



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UMF #1

**“ESTADIFICACIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE LA UMF.
20 CUERNAVACA MORELOS.”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DAISY JAZMÍN LARUMBE VARGAS

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA

CUERNAVACA, MORELOS.

2017



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.

**“ESTADIFICACIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE LA UMF.
20 CUERNAVACA MORELOS.”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DAISY JAZMIN LARUMBE VARGAS.

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

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

**DRA. GLADHIS RUIZ CATALAN.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ.
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**ASESORA DE TESIS
DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA.
JEFA DE DEPARTAMENTO CLINICO, ADSCRITA A LA UMF 20.**

**“ESTADIFICACIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE LA
UMF. 20 CUERNAVACA MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DAISY JAZMÍN LARUMBE VARGAS.

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

DR. JUAN JOSÉ MAZON RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

**“ESTADIFICACIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE LA UMF.
20 CUERNAVACA MORELOS“**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DAISY JAZMÍN LARUMBE VARGAS

PRESIDENTE DEL JURADO

DR. ALBERTO ARTURO MATINEZ ZAMUDIO.
MEDICO GINECOLOGO ADSCRITO AL HGR#1

SECRETARIO DEL JURADO

DR. CIDRONIO ALBAVERA HERNÁNDEZ
DOCTOR EN CIENCIAS EPIDEMIOLOGÍA, PROFESOR CURSOS EN LÍNEA
DELEGACIÓN MORELOS IMSS

VOCAL DEL JURADO

DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA
JEFA DE DEPARTAMENTO CLINICO, ADSCRITA A LA UMF 20

AGRADECIMIENTOS.

Con todo mi cariño y amor a Dios por darme la fuerza y el ímpetu de continuar con paso firme cada acción positiva y fructífera de mi vida.

Para MIS PADRES por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final, me motivaron constantemente e hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños y anhelos.

A mi hermosa HIJA porque ella siempre será el motivo más grande que impulsa mi vida y que ha sido mi mayor motivación para lograr esta meta, solo deseo que entiendas que el logro mío, es el logro tuyo, que mi esfuerzo es inspirado en ti y que mi único ideal eres tú, gracias por soportar mis ausencias que no fueron más que para darte una mejor vida y poderte brindar lo mejor.

A mis HERMANOS que con su apoyo, comprensión y afecto moral, estuvieron siempre conmigo en los momentos más difíciles, cuando necesite ánimo y fuerzas para poder afrontar las adversidades que se me presentaron y poder continuar con este proyecto, gracias de corazón por su apoyo incondicional.

A mi ASESORA de tesis por la orientación y ayuda que me brindo para la realización de esta tesis, por su apoyo y amistad que me permitió aprender mucho más que lo estudiado en el proyecto.

A mis amigos "MI EQUIVALENTE FAMILIAR", por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, quienes con mucho afecto y cariño no dudaron en apoyarme y brindarme su confianza para seguir adelante.

ÍNDICE

RESUMEN ESTRUCTURADO.....	Pág. 8
MARCO TEÓRICO.....	Pág. 9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	Pág. 18
JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 20
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	Pág. 21
MATERIAL Y METODOS.....	Pág. 21
RECOLECCION DE INFORMACIÓN	Pag. 22
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	Pág. 22
OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	Pág. 23
PLAN DE ANÁLISIS.....	Pág. 25
MUESTRA Y MUESTREO.....	Pag. 26
ASPECTOS ÉTICOS.....	Pág. 26
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	Pág. 27
RESULTADOS.....	Pág. 28
ANÁLISIS.....	Pág. 31
DISCUSIÓN.....	Pág. 35
CONCLUSIONES.....	Pág. 36
BIBLIOGRAFIA.....	Pág. 37
ANEXOS.....	Pag. 40

RESUMEN ESTRUCTURADO:

INTRODUCCIÓN: EL Riesgo Reproductivo (RR) 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. La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importante para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción.

OBJETIVO: Estadificar el riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil de la UMF 20 de Cuernavaca; Morelos.

MATERIAL Y MÉTODOS: **ENFOQUE:** Cuantitativo. **ALCANCE:** Descriptivo. **DISEÑO:** Estudio transversal. **CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO:** **Por el número de mediciones:** Transversal; **Por la temporalidad de los hechos:** Retrospectivo; **Por la manipulación de las variables:** Observacional.

RESULTADOS: En este estudio participaron 172 mujeres, al estratificar por grupos de edad encontramos que el grupo con mayor prevalencia fue el de 26 a 35 años con un 41.3% de la muestra total, seguido del grupo de 15 a 25 años con un 38.4% y finalmente el de 36 a 45 años con un 20.3%.

CONCLUSIONES: Las mujeres entre 36 a 45 años presentaron riesgo reproductivo alto. el IMC es un factor que incrementa el riesgo reproductivo, las mujeres con antecedentes de más de 2 embarazos presentaron un riesgo reproductivo alto comparado con el resto de las mujeres, las mujeres con antecedentes gineco-obtétricos como cesárea, aborto o complicación durante el embarazo presentaron alto riesgo reproductivo.

TÍTULO

“ESTADIFICACIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE LA UMF. 20 CUERNAVACA MORELOS.”

MARCO TEORICO.

EL Riesgo Reproductivo (RR) 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.^{1,2}

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un daño o hecho a la salud (enfermedad o muerte) y factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociada con una probabilidad incrementada de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido; en otras palabras, riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro.³ La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción.⁴

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 riesgo tienen incremento en la posibilidad de sufrir daños a su salud o la del futuro hijo si se involucran en el proceso reproductivo.⁵

Es muy importante que el embarazo sea deseado, planificado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas.⁶ En ello desempeña un papel primordial el manejo del RRPC, por lo que el médico de la familia debe tener un adecuado conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración real de cada caso y así poder establecer si la mujer presenta algún riesgo.^{7,8}

A nivel mundial la mortalidad materna tiene una razón de 423 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 492 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 24 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.⁹ Cada minuto en el

mundo subdesarrollado en los países del sur: una mujer muere; 100 mujeres sufren de complicaciones relacionadas con el embarazo, 200 adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual, 300 conciben sin desear o planear su embarazo.¹⁰ El comportamiento del riesgo preconcepciones varía, en dependencia del nivel de desarrollo. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo.¹¹

En el presente siglo, las tasas de mortalidad perinatal (TMP) en los países desarrollados han disminuido en forma acelerada, alcanzando cifras tan bajas como 7,3 (Suiza); 7,9 (Alemania); 8,5 (Suecia); 8,7 (Japón) y 10,8 (Estados Unidos). Mientras que en América_Latina no se ha reportado mejoría de este indicador en los últimos cinco años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continua siendo la mujer en edad fértil, encontrándose tasas elevadas como 24,4 en México y 31,9 en Brasil.¹²

Entre el 15 y el 25 por ciento de las mujeres en edad fértil tienen alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC). Estos a su vez no intervienen de la misma forma en cada paciente, es decir la magnitud del riesgo es individual y así se debe considerar.¹³

En el Cuadro No. 15 se presenta una ficha diseñada y validada en el Perú, para clasificar a las mujeres según su riesgo reproductivo. La ficha se empezó a usar en el Ministerio de Salud en 1986 y posteriormente fue adoptada también por la Seguridad Social.¹⁴

SEMÁFORO DE RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO

RIESGO ALTO:
Control por Especialista en 2° nivel o mayor

Requiere observación estrecha

Control en primer nivel de atención por médico general o por personal no médico competente

