3	3.4%
ASPECTOS PSICOSOCIALES		
Ninguno	65	73.9%
Depresión	7	8%
Ansiedad	5	5.7%
Violencia de Género	1	1.1%
Exposición Ambiental Nociva	4	4.5%
Pobres Redes de Apoyo	4	4.5%
Acceso Deficiente a Servicios de Salud	2	2.3%

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

Se encontró que un 60.2% (53) tienen un riesgo reproductivo alto y 39.8% (35) un riesgo reproductivo bajo. (**Tabla 6**)

Tabla 6. Riesgo reproductivo de mujeres en edad reproductiva de 20-34 años

RIESGO REPRODUCTIVO	N	%
Bajo	35	39.8%
Alto	53	60.2%

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las pacientes que **utilizan método de planificación familiar** fueron de una edad de 29-31 años 77.8% (14), casadas 81% (17), con licenciatura 86.4% (19) y empleadas 72.5% (37), con vida sexual activa 83.9% (52), con ninguna gesta 53.8% (20), de 1-2 hijos vivos 50% (31), 1-2 partos 48.4% (30), ninguna cesárea 38.7% (24), ningún aborto 51.6% (32), periodo intergenésico mayor de 24 meses 50% (31), ultimo embarazo a término 59.7% (37), sin complicaciones en el último embarazo 50% (31), el último hijo vive 62.9% (39), con un IMC normal 56.5% (35), sin antecedentes de infertilidad 98.4% (61), sin antecedente de infección de transmisión sexual 93.5% (58), sin alcoholismo 61.3% (38), sin tabaquismo 85.5% (53), sin drogadicción 100% (62), sin antecedente de cirugía pélvica previa 88.7% (55), sin ningún antecedente obstétrico 82.3% (25), sin ningún antecedente personal patológico 85.5% (53), sin ningún antecedente psicosocial 71% (44). Con riesgo reproductivo alto 58.1% (36).

Las pacientes que **no utilizan método de planificación familiar** tuvieron 26-28 años de edad 38.5% (10), solteras 61.5% (16), escolaridad preparatoria 50% (13), empleadas 53.8% (14), con vida sexual activa 69.2% (18), ninguna gesta 53.8% (14), con 1-2 hijos vivos 46.2% (12), 1-2 partos 30.8% (8), ninguna cesárea 26.9% (7), ningún aborto 34.6% (9), periodo intergenésico mayor de 24 meses 46.2% (12), último embarazo a término 34.6% (9), sin complicaciones en el último embarazo 42.3% (11), hijo del último embarazo vivo 34.5% (9), con IMC normal 61.5% (16),

sin antecedente de infertilidad 96.2% (25), sin antecedente de infección de transmisión sexual 96.2% (25), sin alcoholismo 65.4% (17), sin tabaquismo 80.8% (21), sin drogadicción 100% (26), sin antecedente de cirugía pélvica 100% (26), sin antecedentes obstétricos 96.2% (25), sin antecedentes personales patológicos 88.5% (23), sin antecedente de aspectos psicosociales 80.8% (21), con riesgo reproductivo alto 65.4% (17).

Tabla 7. Método de planificación familiar relacionado con datos generales

DATOS GENERALES	USA MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR				P
	SI		NO		
	N (62)	%	N (26)	%	
EDAD					0.079
20-22 años	10	16.1%	5	19.2%	
23-25 años	9	14.5%	6	23.1%	
26-28 años	17	27.4%	10	38.5%	
29-31 años	14	22.6%	4	15.4%	
32-34 años	12	19.4%	1	3.8%	
ESTADO CIVIL					0.70
Soltera	31	50%	16	61.5%	
Casada	17	27.4%	4	15.4%	
Unión Libre	14	22.6%	6	4.5%	
ESCOLARIDAD					0.106
Secundaria	18	29%	10	38.5%	
Preparatoria	25	40.3%	13	50%	
Licenciatura	19	30.6%	3	11.5%	
OCUPACIÓN					0.858
Ama de Casa	21	33.9%	9	34.6%	
Obrera	2	3.2%	2	7.7%	
Empleada	37	59.7%	14	53.8%	
Estudiante	2	3.2%	1	3.8%	

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

Tabla 8. Método de planificación familiar relacionado con antecedentes obstétricos

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	USA MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR				P
	SI		NO		
	N (62)	%	N (26)	%	
VIDA SEXUAL ACTIVA					0.105
Si	52	83.9%	18	69.2%	
No	10	16.1%	8	20.5%	
GESTAS					0.014
0	20	32.3%	14	53.8%	
1-2	27	43.5%	11	42.3%	
3-4	15	24.2%	1	3.8%	
HIJOS VIVOS					0.132
0	1	1.6%	0	0.0%	
1-2	31	50%	12	46.2%	
3-4	10	16.1%	0	0.0%	
Ninguno	20	32.3%	14	53.8%	
PARTOS					0.101
0	10	16.1%	4	15.4%	
1-2	30	48.4%	8	30.8%	
3-4	2	3.2%	0	0.0%	
Ninguno	20	32.3%	14	53.8%	
CESAREAS					0.079
0	24	38.7%	7	26.9%	
1-2	16	25.8%	5	19.2%	
3-4	2	3.2%	0	0.0%	
Ninguno	20	32.3%	14	53.8%	
ABORTOS					0.067
0	32	51.6%	9	34.6%	
1-2	9	14.5%	3	11.5%	
3-4	1	1.6%	0	0.0%	
Ninguno	20	32.3%	14	53.8%	
PERIODO INTERGENESICO					0.012
<24 meses	11	17.7%	0	0.0%	
>24 meses	31	50%	12	46.2%	
Ninguno	20	32.3%	14	53.8%	
ÚLTIMO EMBARAZO DE TERMINO					0.035
Si	37	59.7%	9	34.6%	
No	5	8.1%	3	11.5%	
Ninguno	20	32.3%	14	53.8%	
COMPLICACIONES EN EL ÚLTIMO EMBARAZO					0.026
Si	11	17.7%	1	3.8%	
No	31	50%	11	42.3%	
Ninguno	20	32.3%	14	53.8%	
ÚLTIMO HIJO VIVE					0.026
Si	39	62.9%	9	34.6%	
No	3	4.8%	3	11.5%	
Ninguno	20	32.3%	14	53.8%	

