



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 24
CIUDAD MANTE, TAMAULIPAS

**PREVALENCIA DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE
EDAD FÉRTIL QUE UTILIZAN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34 DE
ANTIGUO MORELOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CELINA LIZBETH GONZÁLEZ UVALLE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PREVALENCIA DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE UTILIZAN
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34 DE
ANTIGUO MORELOS"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GONZÁLEZ UVALLE CELINA LIZBETH

AUTORIZACIONES:



DRA. NIRAH BRISEÑO MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UMF N° 24 CD. MANTE TAM.



DRA. YADIRA ESMERALDA BELLO HERNÁNDEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UMF N° 24 CD. MANTE, TAM



DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

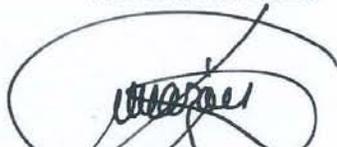
PREVALENCIA DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE
EDAD FÉRTIL QUE UTILIZAN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34 DE
ANTIGUO MORELOS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. CELINA LIZBETH GONZÁLEZ UVALLE

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

ÍNDICE

Agradecimientos

- I. Resumen
- II. Antecedentes
- .III. Planteamiento del problema
- IV. Justificación
- V. Objetivos
- VI. Hipótesis
- VII. Material y métodos
- VIII. Población, muestra y muestreo
- IX. Información recolectada
- X. Método o procedimiento para captar la información
- XI. Análisis estadístico
- XII. Factibilidad y aspectos éticos
- XIII. Recursos
- XIV. Producto esperado
- XV. Cronograma de actividades
- XVI. Resultados
- XVII. Discusión
- XVIII. Conclusiones
- XIX. Bibliografía
- XX. Anexos

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Nirah Briseño Martínez por haber confiado en mi persona, por la paciencia y la dirección de este trabajo. Por sus comentarios y correcciones en todo el proceso de elaboración de la tesis.

A todos y cada uno de los profesores de la UNAM por sus comentarios y valiosa opinión en cada supervisión.

A mi esposo y a mi hija por su apoyo y comprensión incondicional durante estos tres años.

I. RESUMEN

El uso de métodos de planificación familiar con enfoque de riesgo es una de las estrategias de mayor importancia; no obstante, la anticoncepción no es el objetivo, sino el medio o el instrumento para aplazar la gestación por el periodo necesario para modificar la condición de riesgo existente reduciendo el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables.

Al valorar el riesgo reproductivo se pretende conocer el comportamiento, tratamiento y control del mismo con el propósito de mejorar la calidad reproductiva de la mujer.

El uso de método de planificación familiar está en relación, entre otros, con factores demográficos, sociales, económicos, educativos e ideológicos.

OBJETIVO GENERAL.

Es conocer la prevalencia de riesgo reproductivo en mujeres de edad fértil que utilizan método de planificación familiar que acuden a la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 de Antiguo Morelos, Tamaulipas.

MATERIAL Y MÉTODOS UTILIZADOS.

El presente estudio se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 34, ubicada en Antiguo Morelos, Tamaulipas, en el que se brinda consulta de

primer nivel de atención a pacientes de zona urbana y del medio rural, con una actividad económica de tipo agrícola y ganadera.

Se realizará un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal aplicado a la población de mujeres de 15 a 49 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 34 de Antigua Morelos, Tamaulipas. Mediante un muestreo por conveniencia se incluirán a todas las pacientes que cumplan con los criterios de selección establecidos, en el periodo que comprende del mes de Noviembre 2013 al mes de Febrero 2014.

PLAN DE ANÁLISIS.

A todas las pacientes se les revisó expediente clínico. Se tomaron en cuenta sus antecedentes personales no patológicos, patológicos y gineco-obstétricos.

PRODUCTOS ESPERADOS.

Son el de conocer y disminuir la prevalencia de riesgo reproductivo en mujeres de 15 a 49 años de edad que utilizan método de planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 34, Antigua Morelos, Tamaulipas, con el fin de disminuir los factores causantes de esto.

II. ANTECEDENTES

En la sociedad moderna, se ha permitido que la mujer actual ocupe un lugar importante en la constitución de una nueva generación, y esto tiene repercusión sobre la familia. El nacimiento de un hijo en el momento apropiado, de acuerdo con el deseo de los padres, constituye un hecho social de vital importancia en nuestro tiempo que no debe agravar la situación económica de la familia.¹

En México, como en todo el mundo, la mortalidad materna representa un problema de salud pública con características multifactoriales. Las causas de la mortalidad materna están directamente relacionadas con la accesibilidad, la oportunidad de las intervenciones, los costos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales.²

De igual manera se estima que se embarazan al año alrededor de 2.5 millones de mujeres, y que aproximadamente 370 mil partos no son atendidos en una institución de salud pública o privada, con las consecuentes repercusiones en la calidad de la atención. Diariamente se registran cuatro defunciones maternas, la mayor parte por causas prevenibles mediante una buena atención médica.³

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva y el principal instrumento para lograr este fin es el control del riesgo reproductivo.⁴

El riesgo reproductivo se define como la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción. Por lo que es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado, y que la

madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas.^{2,5}

El riesgo reproductivo se aplica a mujeres en edad reproductiva entre 15 y 49 años, no gestantes; el cual está condicionado por una serie de factores, enfermedades, circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.⁶

Algunos autores señalan como factores de riesgo reproductivo las edades extremas de la vida por su inmadurez o envejecimiento, el espacio corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado por la morbimortalidad materna y perinatal que somete al binomio madre e hijo, al mismo tiempo que su adverso efecto socioeconómico, la desnutrición y otras complicaciones maternas durante embarazos anteriores, el nivel intelectual y cultural deficiente, la madre soltera, el tabaquismo, así como la presencia de enfermedades crónicas asociadas al embarazo, las cuales actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo.⁷

El programa de profilaxis del riesgo materno y perinatal contribuye sin lugar a duda, de manera notable, a la disminución de las tasas de mortalidad infantil y perinatal.⁸