RIESGO REPRODUCTIVO	RIESGO OBSTÉTRICO
Antecedentes previos al embarazo	Complicaciones durante el embarazo actual
<ul style="list-style-type: none"> • Edad <15 años o >40 años • Talla <1.44 metros • IMC <17 o >30 (inicio del embarazo) • Nivel socioeconómico muy bajo • Analfabeta o no habla español • Enfermedades crónicas: HAS, DM, cardiopatías, endocrinopatías, etc. • Antecedentes obstétricos: <ul style="list-style-type: none"> ~ Preeclampsia ~ Rh negativo no inmunizada ~ Enfermedades de transmisión sexual <p><i>De 0 a más</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos consecutivos espontáneos • Cesáreas previas • Partos pretérmino • Muertes perinatales • Cirugías pélvicas previas 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente >28 SDG sin CP previo • Paciente con embarazo >41 SDG • Embarazo múltiple <p>• Complicaciones del presente embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Anemia (hemoglobina <8 g/dL) ~ Fiebre o fiebre con sangramento ~ Glicemia de ayuno >125 mg/dL ~ Tabaquismo o toxicomanías activas ~ Crecimiento uterino discordante ~ Aumento de peso >15 kg ~ Incompetencia ístmico-cervical ~ Trastornos depresivos <p>• Paciente 22-28 SDG sin CP previo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo gemelar no complicado • Embarazo con DIU in situ <p>• Antecedentes obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Aborto espontáneo ~ Muerte perinatal ~ Cesárea previa ~ Cirugía pélvica previa ~ Parto pretérmino ~ Malformaciones fetales ~ Bajo peso al nacer ~ Hijo macrosómico (>3500 g) ~ Rh negativa no inmunizada
<ul style="list-style-type: none"> • Edad 15-19 años o 36-40 años • Talla 1.45 a 1.50 metros • IMC 17-19 o 25-29 • No unida (soltera, separada, viuda) • Nivel educativo <primaria incompleta • Nivel socioeconómico bajo • Domicilio alejado de unidad médica >2 h • No conciliación/rechazo del embarazo • Período intergenésico corto <18 meses o prolongado (>10 años) • Madre o hermana con preeclampsia • Antecedente de infertilidad 	<p>DATOS DE ALARMA (requiere valoración SAO inmediata)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial >160/110 mmHg • Hemorragia obstétrica activa • Dolor abdominal intenso y constante • Dolor en epigastrio o CSD (en barra) • Calafos intensos, náuseas o vómito • Acúfenos, fosfenos o visión borrosa • Edema facial o abdominal • Fiebre (>38°C) • Amenaza de aborto o parto pretérmino • Ausencia de movimientos fetales >3 h • Glicemia casual >200 mg/dL • Proteinuria >5 mg (orina 24 h) >>> (tira) • Creatinina sérica elevada (>1.2 mg/dL) • Enzimas hepáticas elevadas • Plaquetas disminuidas (<150,000) • Oliguria o hematuria • Disminución del estado de alerta • Convulsiones <p>Complicaciones del embarazo actual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia (hemoglobina de 12 a 8 g/dL) • Hipertensión arterial >140/90 mmHg • Infecciones genitourinarias repetidas • HAS o DM controlada • Hemorragia obstétrica controlada • Amenaza de aborto o parto pretérmino controlada • Ruptura de membranas <12 h • Movimientos fetales disminuidos > 3 h • Glicemia de ayuno 91-125 mg/dL • Proteinuria <300 dL (orina 24 h) o + (tira) • Oligohidramnios o polihidramnios
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente sin antecedentes o sin complicaciones, con embarazo normoevolutivo • Paciente con complicaciones controladas, valorada por médico especialista en ginecología y obstetricia y contrareferida para control en primer nivel de atención <p>PLAN DE SEGURIDAD OBSTÉTRICA</p> <p>Prever el evento obstétrico, capacitando a la paciente y (en su caso) a familiares:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son los datos de alarma y qué debe hacer? 2. ¿Dónde puede recibir atención de urgencia durante el embarazo? 3. ¿Cuándo y dónde se atenderá el nacimiento? 4. ¿Cómo llegar (ruta, medio de transporte)? 5. ¿Qué documentos y objetos debe llevar? 6. ¿Qué método anticonceptivo usará? 7. ¿Quiénes participarán y cómo en el Plan? <p>Otras HERRAMIENTAS PARA EL CUIDADO PRENATAL SEGURO</p> <p>Guías Nacionales de Práctica Clínica relacionadas: Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo, durante el embarazo; Diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo; Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo; Diagnóstico y manejo del parto pre término; Prevención primaria y manejo del parto pretérmino en el primer nivel de atención; Prevención y manejo de la hemorragia posparto en el primer y segundo niveles de atención; Inducción de trabajo de parto; Vigilancia y manejo del parto; Hipertroidismo con o sin crisis hipertiroides en el embarazo, parto y puerperio.</p> <p>www.cenelec.salud.gob.mx</p>	

CP = Control prenatal * SDG = Semanas de gestación * IMC = Índice de masa corporal * CSD = Cuadrante superior derecho * HAS = Hipertensión arterial sistémica * DM = Diabetes mellitus * SAEO = Servicios de atención obstétrica de emergencia

Por definición de la OMS las mujeres en edad reproductiva se encuentran entre las edades de 15 a 45 años de edad. Se estima que un porcentaje considerable de las mujeres que inician la gestación presentan problemas de salud previos que ellos pudieran agravarse durante el embarazo poner en riesgo la vida de la madre, el feto o ambos, desde un punto de vista salubrista su importancia radica en que constituye un momento estratégico fundamental para la modificación de dichos problemas de salud, así como factores de riesgo posibles.¹⁵

CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:

Los diferentes factores de riesgo reproductivo pueden apreciarse en la tabla I, en la que con fines didácticos han sido agrupados en 3 categorías:

1. Antecedentes generales.
2. Antecedentes patológicos obstétricos.
3. Antecedentes patológicos personales.

En el primer se incluyen factores de tipo biológicos los que a veces traducen el nivel socio-económico de la población. Los antecedentes patológicos obstétricos son considerados como factores de riesgo por la tendencia a recurrir en embarazos futuros. Los personales patológicos tienen una relación directa con la causalidad, con la morbilidad materna perinatal.

CUADRO. No. I: CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO.¹⁶

ANTECEDENTES		ANTECEDENTES		ANTECEDENTES	
GENERALES		PATOLOGICOS		PATOLOGICOS	
		OBSTETRICOS		PERSONALES	
*EDAD		*ABORTOS		*HIPERTENSION	
*MULTIGRAVIDEZ		*MUERTES PERINATALES		ARTERIAL	
*INTERVALO		*PREMATUREZ		*CARDIOPATIAS	
INTERGENESICO		*BAJO PESO AL NACER		*DIABETES	
*PESO CORPORAL				MELLITUS	
		*DEFECTOS AL		*NEFROPATIAS	
		NACIMIENTO			
		*CESAREAS PREVIAS			
		*HEMORRAGIAS			
		OBSTETRICAS			

EDAD MATERNA: Numerosos estudios establecen una clara relación entre la edad materna la morbimortalidad materna e infantil. ¹²

MULTIGRAVIDEZ: El excesivo número de embarazos ha sido reconocido como un factor de riesgo para la salud materna perinatal, debido a que a partir de la quinta gestación, se observa un incremento en las tasas de morbimortalidad correspondientes.¹⁷