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

Tabla 9. Método de planificación familiar relacionado con datos clínicos

DATOS CLÍNICOS	USA MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR				P
	SI		NO		
	N (62)	%	N (26)	%	
INDICE DE MASA CORPORAL					0.503
Normal	35	56.5%	16	61.5%	
Sobrepeso	18	29%	7	26.9%	
Obesidad 1	7	11.3%	7	11.5%	
Obesidad 2	1	1.6%	0	0%	
Obesidad 3	1	1.6%	0	0%	
ANTECEDENTE DE INFERTILIDAD					0.506
Si	1	1.6%	1	3.8%	
No	61	98.4%	25	96.2%	
ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL					0.535
Ninguno	58	93.5%	25	96.2%	
Virus de Papiloma Humano	4	6.5%	1	3.8%	
ALCOHOLISMO					0.455
Si	24	38.7%	9	34.6%	
No	38	61.3%	17	65.4%	
TABAQUISMO					0.397
Si	9	14.5%	5	19.2%	
No	53	85.5%	21	80.8%	
DROGADICCIÓN					
Si	0	0.0%	0	0.0%	
No	62	100%	26	100%	

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

Tabla 10. Método de planificación familiar relacionado con antecedentes patológicos obstétricos

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTETRICOS	USA MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR				P
	SI		NO		
	N (62)	%	N (26)	%	
ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PELVICA PREVIA					0.077
Si	7	11.3%	0	0.0%	
No	55	88.7%	26	100%	
ANTECEDENTES OBSTETRICOS					0.497
Ninguno	51	82.3%	25	96.2%	
Parto Pretérmino					
Previo	3	4.8%	0	0.0%	
Preeclampsia-					
Eclampsia	6	9.7%	0	0.0%	
Hemorragia					
Postparto	1	1.6%	0	0.0%	
Malformaciones					
Congénitas	0	0.0%	1	3.8%	
Diabetes					
Gestacional	1	1.6%	0	0.0%	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS					0.978
Ninguno	53	85.5%	23	88.5%	
Diabetes Mellitus	1	1.6%	0	0.0%	
Enfermedad					
Tiroidea	1	1.6%	0	0.0%	
Artritis Reumatoide	1	1.6%	0	0.0%	
Enfermedad Renal					
Crónica	0	0.0%	1	3.8%	
Enfermedad					
Cardiovascular	1	1.6%	0	0.0%	
Anemia	3	4.8%	1	3.8%	
Asma	2	3.2%	1	3.8%	
ASPECTOS PSICOSOCIALES					0.112
Ninguno	44	71%	21	80.8%	
Depresión	4	6.5%	3	11.5%	
Ansiedad	4	6.5%	1	3.8%	
Violencia de Género	1	1.6%	0	0.0%	
Exposición					
Ambiental Nociva	3	4.8%	1	3.8%	
Pobres Redes de					
Apoio	4	6.5%	0	0.0%	
Acceso Deficiente a					
Servicios de Salud	2	3.2%	0	0.0%	

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

Tabla 11. Método de planificación familiar relacionado con riesgo reproductivo

RIESGO REPRODUCTIVO	USA MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR				P
	SI		NO		
	N (62)	%	N (26)	%	
Bajo	26	41.9%	9	34.6%	0.346
Alto	36	58.1%	17	65.4%	

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

RIESGO REPRODUCTIVO

Las pacientes que tienen un **riesgo reproductivo bajo** tienen una edad de 26-28 años 42.9% (15), solteras 57.1% (20), con nivel preparatoria 54.3% (19), empleadas 62.9% (22); con vida sexual activa 85.7% (30), sin gestas 51.4% (18), con 1-2 hijos vivos 45.7% (16), 1-2 partos 45.7% (16), sin cesáreas 48.6% (17), sin abortos 48.6% (17), con periodo intergenésico >24 meses 42.9% (15), con último embarazo a término 48.6% (17), sin complicaciones en el último embarazo 48.6% (17), hijo de último embarazo vivo 48.6% (17); IMC normal 68.6% (24), sin antecedente de infertilidad 100% (35), sin antecedente de infección de transmisión sexual 100% (35), sin alcoholismo 60% (21), sin tabaquismo 88.6% (31), sin drogadicción 100% (35); sin antecedente de cirugía pélvica previa 94.3% (33), sin antecedentes obstétricos 100% (35), sin antecedentes personales patológicos 100% (35) y sin antecedentes de aspectos psicosociales 94.3% (33).