Un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud interpreta el concepto de Salud Reproductiva como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables, entendido como tal el proceso cíclico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, el parto, recién nacido,

desarrollo del niño, adolescentes, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida”.^{2,9}

Es así que la salud reproductiva trata de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgo. Con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo.¹⁰

En los países desarrollados, las mujeres corren menos riesgo de perder la vida por causas relacionadas al embarazo, debido al acceso a servicios de salud de calidad y adecuado control prenatal, por lo que representan sólo el 1% del total de muertes maternas, mientras que en los países en desarrollo, como el nuestro, representan el 99%; por eso, la mortalidad materna se ha considerado como indicador mundial, para medir las desigualdades sociales y la discriminación hacia la mujer.¹¹

En toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos, conocidos como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros y requieren una atención especial, estos grupos deben ser identificados en la medicina preventiva, para que al identificar el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar.¹²

Los riesgos y las condiciones de salud, que son específicos debido al ambiente físico de los grandes conglomerados, los aspectos sociales son fundamentales para determinar las necesidades de salud.¹³

En años recientes se ha logrado un consenso internacional respecto al qué hacer para disminuir la mortalidad materna:

- a) Planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva;

- b) Atención calificada durante e inmediatamente después del embarazo
- c) Atención obstétrica de emergencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida, son las tres acciones prioritarias.¹⁴

Con la consulta del riesgo reproductivo y una planificación familiar adecuada que logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.¹⁵

Así dentro de los programas que lleva a cabo el médico familiar constituye uno de los más importantes el de la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de riesgo reproductivo que se utiliza detectando el riesgo de toda la población femenina en edad fértil y consecuentemente aplicando medidas de educación sexual y planificación familiar.¹⁶

El Sistema Nacional de Salud desde su inicio consta con acciones y programas de planificación familiar que se desarrollan sobre la base de criterios de riesgo materno infantil y como sustento de libre ejercicio, de igualdad y libre soberanía sobre la reproducción.¹⁷

En el puerperio inmediato es frecuente que al momento de tomar la decisión sobre el método de planificación familiar más idóneo, se carezca de información confiable; por esta razón algunos expertos afirman que la educación en planificación familiar debe iniciarse durante el embarazo y reforzarse después del parto, permitiendo a la mujer tomar decisiones responsables y de manera informada.¹⁸

La falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de métodos de planificación familiar representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de los mismos.¹⁹

Las intervenciones para reducir los niveles de mortalidad materna incluyen la garantía de que todas las mujeres tengan acceso a métodos de planificación familiar y control del embarazo seguro hasta su finalización.²⁰

Aún con los grandes avances de las últimas décadas sobre planificación familiar, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas ni sus parejas están utilizando método de planificación familiar.²¹

La planificación familiar permite a la pareja definir el momento apropiado para tener hijos, tomando en cuenta la salud de la mujer y los diferentes factores de riesgo reproductivo.²²

El acudir a servicios de planificación familiar es una de las mejores inversiones para mantener la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y las comunidades al permitir de manera informada la elección del método que mejor se adapte a sus necesidades.²³

En los países en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son sus causas frecuentes de muerte por tal motivo la planificación familiar ofrece a las mujeres beneficios de salud evidentes al permitir que haya un adecuado espaciamiento entre los nacimientos, al prevenir el

embarazo temprano o tardío y al evitar embarazos involuntarios que pueden conducir a abortos ilegales y peligrosos.²⁴

Los métodos de planificación familiar “Son aquéllos que se utilizan para impedir la incapacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente”.

Son considerados como cualquier otro bien de consumo ya que se tiene el derecho a escoger, todos tienen características especialmente útiles, de ahí que cada mujer decide cual es el apropiado, es importante que después de haber elegido uno se tenga conocimiento de los pro y contra de éstos.²⁵

Entre las principales motivaciones de las mujeres para la utilización de métodos de planificación familiar son los efectos secundarios y las consecuencias para su salud.²⁶

Los logros en la última década y retos futuros continúa siendo un reto la necesidad de fortalecer el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en las zonas rurales de mayor marginación. Incluso es posible notar esa brecha en el porcentaje de mujeres que conocen métodos de planificación familiar según el lugar de residencia y su leve avance desde el año 1997.²⁷

A toda mujer en edad reproductiva con comorbilidades debe ser interrogada sobre su deseo de embarazo y mediante la consulta del riesgo preconcepcional se logrará promover la salud de ella y su descendencia.²⁸

Mejorar la salud materna continúa siendo un desafío para México, lo cual se reconoce como imprescindible para asegurar el bienestar de las mujeres, sus hijos, sus familias y comunidades.²⁹

La cobertura de métodos de planificación familiar y la disponibilidad de servicios de consejería antes de la concepción y después de un suceso obstétrico será la prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.³⁰

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de la salud reproductiva reconoce que su visión primordial es buscar el bienestar de las mujeres en edad fértil que tengan vida sexual activa y que utilizan un método de planificación familiar con lo cual se disminuye el riesgo reproductivo.

Los médicos que se ubican en el primer nivel de atención tienen la responsabilidad deben tomar en cuenta el enfoque de riesgo de las pacientes, ya que la salud de la mujer incluye tanto su derecho a ejercer su sexualidad y al mismo tiempo realizarlo de manera responsable y sin riesgo a su salud.

Por todo lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

Cuál es la prevalencia de riesgo reproductivo en mujeres de edad fértil que utilizan método de planificación familiar que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.34, Antiguo Morelos, Tamaulipas en el periodo que comprende del mes de Noviembre 2013 al mes de febrero 2014?

IV. JUSTIFICACIÓN

Toda mujer en edad fértil debe encontrarse en un estado de salud adecuado previo a una gestación para evitar posibles patologías que puedan alterar la evolución normal de su futuro embarazo o exponerla al riesgo de muerte. como médicos de primer nivel de atención, debemos de realizar una evaluación integral en estos pacientes.

El valorar el riesgo reproductivo a toda mujer en edad fértil, nos permite reconocer oportunamente las posibilidades de daño que puede enfrentar al ejercer su sexualidad y con ello intervenir adecuadamente para proporcionar el método de planificación familiar adecuado, de manera preventiva con los factores de riesgo modificables.

Al disminuir o eliminar el riesgo reproductivo se promueve la salud reproductiva, reduciendo el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que implica estar embarazada en circunstancias desfavorables.

Por todo lo anterior es importante conocer la prevalencia de riesgo reproductivo para mejorar la calidad reproductiva de la mujer.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la prevalencia de riesgo reproductivo en mujeres de edad fértil que utilizan método de planificación familiar que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 34 de Antiguo Morelos, Tamaulipas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Reconocer la relación entre usuarias de método de planificación familiar y el riesgo reproductivo.
2. Determinar el uso de método de planificación familiar por grupo de edad.
3. Demostrar el riesgo reproductivo por grado de escolaridad y estado civil.
4. Valorar tipo de método de planificación familiar en pacientes con comorbilidades.

VI. HIPÓTESIS

Este estudio por ser descriptivo no necesita hipótesis.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal aplicado a las mujeres en edad fértil de la Unidad de Medicina Familiar No. 34 Antiguo Morelos, Tamaulipas, en el que se brinda consulta de 1er. nivel de atención a pacientes de zona urbana y del medio rural, con una actividad económica de tipo agrícola y ganadera.

VIII. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Mediante un muestreo por conveniencia se incluirán a todas las pacientes de 15 a 49 años de edad, que acudan a valoración a la consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad Medicina Familiar N°34, Antiguo Morelos, Tamaulipas que cumpla con los criterios de selección establecidos, en el periodo que comprende del mes de Noviembre 2013 al mes de Febrero 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a) Mujeres de 15 a 49 años de edad, derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No. 34, Antiguo Morelos, Tamaulipas.
- b) Adscritas a la Unidad de Medicina Familiar.
- c) Con expediente clínico electrónico completo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a) Mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años de edad.
- b) No derechohabientes del IMSS.
- c) Pacientes que no aporten información.
- d) Pacientes con expedientes incompletos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- a) Pacientes que perdieron vigencia como derechohabientes del IMSS.

IX. INFORMACIÓN RECOLECTADA

DEFINICION DE VARIABLES

Variables dependientes:

a) Riesgo Reproductivo:

Definición conceptual:

Es la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Definición operacional:

Es la identificación, registro y análisis de los factores que pueden predisponer o condicionar un evento que aumente la morbilidad materna y perinatal.

b) Planificación familiar:

Definición conceptual:

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.

Definición operacional:

Provisión de métodos anticonceptivos a la persona o pareja, por personal de salud capacitado, en los establecimientos de salud según capacidad resolutive.

Escala de Medición: Nominal.

Si presenta bajo riesgo reproductivo

Si presenta alto riesgo reproductivo

Fuente de recolección de datos: expediente clínico.

Variables independientes

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	FUENTE DE RECOLECCIÓN
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años	Cuantitativa Dimensional	Años	Hoja de recolección de datos
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.	Situación legal de una persona o pareja.	Cualitativa	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	Hoja de recolección de datos
Escolaridad	Nivel obtenido en el sistema educativo	Nivel alcanzado a través de la educación	Cuantitativa	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura	Hoja de recolección de datos
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo u oficio	Actividad principal remunerativa	Cualitativa	Desempleado Hogar Campo Obrero Profesionista	Hoja de recolección de datos
Comorbilidad	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Enfermedades adyacentes al trastorno primario de la persona	Cuantitativa	Agudas Crónicas	Hoja de recolección de datos

X. MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

- a) Se identificarán a las mujeres de 15 a 49 años de edad, que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 34 de Antigua Morelos, Tamaulipas.
- b) Se revisará expediente clínico electrónico que cumpla con los criterios de inclusión en el periodo de estudio por tal motivo no se les pedirá autorización por medio de consentimiento informado.
- c) Se llenará el formato de recolección de datos.

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Mediante análisis descriptivo se realizará lo siguiente:

1. Análisis univariado, utilizando frecuencias simples.
2. Medidas de tendencia central: Medias, porcentajes.
3. Medidas de dispersión: Desviación estándar.
4. Intervalo de confianza de 95 % para la media.

XII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

1. La presente investigación se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 1987) en su Título Segundo.
2. A fin de asegurar el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y bienestar (Capítulo I, Artículo 14, fracción VII). Esta investigación se considerará sin riesgo ya que solo se hicieron preguntas sobre hábitos de vida y datos personales en las no hubo intervención o modificación de las variables (Capítulo I, Artículo 17, fracción I).

3. No se requiere de carta de consentimiento informado puesto que el estudio es de tipo descriptivo, de manera que no implica intervención médica o quirúrgica específicamente predeterminadas ni requiere de muestras biológicas como indicadores de condiciones patológicas o definitorias de condiciones clínicas que representarán un factor determinante para el desarrollo y desenlace del estudio.

XIII. RECURSOS

RECURSOS HUMANOS.

El presente estudio se llevará a cabo por el encargado de la investigación:

Dra. Celina Lizbeth González Uvalle.

RECURSOS MATERIALES

Se contará con material de escritorio: Lápiz, hojas blancas tamaño carta, computadora, impresora, borradores, fotocopias.

RECURSOS ECONÓMICOS

Los gastos generados por el presente estudio serán sustentados por el personal investigador.

XIV. PRODUCTO ESPERADO

Mediante este estudio se detectará a las mujeres en edad fértil con alto riesgo antes de la gestación y con ello potencialmente se evitará la morbimortalidad materno infantil al prevenir un embarazo.

XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Colección de bibliografía			2013	2013								
Elaboración del Protocolo				2013	2013	2013						
Registro del Protocolo						2013						
Corrección de modificaciones							2013	2013				
Captura y Análisis de Datos	2014	2014					2014	2014			2013	2013
Interpretación de Resultados Y análisis estadístico								2014	2014	2014	2014	
Formulación Del Reporte	2015	2015	2015									
Elaboración de Tesis.				2015	2015	2015						

XVI. RESULTADOS

Se identificaron 100 mujeres que cumplieron con los criterios de selección establecidos; de las cuales 48% utilizan dispositivo intrauterino, 38% preservativo, 5% anticonceptivos orales, 5% anticonceptivos inyectables y 4% oclusión tubaria bilateral. El aspecto más significativo obtenido de este estudio sobre el empleo de los métodos de planificación familiar, es la preponderancia de los métodos temporales y particularmente del uso de Dispositivo Intrauterino sobre los demás. (Figura 1).



Fig. 1 Número de usuarias con método de planificación familiar.

En cuanto a la caracterización de la población según variables socio-demográficas y culturales, se encontró que la distribución según el estado civil, 92% son casadas, 5% son solteras, 2% viudas y el 1% divorciadas. (Figura 2).

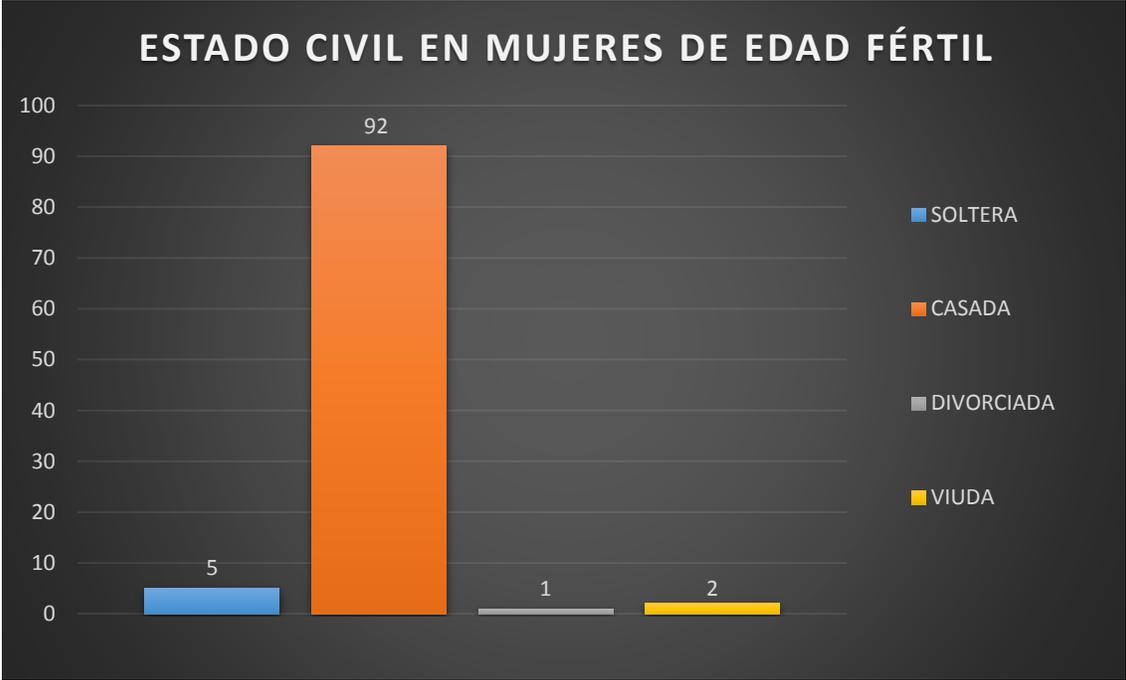


Fig. 2 Estado civil en mujeres en edad fértil.

Referente a la escolaridad, 49% han estudiado la secundaria, 37% alcanzaron el nivel técnico o equivalente (bachillerato), el 12% han estudiado la primaria y los profesionistas representan el 2% del total. (Fig. 3)

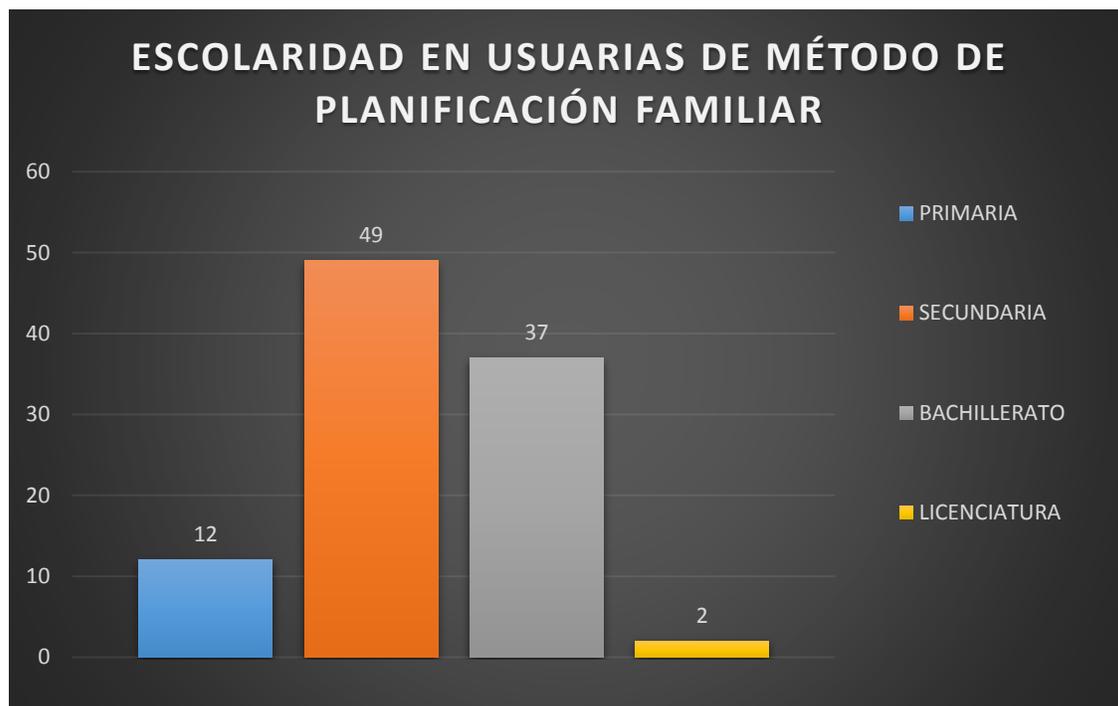


Fig. 3 Escolaridad en usuarias de método de planificación familiar.

En la ocupación se encontró que las amas de casa representan la mayor frecuencia con el 89% del total, le sigue por orden obreras con 5%, sólo se dedican a estudiar 4% y por último las profesionistas constituyen el 2%. Las mujeres se ocupan con mayor frecuencia a labores del hogar. Llama la atención que en las profesionistas existe un porcentaje mucho menor. (Figura 4)

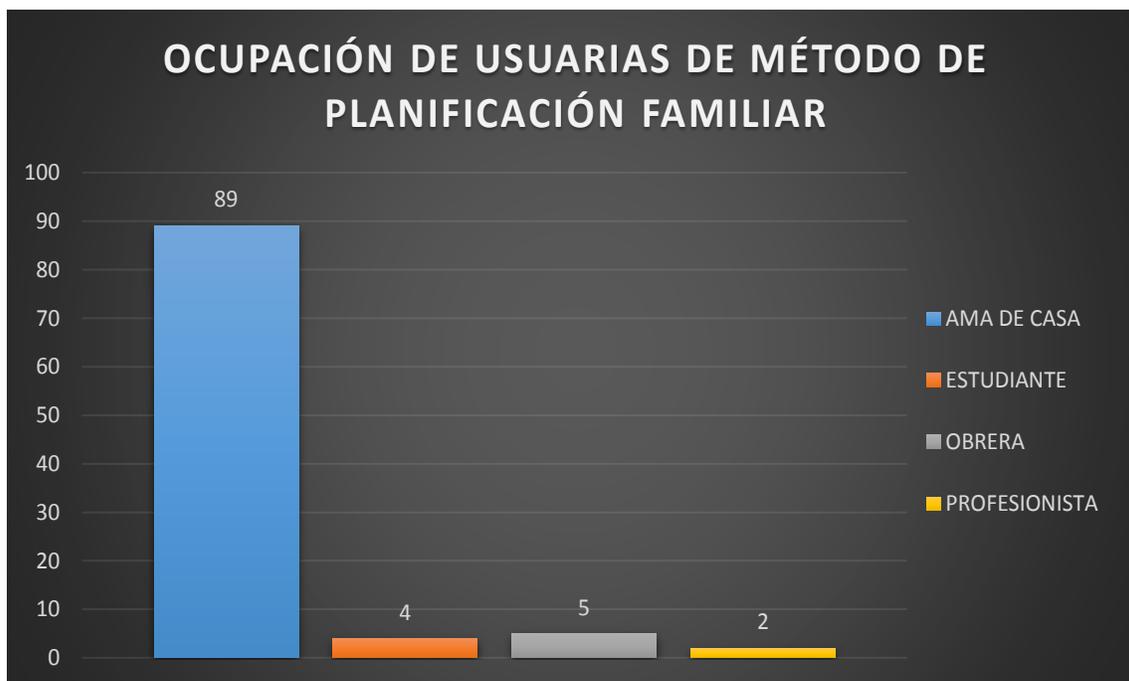


Fig. 4 Ocupación de usuarias de método de planificación familiar.

Desde el punto de vista de la relación entre el empleo del método y la edad de las encuestadas, éstas se concentran en el rango que va desde 30 a 39 años, éste grupo representa el 34% del total, lo cual es congruente con la edad adecuada para la reproducción.

El grupo de edad que menos utiliza métodos de planificación familiar, es el de 15 a 19 años con 7%, lo cual una vez más, resulta contraproducente por la influencia que tiene en el embarazo precoz y sus consecuencias personales, sociales y económicas. Esto permite sugerir enfocar las acciones hacia este grupo de edad. (Fig. 5)

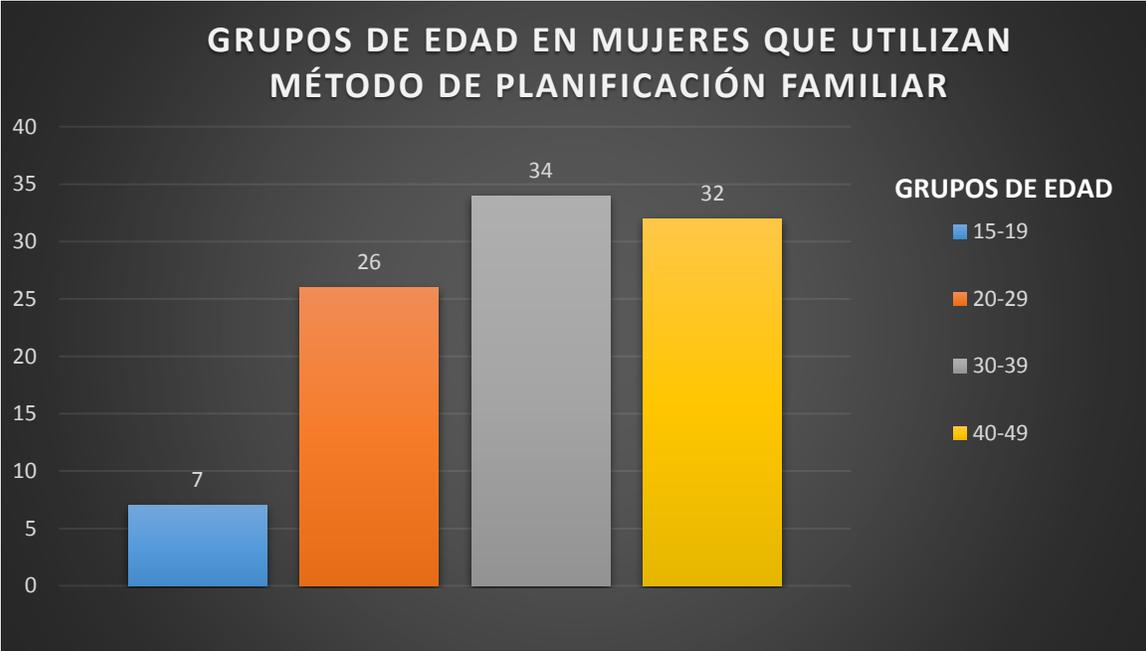


Fig. 5 Grupos de edad en mujeres que utilizan método de planificación familiar.

En relación a la religión, la católica es la más frecuente, representando el 91%, le sigue la religión cristiana con 8% y por último la religión evangélica con el 1%.

La exploración acerca de la barrera religiosa refiere que no influye la religión para el uso de los métodos de planificación familiar ya que el uso no se ve afectado.

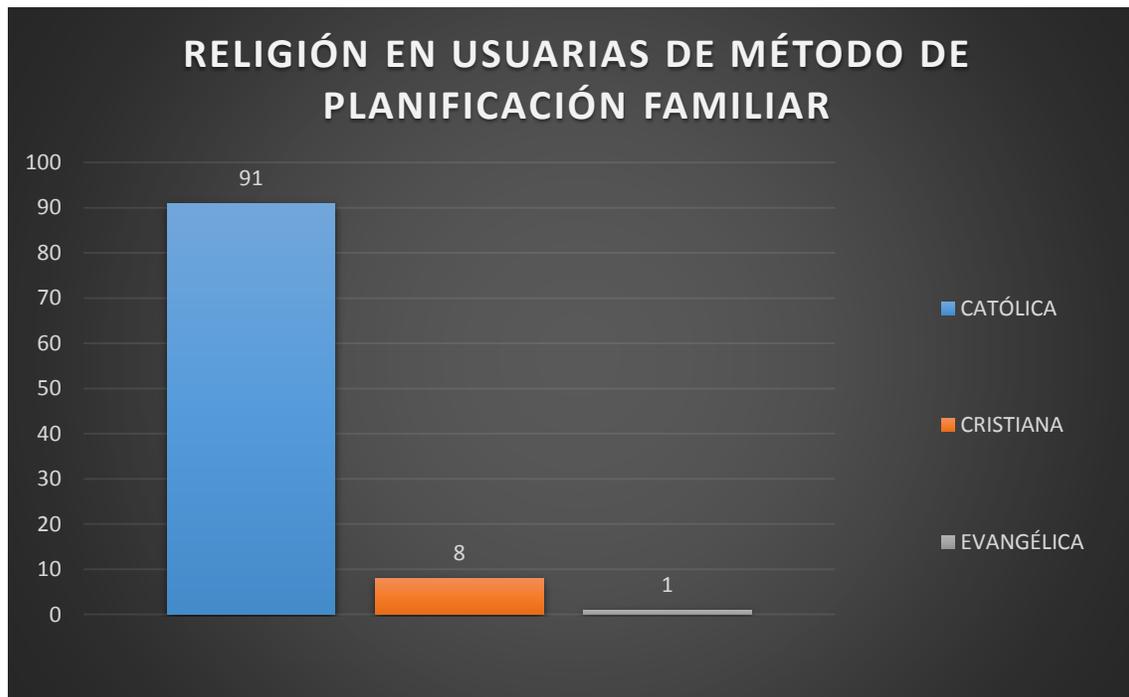


Fig. 6 Religión en usuarias de método de planificación familiar.

En cuanto a las comorbilidades en usuarias de método de planificación familiar, las mujeres sanas representan el 71%, seguido de portadoras de obesidad con el 11%, hipertensión arterial con el 7%, hiperlipidemia mixta con el 6%, diabetes mellitus con el 4%, y mujeres con cardiopatía es el grupo donde se presenta el nivel más bajo con el 1%. (Fig. 7)

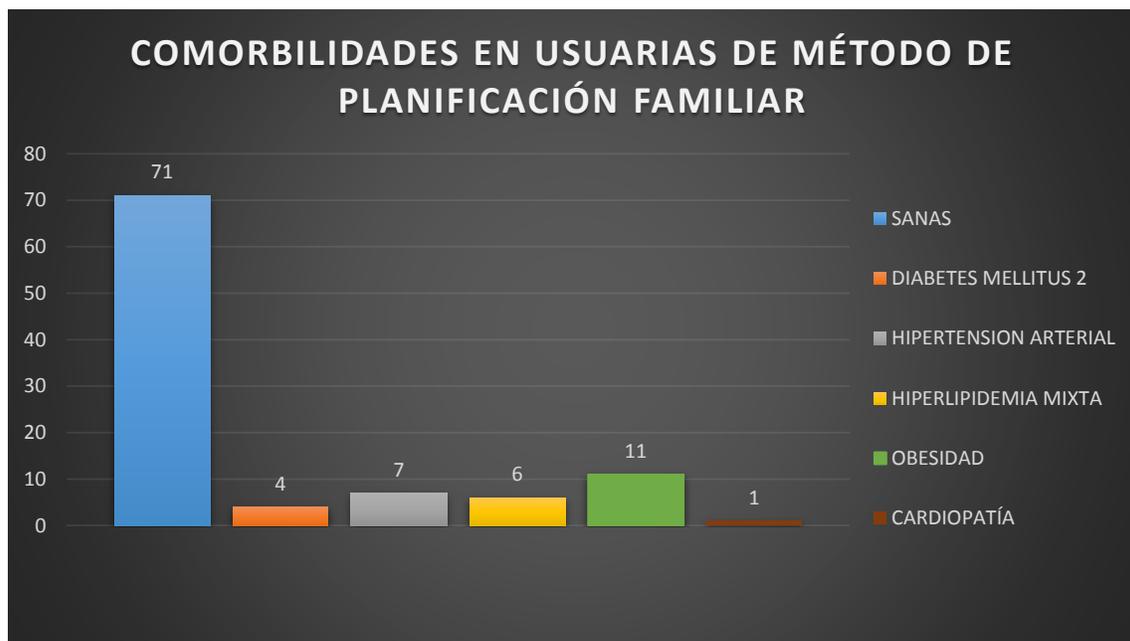


Fig. 7 Comorbilidades en usuarias de método de planificación familiar.

XVII. DISCUSIÓN

En Antiguo Morelos existe una población propia de países en vías de desarrollo, en la cual predomina el grupo de 30 a 39 años. Este estudio se realizó en el área suburbana del municipio, donde se encontró que el mayor porcentaje de la población encuestada lo constituyen las mujeres en edad fértil, con una pareja estable, nivel de estudio de secundaria y donde la ocupación primordial son las labores del hogar.

En el uso de métodos de planificación familiar, se encontró que la población estudiada utiliza en un mayor porcentaje los anticonceptivos a diferencia de lo que reportan en un estudio realizado en países en vías de desarrollo. Sin embargo, en la población con pareja estable, el porcentaje de uso es igual al reportado en este mismo estudio ⁹.

En cuanto a la escolaridad, se encontró que no existe relación a mayor grado de estudio, mayor es el conocimiento y el uso de algún método anticonceptivo.

La religión no influye considerablemente en el uso de métodos de planificación familiar. Sería recomendable investigar si se debe a que no se encuentran tan arraigadas las ideas contra la anticoncepción.

En lo referente a cuales métodos utilizan, se encontró que el primer lugar lo ocupa, el dispositivo intrauterino, en segundo lugar, los preservativos, en tercer

lugar los anticonceptivos orales e inyectables y en último lugar la oclusión tubaria bilateral.

Si se compara con el estudio que realiza el Consejo Nacional de Población de México, hay coincidencia, ya que éste reporta como segunda opción a los métodos naturales, que en este estudio no se reportaron.²²

En lo relacionado con la no utilización de anticonceptivos, se encontró que la edad y el estado civil afecta, ya que a menor edad aumenta el porcentaje de no utilización, aunque el grupo de 15 a 19 años fue el de menor porcentaje, se encuentran solteros o sin pareja estable, por lo que probablemente, no consideran importante la utilización de algún método de planificación familiar.

Sin embargo, continúan presentándose embarazos no deseados en menores de 20 años, lo cual indica que es necesario el conocimiento, uso y cambio de actitud de los adolescentes. Por lo que se considera relevante dar mayor conocimiento sobre las relaciones sexuales (educación sexual) y enfermedades de transmisión sexual, así como trabajar con los padres de familias sobre la importancia de hablar con sus hijos sobre sexualidad y lo beneficioso que sería crear conciencia sobre la responsabilidad de sus actos y las consecuencias de una relación sexual.

Los conocimientos que tienen sobre métodos anticonceptivos se adquieren en la escuela, con sus amigos, y por los medios de comunicación, por lo que se evidencia la existencia de un vacío que las instituciones de educación y salud

deben asumir de manera conjunta, para lograr involucrar también a la familia, por la gran importancia que tiene en el bienestar de la sociedad.

XVIII. CONCLUSIONES

La población de 30 a 39 años resultó mayoritaria, y debe ser el principal grupo meta de las estrategias sobre educación sexual y riesgos de un embarazo de alto riesgo.

Más de la mitad de las personas estudiadas tienen un alto grado de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, a pesar de que no existe un comportamiento consecuente con ello, por lo que es necesario trabajar en función de lograr que la información que se ofrece tenga una respuesta favorable en el uso.

El uso de métodos de planificación familiar con enfoque epidemiológico de riesgo es una de las estrategias de mayor importancia; no obstante la anticoncepción no es el objetivo, sino el medio o instrumento para aplazar la gestación por el periodo necesario para modificar, disminuir, atenuar o eliminar la condición de riesgo existente.

Al valorar el riesgo reproductivo se conocerá el comportamiento, tratamiento y control del mismo con el propósito de mejorar la calidad reproductiva de la mujer. Ello requiere que las instituciones sanitarias ofrezcan los servicios necesarios para garantizar la adecuada relación entre la oferta y la demanda, detectando a las mujeres en edad fértil con alto riesgo antes de la gestación y con ello potencialmente se evitará la morbilidad materno infantil al prevenir un embarazo.

XIX. BIBLIOGRAFÍA.

1. Sarmiento Y, Crespo A, Portal M. Intervención educativa sobre planificación familiar. *Boletín de Medicina General Integral*. 2007; 11(1).
2. Ordaz KY, Rangel R, Hernández C. Factores de riesgos asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. *Ginecol Obstet Mex*. 2010; 78(7):357-364.
3. Programa de acción específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida, Secretaría de Salud, Gobierno de México, 2007.
4. Velasco V, Navarrete E, De la Cruz L. El descenso de la mortalidad materna en el IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008; 46(2):211-218.
5. Almarales G, Peña DI, Pupo-Damas H. Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. *Correo Científico Médico de Holguín* 2008;12(3):1-10.
6. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.
7. Rosell E, Delgado M. Riesgo reproductivo preconceptional. *Archiv Méd de Camagüey*.2006;10 (6)ISSN 1025-0255.
8. Chagimes Y, Hernández A, Sánchez A, Marín M, Rivera D. Comportamiento del riesgo preconceptional genético. *Rev Ciencias Médicas*.2013;17(4)ISSN 1561-3194.
9. Díaz A. Comportamiento del riesgo preconceptional en mujeres de 15-49 años. *Rev Ginecol Obstet Mex* 2010.31-34.

10. Varona de la Peña F, Hechavarría N, Orive NM. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana de Obstet y Ginecol.2010; 36(4)565-572.
11. Pérez JA, Castillo C, Domínguez M, Jiménez IB, Rueda A, Villanueva LA, Análisis de 129 casos de mortalidad materna 2011 en la CONAMED. Rev CONAMED.2012;17(1):S32-S36.
12. Cabrera Y, Ortega M, Orbay M, Sanz L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr.2005; 21(3) ISSN 1561-3038.
13. Haghenbeck FJ, Ayala R, Herrera H. Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. Ginecol Obstet Mex 2012;80(4):276-284.
14. Programa de acción específico 2007-2012. Arranque parejo en la vida, secretaría de Salud, Gobierno de México.2007.
15. González N. La salud reproductiva en la formación médica en el siglo XXI. Educación Médica Superior.2011; 25(2):186-196.
16. Reyes H, Gómez H, Torres LP, Tomé P, Galván G, González MA. Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. Rev Panam Salud Pública.2009;25(4):328-36.
17. La Academia Nacional de Medicina de México ante la salud reproductiva y los derechos de la mujer. Gac Méd Méx 2010.146(2).
18. Castañeda O, Castro L, Lindoro K. Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una

- Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. *Archiv Med Fam.*2008;10(3)37-41.
- 19.Estrada F, Hernández C, Walker D, Campero L, Hernández B, Maternowska C. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. *Salud Publica Mex.*2008;50:472-481.
- 20.Mathai M. To ensure maternal mortality is reduced, quality of care needs to be monitored and improved alongside increasing skilled delivery coverage rates. *BJOG.*2011;118(2):12-14.
- 21.Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Rev Cubana Obstet y Ginecol.*2011;37(3):387-398.
- 22.Briones JC, Díaz de León M, Meneses J. Estrategias para reducir la mortalidad materna Hospitalaria en el Estado de México. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.*2009;23(1):16-24.
- 23.Haghenbeck FJ, Ayala R, Herrera H. Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80(4):276-284.
- 24.Palma Y. Rivera G. La planificación familiar en México. *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva.*México.1996:53.
- 25.Stover J, Ross J. How Increased Contraceptive Use has Reduced Maternal Mortality. *Matern Child Health J.*2010;14:687-695.
- 26.Ramírez C, Villanueva LA. Desafíos en salud materna en México: universalidad, calidad y respeto a derechos humanos. *Rev CONAMED.*2012;17(1):S3.

27. Villanueva LA, Schiavon R. Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna. Rev CONAMED.2013;18(1):21-30.
28. Lemay A. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev. Cubana Obstet Ginecol.2010.36(1):ISSN 1561-3062.
29. Warren J, Harvey SM, Bovbjerg ML. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2011, 43(4):255–262.
30. Ortiz CM, Galván EA. Factores de riesgo reproductivo para cáncer de mama en pacientes atendidas en un hospital urbano de segundo nivel. Ginecol Obstet Mex 2007;75:11-16.

.. ANEXO 1. FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p> <p>DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS</p>	<p>NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____ AGREGADO _____</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE DE LA PACIENTE _____</p> <p>_____</p> <p>PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE(S) _____</p> <p>CUR _____</p> <p>P _____</p> <p>UNIDAD DE ADSCRIPCION _____ CONSULTORIO _____ TURNO _____</p>
	<p>VIGILANCIA PRENATAL</p> <p>RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO</p>

A N T E C E D E N T E S	1. EDAD (EN AÑOS) _ _	7. GESTA _ _	12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS
	20 A 29 0	2 A 4 0	NINGUNO 0
	15 A 19 1	PRIMIGEST A 1	PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA 4
	30 A 34 1	MAS DE 4 4	POLIHDRAMNIOS 4
	MENOS 15 ó MAS DE 34 4	8. PARA _ _	SANGRADO 3er. TRIMESTRE 4
	2. PESO HABITUAL (KILOS) _ _	9. ABORTOS _ _	PARTO PRE - TERMINO 4
	50 ó MAS 0	0 A 1 0	BAJO PESO AL NACER MENOS DE 2,500 g 4
	MENOS DE 50 1	2 2	MALFORMACION CONGENITA 4
	3. TALLA (CENTIMETROS) _ _	3 ó MAS 4	MUERTE FET AL TARDIA 4
	150 ó MAS 0	10. CESAREA No. _ _	MACROSOMIA MAS DE 4,000 g 4
	MENOS DE 150 1	NO 0	CIRUGIA PELVICO UTERINA 4
	4. ESCOLARIDAD MATERNA	SI 4	OTROS _____ _
	SECUNDARIA ó MAS 0	11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO	13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
	PRIMARIA ó MENOS .5	PARTO Y EL EMBARAZO ACTUAL _ _	NINGUNO 0
	5. F.U.M.	25 A 60 MESES 0	HIPERTENSION ARTERIAL 4
_ _ _ _ _ _	MENOS DE 25 MESES .5	DIABETES MELLITUS 4	
DIA MES AÑO	MAS DE 60 MESES .5	CARDIOPATIA 4	
6. F.P.P.	EL ULTIMO EMBARAZO:	OTRA ENFERMEDAD CRONICA Y/O SISTEMICA GRAVE 4	
_ _ _ _ _ _	¿FUE DE TERMINO? SI NO ABORTO	TABAQUISMO:	
DIA MES AÑO	¿EL PARTO FUE NORMAL? SI NO CESAREA	NEGATIVO ó MENOS DE 10 CIGARRILLOS 0	
VIDA SEXUAL ACTIVA SI NO	¿HUBO MORTALIDAD PERINATAL? SI NO	10 ó MAS CIGARRILLOS 1	
NUMERO DE HIJOS VIVOS _ _		ALCOHOLISMO SI NO	
		OTRA TOXICOMANIA _____ SI NO	

VALORACION RIESGO _ _ _ _ _ _ REPRODUCTIVO _ _ _ _ _ _	FECHA DE LA VALORACION _____ DIA MES AÑO
---	--

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO (No se llevará a cabo en esta investigación ya que la información se recabará del expediente clínico)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha _____

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

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

El objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

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

Testigos _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013