Adicionalmente, es frecuente la aparición de enfermedades crónico-degenerativas tales como, diabetes mellitus, condicionada probablemente por el efecto diabetógeno de múltiples embarazos. Otros problemas biológicos que tienen mayor prevalencia en mujeres multigestas, es el aumento en la frecuencia de “Enfermedad hipertensiva del embarazo”, infecciones trastornos de la estática pélvico-genital, constituyendo todas ellas pruebas evidentes de la repercusión del proceso reproductivo sobre la salud de la madre. ¹⁸

INTERVALO INTERGENÉSICO: Se refiere al espacio de tiempo entre el ultimo parto la siguiente concepción. Puede tipificarse como factor de riesgo, cuando el mismo es menor de 18 meses.¹⁹

PESO CORPORAL: Tanto la obesidad como la desnutrición materna, han sido reconocidas como factores que incrementan la morbimortalidad materna perinatal. Maeder Col. Encontraron que la obesidad es un factor de riesgo para el parto; el embolismo pulmonar fue la causa básica de muerte en las gestantes obesas²⁰. Edwards Col. Demostraron que las mujeres de bajo peso, tienen una frecuencia estadísticamente mayor de problemas cardiacos respiratorios, anemia, ruptura prematura de membranas, endometritis, prematurez recién nacidos con un puntaje de apgar bajo. El peso de los recién nacidos fue de 231 gramos menos que los de un grupo control.²¹

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.

ABORTO INDUCIDO. El aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo (IVE)¹ consiste en provocar la muerte biológica del embrión o feto para su

posterior eliminación, con o sin asistencia médica y en cualquier circunstancia social o legal. Posibilidad de repetición del aborto inducido, aborto séptico, choque séptico, síndrome de asherman, incompetencia ístmico cervical, inserciones anómalas de placenta.

ESPONTÁNEO. Peligro de recurrencia del tercer aborto en adelante, aumento de morbi-mortalidad por sangrado, muerte fetal temprana, incompetencia ístmico cervical.

MUERTE PERINATAL (<2). Posibilidad de repetición en un nuevo embarazo.

PREMATUREZ. Elevada posibilidad de repetición en un nuevo embarazo.

BAJO PESO AL NACER. Aumento de posibilidad de repetición en embarazos futuros.

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO. Elevada posibilidad de repetición en embarazos futuros, especialmente cuando se añadió a un cuadro hipertensivo previo. Daño cardio vascular renal, mayor posibilidad de mortalidad materna perinatal.

CÉSAREA PREVIA. Mayor frecuencia de inserciones bajas de placenta, acretismo placentario, ruptura uterina.

HEMORRAGIAS OBSTETRICAS. La hemorragia de la segunda mitad del embarazo o del parto, tienen tendencias a recurrir por problemas asociados tales como cesárea anterior, placenta previa, acretismo placentario, toxemia, obesidad, desnutrición, mujeres mayores de 35 años o la simple historia de sangrado. También han sido reconocidos como factores de riesgo obstétrico la diabetes gestacional, embarazo tubarico, tromboflebitis puerperal mola hidatiforme por la posibilidad de repetirse en embarazos subsiguientes.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA. Altas posibilidades de aparición de toxemia sobre agregada con sus consecuencias, aumento de la morbimortalidad

materna perinatal, incremento de bajo peso al nacer, óbito fetal y complicaciones hemorrágicas, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebro vasculares.

CARDIOPATÍAS. Posibilidad de descompensación entre los 28 y 32 semanas en el parto post parto, bajo peso al nacer y prematuridad inducida. En cardiopatías congénitas puede producirse una hipertensión pulmonar primaria una ICC cuando se dan anticoagulantes por prótesis valvulares, son más frecuentes las hemorragias trans post parto.

DIABETES MELLITUS. Mayor frecuencia de abortos espontáneos, defectos al nacimiento, óbito fetal, macrosomía fetal, hipoglucemia, hipoxia neonatal. Asimismo pueden aparecer con mayor frecuencia el polihidramnios, toxemia del embarazo, infección urinaria, insuficiencia renal distocia de hombros.

NEFROPATÍAS: GLOMERULONEFRITIS, PIELONEFRITIS NEFROSIS. Incremento significativo de la recurrencia de parto prematuro y muerte fetal (infección crónica de vías urinarias). Aumento en la frecuencia de “toxemia” del embarazo, bajo peso al nacer y prematuridad por interrupción del embarazo (glomerulonefritis)

Existen otras patologías médicas que pueden ser incluidas en esta categoría las cuales, ante un eventual embarazo pueden producir un aumento de la morbilidad mortalidad materna perinatal. Las enfermedades a las que nos referimos son la insuficiencia venosa, lupus eritematoso, púrpura trombocitopenica idiopática, poliarteritis nodosa, esclerodermia, miastenia gravis, hígado e hipotiroidismo, disfunción suprarrenal (enfermedad de Addison, síndrome de Cushing, aldosteronismo primario feocromocitoma), hígado e hipoparatiroidismo, epilepsia, toxoplasmosis, insuficiencia hepática crónica, insuficiencia respiratoria (asma bronquial, tuberculosis pulmonar) isoimmunización al factor Rh, psicosis debilidad mental.

OTROS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO. Algunos autores identifican un cuarto grupo de factores de riesgo reproductivo etiquetados como de tipo ginecológico cuya presencia puede tener consecuencias deletéreas para la madre, el feto el neonato. Estos factores son: el cáncer de cérvix, cirugía uterina previa

(incluyendo la cesárea), enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedades de transmisión sexual (SIDA, citomegalovirus, infecciones por chlamydia tracomatis, por mycoplasma, gonorrea, sífilis, tricomoniasis candidiasis), estenosis del cérvix, incompetencia ístmico cervical, malformaciones uterinas, miomatosis uterina, quistes ováricos pediculados, poliposis endocervical. Algunas de estas enfermedades ejercen un efecto mórbido sobre la madre o el feto. En cambio otras, su daño fetal o neonatal lo producen por la terapia específica que ameritan.

Existen factores de riesgo “sociales”, que tienen un gran poder predictivo tales como la pobreza su relación con el nacimiento de un niño de bajo peso. Otros están menos asociados al daño, pero pueden ser indicadores de riesgo útiles. La baja calidad de la vivienda o el bajo nivel educativo son factores de riesgo fácilmente detectados que constituyen indicadores de un grupo de fuerzas interactuantes (quizá la más importante es la pobreza) que hacen que las madres en esas características se encuentran dentro de la categoría de alto riesgo. Los factores de riesgo constituyen por lo tanto indicadores de lo que sucede dentro de un sistema biológico social interactuante.²²

Clasificación del riesgo reproductivo

La *medición* del grado de riesgo es la base de la programación y de la atención, ya que permite identificar en la población a aquellos individuos, familias o comunidades que tienen una mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. Un sistema de clasificación, referencia y contra-referencia basado en riesgo reproductivo facilitará la toma de decisiones del personal de salud en toda la red de servicios, ayudando al cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos. La conducta que se seguirá en cada caso será diferente, de acuerdo al grado de riesgo que presente la mujer. Por ejemplo, aquellas que tienen alto riesgo deben ser atendidas en un nivel de mayor complejidad (2do o 3er nivel de atención), por un médico y ser objeto de búsqueda activa en la comunidad por promotores o responsables populares de salud, en el caso que no acudan a su cita con el establecimiento de salud, entre otras medidas. En suma, se les debe brindar una atención preferencial pues

tienen una mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. Aquellas con bajo riesgo deben ser atendidas en un nivel de menor complejidad con capacidad para resolver estos casos. Se trata de una atención de buena calidad y suficiente para el grado de riesgo que presenta la mujer.