Dentro de las pacientes que tienen un **riesgo reproductivo alto** encontramos 24.5% (13) con edad entre 29-30 años, solteras 50.9% (27), nivel preparatoria 35.8% (19), empleadas 54.7% (29); con vida sexual activa 75.5% (40), 1-2 gestas 41.5% (22), con 1-2 hijos vivos 50.9% (27), 1-2 partos 41.5% (22), 1-2 cesáreas 39.6% (21), ningún aborto 45.3% (24), periodo intergenésico >24 meses 52.8% (28), último embarazo a término 54.7% (29), sin complicaciones en el último embarazo 47.2% (25), con hijo del último embarazo vivo 58.5% (31); IMC normal 50.9% (27), sin antecedente de infertilidad 96.2% (51), sin antecedente de infección de

transmisión sexual 90.6% (48), sin alcoholismo 64.2% (34), sin tabaquismo 81.1% (43), sin drogadicción 100% (53); sin antecedente de cirugía pélvica 90.6% (48), sin antecedentes obstétricos 77.4% (41), sin antecedentes personales patológicos 77.4% (41), sin antecedentes de aspectos psicosociales 60.4% (32).

Tabla 12. Riesgo reproductivo relacionado con datos generales

DATOS GENERALES	RIESGO REPRODUCTIVO				P
	BAJO		ALTO		
	N (35)	%	N (53)	%	
EDAD					0.014
20-22 años	8	22.9%	7	13.2%	
23-25 años	6	17.1%	9	17%	
26-28 años	15	42.9%	12	22.6%	
29-31 años	5	14.3%	13	24.5%	
32-34 años	1	2.9%	12	22.6%	
ESTADO CIVIL					0.387
Soltera	20	57.1%	27	50.9%	
Casada	4	11.4%	17	32.1%	
Unión Libre	11	31.4%	9	17%	
ESCOLARIDAD					0.642
Secundaria	10	28.6%	18	34%	
Preparatoria	19	54.3%	19	35.8%	
Licenciatura	6	17.1%	16	30.2%	
OCUPACIÓN					0.280
Ama de Casa	9	25.7%	21	39.6%	
Obrera	3	8.6%	1	1.9%	
Empleada	22	62.9%	29	54.7%	
Estudiante	1	2.9%	2	3.8%	

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

Tabla 13. Riesgo reproductivo relacionado con antecedentes obstétricos

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	RIESGO REPRODUCTIVO				P
	BAJO		ALTO		
	N (35)	%	N (53)	%	
VIDA SEXUAL ACTIVA					0.186
Si	30	85.7%	40	75.5%	
No	5	14.3%	13	24.5%	
GESTAS					0.003
0	18	51.4%	16	30.2%	
1-2	16	45.7%	22	41.5%	
3-4	1	2.9%	15	28.3%	
NÚMERO DE HIJOS VIVOS					0.097
0	0	0.0%	1	1.9%	
1-2	16	45.7%	27	50.9%	
3-4	1	2.9%	9	17%	
Ninguno	18	51.4%	16	10.2%	
PARTOS					0.010
0	0	0.0%	14	26.4%	
1-2	16	45.7%	22	41.5%	
3-4	1	2.9%	1	1.9%	
Ninguno	18	51.4%	16	30.2%	
CESAREAS					0.332
0	17	48.6%	14	26.4%	
1-2	0	0.0%	21	39.6%	
3-4	0	0.0%	2	3.8%	
Ninguno	18	51.4%	16	30.2%	
ABORTOS					0.151
0	17	48.6%	24	45.3%	
1-2	0	0.0%	12	22.6%	
3-4	0	0.0%	1	1.9%	
Ninguno	18	51.4%	16	30.2%	
PERIODO INTERGENESICO					0.026
<24 meses	2	5.7%	9	17%	
>24 meses	15	42.9%	28	52.8%	
Ninguno	18	51.4%	16	30.2%	
ÚLTIMO EMBARAZO FUE DE TERMINO					0.185
Si	17	48.6%	29	54.7%	
No	0	0.0%	8	15.1%	
Ninguno	18	51.4%	16	30.2%	
COMPLICACIONES EN EL ÚLTIMO EMBARAZO					0.003
Si	0	0.0%	12	22.6%	
No	17	48.6%	25	47.2%	
Ninguno	18	51.4%	16	28.4%	
HIJO DEL ÚLTIMO EMBARAZO VIVE					0.135
Si	17	48.6%	31	58.5%	
No	0	0.0%	6	11.3%	
Ninguno	18	51.4%	16	30.2%	

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

Tabla 14. Riesgo reproductivo relacionado con datos clínicos

DATOS CLÍNICOS	RIESGO REPRODUCTIVO				P
	BAJO		ALTO		
	N (35)	%	N (53)	%	
INDICE DE MASA CORPORAL					0.043
Normal	24	68.6%	27	50.9%	
Sobrepeso	9	25.7%	16	30.2%	
Obesidad Grado 1	2	5.7%	8	15.1%	
Obesidad Grado 2	0	0.0%	1	1.9%	
Obesidad Grado 3	0	0.0%	1	1.9%	
ANTECEDENTE DE INFERTILIDAD					0.360
Si	0	0.0%	2	3.8%	
No	35	100%	51	96.2%	
ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL					0.073
Ninguno	35	100%	48	90.6%	
Virus de Papiloma Humano	0	0.0%	5	9.4%	
ALCOHOLISMO					0.432
Si	14	40%	19	35.8%	
No	21	60%	34	64.2%	
TABAQUISMO					0.266
Si	4	11.4%	10	18.9%	
No	31	88.6%	43	81.1%	
DROGADICCIÓN					
Si	0	0.0%	0	0.0%	
No	35	100%	53	100%	

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

Tabla 15. Riesgo reproductivo relacionado con antecedentes patológicos obstétricos

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTETRICOS	RIESGO REPRODUCTIVO				P
	BAJO		ALTO		
	N (35)	%	N (53)	%	
ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PELVICA PREVIA					0.420
Si	2	5.7%	5	9.4%	
No	33	94.3%	48	90.6%	
ANTECEDENTES OBSTETRICOS					0.020
Ninguno	35	100%	41	77.4%	
Parto Pretérmino					
Previo	0	0.0%	3	5.7%	
Preeclampsia-Eclampsia	0	0.0%	6	11.3%	
Hemorragia Postparto	0	0.0%	1	1.9%	
Malformaciones Congénitas	0	0.0%	1	1.9%	
Diabetes Gestacional	0	0.0%	1	1.9%	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS					0.006
Ninguno	35	100%	41	77.4%	
Diabetes Mellitus	0	0.0%	1	1.9%	
Enfermedad Tiroidea	0	0.0%	1	1.9%	
Artritis Reumatoide	0	0.0%	1	1.9%	
Enfermedad Renal Crónica	0	0.0%	1	1.9%	
Enfermedad Cardiovascular	0	0.0%	1	1.9%	
Anemia	0	0.0%	4	7.5%	
Asma	0	0.0%	3	5.7%	
ASPECTOS PSICOSOCIALES					
Ninguno	33	94.3%	32	60.4%	
Depresión	0	0.0%	7	13.2%	
Ansiedad	1	2.9%	4	7.5%	
Violencia de Género	0	0.0%	1	1.9%	
Exposición Ambiental Nociva	0	0.0%	4	7.5%	
Pobres Redes de Apoyo	1	2.9%	3	5.7%	
Acceso Deficiente a Servicios de Salud	0	0.0%	2	3.8%	

Fuente: Encuesta a mujeres UMF20

Se relaciona el riesgo obstétrico alto con edad ($p=.014$), gestas ($p=.003$), partos ($p=.010$), periodo intergenésico ($p=0.026$) y la presencia de complicaciones en el último embarazo ($p=.003$).

Disminuye el riesgo obstétrico el tener un IMC normal ($p=.043$), menor número de antecedentes patológicos obstétricos ($p=.020$), menores antecedentes personales patológicos ($p=.006$) y menor presencia de antecedentes de aspectos psicosociales ($p=.011$).

DISCUSIÓN

La atención obstétrica que se brinda en nuestro país está regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, teniendo como hecho relevante que el 56.6% de las pacientes presentan factores de riesgo reproductivo u obstétrico elevado, donde las complicaciones que se presentaron en los casos analizados eran previsibles en 47.9% del total.(25) Así pues en la población femenina en edad reproductiva de 20-34 años de la UMF No. 20 Vallejo se encontró que el 60.2% de las pacientes tiene un riesgo reproductivo alto y el 39.8% un riesgo reproductivo bajo, de las cuales el 58.1% con riesgo alto usan método de planificación familiar y el 65.4% no usa ningún método de planificación, no encontrándose significancia estadística y observando que más de la mitad de la población tiene un riesgo el cual debe tener seguimiento.

Respecto al uso de métodos de planificación familiar, de acuerdo a la ENAID, entre las mujeres en edad fértil sexualmente activas, en México en el 2009 el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos fue de 80.2% incrementándose a 81.1% en 2014, observándose que el uso de métodos anticonceptivos aumenta conforme se incrementa el número de hijos, sobre todo a partir del segundo hijo alcanzándose una prevalencia anticonceptiva de 88.1% en 2009 a 88.5% en 2014 en las mujeres con tres hijos, donde las mujeres con un hijo o sin hijos son las que menos usan algún método anticonceptivo(6); en nuestra población actual podemos ver que el uso de métodos ha incrementado hasta un 79.5% de las cuales un 43.5% de las que han tenido de 1 a 2 embarazos usa algún método comparado con el 32.3% que no ha tenido ningún hijo.

En un estudio realizado en una población universitaria de Bogotá en 2008 se encontró que un 82.1% está utilizando algún método de anticoncepción, siendo el más utilizado el preservativo, seguido por los anticonceptivos orales(26); mientras que de acuerdo a la ENAID para el 2014 las mujeres de 20 a 24 años prefieren por

orden de descendencia el condón masculino (28.1%), DIU (27.8%), inyecciones (11%), implante subdérmico (10.3%) y la OTB (8.4%). En el grupo de 25-29 años en primer lugar se encuentra el DIU (24.6%), OTB (24.1%), condón masculino (19.9%), inyecciones (9%), anticonceptivos orales (6.9%), implante subdérmico (6.6%) y métodos tradicionales (5.5%) y en el grupo de 30 a 34 años OTB (42.5%), DIU (18.1%), condón masculino (14.5%), inyecciones (5.5%), pastillas (5.2%), implante (3.1%) y vasectomía (3.1%)(6).

A comparación, nuestras pacientes estudiadas utilizan con mayor frecuencia el preservativo con un 22.7%, seguido del DIU de cobre con un 17%, OTB 12.5%, implante subdérmico 9.1%, no encontrándose la presencia de ningún método considerado como natural o la vasectomía, esto debido a que el mayor porcentaje de nuestra población se encuentra entre los 20-25 años, lo cual coincide con los datos mencionados por la ENAID como principales métodos usados para este grupo de edad.

Preferencia por este método probablemente debido a que el uso del preservativo se encuentra condicionado por la opinión de la pareja, sobre la cual influyen aún creencias y falsos conceptos, usándose a veces como único método de barrera utilizado con mayor frecuencia, por efectividad, conveniencia y normas de colocación, con una mayor difusión. Y el resto no tan usados debido a la presencia de efectos colaterales como rubor, calor, dolor o alergia, pero principalmente por las alteraciones del sangrado menstrual pues se ha reportado que con mayor frecuencia el sangrado habitual disminuye y muchas mujeres dejan de ver sus períodos por completo, constituyendo un motivo de preocupación entre las usuarias, las cuales temen haber quedado embarazadas o presentar problemas funcionales de su organismo debido a esta causa.(27)

Según algunos autores en la población de mujeres en edad fértil, de un 15-25% constituyen riesgo reproductivo preconcepcional, presentando alguna condición biológica, social o de conducta que puede afectar su salud o la de su descendencia

en caso de que decida tener un embarazo(28), en el caso de nuestra población estudiada se encontró que más de la mitad hasta un 60.2% tiene un riesgo reproductivo alto, donde los factores que lo incrementan son la edad, el número de embarazos, partos, el periodo intergenésico, la presencia de complicaciones en el último embarazo, mientras los que lo disminuyen son el IMC normal, la menor presencia de antecedentes patológicos obstétricos, antecedentes personales patológicos y antecedente de aspectos psicosociales.

El estado de malnutrición ya sea por deficiencia o por exceso es otro factor importante, en un estudio realizado en 2004 en Altagracia se encontró un 48.8% por déficit y un 30.03% por exceso(29), donde en este grupo está presente la anemia como factor contribuyente.(27) En la población estudiada se encontró como factor con significancia estadística la relación entre el IMC que entre más se acercará a lo normal disminuía el riesgo, mientras que dentro de la presencia de antecedentes personales patológicos la anemia se encontró como el de mayor presencia como antecedente en este rubro con un 4.5% de la población estudiada.

En el riesgo obstétrico también se encuentra la multiparidad, el período intergenésico menor de 2 años, factores determinantes debido a que durante el embarazo y la lactancia la madre consume sus recursos biológicos y nutricionales, necesitando un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo, estableciéndose un período mínimo de 2 años,(27) así pues en nuestra población el número de embarazos y el periodo intergenésico se encontró que son factores influyentes en el aumento del riesgo reproductivo.

En el estudio realizado en Altagracia en 2004, se encontró incidencia de enfermedades con asma en un 16.9%, hipertensión arterial 16.9%, infección urinaria de repetición 15.5%, anemia ferropénica en un 12.9% y otras afecciones como diabetes mellitus, cardiopatías y glomerulonefritis que presentaron baja incidencia, (29) mientras que en nuestra población estudiada el asma fue de las principales con un 3.4%, seguido de diabetes mellitus con un 1.1%, no encontrándose la

hipertensión arterial en nuestras pacientes, pero si cardiopatía y padecimientos renales y tiroideos con menor incidencia.

Al revisar la prevalencia de hábitos tóxicos, los más frecuentes son el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas, relacionados el primero con la presencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer y el segundo produciendo deficiencias del crecimiento pre y post natal con pobre respuesta nutricional durante toda la infancia, (27) por lo que coincidimos, pues en nuestras pacientes se encontró que el de mayor prevalencia es el alcoholismo con un 37.5% seguido del tabaquismo con un 15.9% y ninguna paciente menciona la presencia de drogadicción.

Tomando en cuenta lo anterior, se tiene que considerar que la valoración del riesgo requiere de un análisis individual e integral en todos los casos, pues cada factor de riesgo no se comporta igual en todas las mujeres, es decir, la magnitud del riesgo es individual y a la vez pueden influir unos sobre otros.(18) Por lo que es muy importante la capacitación continua del personal de salud, especialmente médicos y enfermeras para la medición del riesgo reproductivo para así influir en la disminución de la morbimortalidad materno infantil, otorgándole información veraz y clara en cada consulta sobre el riesgo reproductivo y la importancia del uso de los métodos de planificación familiar y un correcto manejo preconcepcional.

CONCLUSIONES

De una muestra de 88 mujeres, hay un mayor número de femeninas derechohabientes en edad reproductiva entre 20-34 años de edad que usan método de planificación familiar (79.5%) que las que no usan método (20.5%).

Se encontró que en las mujeres en edad reproductiva entre 20-34 años de edad que tienen riesgo reproductivo bajo es mayor el número de femeninas que usan método de planificación familiar (26) que las que no usan (9), mientras que dentro de las que tienen riesgo reproductivo alto es mayor el número de pacientes que usan método de planificación familiar (36), que las que no usan método (17).

Dentro de los factores que se encontraron en las mujeres que tienen un riesgo reproductivo bajo a diferencia de las que tienen riesgo alto son la edad, el número de gestas y el número de cesáreas, pues en el grupo de riesgo bajo la edad va de 26 a 28 años, sin gestas, sin cesáreas, mientras que el grupo de riesgo alto la edad es de 29-30 años, gestas de 1-2, cesáreas de 1-2, además en este grupo se observó la presencia de virus de papiloma humano en el 9.4% (5), antecedente obstétrico de Preeclampsia-Eclampsia en 11.9% (6), antecedente de anemia de 7.5% (4) y antecedente de depresión de 13.2% (7).

Así mismo se encontró que los factores que aumentan el riesgo reproductivo son la edad, el número de gestas, número de partos, el período intergenésico y la existencia de complicaciones en el último embarazo, mientras que los que disminuyen el riesgo son la presencia de un IMC normal, menor presencia de antecedentes obstétricos, antecedentes personales patológicos y antecedente de aspectos psicosociales.

Debido a que el valor de P en la relación entre uso de método de planificación familiar y riesgo reproductivo fue de 0.346, se puede decir que se rechaza la Hipótesis nula, ya que no hay suficiente evidencia para concluir que las variables

están asociadas, es decir no hay significancia estadística entre el uso de método de planificación familiar y la presencia de riesgo reproductivo, pues en las pacientes con riesgo reproductivo alto se encontró un % alto que usan método de planificación y de igual manera se encontró un porcentaje elevado que no usan método.

RECOMENDACIONES

- Reforzar el proceso educativo del personal médico y enfermería en salud reproductiva
- Valorar el riesgo reproductivo desde la primera consulta a toda mujer en edad fértil y dar seguimiento a estas pacientes en caso de obtener un riesgo alto, mediante una atención médica integral donde se documente el proceso de atención pre concepcional.
- Enfocar acciones de planificación familiar, especialmente en las pacientes con riesgo reproductivo alto para disminuir o controlar los factores de riesgo con los que cuenta cada paciente.
- Realizar acciones de promoción y prevención de salud para orientar a la población femenina sobre el uso y utilidad de los métodos de planificación familiar
- Asegurar el uso de métodos de planificación familiar de tiempo prolongado
- Promover a las pacientes acudir a citas médicas preconceptionales

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer [Internet]. Nota descriptiva. 2018 [cited 2019 May 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
2. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar [Internet]. Nota descriptiva. 2018 [cited 2019 May 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
3. Pacheco-Romero J. Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. *An la Fac Med.* 2017;78(2):103.
4. Romero EDL. *Mujeres y Hombres en México 2018.* 2019. 270 p.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. *IMSS: Bienestar para toda la vida.* 2018;23. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/428868/Programa_IMSS_Bienestar_para_toda_la_vida.pdf
6. Soledad Arrigada Barrera jorge A. *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva.* Vol. Primera ed, Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. 2016. 238 p.
7. Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana.* Vol. 5, Norma Oficial Mexicana Nom-008-Ssa3-2010, Para El Tratamiento Integral Del Sobrepeso Y La Obesidad. 2010. p. 265–88.
8. SEMERGEN. *Información al paciente Planificación familiar.* Elsevier [Internet]. 2000;2–3. Available from: www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359301736714-S300
9. Duvergel Pérez DJ, Duvergel Pérez DB, Francis Jarrosay L, González Millán DT. Reflexiones sobre el riesgo preconcepcional. *Rev Inf Científica* [Internet]. 2010;68(4):15. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6128688.pdf%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6128688>
10. Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L,

- Hernández-Serrato MI, Walker D, et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(SUPPL.2):225–34.
11. Nascimento B da S, Spindola T, Pimentel MRAR, Ramos RC de A, Costa RS, Teixeira RS. Sexual behavior among college students and care for sexual and reproductive health. *Enfermería Glob* [Internet]. 2018;17(49):237–69. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100237&lang=pt%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00237.pdf
 12. Yago T, Tomas C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2014;88(3):395–406. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/09_original8.pdf
 13. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2017;59(3):236–47. Available from: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7891%0Ahttp://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7891%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28902311>
 14. Mateus J. The burden of severe maternal morbidity in contemporaneous Obstetrics. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2016;62(4):397–404. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000400008
 15. Torres MAF, Leyva MS, Juan YR, Bonal AF. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. *Rev Inf Científica* [Internet]. 2018;97(1):205–14. Available from: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1805/3517>
 16. Pérez-Ramírez3 SS-SMO-CRER-GNP. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. 2014;(35:490-498):490–8. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm146h.pdf>

17. González Galindo G. Hacia nuevos paradigmas de interpretación para la libertad de procreación. *Opinión Jurídica*. 2017;16(31):135–54.
18. Ortiz YM. Intervención capacitante en Enfermería sobre seguimiento al riesgo reproductivo preconcepcional. 2015;90(2):199–208.
19. Rodríguez MGP. Valoración de Factores de Riesgo Reproductivo en Mujeres No embarazadas en Edad Fértil. 1986.
20. Soriano MGC. Observación del Riesgo Reproductivo en un grupo de mujeres de la U.M.F. C+R2 del ISSSTE en Valladolid, Yucatán. 2001.
21. Uvalle CLG. Prevalencia de Riesgo Reproductivo en Mujeres de Edad Fértil que utilizan Método de Planificación Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 de Antigua Morelos. 2015.
22. Vargas DJL. Estadificación del Riesgo Reproductivo en Mujeres de la UMF 20 Cuernavaca Morelos. 2017.
23. IMSS. Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. 2013.
24. CONAMED. Semáforo De Riesgo Obstétrico. 2015;1. Available from: www.conamed.com
25. CONAMED. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la Atención Obstétrica. 2003. 52 p.
26. Acosta S, Ibáñez E, Alfonso A, Cifuentes L, Gamba S, Mojica C, et al. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. 2010;8(13):32–43.
27. Dra. Carmen Aimeé Gómez Jiménez, Dra. Maricel Hernandez Díaz DJJC. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. 2007;9(1):10.
28. Leyva O. Estrategia de intervención sobre riesgo reproductivo preconcepcional. 2013;81(5):10.
29. Martínez DNNÁDFACFDAC. Caracterización del riesgo preconcepcional. :64–72.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
(ANEXO 1)



ENCUESTA PARA IDENTIFICAR EL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 20 A 34
AÑOS DE EDAD Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA UMF NO. 20
VALLEJO

FECHA: _____

1. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

1. 20-22 AÑOS [0]
2. 23-25 AÑOS [0]
3. 26-28 AÑOS [0]
4. 29-31 AÑOS [0]
5. 32-34 AÑOS [1]

2. ESTADO CIVIL

1. SOLTERA [1]
2. CASADA [0]
3. DIVORCIADA [0.5]
4. UNIÓN LIBRE [0.5]
5. VIUDA [0.5]

3. INDICE DE MASA COORPORAL

1. 18.5 kg/m^2 (BAJO PESO) [1]
2. $18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$ (NORMAL) [0]
3. $25 - 29.9 \text{ kg/m}^2$ (SOBREPESO) [0.5]
4. $30 - 34.9 \text{ kg/m}^2$ (OBESIDAD GRADO 1) [1]
5. $35 - 39.9 \text{ kg/m}^2$ (OBESIDAD GRADO 2) [1]
6. $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ (OBESIDAD GRADO 3) [1]

4. ESCOLARIDAD

1. NINGUNA [0.5]
2. PRIMARIA [0.5]
3. SECUNDARIA [0]
4. PREPARATORIA [0]
5. LICENCIATURA [0]

5. OCUPACION

1. AMA DE CASA [0]
2. COMERCIANTE [0.5]
3. OBRERA [0.5]
4. EMPLEADA [0.5]
5. ESTUDIANTE [0.5]

6. VIDA SEXUAL ACTIVA

1. SI [0.5]
2. NO [0]

7. USA ALGÚN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

1. SI [0]
2. NO [0.5]

8. ¿QUÉ MÉTODO DE PLANIFICACIÓN UTILIZA EN ESTE MOMENTO?

- 1) ANTICONCEPTIVOS ORALES [0]
- 2) ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES [0]
- 3) IMPLANTE SUBDÉRMICO [0]
- 4) PARCHES [0]
- 5) DIU CON LEVONORGESTREL [0]
- 6) DIU DE COBRE [0]
- 7) LIGADURA DE TROMPAS [0]
- 8) VASECTOMÍA [0.5]
- 9) PRESERVATIVO [0.5]
- 10) PÍLDORAS DE EMERGENCIA [0.5]
- 11) AMAMANTAMIENTO [0.5]
- 12) MÉTODO DEL RITMO [0.5]
- 13) COITUS INTERRUPTUS [0.5]
- 14) NINGUNO [0.5]

9. ANTECEDENTE DE INFERTILIDAD

- 1) SI [1]
- 2) NO [0]

10. ANTECEDENTE DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- 1) NINGUNO [0]
- 2) VIRUS DE PAPILOMA HUMANO [1]
- 3) VIH/SIDA [1]
- 4) GONORREA [1]
- 5) SÍFILIS [1]
- 6) CLAMIDIA [1]
- 7) HERPES GENITAL [1]

11. GESTAS

1. 0 [0]
2. 1-2 [0]
3. 3-4 [0]
4. ≥ 5 [4]

12. NÚMERO DE HIJOS VIVOS

1. 0 [1]
2. 1-2 [0]
3. 3-4 [0]
4. >4 [0]
5. NINGUNO [0]

13. PARTOS

1. 0 [0]
2. 1-2 [0]
3. 3-4 [0]
4. ≥ 5 [4]

5. NINGUNO [0]

14. CESAREAS

1. 0 [0]
2. 1-2 [4]
3. 3-4 [4]
4. ≥ 5 [4]
5. NINGUNO [0]

15. ABORTOS

1. 0 [0]
2. 1-2 [4]
3. 3-4 [4]
4. ≥ 5 [4]
5. NINGUNO [0]

16. INTERVALO ENTRE EL TERMINO DEL ULTIMO EMBARAZO Y LA FECHA ACTUAL

1. < 24 MESES [1]
2. > 24 MESES [0]
3. NINGUNO [0]

17. ¿EL ÚLTIMO EMBARAZO FUE DE TERMINO?

1. SI [0]
2. NO [1]
3. NINGUNO [0]

18. ¿HUBO COMPLICACIONES EN EL ULTIMO EMBARAZO?

1. SI [1]
2. NO [0]
3. NINGUNO [0]

19. ¿EL HIJO DEL ULTIMO EMBARAZO VIVE?

- 1) SI [0]
- 2) NO [1]
- 3) NINGUNO [0]

20. ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PELVICA PREVIA

- 1) SI [1]
- 2) NO [0]

21. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

1. NINGUNO [0]
2. PARTO PRETÉRMINO PREVIO [4]
3. INCOMPATIBILIDAD RH [4]
4. PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA [4]
5. RECIEN NACIDO CON PESO MENOR DE 2 500 GR [4]
6. RECIEN NACIDO MACROSÓMICO [4]
7. ENFERMEDAD TROFBLASTICA GESTACIONAL [4]
8. DEPRESION POSTPARTO [4]
9. HEMORRAGIA POSPARTO [4]
10. MALFORMACIONES CONGENITAS [4]
11. DIABETES GESTACIONAL [4]

22. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

1. NINGUNO [0]
2. DIABETES MELLITUS [4]
3. ENFERMEDAD TIROIDEA [4]
4. EPILEPSIA [4]
5. HIPERTENSION [4]
6. ARTRITIS REUMATOIDE [4]
7. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO [4]
8. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA [4]
9. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR [4]
10. TROMBOFILIA [4]
11. ANEMIA [4]
12. ASMA [4]
13. TUBERCULOSIS [4]
14. NEOPLASIAS [4]

23. INGESTA DE ALCOHOL

1. SI [1]
2. NO [0]

24. TABAQUISMO

1. SI [1]
2. NO [0]

25. CONSUMO DE DROGAS O SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

- A. SI [1]
- B. NO [0]

26. ASPECTOS PSICOSOCIALES

1. NINGUNO [0]
2. DEPRESION [4]
3. ANSIEDAD [4]
4. VIOLENCIA DE GÉNERO [4]
5. VIOLENCIA SEXUAL [4]
6. DISCAPACIDAD [4]
7. RIESGO LABORAL [4]
8. EXPOSICION AMBIENTAL NOCIVA [4]
9. POBRES REDES DE APOYO [4]
10. ACCESO DEFICIENTE A SERVICIOS DE SALUD (> 2hrs de trayecto) [4]



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Facultad de Medicina



Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)

(ANEXO 2)

Nombre del estudio:	RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 20 A 34 AÑOS DE EDAD ASOCIADO AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA UMF No. 20 VALLEJO
Patrocinador externo (si aplica) *:	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo, Calzada Vallejo 576 Col. Magdalena de las Salinas, Cd. de México, Tel. 55874422 Ext. 15320 A ____ de ____ del ____
Número de registro institucional:	R-2019-3404-051
Justificación y objetivo del estudio:	Como se ha ido viendo a lo largo del tiempo el número de muertes maternas, aún sigue siendo elevado para la actual oportunidad de orientación educativa acerca de diversos temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y el fácil acceso a cada uno de estos recursos que permiten a la mujer tener un menor número de factores de riesgo que la lleven a una vida plena; siendo importante que el personal de salud y la población femenina tengan conocimiento sobre el nivel de riesgo reproductivo que poseen para así planificar adecuada y correctamente cada uno de los embarazos con el menor riesgo posible o en su caso prevenir algún embarazo en mujeres con riesgo reproductivo alto. Así pues, una vez teniendo conocimiento sobre el riesgo reproductivo y la relación con el método de planificación familiar, se podrá canalizar oportunamente a las mujeres que presenten un riesgo alto y usen algún método de planificación familiar a las áreas correspondientes o llevar a cabo las medidas necesarias para modificar los factores de riesgo con los que cuentan y disminuir el riesgo, o en su caso, si tienen un riesgo alto y no usan algún método de planificación, enviarlas al servicio de Planificación Familiar y se otorgue el método de acuerdo a sus necesidades controlando o modificando aquellos factores que aumentan el riesgo reproductivo. Por ello, el objetivo del presente estudio es determinar el riesgo reproductivo en mujeres de 20 a 34 años de edad asociado al uso de métodos de planificación familiar de la UMF No. 20 Vallejo
Procedimientos:	Para obtener la información se te solicita contestar una encuesta sobre datos generales, factores que puedan alterar tu vida reproductiva.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no te genera riesgo de salud alguno o que se te niegue la atención médica, en caso de que alguna de las preguntas realizadas cause incomodidad por ser de tipo personal se encuentra en libertad de no contestar la pregunta o no continuar con la encuesta
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta podrás obtener tu nivel de riesgo reproductivo que te permitirá planificar sus próximos embarazos junto con su médico familiar si así lo desea o modificar los factores de riesgo mediante atención médica guiada
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos que nos proporciones y la obtención de tus resultados serán utilizados para realizar estrategias o vigilancia a las mujeres en su etapa reproductiva, mejorar su calidad de vida y disminuir el riesgo de enfermedad y mortalidad antes, durante y después de un embarazo.
Participación o retiro:	Tu participación es voluntaria y en caso de desear abandonar el estudio puedes hacerlo en el momento en que lo desees y no modificará de ninguna manera la atención médica que recibes en el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	Tu identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicites tus resultados (en cuanto al riesgo reproductivo y uso de método de planificación familiar) se hará de manera personalizada y para proteger su identidad se te asignará un número de folio o código y con el cual podrás solicitar sus resultados previa cita.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Santa Vega Mendoza, Especialista en Medicina Familiar, Matrícula 11660511, Especialista en Medicina Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación, adscrita a la UMF No. 20 Vallejo, Calzada Vallejo 576 Col. Magdalena de las Salinas, Cd. de México, Tel. 55874422 ext. 15320. Correo electrónico santa.vega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dra. Mireya Pérez Velasco, Residente de Tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar, Matrícula 98354795, adscrita a la UMF No. 20 Vallejo, Calzada Vallejo 576 Col. Magdalena de las Salinas, Cd. de México, Tel. 55874422 Ext. 15320. correo electrónico mire_ve22@hotmail.com

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

Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

Nombre y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

(ANEXO 3)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404.
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 013 2018082

FECHA Martes, 16 de julio de 2019

Mtra. Santa Vega Mendoza

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 20 A 34 AÑOS DE EDAD ASOCIADO AL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA UMF No. 20 VALLEJO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2019-3404-051

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. ALEJANDRO HERNANDEZ FLORES
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL