

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 36
TIJUANA BAJA CALIFORNIA

IDENTIFICACIÓN DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA Y SU RELACIÓN CON USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

UMF 35 TBC

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ROSA MARIA RODRIGUEZ ABASTA

TIJUANA BC



INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION
U.M.F. UMAA No. 36
TAY TIJUANA B.C.

2012



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.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA Y SU RELACIÓN CON USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.
UMF 35 TBC

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ROSA MARIA RODRIGUEZ ABASTA



AUTORIZACIONES:



DRA. MARIA DE LOS ANGELES COLIN GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 36 TIJUANA BC.

ASESOR DE TESIS



DRA. MARIA DE LOS ANGELES COLIN GARCIA



DR. CLAUDIO MENDEZ HEREDIA
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN

DRA. SONIA LORENA PAYAN GARCIA
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA Y SU RELACIÓN CON USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.
UMF 35 TBC

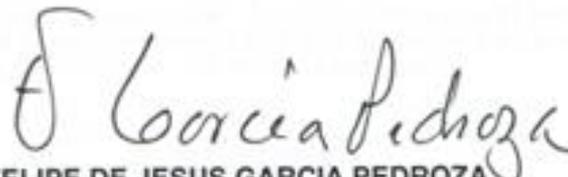
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ROSA MARIA RODRIGUEZ ABASTA

AUTORIZACIONES


DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 204
H GRAL REGIONAL NUM 20, BAJA CALIFORNIA

FECHA **08/10/2012**

DRA. ROSA MARIA RODRIGUEZ ABASTA

P R E S E N T E

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

IDENTIFICACIÓN DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA Y SU RELACIÓN CON USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. UMF 35 TBC

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

Núm. de Registro

R-2012-204-33

ATENTAMENTE

DR.(A). JESUS JAVIER LOPEZ MANJARREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 204

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños.

A mi esposo: Marco Antonio Rodríguez, Gracias por ser parte de lo que más amo, Gracias por tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con mi sueño. Por tu bondad y sacrificio que me inspiro a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, **Gracias por estar en mi vida. Te amo-**

A mis hijos : Marcos Alan , Katherine e Iván porque en todo momento me apoyaron con sus enseñanzas en el uso de las tecnologías, por su amor y comprensión, por los momentos que no pude estar a su lado y por ser el principal motivo de mi vida y de superación personal. **Los amo.**

A mi madre: Catalina Abasta por ser siempre un ejemplo de vida, por enseñarme el camino del bien y de la superación.

A mi padre: Martín Rodríguez. Quien físicamente no se encuentra entre nosotros pero que lo llevo por siempre en mi alma y en mi corazón y que ha sido una de mis principales motivaciones para continuar en este camino de superación.

A mis hermanos: Soledad, Martín, Héctor, Norma, Ramón, Jose María Y Ma. Del Socorro, a quienes diariamente los llevo en mi pensamiento y que saben que mi familia es lo más importante en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mi asesora y profesora: Dra. María De Los Ángeles Colín.

Muchas gracias por transmitirnos sus conocimientos, por su apoyo y orientación y por su estímulo para persistir en el estudio y en la investigación, logrando en nosotros la apreciación o el enfoque integral no solo de los pacientes sino de cualquier situación que en la vida requiera la toma de una decisión.

A mis colegas y compañeros: Dra. Oday Osorio, Dr. Mauricio Bailón Y Dr. Rafael Estrada, que por azares del destino nos toco vivir en el mismo tiempo y en el mismo lugar y que poco a poco, esos lazos que ahora nos unen nos hacen más que compañeros, más que colegas, ahora somos amigos. Sin su apoyo no podría haber llegado tan lejos.

Al jefe de enseñanza: Dr. Claudio Méndez por su apoyo y tiempo durante este proyecto, muchas gracias.

INDICE GENERAL

I.	Resumen.....	9
II.	Introducción.....	12
III.	Marco teórico.....	12
IV.	Planteamiento del problema.....	26
V.	Justificación.....	27
VI.	Objetivos.....	28
	i. Objetivo General	
	ii. Objetivos Específicos	
VII.	Metodología.....	29
	i. Tipo de estudio.....	29
	ii. Población, lugar y tiempo.....	29
	iii. Tipo y tamaño de muestra.....	29
	iv. Criterios de Inclusión.....	30
	v. Criterios de exclusión.....	30
	vi. Criterios de eliminación.....	30
	vii Definición conceptual de variables	31
VIII.	Diseño metodológico.....	37
IX.	Análisis estadístico.....	37
X.	Consideraciones Éticas.....	37
XI.	Resultados.....	39
XII.	Discusión.....	52
XIII.	Conclusiones.....	56
XIV.	Sugerencias.....	58
XV.	Fortalezas del estudio.....	59

XVI.	Debilidades del estudio.....	60
XVII.	Bibliografía.....	61
XVIII.	Anexos.....	67

RESUMEN

INTRODUCCION: El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir un daño a la salud, ella o el producto de la concepción durante el proceso reproductivo; se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, tanto en la madre como en el producto del embarazo.

OBJETIVO: Identificar cuáles son los factores de riesgo preconcepcional más frecuentes en las mujeres en edad reproductiva y su relación con el uso de métodos anticonceptivos, en la UMF No. 35 de Tijuana Baja California.

METODOLOGÍA: Durante los meses de Noviembre a Diciembre del 2012 se llevo a cabo en la UMF. No. 35 del IMSS, un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo en 236 de 15 a 49 años determinado mediante un muestreo aleatorio no probabilístico elegido por criterios, determinando el tamaño de muestra mediante la fórmula para estimación de una proporción en poblaciones finitas. Previa localización de las mujeres en la sala de espera de la clínica, se les invito a participar y las que aceptaron firmaron el formato de consentimiento informado, posteriormente se les otorgó un cuestionario con datos sociodemográficos como edad, escolaridad, estado civil, ocupación, así como datos relacionados a los factores de riesgo preconcepcional agrupados en factores BIOLÓGICOS, OBSTETRICOS, SOCIOAMBIENTALES y ENFERMEDADES ASOCIADAS, enseguida se les aplico un cuestionario de percepción de riesgo preconcepcional y finalmente un cuestionario relacionado a los motivos de elección de algún método anticonceptivo.

RESULTADOS: En lo que se refiere a datos sociodemográficos y familiares de las participantes de las 236 mujeres que participaron en el estudio, tuvieron un promedio de edad de 27 años \pm 7.2, un peso promedio de 66.7

Kg. \pm 12.4; una talla de 159 cm \pm 0.06; La mayoría de las mujeres eran casadas o vivían en pareja en un 68.64%, con un promedio de 2 a 3 parejas sexuales en su historia personal. Su escolaridad es básica en un 51.69% y media-superior 48.3%. El ingreso familiar es menor o igual a \$2000.00 pesos por semana (67.37%), sin embargo un 76.27% de las participantes considera que tiene una situación económica regular. La mayoría pertenece a un estrato socioeconómico bajo pero cuya vivienda cuenta con todos los servicios públicos e intradomiciliarios que las hace pensar que su situación económica es regular. En RIESGO OBSTÉTRICOS tenemos que la mayoría de las mujeres tiene como riesgo la cesárea previa con un 30.5%, le sigue en frecuencia la multiparidad con un 24.57%, el aborto de 1-3 eventos que representan un 14.4% y el aborto de repetición el 2.1%, algunas mujeres refieren haber tenido defunción neonatal en un 3.8%. En Riesgo por la presencia de Enfermedades Crónicas tenemos que se presenta con mayor frecuencia la Hipertensión con un 23.7%, le sigue el Asma Bronquial con un 11.5%, después la Epilepsia con un 7.6%, la Diabetes Mellitus tipo 2 en un 0.8% igual que el Hipotiroidismo, otras enfermedades representan un 44.2%. Entre los FACTORES DE RIESGO SOCIO-AMBIENTALES encontramos la baja escolaridad con un 51.6%, le sigue la presencia de adicciones como el alcoholismo 19.9%, tabaquismo 14.8%, ser madre soltera con un 19% y el tener relaciones sexuales inestables en un 15% manifestada por la presencia de madres solteras o con familias reconstituidas y/o con más de una pareja sexual. Estos factores de riesgo no están relacionados con el uso de MPF pues se observa que un tercio de las mujeres que tienen riesgo obstétrico no utilizan ningún MPF y de las mujeres con FR por presencia de enfermedad crónica, como Hipertensión Arterial y el Asma Bronquial solo el 43% utiliza algún método anticonceptivo

CONCLUSIÓN: En el estudio predominaron las pacientes entre 19 a 34 años, viviendo con pareja, con baja escolaridad, trabajadoras, con situación económica regular y con número de hijos que oscilaron entre 1 a 2. Predominaron los factores de riesgo edad, cesárea previa y multiparidad. El método anticonceptivo más usado fue el preservativo. La mayoría de estas mujeres pertenece a un estrato socioeconómico bajo pero cuya vivienda

cuenta con todos los servicios públicos e intradomiciliarios que las hace pensar que su situación económica es regular. Las condiciones sociales en que viven estas pacientes, están relacionadas con la percepción de riesgo preconcepcional (PRPC) y observamos que la mayoría no identifica el RPC que tiene, por lo que no considera necesario acudir a atención médica antes del embarazo y las que acuden solo solicitan un método anticonceptivo para prevenir o espaciar el embarazo mas no para evitar un embarazo de alto riesgo.

INTRODUCCION

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir un daño a la salud, ella o el producto de la concepción durante el proceso reproductivo; se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, tanto en la madre como en el producto del embarazo.

MARCO TEORICO

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Sin embargo para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia la muerte de la madre, del producto o de ambos.

La Organización Mundial de la Salud en 1992 definió la salud reproductiva como el estado del completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción.¹ Los principales instrumentos para lograr una salud reproductiva adecuada son la educación en salud y el manejo del concepto de riesgo reproductivo, que es "la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido". Es un indicador de necesidad que nos permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y encaminar hacia ellos los recursos

disponibles para priorizar su atención. Engloba al riesgo preconcepcional, obstétrico y perinatal.²

El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgos tienen incremento en la posibilidad de sufrir daños a su salud o la del futuro hijo si se involucran en el proceso reproductivo.³ Es muy importante que el embarazo sea planeado, deseado y que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas.

Al eliminar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables. De esta manera mejoraría el estado de salud de las madres y los niños, se podrían obtener niños más sanos y saludables, las madres asistirían al momento del parto en las condiciones óptimas para el mismo, evitando complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y también durante toda la vida infantil. Los niños podrían tener un crecimiento y desarrollo normal evitando enfermedades y defunciones.

Se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, tanto para los cónyuges como para el producto del embarazo.⁴

En el riesgo obstétrico se encuentra la multiparidad, el período intergenésico menor de 2 años. Estos factores son 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, según estudios realizados, esto influye en la calidad del producto de la gestación ³⁶. El período intergenésico como factor de riesgo es común en las mujeres que están comprendidas en las edades de mayor actividad sexual y reproductiva, además de las características de bajo nivel cultural y desconocimiento de estos aspectos. La ocurrencia de 3 partos o más, también eleva el riesgo de recién nacido bajo peso y con complicaciones, además del desgaste materno y la competencia de la inserción placentaria, extendida a zonas bajas buscando mejor nutrición para el feto, lo que puede conllevar a su desprendimiento y desencadenamiento prematuro del parto. ³⁷

En los antecedentes patológicos personales, que se presentan con mayor frecuencia en los estudios revisados fueron: la Hipertensión Arterial (HTA), Asma Bronquial (AB) y la Diabetes Mellitus (DM). ³⁵ La HTA es considerada la causa más frecuente de parto pretermino y bajo peso al nacer, después del embarazo múltiple en la que el producto de la gestación se afecta tanto por el padecimiento como por los medicamentos necesarios para su control. Balestina Sánchez J. M plantea, que la aparición de preeclampsia durante el embarazo se corresponde con un aumento de la morbimortalidad perinatal, asociándose con mayor frecuencia el sufrimiento fetal intraparto, el oligoamnios y el Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR) en 18.8% con

respecto a la preeclampsia leve, y 37% en la grave ³⁴. La enfermedad hipertensiva gravídica obliga a interrumpir a beneficio materno el embarazo antes del término para evitar complicaciones como Accidente Cerebro Vascular, Edema Pulmonar, Desprendimiento Prematuro de Placenta, Ruptura Hepática espontánea, alteraciones electrolíticas y colapso circulatorio posparto ³⁷. Por lo que se considera útil promover hábitos nutricionales adecuados y buscar oportunamente los signos de dicha entidad en la mujer, para propiciar el embarazo en el mejor momento de control de esta enfermedad, lo cual permita un óptimo manejo terapéutico en el curso de la gestación. En estudios internacionales se reporta que el Asma Bronquial complica del 1 al 4% de los embarazos y se asocia con alta evidencia de preeclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino y CIUR ³⁸.

En el caso de la DM, por sus características de abordar varios sistemas del organismo y su difícil control está muy relacionada al Riesgo Preconcepcional. Desde el establecimiento en 1976, por Steel y colaboradores de una metodología de control Preconcepcional para la mujer diabética, otros grupos también han trabajado para lograr un estricto control metabólico en el momento de la concepción y reducir la incidencia de malformaciones congénitas, tales como: catarata bilateral y doble arco aórtico, macrosomía fetal y el parto pretérmino además del riesgo potencial (2.5 veces mayor) de desarrollar DM tipo 1 a temprana edad ³⁹. También se citan complicaciones maternas como enfermedad cardiovascular severa, insuficiencia renal crónica y retinopatía proliferativa. Por tales motivos se recomienda a este grupo de riesgo no extender su descendencia a más de 2 hijos ⁴⁰.

Al revisar la prevalencia de hábitos tóxicos, los más frecuentes son: el hábito de fumar, y la ingestión de bebidas alcohólicas, estos hábitos tienen incidencia variable en la población, debido a diferentes patrones socioculturales donde en algunos, a la mujer se le cuestionan dichas prácticas. El hábito de fumar influye tanto en el parto pretérmino como en el CIUR, por lo cual las madres fumadoras tienen 2 veces más posibilidades de tener un hijo bajo peso debido a que la nicotina provocan alteraciones circulatorias con daño del lecho vascular placentario lo que atenta contra la nutrición y oxigenación fetal, lo cual justifica que estas mujeres tengan hijos con 200 a 300gr menos que los hijos de madres no fumadoras³⁶. A su vez la ingestión de bebidas alcohólicas constituye un factor de riesgo importante porque el alcohol y sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto produciendo en el 85% de los casos, deficiencias del crecimiento pre y post natal que no solo explican el bajo peso en el recién nacido para la edad gestacional, sino también la pobre respuesta a la intervención nutricional durante toda la infancia⁴¹. Es posible que los 160 g menos de peso promedio vinculados a la ingestión de una taza diaria de alcohol, se expliquen en términos de restricción del crecimiento celular durante períodos críticos y su repercusión en el desarrollo normal del cito esqueleto⁴⁵. No existe ningún nivel “seguro” en la ingesta de alcohol, por lo que debe aconsejarse la abstinencia total de este hábito, durante el embarazo⁴³. El riesgo múltiple es encontrado frecuentemente en la población, según los estudios revisados debido a la coincidencia de más de un factor de los antes explicados. Se conoce que una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el

embarazo, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, entre otras, es lograr que la mujer en edad fértil llegue al embarazo en buen estado de salud, con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo presentes en la pareja desde la etapa preconcepcional. La mujer debe estar informada de su estado de salud. La atención al riesgo preconcepcional debe permitirle a la mujer o pareja la información necesaria para conocer que el embarazo no es un riesgo, pero que existen factores en la familia, la pareja o la descendencia que pueden ensombrecer el buen pronóstico del embarazo y que para reducir los mismos, es necesario asistir a una consulta médica con el equipo de salud mucho antes de la concepción; pues de la forma en que este equipo pueda actuar sobre los factores de riesgos presentes y se ofrezca una orientación nutricional adecuada, así los resultados del embarazo serán mejores y los defectos congénitos y hereditarios se verán reducidos^{5,6}. Algunos autores señalan como factores de riesgo preconcepcionales las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenesico corto, la multiparidad y el embarazo no deseado por la morbi-mortalidad materna y perinatal que somete al binomio madre-hijo. Al mismo tiempo que existen otros factores importantes como el estrato socioeconómico bajo, la desnutrición, complicaciones maternas durante embarazos anteriores, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, el tabaquismo y la presencia de enfermedades crónicas asociadas al embarazo, las cuales actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo.^{7,8}

La razón de mortalidad materna (RMM), se define como el número de defunciones de la población femenina, mientras se encuentre embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a

cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un determinado año, por cada 100 000 nacidos vivos en ese mismo año. En 2010, en Oaxaca por cada 100 000 nacidos vivos fallecieron 89 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio.⁹

En cuanto al número de fallecidas para el periodo 2002-2010, el Estado de México es uno de los que más contribuye con muertes maternas, con 192 en 2002 y 119 fallecimientos en 2010; mientras que la tendencia de la mayoría de las entidades federativas es a la baja, estados como Aguascalientes, Baja California, Michoacán y Tamaulipas han incrementado el número de muertes maternas. En Baja California se reportan 24 muertes maternas en 2010.⁹

A pesar de que en los años 2007 y 2010 disminuyó acentuadamente la RMM, ambos sobrepasan las 50 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. De continuar con el ritmo de disminución histórica del periodo 2002-2010, la meta prevista para el 2015, de 22.2 fallecimientos por 100 000 nacidos vivos, estaría lejos de lograrse.⁹

El sustento jurídico para los programas oficiales de planificación familiar se basa en las reformas hechas al artículo 4° Constitucional, donde se establece el derecho de los mexicanos y mexicanas a decidir de una manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, la equidad de género y el derecho a la salud de toda la población.⁹

En mayo de 2012, la ONU muestra que el número anual de muertes maternas se redujo de más de 543 000 en 1990 a 287 000 en 2010. Una notable disminución del 47% en 20 años, sin embargo, el progreso ha sido demasiado

lento y sido desigual. De todas las regiones, el África subsahariana tiene la mayor tasa de mortalidad materna en 2010, a 500 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos.¹⁰ Ross y Blanc estiman que el descenso de la fecundidad entre 1990 y 2008 en los países en desarrollo ha evitado 1,7 millones de muertes maternas, lo que corresponde a una reducción del 54% en la TMM, debido a la anticoncepción. Ahmed y colegas calcularon que el uso de anticonceptivos a evitado el 44% de las muertes maternas (272 000) en 2008.

Si la planificación voluntaria de la familia se hubiera utilizado a su máximo potencial (uso de anticonceptivos) podría haber evitado más de la mitad de las muertes maternas que podrían haber ocurrido en personas sin ningún tipo de acceso a la planificación familiar. Este hallazgo tiene implicaciones profundas para nuestro enfoque de la supervivencia materna, así como la urgencia de satisfacer las necesidades de un estimado de 219 millones de mujeres cuyas necesidades de anticonceptivos no se han cumplido.^{11, 12}

En México (2009), Chiapas es la entidad que presenta la menor prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil, puesto que del total de mujeres unidas de entre 15 y 49 años, solo el 54.9% de ellas usa un método anticonceptivo. Para el mismo año, Sonora tiene la mayor prevalencia de uso de anticonceptivos, 80 de cada 100 mujeres unidas en edad fértil usan anticonceptivos, en Baja California 78.8 de cada 100 mujeres unidas en edad fértil usan anticonceptivos.¹³

El aumento de uso de anticonceptivos en los países en desarrollo ha reducido el número de muertes maternas en un 40% en los últimos 20 años, simplemente por la reducción del número de embarazos no deseados. El aumento de uso de anticonceptivos ha reducido la proporción de la mortalidad

materna, el riesgo de muerte materna por cada 100 000 nacidos vivos es de alrededor del 26% en poco más de una década.

Un 30% de las muertes maternas podrían evitarse mediante el cumplimiento de las necesidades insatisfechas de anticoncepción en los países en vías de desarrollo. La anticoncepción también puede mejorar los resultados perinatales y la supervivencia infantil, principalmente por el alargamiento de los intervalos entre embarazos. En los países en desarrollo, el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer se duplica cuando la concepción se produce dentro de los 6 meses de un parto anterior y los niños nacidos antes de los 2 años de edad de un hermano mayor, tienen un 60% más de probabilidades de morir en la infancia.¹⁴

En cuanto a la relación entre las que constituyen Riesgo Preconcepcional y de ellas, las que se encuentran controladas por anticoncepción, existe consenso en todas las investigaciones revisadas, de que resulta aún alto el por ciento de pacientes que aún no lo están. Se invocan causas tales como: el nivel educacional de la paciente y su pareja, criterio del hombre sobre el método anticonceptivo, antecedentes de utilización del método por familiares cercanos con efectos negativos, y el desconocimiento del método en sí⁵⁰

Con respecto a los métodos anticonceptivos utilizados con mayor frecuencia se reportan el de tipo hormonal inyectable, los DIU, los métodos orales combinados y la lactancia materna exclusiva como método natural⁴⁵, aunque este no es considerado para la gran mayoría de las mujeres como un método anticonceptivo

Garrido y col. plantean que los Dispositivos Intrauterinos (DIU) son los métodos anticonceptivos más difundidos en el mundo seguido de las píldoras⁴⁸ otras investigaciones realizadas en EUA por Berkwar y col. las ubican en segundo lugar seguidas del condón. El hecho de que en varios estudios consultados el método inyectable sea el más solicitado por las pacientes se debe a que este solo requiere ser administrado cada cierto tiempo, mientras que la tableta, de consumo diario, está sujeta al olvido eventual por parte de la paciente, a su vez la alta incidencia de sepsis vaginal entre las pacientes que acuden a consulta, contraindica la utilización del DIU⁴⁶. Mientras que el uso del condón se encuentra condicionado por la opinión de la pareja, sobre la cual influyen aún creencias y falsos conceptos, a su vez este se presenta como único método de barrera utilizado con mayor frecuencia; la efectividad del condón, conveniencia de su uso y normas de colocación justifican la labor de promoción y educación para la salud que tiene como premisa divulgar las ventajas de dicho método⁴⁷.

En cuanto a las causas más frecuentes de abandono del uso de los métodos anticonceptivos, según estudios realizados se encuentran: el abandono de causa biológica debido a reacciones adversas, que derivaron en la suspensión del método por decisión de la paciente o por prescripción médica; también se encuentran las causas relacionadas con la decisión del esposo, pues existen costumbres socioculturales muy arraigadas en las que el rol principal familiar en la toma de decisiones lo desempeña el hombre, así como que persiste el desconocimiento y dudas acerca de la efectividad de los métodos.⁴⁵

Varios autores afirman que con el auge de los anticonceptivos se ha podido separar el sexo de la reproducción, pero es igual la participación masculina en la anticoncepción. Indudablemente, hay muchos más métodos femeninos que masculinos, pero también estos últimos rechazan mucho más el uso de un método anticonceptivo, pues no lo consideran su responsabilidad. Por ello, algunos autores plantean que "los hombres son la mitad olvidada de la planificación familiar", y que muchos estarían de acuerdo con participar más si se les pidiera hacerlo.⁴²⁻⁴⁵ Claro está que el incremento del uso de los métodos anticonceptivos por parte de la pareja está trayendo cambios y modificaciones en la conducta sexual humana.

En 2012, se estima que 645 millones de mujeres del mundo en desarrollo estaban utilizando métodos modernos- 42 millones más que en 2008. Alrededor de la mitad de este incremento se debió al crecimiento de la población. La proporción de mujeres casadas que usan métodos anticonceptivos modernos en todo el mundo en desarrollo apenas cambió entre 2008 (56%) y 2012 (57%).

El número de mujeres que tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna en 2012 es de 222 millones. Esta cifra disminuyó ligeramente entre 2008 y 2012 en el mundo en desarrollo en general, pero aumentó en algunas subregiones, así como en los 69 países más pobres. El cuidado con anticonceptivos en el año 2012 tendrá un costo de \$ 4,0 mil millones en el mundo en desarrollo. Para satisfacer plenamente la necesidad existente de métodos modernos de anticoncepción de todas las mujeres del mundo en desarrollo costaría \$ 8,1 mil millones por año. El uso de anticonceptivos actual evitará que 218 millones de embarazos no deseados

en los países en desarrollo en 2012, y, a su vez, evitar 55 millones de alumbramientos no planificados, 138 millones de abortos (de los cuales 40 millones son inseguros), 25 millones de abortos involuntarios y 118.000 muertes maternas. Servir a todas las mujeres en los países en desarrollo que actualmente tienen una necesidad insatisfecha de métodos modernos evitaría que otros 54 millones de embarazos no deseados, incluyendo 21 millones nacimientos no planeados, abortos 26 millones (de los cuales 16 millones serían inseguros) y siete millones de abortos involuntarios, lo que también evitaría 79.000 muertes maternas y 1,1 millones de muertes infantiles. Un informe reciente de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDCP) ⁵³ recomendó una estrategia integral para mejorar la salud previa a la concepción de la mujer como un mayor acceso a la atención clínica, los programas comunitarios de promoción de la salud, y un enfoque en los comportamientos individuales relacionados con la salud. En concreto, cuatro objetivos distintos se establecieron para mejorar los resultados de salud y el embarazo en Estados Unidos. Estos objetivos son: (1) mejorar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de hombres y mujeres relacionados con la salud previa a la concepción, (2) asegurar que todas las mujeres estadounidenses en edad fértil recibieran cuidado prenatal servicios de selección, promoción de la salud y las intervenciones que permitan que comiencen el embarazo con una salud óptima, (3) para reducir los riesgos indicados por un resultado adverso del embarazo antes a través de intervenciones en el período interconcepcional que puede prevenir o reducir al mínimo los problemas de salud de la mujer y su descendencia, y (4) reducir las disparidades en los resultados negativos del embarazo. Por esta razón, el

estudio de la Central Pennsylvania Salud de la Mujer (CePAWHS) *Fuerte Healthy Women* ha desarrollado una conducta de intervención en salud cuyo objetivo general de esta intervención innovadora es mejorar la salud física y psicológica de las mujeres pre e interconcepcional por medio de : (1) proporcionar educación sobre la salud relacionados con los factores asociados con resultados deficientes del embarazo, (2) facilitar el cambio de comportamiento a través de aumentar la actividad física, mejorar la nutrición, reducir las conductas de riesgo (por ejemplo, fumar, beber), y la mejora de habilidades de auto cuidado y reglamentarios (por ejemplo, la resolución de problemas, reducción del estrés y la gestión del tiempo), y (3) fomentar la auto-eficacia de la asistencia sanitaria personal, proporcionando información y abordar los obstáculos para la obtención de servicios de salud.

Los tres objetivos de cambio de comportamiento de la gestación y el contenido de concepción son: (1) tomar un multivitamínico diario con ácido fólico (0,4 mg), (2) la planificación del calendario de la siguiente embarazo por (a) seleccionar un espaciamiento óptimo entre embarazos, (b) considerar el desarrollo ciclo vital (por ejemplo, la educación, el empleo, la calidad y la relación de estado), y (c) el desarrollo y la utilización de la planificación, preparación y capacidad de organización, y (3) Acceso a la atención previa a la concepción y abordar los factores individuales de riesgo de malos resultados del embarazo. El contenido incluye así: los beneficios de una buena salud preconcepcional y ácido fólico para la salud infantil y la reducción de los defectos del tubo neural, la identificación de factores de riesgo modificables para los resultados adversos del embarazo y la importancia de la optimización de la salud materna en general. En cuanto a la planificación del

embarazo, el contenido de la intervención se centra en los efectos del aumento de la edad en la concepción y el embarazo, los beneficios del espaciamiento óptimo entre embarazos, las consecuencias potenciales de un embarazo no planificado, los factores relacionados con el ciclo vital de distribución embarazo (por ejemplo, estado de salud, situación económica, la carrera / metas de la escuela, etc), y están disponibles los métodos de planificación familiar (por ejemplo, la anticoncepción, la planificación natural de la familia, la abstinencia, etc.) Además, el contenido se centra en los aspectos esenciales de la investigación genética y vacunas (por ejemplo, la hepatitis B, la rubéola, la varicela) para identificar los riesgos particulares para los resultados adversos del embarazo. Con cada edición, el énfasis en las acciones que las mujeres pueden tomar para mejorar su control sobre su salud y los posibles resultados de los embarazos futuros destinatarios. Debe prestarse especial atención para asegurarse de que las necesidades de anticonceptivos de los grupos vulnerables, como las jóvenes solteras, las mujeres pobres y las mujeres rurales se cumplen y las desigualdades que en conocimiento y el acceso se reducen. Mejorar los servicios para los usuarios actuales y satisfacer adecuadamente las necesidades de todas las mujeres que actualmente necesitan, pero no están utilizando anticonceptivos modernos requerirá un mayor compromiso financiero de los gobiernos y otras partes interesadas, así como los cambios a una serie de leyes, políticas, factores relacionados con la prestación de servicios y prácticas que impiden de manera significativa el acceso y el uso de los servicios de anticoncepción. ¹²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El riesgo reproductivo es "la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido". Se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, tanto para la madre como para el producto del embarazo. El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención de las mujeres en edad reproductiva. La OMS en 1990 la define como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. Este es un indicador de necesidad, que nos permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención. La planificación familiar es una herramienta básica para el enfoque integral del riesgo reproductivo preconcepcional. En función de lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta. ¿Cuáles son los factores de riesgo preconcepcional que presentan las mujeres en edad reproductiva, si perciben el Riesgo Preconcepcional como variable de comportamiento y la relación de riesgo preconcepcional con la utilización de métodos anticonceptivos para control de la natalidad en las mujeres que acuden a consulta a la UMF 35 de Tijuana BC?

JUSTIFICACIÓN

El Programa de riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) como política de salud permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que desean, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, su finalidad es reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil; que la pareja disfrute plenamente su sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable. Es muy importante que el embarazo sea deseado, planificado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel primordial el manejo del RRPC, por el Médico Familiar quien debe tener un adecuado conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración real de cada caso y así establecer las medidas a seguir para un óptimo resultado. Al eliminar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables. De esta manera mejoraría el estado de salud de las madres y los niños, se podrían obtener niños más sanos y saludables, las madres asistirían al momento del parto en las condiciones óptimas para el mismo, evitando complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y también durante toda la vida infantil. Los niños podrían tener un crecimiento y desarrollo normal evitando enfermedades y defunciones.

OBJETIVO GENERAL

Identificar cuáles son los factores de riesgo preconcepcional más frecuentes en las mujeres en edad reproductiva y su relación con el uso de métodos anticonceptivos, en la UMF No. 35 de Tijuana Baja California.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la frecuencia de algunos criterios de Riesgo preconcepcional que presentan las mujeres en edad reproductiva que acuden a consulta en la U.M.F. 35
2. Identificar si las mujeres en edad reproductiva que están conscientes de su riesgo preconcepcional.
3. Establecer la relación de riesgos preconcepcional con la utilización de métodos anticonceptivos.

METODOLOGIA

Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo

Población, lugar y tiempo:

El estudio se llevó a cabo con las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) que acudieron a la consulta externa de medicina familiar durante el periodo comprendido entre el 01 de noviembre al 31 de diciembre del 2012, en la UMF No. 35 de Tijuana BC.

Tipo y tamaño de Muestra

Se llevó a cabo un muestreo aleatorio no probabilístico elegido por criterios con un tamaño de muestra de 236 mujeres en edad reproductiva, determinado por la fórmula para estimar una proporción en poblaciones finitas (total de mujeres en edad reproductiva, adscritas a la UMF 35 de Tijuana BC.

Total de población femenina en edad reproductiva: 17067 personas

Nivel de confianza o seguridad: 95%

Precisión: 3%

Proporción: 5%

Tamaño de la muestra: 200

Proporción esperado de pérdidas: 15%

Tamaño muestral ajustado a pérdidas: 236.

Criterios de Inclusión

1. Ser mujer de entre 15 y 49 años de edad.
2. Ser derechohabiente de la UMF 35 de Tijuana BC
3. Aceptar participar en el estudio
4. Firmar el formato de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes no derechohabientes de la UMF 35.
2. Pacientes masculinos
3. Mujeres en edad reproductiva, que cuenten con algún padecimiento que les impida contestar el cuestionario adecuadamente.
4. pacientes que no acepten participar en el estudio o que no firmen el formato de consentimiento informado.
- 5.-Pacientes en edad reproductiva que actualmente niegan vida sexual activa.

Criterios de Eliminación

- 1.-Cuestionarios incompletos.
- 2.-Pacientes con anticoncepción de tipo permanente.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Planificación familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Riesgo: El riesgo, se define como la probabilidad de sufrir un daño.

Factor de Riesgo: Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

Percepción: La noción de **percepción** deriva del término latino *perceptio* y describe tanto a la **acción como a la consecuencia de percibir** (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o **sensaciones** externas, o comprender y conocer algo). La percepción comprende dos procesos: a) La recodificación o selección del enorme caudal de datos que nos llegan del exterior. b) Un intento de ir más allá de la información obtenida, para predecir acontecimientos futuros y evitar o reducir la sorpresa.

Percepción del riesgo. La percepción se puede ubicar como un evento estructurado de manera sociocultural, entendida esta forma de percepción “sociocultural” como un proceso mediante el cual las personas se conocen y se evalúan entre sí y por el cual se considera la forma de cómo ocurren los hechos de su grupo social. De esta manera se puede considerar a la

percepción enfocada al riesgo como un conjunto de factores ambientales, económicos, sociales, políticos, culturales y psicológicos que van a dar forma de esta percepción. La percepción se ha enfocado a examinar los juicios de los integrantes de los grupos sociales cuando se les solicita que evalúen sus actividades, condiciones del ambiente donde viven y elementos culturales. La percepción del riesgo en las sociedades está relacionada con la interacción de diversos factores que de alguna manera influyen, condicionan, determinan o limitan la forma de valorar los efectos que éstos ocasionan.

Percepción de enfermedad: se inscribe dentro del proceso general de la percepción. Éste es esencialmente selectivo, dado que no percibimos todos los estímulos a los que estamos expuestos. La percepción implica una organización y reorganización de los estímulos en busca de sentido y una preparación para percibir. Las posibilidades de percibir son diversas y están socialmente condicionadas. Algunos de sus condicionantes son estructurales (sexo, edad, nivel socioeconómico) y otros, propios de la biografía personal, o sea, todo lo incorporado a partir de las experiencias vividas. Estas consideraciones sobre la percepción son igualmente válidas para las situaciones de riesgo de enfermar o morir.

El riesgo reproductivo: Es la 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. Es un indicador de necesidad que nos permite identificar a aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables al riesgo, durante el proceso de reproducción.

El riesgo reproductivo comprende: Riesgo Preconcepcional, Riesgo Obstétrico, Riesgo Perinatal, Riesgo Infantil.

El Riesgo Preconcepcional: Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Y se aplica a mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 49 años. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso,

Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación como los que a continuación se describen en la siguiente tabla:

RIESGOS BIOLÓGICOS

- Menor de 18 años y mayor de 35 años
- Desnutrición materna grado III-IV.
- Talla inferior a 150 cm

RIESGOS SOCIO-AMBIENTALES

- Bajo nivel de escolaridad.
- Madre soltera.
- Relaciones sexuales inestables.
- Hábitos tóxicos (tabaquismo y alcoholismo).

RIESGOS OBSTÉTRICOS

- Abortos a repetición
- Multiparidad.
- Período intergenesico corto.
- Defunciones neonatales
- Defunciones fetales
- Bajo peso al nacer.
- RH sensibilizado
- Cesárea anterior menos de 2 años.

AFECCIONES ASOCIADA

- Hipertensión arterial.
- Asma bronquial.
- Endocrinopatías (diabetes mellitus, hiper o hipotiroidismo y otras).
- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Epilepsias.
- Otras.

Prevención del riesgo preconcepcional: La prevención del riesgo preconcepcional es una estrategia de primer orden, con un enfoque epidemiológico que consiste en la identificación temprana de los factores de riesgo antes del embarazo y se dirige a modificar, los riesgos biológicos, psicológicos y sociales pre-existentes, que de forma voluntaria y negociada con las parejas o mujeres, permitan eliminarlos, con vista a que el embarazo curse con el menor riesgo posible.

Factores desencadenantes: Los factores desencadenantes son aquellos que se encuentran en la mujer en edad reproductiva durante el periodo preconcepcional y que contribuyen al aumento de la tasa de morbimortalidad infantil y perinatal, aumentando el índice de recién nacidos con bajo peso, el parto pre término, las malformaciones congénitas, las muertes fetales. Entre esos factores se encuentran la edad, multiparidad, estado nutricional de la madre, los antecedentes obstétricos, enfermedades crónicas, condiciones socioculturales, el hábito de fumar, etc.

Edad fértil: Edad de una mujer situada entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 15 y los 50 años (según cada mujer).

Los servicios de planificación se definen como el conjunto prestaciones ofrecidas por profesionales sanitarios especializados que incluyen actividades y prácticas educativas, preventivas, médicas y sociales que permiten a los individuos, incluidos menores, determinar libremente el número y espaciamiento de sus hijos y seleccionar el medio más adecuado a sus

circunstancias. La planificación se utiliza a veces como un sinónimo de control de la natalidad

Método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. El conocimiento de los métodos anticonceptivos contribuye a la toma de decisiones sobre el control de la natalidad -número de hijos que se desean o no tener-, la prevención de embarazos no deseados y de embarazos en adolescentes. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.

Métodos de planificación familiar

1.- Métodos de barrera: a)Preservativo es una funda fina elástica para cubrir el pene durante el coito, a fin de evitar la fecundación y el contagio de enfermedades de transmisión sexual. b)Diafragma consiste en un arco metálico flexible con una membrana de látex, se inserta en la vagina e impide paso de los espermatozoides hacia el útero. C)Capuchón cervical es un dispositivo de látex, en forma de un dedal, que se introduce dentro de la vagina y cubre el cuello uterino. d) Lea Contraceptivum

2.- Métodos anticonceptivos físico-biológicos: a)Dispositivo intrauterino - DIU

3.- Métodos hormonales: a)Anillo vaginal b)Píldora anticonceptiva
c)Anticonceptivo subdérmico d) Píldora trifásica e)Parches anticonceptivos
f)Hormonas inyectables

4.- Métodos químicos; a)Espermicida (químico) - Sustancias químicas que alteran la movilidad o matan los espermatozoides.

5.- Métodos anticonceptivos permanentes; a)Ligadura de trompas
b)Vasectomía C)Histerectomía.

6.-Métodos anticonceptivos naturales: a) Método Ogino-Knaus b)Método Billings c)Método de la temperatura basal d)Método sintotérmico

7.- Anticonceptivos de emergencia: a) Acetato de ulipristal (conocido como píldora de los cinco días después), b)Levonorgestrel (conocido como píldora del día después o píldora del día siguiente), e) Mifepristona (es el anticonceptivo de emergencia de referencia en países como China y Rusia)
f) Dispositivo intrauterino (insertado después del coito).

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se acudió con los directivos de la Unidad médica para mostrar los objetivos de la investigación y se les solicitó su apoyo en la elaboración del estudio. Posteriormente en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar, se localizaron a las mujeres entre 15 y 49 años de edad y se les invitó a participar en el estudio informándoles sobre los objetivos y se les solicitó su firma en el formato de consentimiento informado (ANEXO 1), posteriormente se les otorgó para su auto aplicación un cuestionario que contiene datos personales y socio demográficos, así como datos relacionados a los factores de riesgo preconcepcional (ANEXO II) enseguida se les aplicó un cuestionario de percepción de riesgo reproductivo preconcepcional. (ANEXO 111) y por último se les cuestionó en cuanto a los motivos de elección de algún método anticonceptivo (ANEXO IV).

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Mediante el programa estadístico SPSS versión 17 se procedió a utilizar estadísticas descriptivas como la mediana y la desviación estándar en variables cuantitativas y se utilizarán porcentajes para variables cualitativas. Los resultados se presentaran en cuadros y gráficos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, esta es una investigación sin riesgo alguno para

las personas sometidas al estudio, ya que la información que se obtuvo de los expedientes de estas personas no atenta de ninguna manera contra la integridad física y moral de ellas, ni tendrá consecuencias negativas para determinar su permanencia en el trabajo.

RECURSOS UTILIZADOS

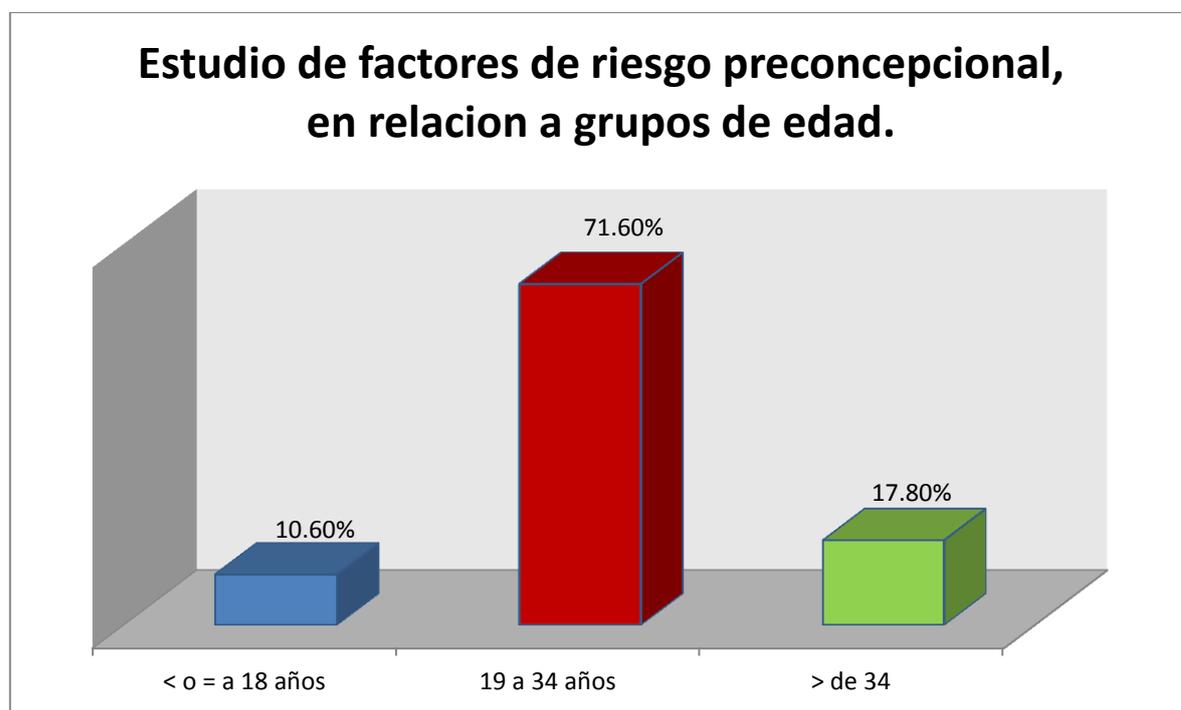
Se utilizaron hojas blancas, lápices, plumas, equipo de cómputo, impresora y copias. Los gastos generados por estos materiales estarán a cargo del investigador.

RESULTADOS

Se estudiaron 236 pacientes, mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, con promedio de edad de 27.4 años \pm 7.2 años.

En el grafico 1 podemos observar los grupos de edad de las participantes, siendo el más frecuente de 19 a 34 años con un 71.6%, le sigue el grupo de mujeres mayores de 34 años con un porcentaje de 17.8% y finalmente el grupo de mujeres con edad menor o igual a 18 años con un 10.6%.

Grafico1: Porcentaje de participación de las mujeres en relación a grupos de edad.

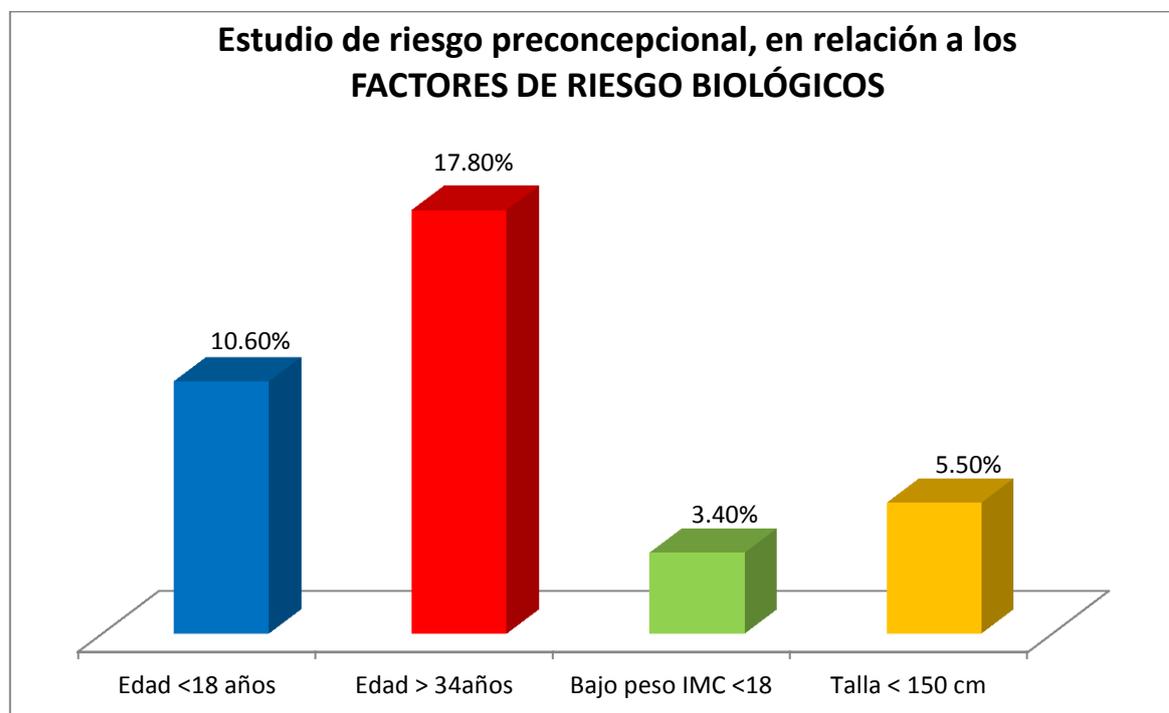


Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Factores de riesgo preconcepcional

A continuación se describen los resultados de los **factores de riesgo biológicos** (Edad, peso y talla) encontrados en las mujeres participantes y como se puede observar hay un porcentaje considerable de mujeres que deciden tener hijos a los 35 años o más de edad (17.8%), las mujeres menores a 18 años lo hacen en un 10.6%, con bajo peso o desnutrición 3.4% y con talla inferior al 150 tenemos al 5.5%. Como se observa en la siguiente tabla.

Grafico 2: Porcentaje de factores de riesgo biológicos.

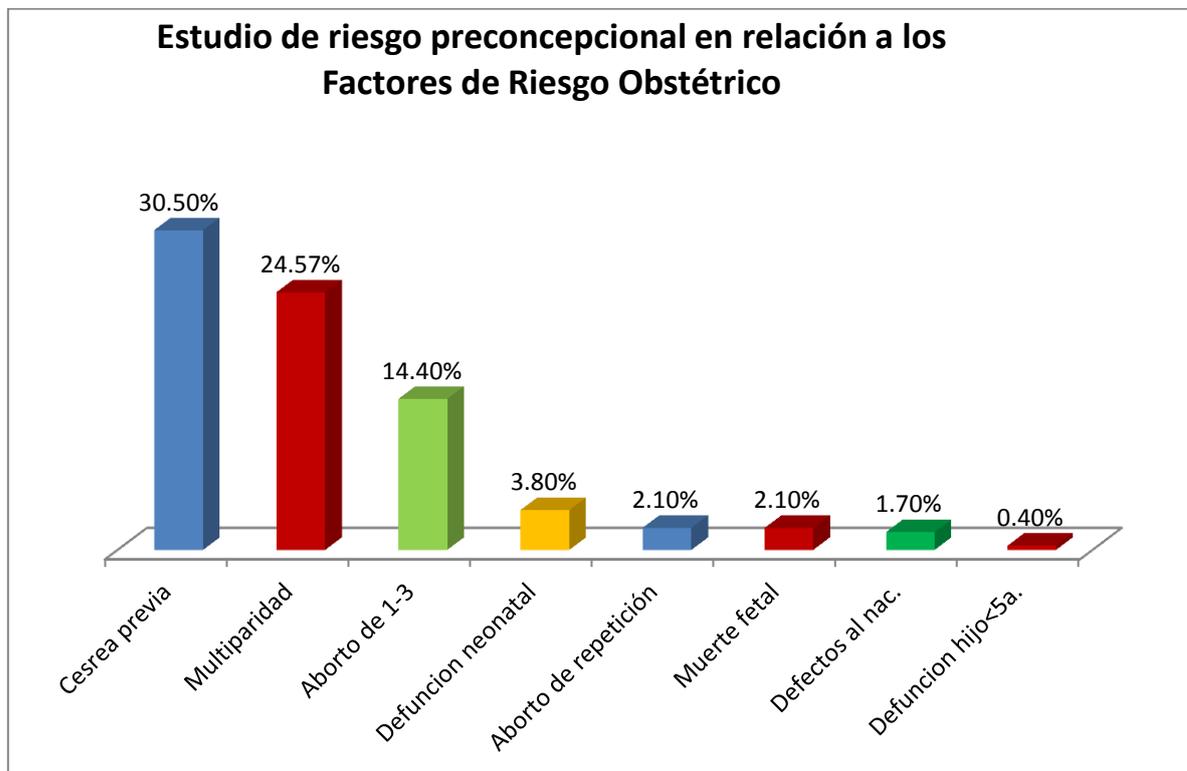


Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Factores de riesgo obstétrico

En relación a los **factores de riesgo obstétricos** tenemos los siguientes; En el grafico 3 se aprecia que la mayoría de las mujeres tiene como riesgo la cesárea previa con un 30.5%, le sigue en frecuencia la multiparidad con un 24.57%, el aborto de 1-3 eventos que representan un 14.4% y el aborto de repetición el 2.1%, algunas mujeres refieren haber tenido defunción neonatal en un 3.8%

Grafico 3: Porcentaje de Factores de riesgo Obstétrico

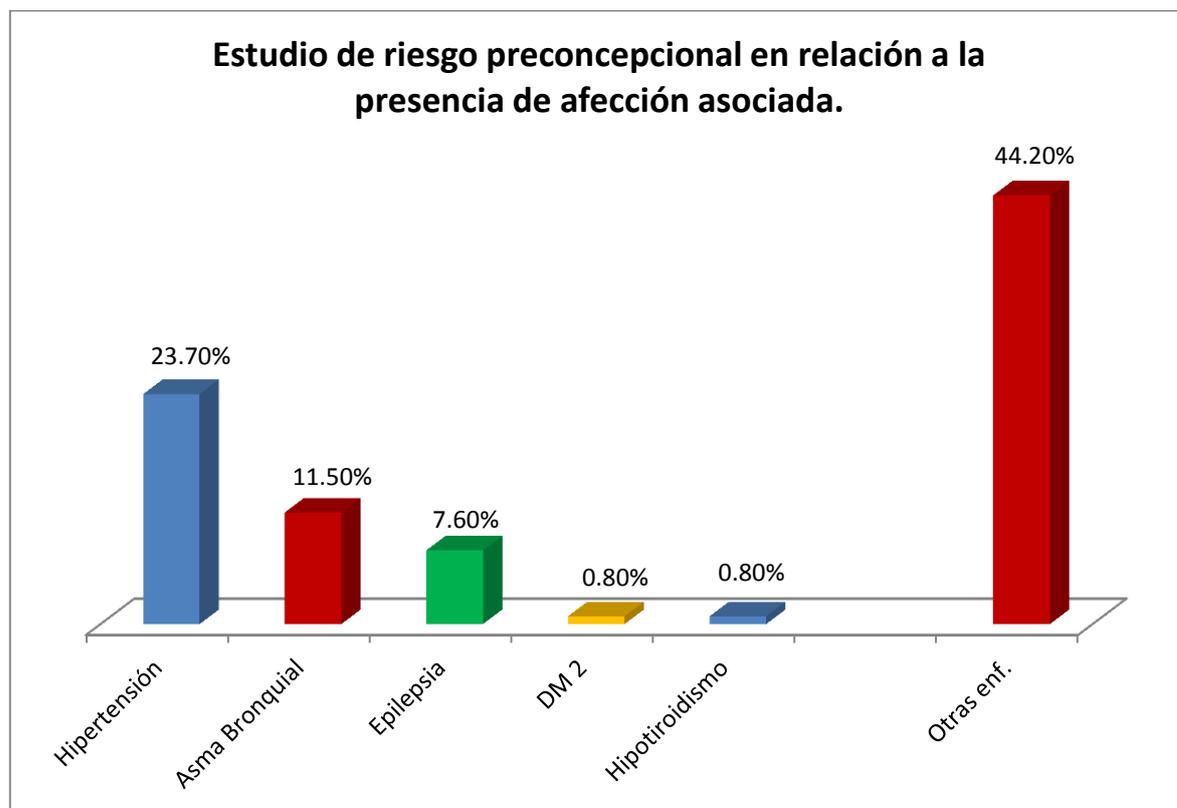


Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Factores de Riesgo por presencia de afecciones asociadas:

En el siguiente grafico se puede apreciar el porcentaje de mujeres en edad reproductiva, que cursan con una enfermedad asociada y vemos que la más frecuente es la Hipertensión con un 23.7%, le sigue el Asma bronquial con un 11.5%, después tenemos a la Epilepsia con un 7.6%, la Diabetes Mellitus tipo 2 represento solo el 0.8% igual que el Hipotiroidismo, otras enfermedades representan un 44.2%

Grafico 4: Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que cursan con una afección asociada.

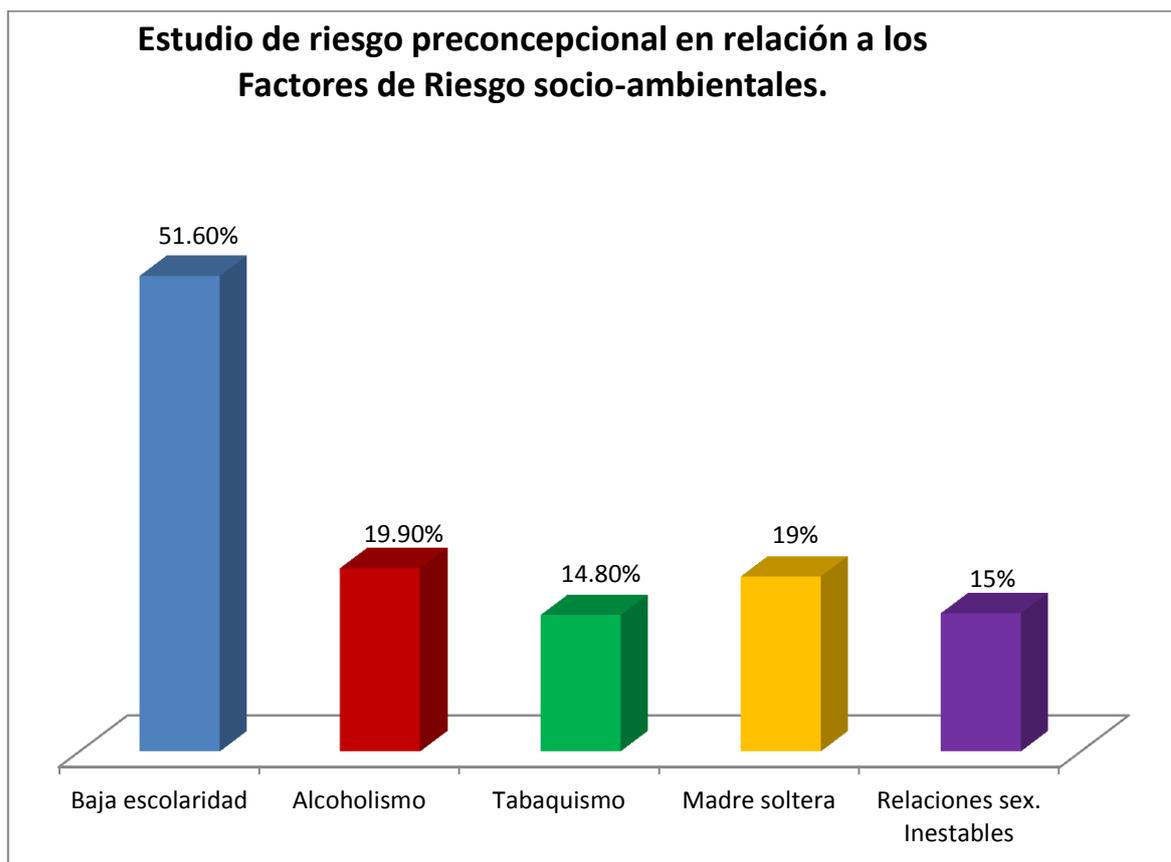


Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Factores de Riesgo de tipo Socio-ambientales

En el **grafico 5** podemos apreciar el porcentaje de mujeres con presencia de factores de riesgo socio-ambientales y encontramos que uno de los factores más importantes lo constituye la baja escolaridad con un 51.6%, le sigue la presencia de adicciones como el alcoholismo 19.9%, tabaquismo 14.8%, ser madre soltera con un 19% y el tener relaciones sexuales inestables en un 15%. La mayoría de las mujeres tienen un ingreso familiar menor o igual a \$2000.00 pesos por semana (67.37%), sin embargo un 76.27% de las participantes considera que tiene una situación económica regular.

Grafico 5: Porcentaje de presencia de Factores de Riesgo socio-ambientales.

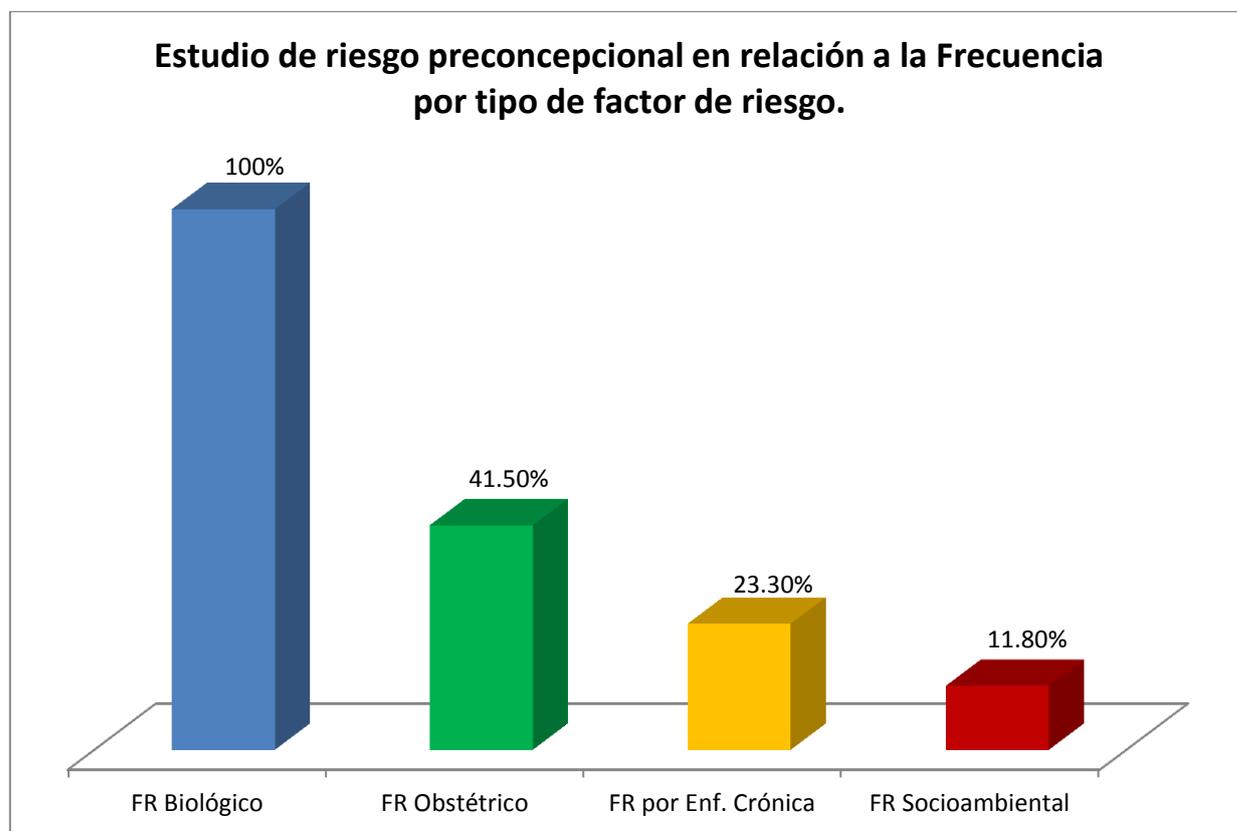


Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Frecuencia de cada Factor de riesgo preconcepcional

En el siguiente grafico podemos observar la frecuencia global con que se observan los factores de riesgo preconcepcional (FRPC) y en primer lugar observamos que el total de las 236 mujeres participantes en el estudio tienen cuando menos un factor de riesgo preconcepcional de tipo biológico (236=100%), el 41.5% (98) de las mujeres cursan con un FR de tipo Obstétrico, el 23.3% tienen FRPC por la presencia de alguna enfermedad crónica y el 11.8% tiene FRPC por la presencia de factores de riesgo de tipo socio ambientales.

Grafico 6: Frecuencia global por tipo de factor de riesgo



Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Percepción de Riesgo Preconcepcional

De las 236 mujeres que participaron en el estudio, el 67% (159 mujeres) reconoce que algunas mujeres corren más riesgo que otras al embarazarse. El 87.3% (206) de las mujeres identifica que existe un riesgo para la salud tanto de la madre como del hijo durante el embarazo. Y solo el 38.6% (91) manifiesta conocer o identifica que tiene algún factor de riesgo si se embaraza.

El 75% de las mujeres (177) reconocen que es necesario acudir a consulta médica antes de embarazarse y de ellas el 29.2% lo consideran como necesario para prevenir complicaciones durante el embarazo, el 17.6% refiere que es necesario acudir solo para obtener información relacionada al embarazo.

Tabla 1: Percepción de Riesgo preconcepcional.

PERCEPCIÓN DE RIESGO	No.	%
	<u>SI</u>	<u>SI</u>
Sabe usted que algunas mujeres corren más riesgo que otras al embarazarse?	159	67%
Sabe usted que el embarazo tiene riesgos que podrían afectar la salud de la madre y/o del hijo?	206	87.3%
Considera usted que si actualmente se embarazara correría algún riesgo su salud o la de su hijo?	91	38.6%
Considera usted necesaria la consulta antes de embarazarse?	177	75%
Necesaria para la Prevención	73	29.2%
Necesaria para obtener Información	44	17.6%

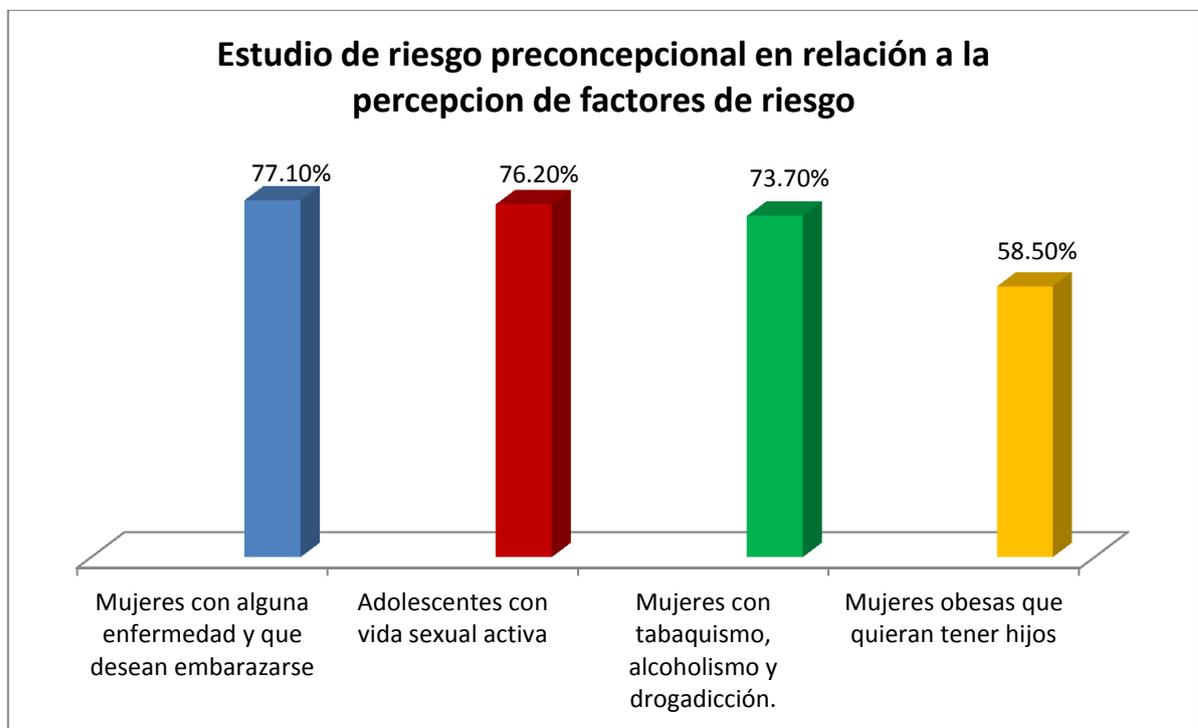
Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Percepción de Riesgo, en relación a los factores de riesgo percibidos.

La percepción global de riesgo es de 77.11%, esto quiere decir que solo 182 mujeres perciben algún tipo de riesgo preconcepcional.

En **el grafico 6** se observa en orden de frecuencia los factores que ellas identifican como posible riesgo preconcepcional y en primer lugar se aprecia que las mujeres con alguna enfermedad crónica deben acudir a consulta previo al embarazo 77.1% (182), en segundo lugar las mujeres adolescentes con vida sexual activa 76.2% (180), en tercer lugar tenemos a las mujeres que fuman, consumen bebidas alcohólicas y/o consumen drogas en un 73.7% (174) y en cuarto lugar están las mujeres obesas que quieren tener hijos con un 58.% (138)

Grafico 6: Percepción de riesgo preconcepcional en relación a la frecuencia de factores de riesgo percibidos.



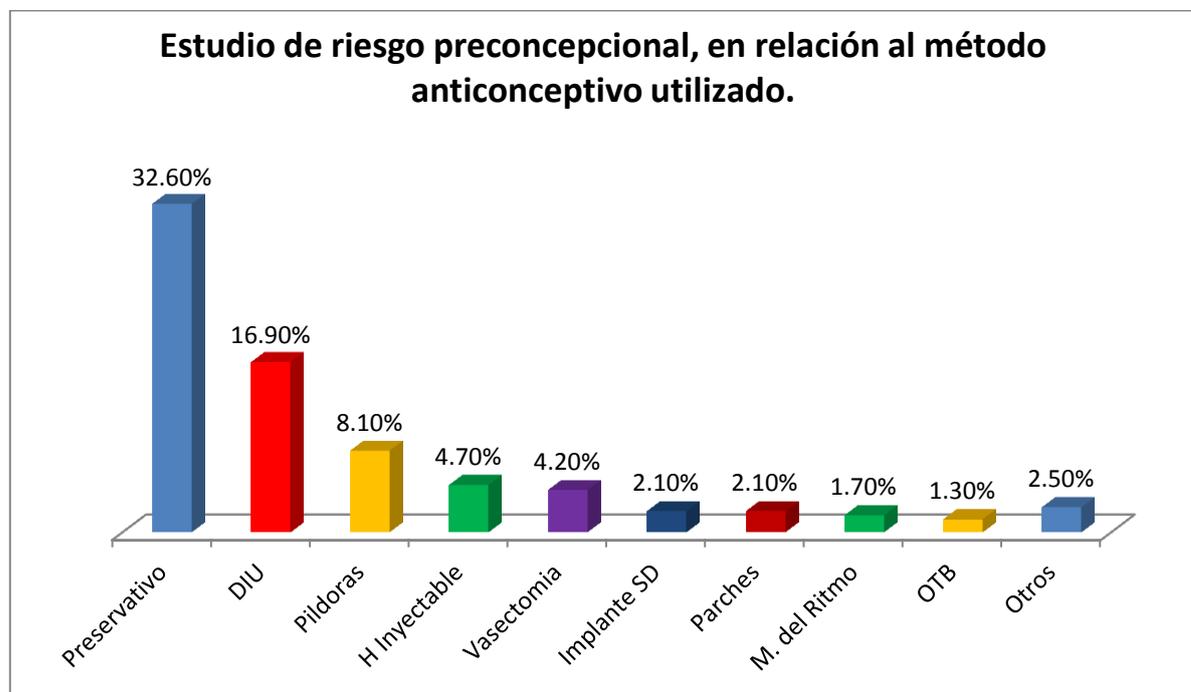
Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Métodos anticonceptivos más utilizados.

De las 236 mujeres participantes en el estudio, el 91.5% (216) utiliza o ha utilizado algún método anticonceptivo y el 8.5% no ha utilizado ningún método anticonceptivo independientemente de su riesgo preconcepcional.

En el **grafico 7** podemos observar que el método más utilizado es el Preservativo con un 32.6% (77), le sigue el DIU con 16.9% (40), el uso de hormonales orales (píldoras) tiene el 8.1% (19), el uso de hormonal inyectable ocupa el cuarto lugar con 4.5% (11), le sigue la Vasectomía en la pareja con un 4.2% (10), el uso de implante subdérmico y los parches tienen una frecuencia de 5 cada uno (2.1%), el menos frecuente es el método definitivo OTB con un 1.3% (3). Otros métodos 2.5% (6).

Grafico 7: Tipo de método anticonceptivo utilizado.



Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Principales motivos para **usar método anticonceptivo**

En la tabla 2 podemos observar los principales motivos por los que las mujeres participantes del estudio deciden utilizar algún método anticonceptivo actualmente o en alguna etapa de su vida, y en primer lugar es para No embarazarse (70.1%), en segundo lugar el 13.2% lo utiliza para espaciar los embarazos; el 8% por padecer alguna enfermedad; el 5.6% de las mujeres lo utiliza o lo ha utilizado por alguna indicación médica, mientras que el 3.7% refiere haberlo utilizado por algún motivo diferente a los anotados.

Tabla 2: Principales motivos para utilizar algún método anticonceptivo.

Motivos para uso de Método de Planificación Familiar	No.	%
Para NO embarazarse	146	70.1%
Para espaciar los embarazos	28	13.2%
Por indicación médica	12	5.6 %
Por padecer alguna enfermedad	17	8.0 %
Por otro motivo	8	3.7 %

Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Principales motivos para **No utilizar o Abandonar el método anticonceptivo**

De las mujeres que deciden NO utilizar algún método anticonceptivo tenemos que las principales razones que tienen son, en primer lugar el miedo a las consecuencias por su uso (20.1%), en segundo lugar por tener el deseo de un nuevo embarazo (24.1%), con el 22.4% se encuentran las mujeres que no tienen una pareja fija, le sigue en frecuencia las mujeres que padecen alguna enfermedad que se los impida (10.0%), con el 7.5% se encuentran las mujeres que por indicación médica no pueden utilizarlos y finalmente el 16.8% de las mujeres no utilizan algún método anticonceptivo por motivos diferentes a los anotados.

Tabla 3: Principales motivos para No utilizar o abandonar algún método anticonceptivo.

Motivos para NO utilizar método anticonceptivo	No.	%
Miedo a las consecuencias	24	20.1%
Deseo de nuevo embarazo	28	24.1%
No tiene pareja fija	26	22.4%
Por indicación médica	9	7.5%
Por padecer alguna enfermedad	12	10.0%
Otros motivos	20	16.8%
TOTAL	119	100%

Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

En la siguiente tabla se puede apreciar la frecuencia con que se presentan los diferentes factores de riesgo entre la población estudiada y la relación con la frecuencia en el uso y No uso-abandono del método de planificación familiar (MPF).

En primer lugar tenemos a las personas que tienen FR Biológico y como se puede observar todas las participantes tienen cuando menos un FR de tipo biológico, pero de ellas un 34.3% de ellas no utilizan ningún MPF a pesar del riesgo; en segundo lugar tenemos a las mujeres con FR Obstétrico en quienes se observa que un 33.3% de ellas no utiliza MPF, el tercer lugar lo ocupan las mujeres con RF por presencia de enfermedad crónica, en quienes se observa que un 21.8% de ellas no utiliza MPF, y finalmente entre las mujeres con RF socio ambiental vemos que un 50% de ellas no utiliza MPF.

Tabla 4: Factores de riesgo preconcepcional y utilización de métodos anticonceptivos

Factores de riesgo	Frec.	F - %		Frec.
		NO uso de MPF	SI uso	
FR Biológico	236	81	34.3%	155
FR Obstétrico	98	33	33.6%	65
FR por Enfermedad crónica	55	12	21.8%	43
FR socioambientales	28	14	50.0%	14

Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

Percepción de riesgo preconcepcional y No utilización de método anticonceptivo.

Como podemos observar en la siguiente tabla se muestra la percepción que tiene la mujer sobre su riesgo preconcepcional (PRPC) tomando en consideración las preguntas contenidas en la encuesta de percepción de riesgo.

La mayoría de las mujeres (159) consideran que existen mujeres con más riesgo que otras al embarazarse, sin embargo de ellas hay 42 que No usan MPF; De las 206 mujeres que saben que el embarazo tiene riesgos para la salud de la madre y del hijo, 56 de ellas no utilizan MPF; De las 91 mujeres que consideran que si actualmente se embarazaran correría algún riesgo la salud personal o la de su hijo tenemos que 21 de ellas no utilizan ningún MPF y finalmente de las 177 mujeres que consideran necesaria la consulta antes de embarazarse, hay 38 que no utilizan ningún MPF.

Tabla 5: Percepción de riesgo preconcepcional y No utilización de método anticonceptivo.

PERCEPCIÓN DE RIESGO	<u>N</u>	No uso de método de PF
Sabe usted que algunas mujeres corren más riesgo que otras al embarazarse?	159	42
Sabe usted que el embarazo tiene riesgos que podrían afectar la salud de la madre y/o del hijo?	206	56
Considera usted que si actualmente se embarazara correría algún riesgo su salud o la de su hijo?	91	21
Considera usted necesaria la consulta antes de embarazarse?	177	38

Fuente: Estudio de FR preconcepcional. UMF 35 Tijuana

DISCUSION:

La salud Materno Infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio ^{1,2}, en este sentido, el riesgo reproductivo preconcepcional se encuentra asociado a la vulnerabilidad que presentan algunas mujeres al embarazarse. En el presente estudio se revisaron los factores de riesgo preconcepcional en 236 mujeres entre 15 y 49 años de edad, clasificando dichos factores en 4 grupos como son: Factores de riesgo preconcepcional de tipo Obstétrico, Biológico, socioambientales y con afecciones asociadas.

En relación a los **factores de riesgo Biológicos**, observamos que el grupo de mujeres con edad menor a 18 años y con edad mayor a 34 años fue de 10.6% y 17.8% respectivamente; de acuerdo al IMC < de 18 fue de 3.4% y talla < a 150 cm fue de 5.5%, al comparar estos resultados con los reportados por González D, Álvarez A. La Caracterización del riesgo preconcepcional. ⁵⁹ quien refiere que el porcentaje de mujeres < de 18 años fue de 23.9% y de las > a 34 años fue de 13.7%, podemos observar que en ambos estudios el grupo mayor de mujeres en edad reproductiva se encuentra entre los 19 y 34 años. El factor nutricional (relación peso/ talla) de estas mujeres, tiene importancia debido a que el IMC < a 18 tiene relación directa con el bajo peso del producto al nacer, y el IMC < a 26 en la madre se

asocia a la presencia de enfermedades como la diabetes e hipertensión durante el embarazo.³²

Entre los **factores de riesgo socio-ambientales** encontramos que uno de los factores más importantes lo constituye la baja escolaridad con un 51.6%, le sigue la presencia de adicciones como el alcoholismo 19.9%, tabaquismo 14.8%, ser madre soltera con un 19% y el tener relaciones sexuales inestables en un 15% (más de 2 parejas sexuales). Algunos autores sugieren que dada la fuerte relación entre el tabaco, el alcohol y las drogas, las estrategias preventivas deberían ser comunes para estos factores y dirigidas a las mujeres en edad reproductiva⁵⁷ Al comparar nuestros resultados con los reportados en el estudio de Casalta Venezuela, encontramos que ellos tienen un 29.1% de mujeres solteras mas 13.7% de mujeres divorciadas. En relación con la escolaridad vemos que ellos tienen mujeres con escolaridad media y superior en un 69.3% resultado mucho mayor que el de nosotros, esto implica que el ingreso percibido sea mejor, sin embargo en ambos estudios las mujeres perciben que tienen una situación económica regular.

En relación a los **factores de riesgo obstétricos** tenemos que la mayoría de las mujeres tiene como riesgo la cesárea previa con un 30.5%, le sigue en frecuencia la multiparidad con un 24.57%, el aborto de 1-3 eventos que representan un 14.4% y el aborto de repetición el 2.1%, algunas mujeres refieren haber tenido defunción neonatal en un 3.8%, al comparar estos resultados con los reportados en el estudio de Casalta observamos que ellos tienen un 26.5% de mujeres con paridad desfavorable, 13.7% periodo intergenesico corto y 0.8% de defunciones neonatales. En México, desde la década de los noventa tanto los datos institucionales como de encuestas

demográficas y de salud señalan un porcentaje de ejecución de cesáreas superior al 20%,⁵¹⁻⁵² tendencia que se ha acentuado en los últimos años, situando al país en el cuarto lugar mundial (después de China, Brasil y EUA) con la mayor número de operación cesárea con diagnósticos imprecisos y no siempre justificados⁵³ lo cual pone en mayor riesgo a las mujeres que deseen otro embarazo.

Encontramos que entre las **enfermedades asociadas**, la que se presenta con mayor frecuencia es la Hipertensión con un 23.7%, le sigue el Asma bronquial con un 11.5%, después tenemos a la Epilepsia con un 7.6%, la Diabetes Mellitus tipo 2 represento solo el 0.8% igual que el Hipotiroidismo, otras enfermedades representan un 44.2%. y los resultados son muy similares a los encontrados en los 3 primeros lugares en otra literatura por lo que en Cuba y en los Estados Unidos se ha creado el grupo de trabajo de asma y embarazo con el objetivo de aumentar la vigilancia sobre el elevado número de asmáticas y prevenir los resultados negativos que esta enfermedad provoca, lo mismo sucede en otros reportes como la hipertensión arterial asociada al embarazo y su secuela de retraso en el crecimiento intrauterino y morbilidad materna, la diabetes mellitus con las malformaciones fetales, el parto pretérmino, la macrosomía, el óbito y la infección urinaria tan común en el embarazo, (entre un 7 a un 15 %), con frecuencia relacionada a la hipertensión arterial, la infección ovular, la rotura prematura de membrana, el parto pretérmino, la muerte fetal y/o materna. La edad de la mujer al momento del embarazo constituye un factor determinante entre los riesgos reproductivos preconcepcional, la edad en la que todos coinciden en adjudicar un papel preponderante a la hora de concebir un embarazo y en afirmar el

incremento de las afecciones inducidas o asociadas al mismo en los llamados “extremos del período fértil “dónde la complicación para la madre y su hijo es más elevada cuando el embarazo se produce antes de los 18 años y después de los 35.⁵⁵⁻⁵⁶

En relación al uso de métodos anticonceptivos podemos observar que el método más utilizado es el Preservativo con un 32.6% (77), le sigue el DIU con 16.9% (40), el uso de hormonales orales (píldoras) tiene el 8.1% (19), el uso de hormonal inyectable ocupa el cuarto lugar con 4.5% (11), le sigue la Vasectomía en la pareja con un 4.2% (10), el uso de implante subdérmico y los parches tienen una frecuencia de 5 cada uno (2.1%), el menos frecuente es el método definitivo OTB con un 1.3% (3). Otros métodos 2.5% (6). Lo cual no coincide con la literatura revisada en la cual se menciona que el tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial del programa oficial, el 35.9% de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos, utilizaban las pastillas, el 23.3% utilizaban métodos naturales y el 18.7% empleaba el DIU. Actualmente la situación a cambiado en favor de los métodos de mayor continuidad: la operación femenina y el DIU, que alcanzaron el 44.7% la OTB y 20.8% el uso del dispositivo intrauterino (DIU).

⁵⁸ Entre los principales motivos por los que las mujeres participantes del estudio deciden utilizar algún método anticonceptivo actualmente o en alguna etapa de su vida, en primer lugar es para No embarazarse (70.1%), en segundo lugar el 13.2% lo utiliza para espaciar los embarazos; el 8% por padecer alguna enfermedad; el 5.6% de las mujeres lo utiliza o lo ha utilizado

por alguna indicación médica, mientras que el 3.7% refiere haberlo utilizado por algún motivo diferente a los anotados.

En general se puede observar todas las participantes tienen cuando menos un FR de tipo biológico, pero de ellas un 34.3% no utilizan ningún MPF a pesar del riesgo; en segundo lugar tenemos a las mujeres con FR Obstétrico en quienes se observa que un 33.3% de ellas no utiliza MPF, el tercer lugar lo ocupan las mujeres con FR por presencia de enfermedad crónica, en quienes se observa que un 21.8% de ellas no utiliza MPF, y finalmente entre las mujeres con FR socio ambiental vemos que un 50% de ellas no utiliza MPF.

La mayoría de las mujeres (159) consideran que existen mujeres con más riesgo que otras al embarazarse, sin embargo de ellas hay 42 que No usan MPF; De las 206 mujeres que saben que el embarazo tiene riesgos para la salud de la madre y del hijo, 56 de ellas no utilizan MPF; De las 91 mujeres que consideran que si actualmente se embarazaran correría algún riesgo la salud personal o la de su hijo tenemos que 21 de ellas no utilizan ningún MPF y finalmente de las 177 mujeres que consideran necesaria la consulta antes de embarazarse, hay 38 que no utilizan ningún MPF.

CONCLUSIONES:

De las 236 mujeres participantes en el estudio, la mayoría fueron personas jóvenes pertenecientes al grupo de edad de 19 a 34 años ($X=27.4$ años), con presencia de cuando menos un FR de tipo biológico entre ellos la edad < a los 18 años o > a los 34 años; los FR de tipo Obstétrico más frecuentes fueron la cesárea previa, la multiparidad y el aborto mismos que no están relacionados

con el uso de MPF pues se observa que un tercio de las mujeres que tienen riesgo obstétrico no utilizan ningún MPF; de las mujeres con FR por presencia de enfermedad crónica, resaltan la Hipertensión Arterial y el Asma y de ellas solo el 43% utiliza algún método anticonceptivo; Entre los FR de tipo socio ambiental más frecuentes encontramos la baja escolaridad, la presencia de adicciones como el tabaquismo y el alcoholismo así como la presencia de relaciones sexuales inestables manifestada por la presencia de madres solteras o con familias reconstituidas y/o con más de una pareja sexual. En el estudio predominaron las pacientes entre 19 a 34 años, viviendo con pareja, con baja escolaridad, trabajadoras, con situación económica regular y con número de hijos que oscilaron entre 1 a 2. Predominaron los factores de riesgo edad, cesárea previa y multiparidad. El método anticonceptivo más usado fue el preservativo. La mayoría de estas mujeres pertenece a un estrato socioeconómico bajo pero cuya vivienda cuenta con todos los servicios públicos e intradomiciliarios que las hace pensar que su situación económica es regular.

Estas condiciones sociales están relacionadas con la percepción de riesgo preconcepcional (PRPC) y observamos que la mayoría no identifica el RPC que tiene, por lo que no considera necesario acudir a atención médica antes del embarazo y las que acuden a solicitar atención esta, está relacionada con el uso de métodos anticonceptivos solo para prevenir o espaciar el embarazo mas no para evitar un embarazo de alto riesgo.

SUGERENCIAS

Durante mucho tiempo la atención médica se ha concentrado en los eslabones donde puedan interrumpirse los procesos patológicos. Esta orientación ha ocasionado que se descuiden las intervenciones sobre eslabones de la cadena de causas como la pobreza, que constituyen retos (difíciles y comúnmente reconocidos como "no médicos". Una de las características del uso del enfoque de riesgo, es la consideración de todas las causas sin tomar en cuenta si son médicas, intersectoriales, emocionales, políticas y económicas.

El personal de salud no debe conformarse con establecer un diagnóstico de la prevalencia de factores de riesgo de la población a la que le brinda una atención de salud; tampoco debe limitarse a identificar en forma individual que mujeres corresponden a alto o bajo riesgo reproductivo. Su accionar debe ir más allá, esto es, brindarles a estas mujeres, especialmente a las de alto R.R., medidas contraceptivas para espaciar o evitar futuros embarazos. De esa manera estaremos evitando que madres tipificadas como de alto riesgo reproductivo, se conviertan en embarazadas de alto riesgo. Esta medida tan sencilla y primaria, nos reducirá las tasas de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil.

Esta investigación evidencia que no existen propuestas educativas sobre riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) teniendo como base fundamentos metodológicos científicos para las mujeres en edad fértil, de

modo que se puedan modificar aquellos factores que lo permitan y disminuir los indicadores de mortalidad infantil, fetal y bajo peso. Además, para que las pacientes y familiares asuman su responsabilidad en el control de sus riesgos y que el personal de salud pueda intervenir en la modificación de estos.

Una propuesta de intervención educativa sustentada en acciones concretadas a partir de los principales problemas que se identifican como contribuyentes a la aparición de mortalidad fetal, infantil y bajo peso al nacer (BPN) contribuirá a disminuir el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) en las mujeres en edad fértil.

FORTALEZAS

- El interés que mostraron los directivos de esta unidad médica, al permitir realizar el estudio dando todas las facilidades para ello.
- El estudio se realizó en pacientes en edad reproductiva lo que implicó que mostraran mayor disposición para participar en el estudio relacionado con su salud femenina .
- Al realizar esta encuesta, las pacientes manifestaron su deseo de contar con una unidad de servicios de salud reproductiva en donde sean atendida su demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar ya que solo se les proporciona preservativos como método anticonceptivo.
- Disponibilidad de los pacientes masculinos para participar en este tipo de estudios para recibir información y participar activamente en la planificación familiar a través del uso de métodos anticonceptivos masculinos..

DEBILIDADES

Entre las principales limitaciones encontradas en nuestro estudio se señalan las siguientes:

- Los resultados no pueden ser extrapolados a la población femenina derechohabientes de otras unidades médicas, debido a que difiere el tipo de población en sus características sociodemográficas.
- No se cuenta con literatura científica regional, relacionada con riesgo preconcepcional que nos permita comparar los resultados.
- En la entrevista para contestar el cuestionario de percepción de riesgo fue necesario explicarlo detenidamente a las pacientes ya que el concepto de percepción les resultaba difícil entenderlo porque es diferente en cada persona de acuerdo a su cultura, su experiencia personal y el conocimiento que tengan sobre el tema.

BIBLIOGRAFIA

1. Ramírez Torres MJ, Rodríguez Galá R, Díaz del Pino R. Planificación familiar y control del riesgo reproductivo preconcepcional. Bolet Medic Gen Integral 2005; 4(2):17-8.
- 2.- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación familiar. Ministerio de salud pública, 2004.
3. - Salud Reproductiva y Prenatal. [Documento en línea]. 2002. Disponible en: URL :< <http://www.paho.org>>.
4. - RC. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.273-7.
5. - Cefalo RC, Moos M-K. Preconceptional health care. A practical guide. 2ed. St Louis: Mosby; 1995.p.1-10.
- 6.- RH. Vigilancia antenatal del crecimiento fetal. En: Belitzky R. Tecnologías perinatales. Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano 1992; 1255: 117-34.
7. -Peña E, Sánchez A, Portilla Z, Solano L. Dietary evaluation of pregnant adolescents during first, second and third trimester. Arch Latinoam Nutr 2003; 53(2): 133-40.
8. - Wickremasinghe VP, Prageeth PP, Pulleperama DS, Pushpakumara KS. Preconceptional care of women at booking visit at the Soysa Maternity Hospital and Castle Street Hospital for women. Ceylan Med J 2003; 48(3): 77-9.
9. - Dirección General de Información en Salud (DGIS), Secretaría de Salud (SSA). Nacimientos estimados por CONAPO, Versión Censo 2005.
10. - OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial. Tendencias de la mortalidad materna: 1990 a 2010. OMS, UNICEF, UNFPA y las estimaciones del Banco Mundial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.

- 11.-** Blanc AK, Ross J. Why aren't there more maternal deaths? A decomposition analysis. *Matern Child Health J* 2012; 16: 456-463.
- 12.-** Singh S, Darroch JE. En Resumen: costos y beneficios de los anticonceptivos servicios de las estimaciones para 2012. Nueva York: Instituto Guttmacher y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2012.
- 13.-** CONAPO, Tabulados básicos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. [Documento en línea]. 2006. Disponible en: URL: <<http://www.conapo.gob.mx/encuesta/Enadid2006/page0005.html>>.
- 14 .-** Agudelo A, Cleland J, Peterson H, Ross J, Tsui A. La anticoncepción y la salud [Ing]. *The Lancet*, Julio 10, 2012.23
- 15.-** Colectivo de Autores: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología.2000.Pág.17-21.
- 16. -** Cabezas E; Herrera, V; Ortega, M; Santiesteban, S, Riesgo Preconcepcional en: *Procederes de Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1998, pág.5-7.
- 17.-** Adhanom G, Gilmore K. ¿Qué se necesita para eliminar las muertes maternas prevenibles? [Ing] *The Lancet*, Vol. 380, 87-88, 2012.
- 18.-** Carr B, Gates M, Mitchel A, Shah R. Dar a las mujeres el poder de planificación familiar [Ing.] *The Lancet* Vol.380, 80-82, 2012.
- 19. -** Gutiérrez R, Mujeres en edad Reproductiva y anticoncepción. *Salud Global*, Marzo 30,2012.
- 20. -** Horton R, Peterson H. El renacimiento de la planificación familiar [Ing]. *The Lancet*, Vol 380, 150-55.
- 21.-** Schultz C. Las Consecuencias económicas de la salud reproductiva y planificación familiar [Ing.].*The Lancet*, Vol. 380, 165-171. Julio 14,2012.
- 22.-** Gómez C, Hernández M, Jiménez J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica.

- 23.-** Reproductive Health Supplies Coalition, HandtoHandCampaign, no date, <<http://www.rhsupplies.org/handtohandcampaign/handtohand-campaign.html>>, accessed Apr. 21,2012.
- 24. -** Maternal Health Task Force, The Alliance for Reproductive Maternal and Newborn Health, 2011, <<http://maternalhealthtaskforce.org/component/wpmu/tag/alliance-for-reproductive-maternal-and-newbornhealth>>, accessed Apr. 21, 2012.
- 25.-** Estrada F . Servicios de planificación familiar y relación con el poder de decisión salud pública de México / vol. 50, no. 6, noviembre-diciembre de 2008
- 26-** Santos M, Rosa F. A score for assessing the risk of firsttime adolescentpregnancy Family Practice 2011; 28:482–488
- 27.-** Symons D , Feinberg M, Hillemeier M, Design of the Central Pennsylvania Women’s Health Study24 (CePAWHS) Strong Healthy Women Intervention: Improving Preconceptional Health Matern Child Health J (2009) 13:18–28
- 28.-** Estrada F, Hernández-Girón C, Walker D,y col. Uso de servicios de planificación familiarde la Secretaría de Salud, poder de decisiónde la mujer y apoyo de la pareja *salud pública de México / vol. 50, no. 6, noviembre-diciembre de 2008*
- 29.-** Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet 2007; 369:1220–31.
- 30.-** Katherine J. Stothard, PhDPeter W. G. Tennant, MScRuth Bell, MD Maternal Overweight and Obesityand the Risk of Congenital Anomalies A Systematic Review and Meta-analysisJAMA, February 11, 2009—Vol 301, No. 6
- 31.-** Melton L ,Joseph B. Stanfordand M. Melton J Y Col. Use Of Levonorgestrel Emergency Contraceptionin Utah: Is It More Than —Plan B || ? Perspectives On Sexual And Reproductive Health, 2012, 44(1):22–29, DOI: 10.1363/4402212.
- 32-** Jiménez C, Díaz M, Jiménez M . Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(1)

- 33.-** Carol S. Weisman , Gary A. Chase , Cynthia H. Chuang y Roxanne Parrott Lori A. Francis .Diseño del Estudio de Salud de la Central Pennsylvania Mujer (CePAWHS) Intervención Strong Women saludable: Mejorar la salud preconcepcional Este proyecto está financiado, en parte, con el número 4100020719 subvención con el Departamento de Salud de Pennsylvania.
- 34.-** Almanza G. Morbilidad del hijo de madre joven. Rev Cubana Pediatr 1999; 12(3):344-357.
- 35.-** Bakkeing L. Pregnancy risk factors of small for gestational age birth. Obstetric Gynecol Scand 2001; 72(4):273-9.
- 36.-** Vázquez Vidal L. Prevalencia de la anemia nutricional en mujeres en edad fértil de un área de salud. Rev. Cubana Med General Integral 1999; 9(3):245-50.
- 37.-** Shapiro D, Bryse Elison C, Jhones R. Direct and indirect association of five factors with infant mortality. Miami Arch 2001; 71(4): 297- 303.
- 38.-** Storbino Ensneinger D. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. Epidemiological Magazine 2001; 142(59): 504-14
- 39.-** Álvarez Fumer R. Repercusión de los factores de riesgo preconcepcionales en el bajo peso la nacer. Resumen 2001; 14(3):115-21.
- 40.-** Hernández Gutiérrez F, Álvarez Porto M, Sierra J. Riesgo Materno Preconcepcional. Comportamiento en 4 CMF. Rev. Cubana Med General Integral 2000; 5(2):174-7
- 41.-** Chazntle Kim C. Asthma in pregnancy a review. Medical Clinic New York 1998; 5(3):107-109.
- 42.-** Steel Joshtone Jn, Nebott M. Prevention or congenital malformation in infants of insulin-dependent diabetics' mothers. Diabetic Care 1998; 12(5):3-5.
- 43.-** Ling Preto C. Mujer diabética en edad fértil y contracepción. Rev. Cubana Medicina General Integral 1999; 13(6):557-82.
- 44.-** Byse Mertenzen L, Jeabsen Cort N. El alcohol en al gestación. Clín pediatr 1999; 9(4):107-118.
- 45.-** Elorza Jones A. Síndrome alcohólico fetal y embriopatía alcohólica. Acta Pediatr Esp 1998; 11(5):71-76.

- 46.-** Romera Fernández G. Embriofetopatía alcohólica. Casuística neonatal en los últimos 12 años. *Clín Pediatr* 1998; 47(4):405-409. Prendas
- 47.-** Labrada M. Riesgo Preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev. Cubana Med General Integral* 2001; 14(4): 360-366.
- 48.-** Garrido Rodríguez L. Planificación familiar y contracepción en Álvarez Síntes. *Temas de Medicina General Integral*. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001; p. 256-257.
- 49.-** Centros para el Control y Prevención de enfermedades (2006) Recommendations to improve preconception health and health care—United States: A report of the CDC/ATSDR preconception care work group and the select panel on preconception care. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55, (RR-6), 1–23.
- 50.-** Marzo Castillejo M. Estadísticas sobre demografía, morbimortalidad, encuesta Nacional de salud y recursos sanitarios. *JANO*. 2008;1693:29—45
- 51.-** Suárez-López L. Salud materno infantil. En: Chávez A, Menkes C, eds. *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo Una mirada desde la ENADID 2006*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2010:236-281.
- 52.-** Farland L. The use and overuse of cesarean sections in Mexico. *TuftScope* 2009;9(1):30-33.
- 53.-** Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Meriardi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. Geneva, Switzerland: WHO, 2010. Report No.: Background Paper 30.
- 54.-** Navas N, Castillo Fernández F, Campos Martínez A. Caracterización del riesgo preconcepcional *Archivo Médico de Camagüey*, vol. 10, núm. 2, 2006, pp. 1-7.
- 55.-** Medellín O. Niño G. Influencia de la infección de vías urinarias en la amenaza de parto pretérmino. Edición Especial. *RESPYN NL*. México, Monterrey 2004; 4.
- 56.-** Cuba. MINSAP Anuario Nacional de Estadística; 2003 .p.78, 295.

57.- Turner C, Russell A, Brown W. Prevalence of illicit drug use in young Australian women, pattern of use and associated risk factors. *Addiction*. 2003;98:1419-26.

58.-- Zúñiga E Zubieta B. Cuadernos de la salud Reproductiva Tabasco. 1ª.Ed. México:ISBN; 2001.**se debe a que en la U.M.F. no se cuenta con unidad de medicina preventiva M.P.F.

59.- González D, Álvarez A. Caracterización del riesgo preconcepciones. *Ginecología y Obstetricia , Medicina Preventiva y Salud Publica , Medicina Familiar y Atención Primaria* 2008; ().: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2052/1/Caracterizacion-del-riesgo-preconcepcional-> (accessado 10 Junio 2012).

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y
POLITICAS EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: IDENTIFICACIÓN DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA Y SU RELACIÓN CON USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. UMF 35 TBC

Lugar y fecha: UMF 35

Número _____ **de** _____ **registro** R-2012-204-33

Justificación: El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgos tienen incremento en la posibilidad de sufrir daños a su salud o la del futuro hijo si se involucraran en el proceso reproductivo (embarazo)

Objetivo del estudio: Identificar el riesgo preconcepcional y su relación con el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva que acuden a consulta a la UMF No. 35 de Tijuana BC.

Procedimientos: se llevará a cabo una encuesta para detectar aspectos relacionados con riesgo reproductivo y se aplicará el cuestionario con preguntas para identificación de factores de riesgo preconcepcional.

Posibles riesgos y molestias: La presente investigación no tiene riesgo alguno para la salud y solo se requiere invertir un tiempo estimado de 15 minutos para contestar el cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: La participante obtendrá información relacionada con la probabilidad que tiene de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción y asesoría sobre métodos anticonceptivos.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: el investigador se ha comprometido a proporcionarme información relacionada con mi riesgo preconcepcional y elección de método anticonceptivo más conveniente para mi salud.

Participación o retiro: entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere necesario, sin que por ello se afecte mi estancia o atención dentro de la Unidad Médica.

Privacidad y confidencialidad: El investigador me ha dado la seguridad de que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio, podrá dirigirse a: Investigador: ROSA MA. RODRIGUEZ ABASTA MAT. 99021609 TELEF. (664) 661 84 74

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS. Av. Cuauhtémoc 330 4º. Piso bloque B de la Unidad de Congresos. Col. Doctores México DF. Tel: 55 56276900 ext. 21230. Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

nombre y firma del investigador

Testigo 1

Testigo 2

Anexo II

Número de folio: _____

ENCUESTA SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL EN PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA.

Estimada paciente: A través de la presente le estamos informando que está usted participando en una investigación médica, de la cual forma parte esta encuesta, con el objetivo de conocer aspectos relacionados con el riesgo reproductivo preconcepcional, la misma es anónima, le agradeceremos sinceramente su cooperación. **GRACIAS.**

DATOS PERSONALES

1. ¿Cuántos años tiene actualmente? _____ ¿Cuánto Kilos pesa? _____
 ¿Cuánto mide de estatura o altura su cuerpo? _____ ¿Cuál es su IMC? _____

ANTECEDENTES**MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA**

2. **Estado civil:** Soltera _____ Casada _____ Unión libre _____ Separada _____ Divorciada _____ Viuda _____
 3. ¿Cuántas parejas ha tenido a lo largo de su vida? 1 _____ 2 _____ Mas de 2 parejas _____
 4. Nivel escolar: Sin escuela _____ Primaria _____ Secundaria _____
 Preparatoria _____ Universidad _____ Otros _____
 5. ¿A qué se dedica? Ama de casa _____ Estudiante _____ Trabajadora _____
 Como se llama la empresa en donde trabaja? _____
 Mencione el trabajo que realiza en su empresa? _____
 Cuál es su horario de trabajo _____
 6. Considera su situación económica como: Buena _____ Regular _____ Mala _____
 7. Su ingreso familiar es: Menor a 2000 pesos semanales _____ Mayor a 2000 semanales _____
 8. Vivienda: De madera _____ Concreto _____ Número de cuartos _____ Baño _____
 9. Abastecimiento de agua: SI _____ NO _____ ¿Hay Drenaje en la vivienda? SI _____ NO _____
 10. Fuma: SI _____ NO _____ cuantos cigarros al día _____
 11. ¿Alguien más fuma cerca de usted? SI _____ NO _____ Quien? _____
 12. Consume bebidas alcohólicas: SI _____ NO _____ cada cuando _____ qué cantidad _____
 13. Consume otras sustancias o Drogas: SI _____ NO _____ Cuál? _____ cada cuando _____

14. Número de embarazos _____ Hijos _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Parto normal _____

15. En sus embarazos anteriores ha tenido:

¿Muerte del bebé al nacer? _____ Hijo con defectos o malformaciones _____ Muerte de un hijo antes de los 5 años de edad _____ De que murió _____

16. Edad de su hijo menor: _____

17. Marque con una X si padece de alguna de las siguientes enfermedades:

- Diabetes (azúcar en la sangre) _____
- Hipertensión arterial (presión alta) _____
- Cardiopatía (enfermedad del corazón) _____
- Asma _____
- Epilepsia _____
- Anemia _____
- VIH _____
- Enfermedad mental (problema psiquiátrico) _____
- Otra enfermedad _____ Cual _____

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

18. Sabe usted que algunas personas corren más riesgo que otras al embarazarse? SI _____ NO _____

19. Sabe usted que el embarazo tiene riesgos que podrían afectar la salud de la madre y/o del hijo: SI NO

20. Considera usted que si actualmente se embarazara correría algún riesgo su salud o la de su hijo: SI NO
¿Cuál riesgo? _____

21. Conoce usted con qué fin se realiza la consulta antes del embarazo? SI _____ NO _____

22. De la siguiente lista: ¿Cuáles son las mujeres que usted cree que deben acudir a la consulta para conocer y prevenir los riesgos que corren antes de embarazarse?

- Adolescentes con vida sexual activa _____
- Mujeres mayores de 60 años de edad, casadas _____
- Mujeres que no deseen tener hijos _____
- Mujeres obesas que quieran tener hijos _____
- Mujeres con alguna enfermedad que deseen embarazarse _____
- Mujeres que fuman, consumen bebidas alcohólicas o usan drogas _____

23. Considera usted necesaria la consulta antes de embarazarse SI _____ NO _____

24. Que beneficios tiene acudir a consulta antes de embarazarse _____

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

25. Utiliza actualmente algún método anticonceptivo? SI _____ Marque con una X Cual de los siguientes usa:

- Píldoras anticonceptivas (Tabletas) _____
- DIU (Dispositivo Intrauterino) _____
- Condón o preservativo _____
- Método del Ritmo (Según la ovulación) _____
- Anticonceptivo inyectable (inyecciones) _____
- Implante subdérmico (aplicado en el brazo) _____
- Parches anticonceptivos _____
- Salpingectomia (operación en la mujer para no tener hijos) _____
- Vasectomia (operación en el hombre para no tener hijos) _____
- Otros _____ Cual? _____

26. Para que **SI utiliza** el método anticonceptivo:

- Para no embarazarse _____
- Para espaciar los embarazos _____
- Por indicación médica _____
- Por padecer alguna enfermedad _____
- Por otro motivo _____ cual

27. Si actualmente no usa un método anticonceptivo **por qué NO lo Utiliza:**

- Miedo a las consecuencias _____
- Deseo de embarazarse _____
- No tiene pareja fija _____
- Por indicación médica _____
- por padecer alguna enfermedad _____
- Otros motivos _____ Cuales _____

28. Si antes utilizaba algún método anticonceptivo y ya no lo usa, marque **porque lo abandonó:**

- Porque desea embarazarse _____
- Por sus efectos secundarios _____
- Porque su pareja se opone _____
- Por indicación médica _____
- Por padecer alguna enfermedad _____
- Otros motivos _____ Cuales _____

FUENTE: Tomado y modificado de : González D, Álvarez A. Caracterización del riesgo preconcepcional. Ginecología y Obstetricia , Medicina Preventiva y Salud Publica , Medicina Familiar y Atención Primaria 2008 (accesado 10 junio 2012). <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2052/1/>

-

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Tipo de variable	Operacionalización
Datos personales		
Estado Civil	cualitativa	1-soltera 2- casada 3-union libre 4- separada 5- divorciada 6- viuda
Edad	cuantitativa	En años cumplidos
Grupo de edad	cualitativa	1- Menores de 18 años 2- De 18 a 35 años 3- De 35 a 49 años
Peso	Cuantitativa	En Kilogramos
Talla	Cuantitativa	En Centímetros
IMC	Cualitativa	Imc Bajo= menor a 18.5 (Kg/m ²) Imc Normal = 18.5-24.9 (Kg/m ²) Imc Sobrepeso = 25-29.9 (Kg/m ²) Imc Obesidad = 40-39.9 (Kg/m ²)
Genero	Cualitativa	1= Hombre 2= Mujer
Escolaridad	cualitativa	1.- sin escolaridad 2.- primaria 3.- Secundaria 4.- preparatoria 5.- Carrera técnica 6.- profesionista
Ocupación	cualitativa	1- Amas de casa 2- Trabajadores 3- Estudiantes
Ingreso mensual familiar	cuantitativa	En pesos
Situación Socioeconómica	cualitativa	1- Buena 2- Regular 3- Mala
Factores de riesgo: Biológicos	Cualitativa	1. Obesidad 2. Desnutrición 3. Talla baja 4. Edad menor a 20 años 5. Edad mayor a 35 años
Obstétricos:		
Embarazos	cualitativa	Número de embarazos
Paridad	Cualitativa	1.- Nulípara 2.- De 1 a 2 hijos

		3.- De 3 a 4 hijos 4.- Mas de 4 hijos
Abortos	cualitativa	Número de abortos
Periodo intergenesico corto	cualitativa	Nuevo embarazo en un tiempo menor a un año.
malformaciones	cualitativa	Presencia de alguna malformación al nacimiento en alguno de los hijos
Muerte fetal	cualitativa	Muerte del feto en algún embarazo.
Antecedentes Patológicos Personales:		
HTA	cualitativa	1.- SI 2.- NO
Asma Bronquial	cualitativa	1.- SI 2.- NO
Diabetes Mellitus	cualitativa	1.- SI 2.- NO
Cardiopatía	cualitativa	1.- SI 2.- NO
VIH	cualitativa	1.- SI 2.- NO
Otras Enfermedades	cualitativa	1.- SI 2.- NO
Hábitos Tóxicos:		
Fumadoras	cualitativa	1.- SI 2.- NO
Consumo de Bebidas Alcohólicas	cualitativa	1.- SI 2.- NO
Otras sustancias	cualitativa	1.- SI 2.- NO
Metodología anticonceptiva		
Usos de métodos Anticonceptivos	cualitativa	1.- SI 2.- NO
Tipo de métodos anticonceptivos	Cualitativa	1. Inyectable 2. DIU 3. Condón 4. Tabletas 5. Métodos naturales 6. Parches anticonceptivos 7. Otros
Ningún método anticonceptivo	Cualitativa	