Datos de la ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA (ENADID) 2014 señalan que en el país residen 119.9 millones de personas, de las cuales 51.3% son mujeres y 48.7% son hombres. Esto hace que la relación hombres–mujeres sea de 95 varones por cada 100 mujeres a nivel nacional. De acuerdo con la ENADID 2009, el número ideal de hijas e hijos de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) era de 2.7 y disminuye a 2.6 hijos para 2014. El conocimiento de al menos un método anticonceptivo es prácticamente universal entre las mujeres de 15 a 49 años (98.7 por ciento). Aproximadamente la mitad de mujeres en edad fértil (51.6%) utiliza actualmente algún método anticonceptivo. La información aportada por la ENADID 2014 permite tener una aproximación de la exposición al riesgo de embarazo para las mujeres en edad fértil que han iniciado su vida sexual. A nivel nacional, a los 18 años de edad, la mitad de las mujeres en edad fértil inició su vida sexual; este comportamiento es cada vez a una edad más o temprana, pues en 2009 la edad mediana de inicio a la vida sexual fue de 19 años la situación conyugal actual muestra que de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad, 58 están casadas o en unión libre, 33 son solteras y 9 están separadas, divorciadas o viudas. Para las mujeres de 15 a 19 años, la proporción es de 15 adolescentes unidas por cada 100. La ENADID 2014 reporta que las mujeres de 15 a 49 años con embarazo en el periodo reciben en promedio 8.5 consultas; cerca del 80% de estas mujeres tuvieron su primera revisión prenatal durante el primer trimestre de gestación. En el periodo de enero de 2009 a septiembre de 2014, de cada 100 partos ocurridos, 46 son por cesárea y 54 son partos normales.²³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El riesgo reproductivo se aplica a aquellas mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo a la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen incremento en la posibilidad de sufrir daños a su salud o la del futuro hijo si se involucrara en el proceso reproductivo. Las 2/3 partes de las muertes de mujeres en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. El principal grupo de riesgo son las adolescentes, es importante medir en ellas el riesgo reproductivo, lo más conveniente es que la maternidad se realice después de la adolescencia. Cuando ocurre un embarazo en esta etapa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera de riesgo debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y la/el bebé, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de las y los jóvenes. En particular cuando éste se presenta en condiciones de pobreza y acceso deficiente a los servicios de salud. En conjunto, estas circunstancias pueden derivar en una muerte asociada con la maternidad. El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública tanto en México como en América Latina y el resto del mundo. Según encuestas demográficas y de salud realizadas en los últimos años en algunos países de América Latina y el Caribe, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez al momento de ser encuestadas fluctuó entre 12.2% en Perú y 24.6% en Nicaragua.* En el caso de México, el embarazo en adolescentes alcanza 12%: uno de cada seis nacimientos ocurre en mujeres menores de 19 años. En 1999 se registraron en México 4 214 nacimientos en mujeres entre 12 y 14 años y 372 000 en mujeres de 15 a 19 años. Más de 750 000 adolescentes se embarazan cada año y alrededor de 420 000 dan a luz. Tres de cada 10 adolescentes quedan embarazadas al menos una vez antes de los 20 años y en 2004 se registraron aproximadamente 430 000 embarazos en adolescentes. En 1976, poco más de 54% de las mujeres rurales había tenido al menos una/un hijo en la adolescencia; en 2009 esta situación se observó en 74%. La proporción de mujeres adolescentes que hacen uso de algún método anticonceptivo ha disminuido de

45% en 1997 a 44% en 2009. Los principales instrumentos para lograr una salud reproductiva adecuada son; la educación en salud, el manejo del concepto de riesgo reproductivo, el cual 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. Es importante que un embarazo sea deseado, planificado, que la madre se encuentre en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas, lo cual desempeña un papel primordial en el manejo del riesgo reproductivo, por lo tanto el médico de familia debe tener un adecuado conocimiento de este tema, esto le permitirá hacer una valoración real de cada caso y poder establecer si la mujer, presenta algún riesgo. Por lo tanto al eliminar o compensar el riesgo reproductivo se hace promoción de la salud reproductiva, de esta manera se reducirá el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que, conlleva el estar embarazada en circunstancias desfavorables. Por lo tanto al tener conocimiento del riesgo reproductivo de cada mujer se mejoraría el estado de salud de las mujeres obteniéndose así, niños más saludables y las mujeres tendrían un embarazo y parto en condiciones óptimas, evitando complicaciones. Con base a lo anterior, planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el riesgo reproductivo de las mujeres de la UMF No. 20 de Cuernavaca; Morelos?

JUSTIFICACIÓN.

Cuando se analiza la mortalidad materno infantil, se encuentran aspectos comunes: Es mayor en países menos desarrollados, zonas rurales, mujeres con bajo nivel educacional o económico, edades tempranas o tardías, etc. Por lo que existe un conjunto de elementos o circunstancias que predisponen o condicionan la aparición de estos eventos. En América latina no se ha reportado mejoría de este indicador en los últimos cinco años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo la mujer en edad fértil. En nuestro país se ha incrementado el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25% o un 30% del total de mujeres.

Los factores de riesgo reproductivo son ignorados por la mujeres, no se cuenta con una definición exacta del problema en esta área de la salud ni estudios similares anteriores, lo que ha motivado a realizar esta investigación para determinar el comportamiento del riesgo reproductivo, así como identificar los factores de riesgo más frecuentes e implementar acciones preventivas necesarias para modificar, disminuir, los principales factores de riesgo y se puedan ejercer acciones de salud sobre estas circunstancias encaminadas a disminuir la probabilidad de complicaciones tanto para la futura madre como su producto.

OBJETIVO GENERAL.

Estadificar el riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil de la UMF 20 de Cuernavaca; Morelos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Identificar las principales causas que condicionan el riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil.
- ✓ Caracterizar a la población participante.
- ✓ Identificar a las mujeres con riesgo reproductivo alto.

MATERIAL Y METODOS.

ENFOQUE: Cuantitativo

ALCANCE: Descriptivo

DISEÑO: Estudio transversal

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO:

Por el número de mediciones: Transversal

Por la temporalidad de los hechos: Retrospectivo

Por la manipulación de las variables: Observacional.

RECOLECCIÓN DE INFORMACION.

La información fue obtenida del SIMF (Sistema de Información de Medicina Familiar) del archivo clínico de la UMF 20 de Cuernavaca; Morelos, de los expedientes clínicos, principalmente de las hojas del expediente donde se califica riesgo reproductivo, incluimos a las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Mujeres en edad fértil adscritas a la umf. 20

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Mujeres en estado grávido
- ❖ Mujeres en edad fértil con método de planificación familiar definitivo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Nombre: Edad

Definición conceptual: Número de años del nacimiento a la fecha

Función de la variable: Variable de control.

Tipo de la variable: Cuantitativa.

Escala de medición: de razón.

Indicador: años.

Nombre: IMC (índice de masa corporal)

Definición conceptual: El índice de masa corporal (IMC) peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.

Función de la variable: de control

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de medición: de razón

Indicador: kilogramos y metros

Nombre: Antecedentes patológicos

Definición conceptual: Se refieren a antecedentes de diferentes patologías

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicador: presencia de enfermedades o patologías.

Nombre: Infecciones de transmisión sexual

Definición conceptual: son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos y virus.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicador: presencia de ETS.

Nombre: Intervalo intergenesico

Definición conceptual: se conoce al espacio de tiempo entre un embarazo y el siguiente.

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: de intervalo

Indicador: días, meses, años

Nombre: Antecedentes patológicos obstétricos

Definición conceptual: Se refiere a el número de embarazos que ha tenido la paciente, número de partos en general, número de partos vaginales, número de partos por cesárea, número de abortos, número de hijos vivos, número de hijos muertos, edad de la primera menstruación espontánea, edad en la que la mujer dejó en forma natural de menstruar, fecha de la última menstruación, fecha del último parto, fecha de la última citología, resultado de la última citología, características de los ciclos menstruales de la paciente, actividad sexual de la paciente, método de planificación y patologías relacionadas con el embarazo y/o parto.

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: intervalo y razón

Indicador: número de gestas, partos, abortos, cirugías, años, presencia de enfermedades asociadas a embarazo.

Nombre: Escolaridad

Definición conceptual: Grado de estudios que tiene una persona.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal

Indicador: años de estudio.

PLAN DE ANALÍISIS

ANÁLISIS UNIVARIADO: Realizamos estadística descriptiva, de acuerdo a las características de las variables, calculamos, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas y a las variables cualitativas se les midió frecuencias y porcentajes, estadística inferencial, usamos prueba estadística chi² para ver diferencias entre las variables

MUESTRA Y MUESTREO

Muestra. 172 mujeres

Muestreo.

No probabilístico por conveniencia. Con la fórmula para población desconocida (infinita) $n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{i^2}$

ASPECTOS ÉTICOS.

La presente investigación estuvo clasificada como sin riesgo ya que únicamente se limita a la revisión de expediente.

Se sujeta a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos.

Esta investigación también estuvo supeditada a las normas del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de Investigación científica, así como en la Ley General de Salud en la República Mexicana y en el Código de Núremberg que incluye el consentimiento informado y la ausencia de coerción, la experimentación científica fundamentada y la beneficencia del experimento para los sujetos humanos involucrados y la Declaración de Helsinki donde el principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario, y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad, y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividad	Jun /15	Jul /15	Ago /15	Sep /15	Oct /15	Nov /15	Dic /15	Ene /16	Feb /16	Mar /16	Abr /16	May /16	Jun /16	Jul /16	Ago /16
Elaboración del Protocolo															
Registro del Protocolo															
Aprobación del Protocolo															
Recolección de Datos															
Limpieza y Análisis de Datos															
Escritura de Tesis															

RESULTADOS.

En este estudio participaron 172 mujeres, al estratificar por grupos de edad encontramos que el grupo con mayor prevalencia fue el de 26 a 35 años con un 41.3% de la muestra total, seguido del grupo de 15 a 25 años con un 38.4% y finalmente el de 36 a 45 años con un 20.3%.

Al analizar la escolaridad encontramos que el 37.8%(65) de estas mujeres contaba con bachillerato, un 27.3% (47) con estudios de secundaria, 23.3% (40) con estudios de licenciatura, 7% (12) con escolaridad técnica y finalmente 4.65% (8) con escolaridad de primaria.

En cuanto a características físicas encontramos que el promedio de peso en kilogramos fue de 62.5 kg con una DS de +/- 12.7 kgs. La talla promedio fue de 1.56 metros con una DS de +/- .067 cms.

Al realizar una estratificación por IMC encontramos 45.3% (78) de las mujeres tenían un peso normal, el 35.5% (61) tenían sobrepeso y un 12.7% (22) tenían obesidad de primer grado. Sólo un 2.3% (4) tuvieron obesidad de segundo grado, y una mujer con obesidad de tercer grado que representó el 0.58%, 6 mujeres con bajo peso representando el 3.5% de la muestra.

Al ser cuestionadas sobre las enfermedades que padecen encontramos que un 76.1% refirieron no padecer enfermedades, el 10.7% (18) refirieron padecer obesidad, 3.6% (6) hipertensión arterial, 3.0%(5) bajo peso, otras enfermedades mencionadas fueron insuficiencia venosa 1.2% (2), hipetrigliceridemia 1.2% (2) y trastorno mental orgánico afectivo 1.2% (2). Con menor prevalencia se reportaron: Alcoholismo, hipotiroidismo, endometriosis, arritmia cardiaca y condromalacia.

Antecedentes gineco-obstétricos.

La edad promedio de la menarca fue de 12.6 años con una DS de +/- 1.3 años.

Cuando fueron cuestionadas sobre el antecedente de infecciones de transmisión sexual el 99.4% se refirió sin antecedentes de infecciones.

El grupo con mayor prevalencia fue de las mujeres con antecedente de un embarazo con un 34.3%, posteriormente las que no se habían embarazado con un 25.6%, seguidas de las que tenían antecedente de dos gestas con un 22.1%(38), con tres gestas un 9.9% (17), con cuatro gestas 6.4% (11) y con 5 gestas solo un 1.7% (3). En relación al número de hijos nacidos el grupo de nulíparas fue del 60.5% (104), primigestas 18.6%(32), secundigestas 13.9% (24), las mujeres con antecedentes de 3 o 4 gestas representaron el 7% (12).

Cuando se estratificó por antecedentes de cesáreas se observó que el 62.8%(108) no tenían este antecedente, el 30.8% (53) refirió una cesárea, 5.8%(10) dos cesáreas y sólo una paciente tres cesáreas que representó el 0.6%.

En el antecedente de abortos el 16.3% (28) refirió un aborto, 5.2% (9) dos abortos y un 1.2% (2) tres abortos, el resto de las mujeres negaron este antecedente.

El 74.8% (125) mujeres negó complicaciones durante el embarazo, el 4.2% refirió antecedente de pre eclampsia, 0.6%(1) oligohidramnios, 15.6% (26) aborto, 1.2% (2) productos con bajo peso al nacer, 0.60%(1) trombocitopenia, 1.2% (2) circular de cordón, 1.2% (2) embarazo ectópico y un 0.6% (1) hipotensión.

Al interrogar sobre las complicaciones que se presentaron durante el parto o cesárea el 92.4% (159) no presentó complicaciones durante el evento obstétrico.

El 0.6% (1) presentación pélvica y un 7% (12).....cirugía pélvica-uterina???

En relación al antecedente de uso de métodos de planificación familiar es importante considerar que el 49.4% (85) es decir que cerca de la mitad de la muestra no usaba ningún método, el 34.9% (60) DIU, 2.9%(5) implante hormonal, 8,7% (15) hormonal oral, 3.5%(6) hormonal inyectable mensual y un 0.6% (1) parches.

En relación al riesgo reproductivo el 33.72% (58) calificó para un riesgo reproductivo bajo, el 36.0% (62) riesgo intermedio y un 30.2%(52) con riesgo reproductivo elevado.

TABLA DE PORCENTAJE DE RIESGO REPRODUCTIVO DE MUJERES EN EDAD FERTIL DE ACUERDO A ESTADIFICACION, EDAD, IMC, ESCOLARIDAD Y MPF.

RIESGO REPRODUCTIVO	NUMERO	%
ALTO RIESGO	58	33.72
RIESGO INTERMEDIO	62	36.05
RIESGO BAJO	52	30.23
EDAD		
15-25 AÑOS	66	38.37
26-35 AÑOS	71	41.28
36-45 AÑOS	35	20.35
IMC		
DELGADEZ	6	3.49
NORMAL	78	45.35
SOBREPESO	61	35.47
OBESIDAD GI	21	12.21
OBESIDAD GII	4	2.33
OBESIDAD GIII	1	0.58
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	8	4.65
SECUNDARIA	47	27.33
BACHILLERATO	65	37.79
TECNICO	12	6.98
LICENCIATURA	40	23.26
MPF		
NINGUNO	85	49.42
DIU	60	34.88
IMPLANTE SUBDERMICO	5	2.91
HORMONAL ORAL	15	8.72
INYECTABLE MENSUAL	6	3.49
PARCHES	1	0.58

GRAFICA DE RIESGO REPRODUCTIVO DE MUJERES EN EDAD FERTIL POR TURNO.



*GRAFICA DE RIESGO REPRODUCTIVO DE MUJERES EN EDAD FERTIL DE ACUERDO A TURNO.
Fuente: base de datos creada por el autor, de los datos obtenidos del expediente.

ANÁLISIS

Tras realizar el análisis bivariado encontramos que las mujeres entre 36 a 45 años presentaron mayor riesgo reproductivo que las mujeres entre 15 a 25 años o 26 a 35 años, siendo esto estadísticamente significativo ($p= 0.00$).

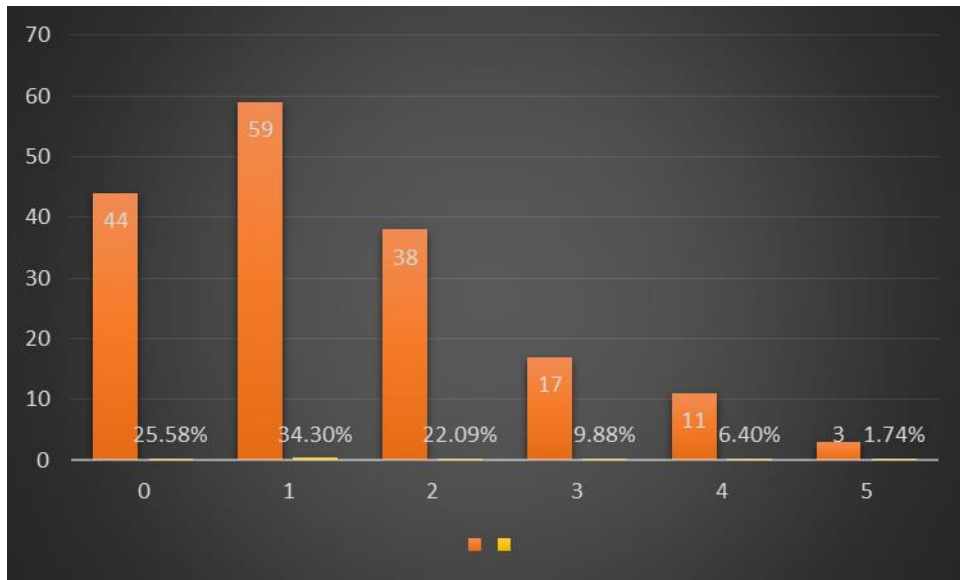
En nuestro estudio no encontramos significancia estadística entre la escolaridad y la estratificación del riesgo reproductivo ($p=0.14$).

Cuando analizamos sobre el antecedente de embarazos encontramos que las mujeres con antecedentes de 1 o 2 embarazos presentaban un riesgo reproductivo alto comparado con el resto de las mujeres, siendo esto estadísticamente significativo ($p=0.005$).

Las mujeres con antecedentes de un parto presentaron un riesgo reproductivo alto comparado con las mujeres con antecedente de 2 o más partos sin embargo no presento significancia estadística ($p= 0.27$). Las mujeres con antecedentes de una

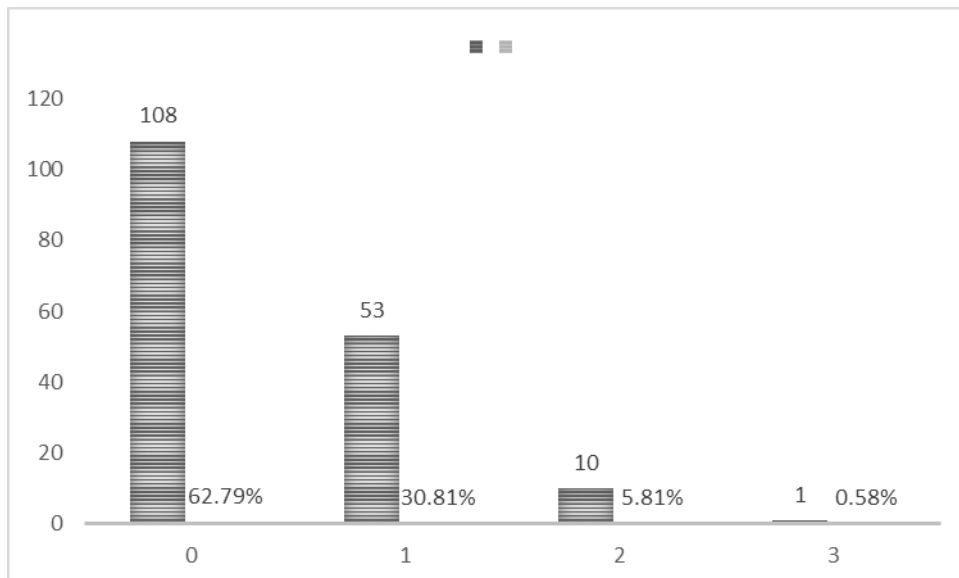
cesárea presentaron alto riesgo reproductivo comparado con aquellas mujeres con dos o más cesáreas ($p=0.00$).

GRAFICA DE RIESGO REPRODUCTIVO DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGÚN NUMERO DE GESTAS



Fuente: base de datos creada por el autor, de los datos obtenidos del expediente.

GRAFICA DE RIESGO REPRODUCTIVO DE MUJERES EN EDAD FERTIL DE ACUERDO A NUMERO DE CESAREAS



Fuente: base de datos creada por el autor, de los datos obtenidos del expediente.

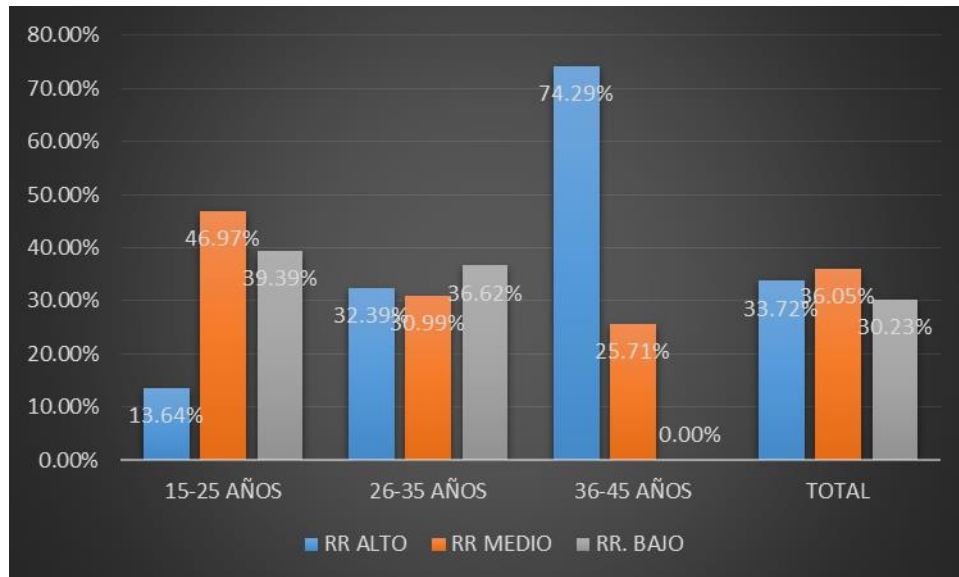
Las mujeres sin antecedentes de abortos presentaron bajo riesgo reproductivo comparadas con aquellas mujeres con este antecedente con una significancia estadística ($p= 0.001$), cuando analizamos la presencia de hijos vivos encontramos que las mujeres que refirieron no tener hijos vivos hasta el momento presentaron bajo riesgo reproductivo sin embargo no tuvo significancia estadística ($p=0.074$).

GRAFICA DE RIESGO REPRODUCTIVO DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON ANTECEDENTES DE ABORTO.



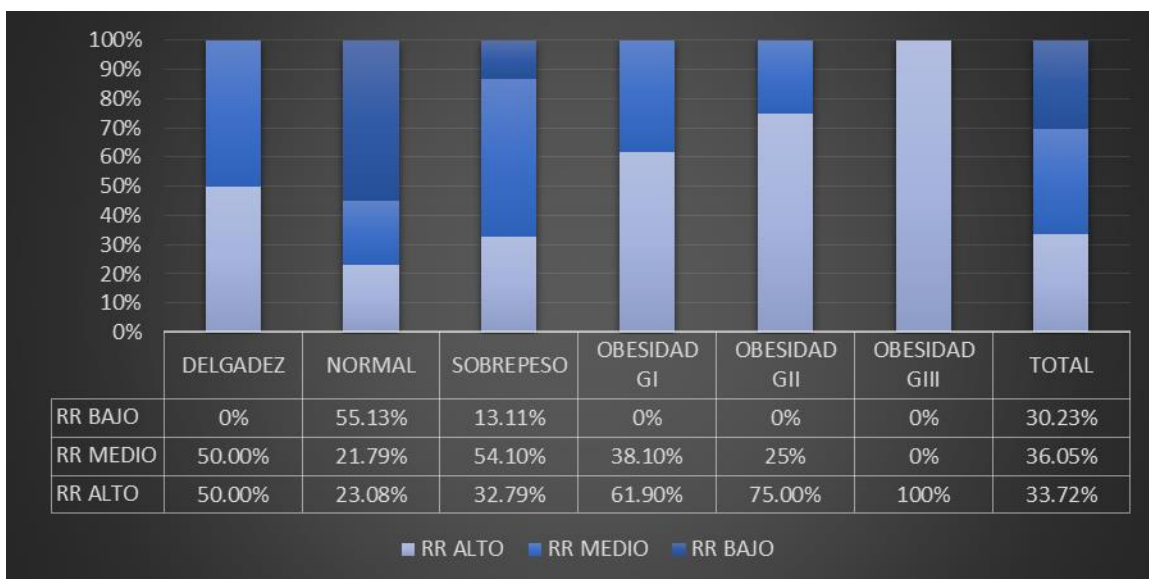
Fuente: base de datos creada por el autor, de los datos obtenidos del expediente.

GRAFICA DE RIESGO REPRODUCTIVO DE MUJERES EN EDAD FERTIL DE ACUERDO A EDAD.



Fuente: base de datos creada por el autor, de los datos obtenidos del expediente.

GRAFICA DE RIESGO REPRODUCTIVO DE MUJERES EN EDAD FERTIL DE ACUERDO A INDICE DE MASA CORPORAL.



Fuente: base de datos creada por el autor, de los datos obtenidos del expediente.

Las mujeres sin antecedentes de complicaciones durante el embarazo presentaron un bajo riesgo reproductivo, siendo estadísticamente significativo ($p=0.006$).

DISCUSIÓN.

Cumplimos el objetivo principal, el cual fue estadificar el riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil de la UMF 20 de Cuernavaca Morelos, encontramos que predomina el riesgo reproductivo intermedio, al comparar nuestros resultados con estudio realizado por Henry Pupo Damas y cols. no fueron similares ya que refiere en la bibliografía que la escolaridad baja o el no tener ningún grado de estudios fue de relevancia encontrándose en este estudio que un gran porcentaje de las mujeres tenían educación media superior, diferencias también encontradas con respecto a los antecedentes ginecobstetricos donde se menciona en la bibliografía elaborada por Henry Pupo Damas y cols, Dr. José Rubén López Canales y cols donde la multiparidad era un factor de riesgo importante, encontrándose en nuestra población en estudio que la mayoría de las mujeres eran primigestas, en relación a la estadificación del riesgo reproductivo en estudios realizados y comentados en esta bibliografía un alto porcentaje presentaba riesgo reproductivo medio o alto, en cuanto a la edad se encontró en estudios realizados por Dr. José Rubén López Canales y cols diferencia ya que principalmente se encontró riesgo reproductivo significativo en mujeres en edad entre 15 y 18 años lo que en este estudio arrojó que el riesgo reproductivo predominaba en las mujeres del rango de edad entre 36 a 45 años de edad, el punto en el que si existe concordancia con los estudios revisados en la bibliografía es que la mayoría de las mujeres tienen prácticas sexuales de riesgo como se menciona en el estudio realizado por Jessica Solórzán y cols ya que en un alto porcentaje no utilizan ningún método de planificación familiar. La estadificación del riesgo reproductivo en esta investigación reveló principalmente la influencia que tienen primordialmente la edad y el IMC, por lo que se hace necesario el mejorar e intervenir en los factores de riesgo modificables así como un correcto seguimiento

y referencia de las mujeres para garantizar óptimas condiciones en la reproducción. En su mayoría o casi totalidad de las mujeres de este estudio no utilizan ningún método de planificación familiar, el 34% de las mujeres que se incluyeron en el estudio tenía como antecedente una gesta o ninguna lo cual va en relación a la edad de las integrantes del estudio, así mismo no debemos conformarnos con establecer un diagnóstico o estadificar únicamente el riesgo reproductivo en las mujeres de nuestra población,, así como no únicamente limitarse a identificar de manera individual que mujeres corresponden a alto o bajo riesgo reproductivo, el accionar de nosotros como médicos de primer nivel debe de ir más allá, esto es, brindarles a las mujeres principalmente a las que se estadifiquen con riesgo reproductivo medio o alto las medidas necesarias para espaciar o evitar embarazos en lo que se incide y modifican los factores de riesgo que pudieran disminuir el riesgo reproductivo que un embarazo representa, de esta manera estaremos evitando que estas mujeres presenten complicaciones posteriores y así esta medida tan sencilla de prevenir nos reducirá las tasas de morbilidad, mortalidad materna, perinatal e infantil.

Las principales limitaciones del estudio, son el tipo de diseño, el tipo de muestreo, y el utilizar información de los expedientes, pone en riesgo la fiabilidad de la información. Como fortaleza principal es un estudio original, primero en nuestra unidad que hace mención de la información de riesgo reproductivo.

CONCLUSIONES.

- ✚ Las mujeres entre 36 a 45 años presentaron riesgo reproductivo alto.
- ✚ El IMC es un factor que incrementa el riesgo reproductivo.
- ✚ Las mujeres con antecedentes de más de 2 embarazos presentaron un riesgo reproductivo alto comparado con el resto de las mujeres.
- ✚ las mujeres con antecedentes gineco-obtétricos como cesárea, aborto o complicación durante el embarazo presentaron alto riesgo reproductivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ¹ Arastey J., González A., Esteban M.J., Gastaldo E. y Alfaro I. Embarazo en edades extremas gestación en mujeres con más de 35 años. Rev. Esp. Obst. Gin., 47:149,1988
- ² Henry Pupo Damas, Geisy Almarales Sarmiento, Dulce Isabel Manatuto. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada. Manatuto. Timor-Leste. Correo científico Medico de Holguin 2008; 12(4).
- ³ Milagros Estrada Nelson, Leidy S, Agueida Carbonell, Tania Galvan Noa. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de casa genética. Policlínico Norte, Municipio Ciego Avila. Revista Mediciego 2011; 17(2).
- ⁴ Ramírez Torres MJ, Rguez Gala R, Díaz del Pino R. Planificación Familiar y Control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Bolet. Medic Gen Integral 2005; 4(2): 17-8.
- ⁵ Salud Reproductiva y Prenatal [Documento en línea]. 2002. [HTTP://WWW.PAHO.ORG](http://www.paho.org).
- ⁶ Marvelis Mercedes Mainegra Reyes, Neisy Pérez Ramos, Tirso Michel Cruz Águila, Odeyda Betancourt Concepción. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spiritus. Gaceta Medica Espirituana 2011;13(2).
- ⁷ Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo Preconcepcional en la Consulta de Planificación Familiar. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2005; 17(4): 360-6.
- ⁸ Rodríguez Ferras R, Hernández Cuesta Y, Gómez García I. Caracterización de las Mujeres con Riesgo Preconcepcional Controladas con Anticoncepción Hormonal. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2006; 26(2): 82-6.
- ⁹ Dr. Santiago Lau López, Dr. C. Aida Rodríguez Cabrera, Dr. C. María del Carmen Pria Barros. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención del riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39 (5): 836-849.
- ¹⁰ Reyna Gómez G. Algunos Aspectos Éticos sobre el Riesgo Preconcepcional. Rev. Bras. Saude Marten Infant 2002; 2 (1):51-55.

-
- ¹¹ Ramirez Torres MJ, Rodríguez Gala R, Díaz del Pino R. Planificación Familiar y Control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. *Bolet Med. Gen Integr.* 2005; 4(2): 17-8
- ¹² Reyna Gómez G. Algunos Aspectos Éticos Sobre el Riesgo Preconcepcional. *Rev. Bras. Saude Marten Infant* 2002; 2 (1):51-55.
- ¹³ Garrido Riquenes C, Gutiérrez Coronado T. Planificación Familiar y Anticoncepción en: Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral V.I.* Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas 2004; 256-78.
- ¹⁴ Daniel Gutiérrez, M.D., MPH, *Salud Reproductiva: Concepto e Importancia.* Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS. 1996, 7-17.
- ¹⁵ Santiago Lau López, Aida Rodríguez Cabrera, María del Carmen Pria Barros. Problemas de Salud en Gestantes y su Importancia para la Atención al Riesgo Reproductivo Preconcepcional. *Rev. cubana de salud pública* 2013; 39(5): 836-849.
- ¹⁶ Dr. José Rubén López Canales, Dr. Arnulfo Cárcamo Mejía. Investigación operacional riesgo reproductivo: su aplicación en la salud materno infantil. *Revista médica hondureña* vol. 60- 1992.
- ¹⁷ Osullivan J.T. Thehazzardsass Ociated With Multiparity. *Obstet Gynecol. Brit. Common.* 1965. 70:158.
- ¹⁸ Torres Ramírez A, Pérez Segura J. Anticoncepción en el Alto Riesgo Reproductivo. *Temas Selectos en Reproducción Humana.* Instituto Nacional de Perinatología. Primera Edición. 1989. pag 709-729.
- ¹⁹ Velasco Murillo V, Martínez Manatau J. Riesgo Reproductivo Estudio de los Factores de Riesgo Reproductivo. *Academia Mexicana de Investigación en Demografía Medica*, 1986. 76.
- ²⁰ Maeder E.C., Barno A, Mecklenburg F. Obesity: A Maternal Risk Factor. *Obstet. Gynecol.* 1975. 45:669.
- ²¹ Edwards I.E, Attons I.S., Barrada M.J., and Hakanson, E. V. Pregnancy in the Under Weigth Woman. Course, Out Come and Gronth Patterns of the Infant. *J. Obstet. Gynecol.* 1979. 135:297.

²² José Rubén López Canales, Arnolfo Cárcamo Mejía. Investigación Operacional Riesgo Reproductivo: Su Aplicación en la Salud Materno Infantil. Trabajo Científico Original. Rev. Hondureña Vol. 60-1992. 111-121.

²³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2014.

ANEXOS.

CUESTIONARIO PROTOCOLO.

ESTADIFICACIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE LA UMF. 20 CUERNAVACA MORELOS.

INVESTIGADOR RESPONSABLE: DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA
Médico Familiar adscrita a LA UMF No. 20, Cuernavaca, Morelos. Tel. 777 327 1841. Correo electrónico: jesacruzmi@gmail.com.
INVESTIGADOR ASOCIADO: MEDICA DAISY JAZMIN LARUMBE VARGAS. Médico residente de 1er año de la Especialidad de Medicina Familiar en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos. Tel. 734 121 0230. Correo electrónico larumbeday@hotmail.com.

CUESTIONARIO.

1. EDAD:
2. PESO:
3. TALLA:
4. ESCOLARIDAD?
5. ENFERMEDADES QUE PADECE?
6. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL?
7. No. DE EMBARAZOS?
8. No. DE PARTOS?
9. No. DE CÉSAREAS?
- 10.No. ABORTOS?
- 11.No. DE HIJOS VIVOS?
- 12.EDAD DE MENARCA?
- 13.FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN?
- 14.COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO?
- 15.COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO O CÉSAREA?

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: ESTADIFICACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE LA UMF No. 20 DE CUERNAVACA; MORELOS.

Lugar y fecha: UMF No 20. CUERNAVACA, MORELOS; A DE 2016.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: SE DECIDE REALIZAR ESTA INVESTIGACION DEBIDO A QUE NO SE TIENE INFORMACION ACERCA DE LA ESTADIFICACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO DE LAS MUJERES DE LA UMF. No. 20, DEBIDO A QUE NO SE CUENTA CON ESTUDIOS SIMILARES PREVIOS Y PARA CONOCER CUALES SON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL RIESGO REPRODUCTIVO.

Procedimientos: Se revisarán los expedientes clínicos de las pacientes en edad fértil de la UMF 20, principalmente las hojas donde se califica Riesgo Reproductivo.

Posibles riesgos y molestias: Estudio sin riesgo, ya que solo se revisaran expedientes clínicos.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Se estadificara el riesgo reproductivo de cada paciente que cuente con los criterios de inclusión y de esta manera se realizara intervención en los factores de riesgo en cada una de ellas si resultara con riesgo reproductivo alto

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Una vez que se obtengan los resultados se les ofrecerá alternativa de tratamiento.

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad: Se establece el compromiso de no identificar al participante en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y de mantener la confidencialidad de la información.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA

Colaboradores: DAISY JAZMIN LARUMBE VARGAS RESIDENTE DE 2º AÑO DE MEDICINA FAMILIAR.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CUEIS del IMSS: Avenida Plan de Ayala Esq. Eje Central, Colonia Flores Magón. Cuernavaca, Morelos, CP 62450. Teléfono (777) 3155000 extensión 51315.

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio