



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado

***FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE
LA UMF 23, APASEO EL GRANDE.***

TESIS:

Que para obtener diploma de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

Presenta:

Dra. Rosa Patricia Rentería Huerta

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Miguel Ángel Ramírez López

Ciudad Universitaria, Cd. Méx., 2013.



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.

**FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES DE
EDAD FERTIL DE LA UMF 23, A PASEO EL GRANDE.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

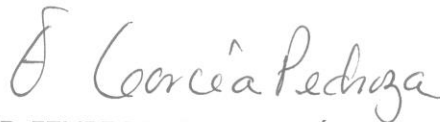
PRESENTA

DRA. ROSA PATRICIA RENTERÍA HUERTA

AUTORIZACIONES



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



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



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


FACTORES DE RIESGO RECONCEPCIONAL EN MUJERES DE EDAD FERTIL
DE LA UMF 23,A PASEO EL GRANDE

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ROSA PATRICIA RENTERIA HUERTA

AUTORIZACIONES



DRA. LILIANA SANDOVAL BARAJAS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 49
CELAYA, GUANAJUATO.



DR. MIGUEL ANGEL RAMIREZ LOPEZ
ASESOR DE TESIS Y ASESOR METODOLOGICO.



DR. CARLOS TOMAS BARRA RAMIREZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL.

ÍNDICE GENERAL:

TÍTULO.....	1
ÍNDICE GENERAL.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO CONCEPTUAL.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
JUSTIFICACIÓN.....	20
OBJETIVO GENERAL.....	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
METODOLOGÍA.....	23
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	45

Introducción:

El presente estudio pretende caracterizar el riesgo reproductivo en mujeres, antes de involucrase en la reproducción (preconcepcional). Los factores de riesgo preconcepcional, como la edad de las gestantes (15-19 años, y las mayores de 35 años). antecedente de enfermedades crónicas actuales y previas que puedan condicionar problemas en un futuro embarazo, efectos adversos de medicamentos que toma para su tratamiento, diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma bronquial, fenilcetonuria, enfermedad tiroidea, epilepsia, enfermedad tromboembólica, lupus eritematoso-sistémico, enfermedad renal, enfermedades infecciosas y vacunaciones, rubeola, toxoplasma, hepatitis B, VIH SIDA, infección pélvica, inmunizaciones. El médico familiar hará abordaje preventivo de riesgo en la mujer en edad fértil, para asegurar en lo posible que el embarazo termine en lo posible con un niño sano y una madre sin complicación.

Marco Conceptual

Salud reproductiva (OMS): Es un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción, comprende la atención preconcepcional, prenatal, del parto, del recién nacido, del puerperio y neonatal precoz. ^(1,2)

Se entiende por **riesgo reproductivo** a la posibilidad que tiene una mujer o su producto potencial de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción, embarazo, parto y puerperio. El riesgo reproductivo, se divide en: preconcepcional, obstétrico, perinatal, infantil. ⁽³⁾

El objetivo principal de la atención preconcepcional es promover la salud de la mujer y de su próxima descendencia, en este sentido, la finalidad de una consulta preconcepcional por parte del médico familiar es identificar, analizar aquellos factores que pueden dificultar (o facilitar) la concepción, desarrollo del embarazo y su terminación exitosa, al actuar precozmente sobre los factores identificados. ⁽⁴⁾

Concepto de riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC): Es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto al involucrarse en el proceso reproductivo. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental, la mayor parte de las veces no de forma aislada sino combinada.

El concepto de **RRPC**, se aplica en las mujeres en edad reproductiva entre 15 y 49 años, no gestantes; considerar si es alto o bajo será por el condicionamiento de la presencia o ausencia de una serie de factores, enfermedades, circunstancias únicas o asociadas señaladas en la literatura médica y que de alguna manera pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Identifica aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y así encaminar los recursos disponibles y priorizar su atención. ⁽⁵⁾

Marco teórico referencial.

Epidemiología:

En países con mayor nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con **RRPC** es en promedio del **5%** en *Suecia* y en *Japón* es del **4 %** y **3 %** respectivamente, en *Cuba* se estima en un **15%**, en *Brasil*, *México* y *Venezuela* se incrementa el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, desde un **25%** al **30%** del total de las mujeres. Por otra parte, se ha reportado a *nivel mundial* que en promedio el **25%** de las mujeres en edad fértil tienen alguna condición social, biológica, afección o conducta que ayuda a clasificar el riesgo preconcepcional. ⁽⁶⁾

Factores de Riesgo preconcepcional

El **Médico Familiar** dispone de un tiempo privilegiado que le da la oportunidad de anticiparse al evento adverso, dado que es frecuente el contacto con la familia de forma

total o individual con posibilidad de evaluar sus riesgos para la salud, en el caso de la mujer, el médico familiar puede hacer una evaluación en el terreno de riesgo reproductivo, por ejemplo preguntando: edad, presencia de enfermedades crónicas, condiciones sociales, económicas, antecedentes ginecológicos previos, relaciones de pareja, aspectos de la sexualidad, etc.; identificando los factores y determinando un grado de riesgo preconcepcional para esa mujer que aún no está embarazada y puede ser oportunista en una visita casual cuando acuden por otros motivos de consulta o llevando a otros familiares.^(7,8)

Se ha informado que la frecuencia de embarazos con altas probabilidades de complicación varía de un **25** a un **60** por ciento. Este riesgo en una gestación se eleva cuando coexisten una condición patológica, un intervalo intergenésico corto, una alta paridad o una edad reproductiva temprana o tardía. ⁽⁹⁾

Mujeres en riesgo, se conoce que las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia problemas de baja autoestima, embarazo recurrente, hijos con bajo peso, prematuros y sus tasas de mortalidad infantil son mayores, así también en ellas se incrementa el índice de cesáreas, morbilidad asociada a la gestación y aunque las causas no están claras, se cree que pueden ser debidas a inmadurez biológica, estatus social bajo, cuidado preconcepcional y prenatales deficientes, conductas inadecuadas y/o mal estado nutricional. Las gestantes mayores de 35 años presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y complicaciones durante la gestación y el parto entre ellas: la diabetes gestacional, hipertensión o alteraciones de la placenta. ^(10,11) El Médico Familiar en su quehacer cotidiano con la información sobre riesgo gestacional y

anticoncepción puede contribuir a disminuir la tasa de embarazos no deseados, menos complicados y favorecer una gestación responsable.

Enfermedades crónicas:

Es de especial interés el diagnóstico y conocimiento de las enfermedades crónicas actuales y previas, que puedan condicionar problemas de un futuro embarazo. Además del riesgo inherente a la propia enfermedad, hay que sumar los efectos adversos que pueden suponer los medicamentos que toma para su tratamiento y procedimientos a realizar para su seguimiento (como RX).

Diabetes mellitus: Es considerada la enfermedad metabólica que con más frecuencia complica el embarazo, después de la hipertensión arterial y el asma bronquial, es la tercera enfermedad crónica que puede afectar a una gestante, se han encontrado los siguientes hallazgos: las embarazadas diabéticas tienen de 2 a 3 veces más riesgo que las no diabéticas de presentar complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones genitourinarias, preeclampsia o parto prematuro, en sus hijos alteraciones congénitas, malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del tubo neural. Se ha demostrado que el control estricto del nivel de la glucemia en el periodo preconcepcional y durante las primeras semanas del embarazo (periodo de organogénesis), ha reducido el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos; por lo tanto, es importante planificar sus embarazos de forma que mantengan un nivel de glucemia balanceado. En cuanto a la tensión arterial y la función renal, habrán de manejarse a lo óptimo pues tienen la posibilidad de padecer

retinopatías o neuropatía y éstas deben ser evaluadas antes de la concepción. El primer escalón del tratamiento de las diabéticas que planifican una gestación es la dieta para controlar los niveles de glucemia. (12-14)

Entre los factores de riesgo para diabetes gestacional se encuentran: Glucemia en ayunas > 4,4 mmol/L (80 mg/dl), edad materna > 30 años, sobrepeso corporal materno (IMC > 26,0), familiares diabéticos de primera línea, macrosomía previa (neonatos = ó > 4000 g), mortalidad perinatal previa, diabetes gestacional previa, malformaciones congénitas previas, polihidramnios.

Hipertensión Arterial en el embarazo: Son dos escenarios distintos, primero la hipertensión arterial crónica que según los criterios publicados por el **National High Pressure Education Program Working Group** en el año 2000, el diagnóstico de hipertensión arterial se establece, tanto durante como fuera del embarazo, cuando la tensión arterial sistólica es igual o mayor a **140 mmHg** o la diastólica es igual o mayor a **90 mmHg**, siempre y cuando éste hecho se confirme seis o más horas después, de acuerdo con la misma fuente, la hipertensión arterial concomitante con el embarazo puede clasificarse como crónica (*cuando precede al embarazo, cuando se diagnostica antes de las veinte semanas del mismo o si persiste después de 12 semanas de resuelto éste*) o como hipertensión aguda inducida por el embarazo (*cuando ocurre después de las veinte semanas de gestación y se resuelve después del nacimiento*). De esta última se aceptan dos variantes distintas e independientes. A la primera se le conoce como *preeclampsia-eclampsia*, cursa con albuminuria y es potencialmente maligna, ya que puede acompañarse de alteraciones multisistémicas que arrojan

elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, materna y perinatal. La segunda variante, cuya evolución es más benigna, se manifiesta sólo por hipertensión, no ocasiona daño renal ni manifestaciones sistémicas y se le conoce como *hipertensión gestacional*. (15, 16)

La hipertensión inducida por el embarazo, se establece cuando haya una elevación de la cifra **sistólica de unos 30 mmHg y de la TA diastólica de 15 mmHg de los valores basales**, la *hipertensión gestacional* es una patología frecuente y con repercusión en la salud de la madre y el recién nacido y/o feto. Tiene una incidencia que oscila entre 1.7 a 38% pudiendo estar subdiagnosticada, especialmente en los países en vías de desarrollo. Se presenta más frecuentemente en mujeres de nivel socioeconómico bajo, mal control prenatal, edades extremas de la vida y con hipertensión arterial crónica produciendo en ellas mayor frecuencia de partos no eutócicos. En cuanto al producto de la concepción, la hipertensión inducida por el embarazo se relaciona con Apgar bajo a los 5 minutos, partos prematuros, recién nacidos con bajo peso, ya sea aquellos con retardo de crecimiento intraútero o pequeños para la edad gestacional. No existe una forma efectiva para evitar la enfermedad, es por ello que se requiere llevar un adecuado control prenatal para detectar aquellas madres con riesgo para padecer hipertensión gestacional, por otro lado, las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación. La hipertensión crónica puede aumentar el riesgo de que se produzcan complicaciones durante el embarazo, como problemas con la placenta y retraso en el desarrollo del feto. Es necesario que el médico estadifique a la paciente con respecto a la hipertensión antes de que quede embarazada para que pueda determinar cuál será la mejor intervención. (17,18)

Clasificación: según el **Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia**, se divide a esta entidad en cuatro categorías ⁽¹⁹⁾: trastornos hipertensivos dependientes del embarazo (preeclampsia – eclampsia), hipertensión crónica sea cual fuere la causa, hipertensión crónica con preeclampsia o eclampsia sobreañadida, hipertensión transitoria o tardía. En México los trastornos hipertensivos complican al **12-22%** de los embarazos y es la primera causa de muerte en nuestro país. ⁽²⁰⁾

Asma (AB): Se estima que **1% a 4%** de embarazos son afectados por **AB**, pero puede ser más elevada ya que el 10% o más de la población general padece de hiperreactividad bronquial no específica. Si no es tratado, el asma puede llevar a complicaciones serias para la madre y el feto, el asma es una de las enfermedades médicas más frecuentes en mujeres en edad fértil. El embarazo puede modificar la evolución del asma, sobre todo en pacientes con asma moderada o severa que podrían tener un agravamiento de sus síntomas particularmente en el último trimestre de gestación. Las embarazadas asmáticas se benefician claramente manteniendo durante la gestación un tratamiento estricto capaz de controlar los síntomas y evitar crisis agudas. ^(21,22)

Fenilcetonuria (PKU): es una enfermedad metabólica, que se transmite genéticamente (produce una alteración en la enzima fenilalanina hidroxilasa, produciéndose un aumento de los niveles de fenilalanina en sangre). Actualmente, se ha comprobado que las mujeres jóvenes que padecen esta enfermedad, deben seguir estrictamente una dieta especial desde tres meses antes del embarazo y continuarlas durante el mismo. De esta manera, pueden controlar los niveles de fenilalanina en la sangre para poder

tener un bebé sano. Necesitarán realizarse análisis de sangre por lo menos una vez a la semana durante todo el embarazo para asegurarse de que los niveles de fenilalanina en la sangre no sean muy elevados.

Enfermedad tiroidea: Se ha recomendado al médico que debe mantener los niveles ideales de las hormonas tiroideas tanto para favorecer la fertilidad (preconcepcional) así como para evitar un posible daño al bebé. Es importante un trabajo en equipo de preferencia con el endocrinólogo y obstetra.

Epilepsia: por sí misma y por los medicamentos que se utilizan para su control, son factores potencialmente teratógenos y algunos comprobados, aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas incontroladas, que los efectos adversos asociados a la medicación. Es importante mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica y de ser posible, que sea un solo medicamento; incluso algunos investigadores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis.

Enfermedad tromboembólica: Algunas mujeres presentan especial riesgo para el desarrollo de enfermedades de tipo tromboembólico y se va incrementado este riesgo durante el embarazo y en el post parto. Se ha documentado que el riesgo de trombosis venosa durante el embarazo es 7 a 10 veces mayor que fuera del mismo, pudiendo ser el tromboembolismo la primera manifestación de trombofilia hereditaria.

Lupus eritematoso sistémico (SLE): Este trastorno autoinmune incrementa el riesgo de aborto espontáneo o de parto prematuro y la atención médica con evaluación antes

de la concepción es importante para determinar cuál es el mejor momento para recomendar el embarazo. El predominio relativo de linfocitos Th2 respecto de los Th1 es responsable de la mejoría que se observa en las enfermedades autoinmunes con predominio de estos últimos linfocitos (artritis reumatoidea, esclerosis múltiple, tiroiditis) durante el embarazo y del empeoramiento de aquellas que dependen de los Th2 como el lupus eritematoso sistémico. Sin embargo, la mejoría transitoria es seguida de una recaída posterior a la gestación.

Enfermedad renal: Aunque no todas, algunas mujeres con enfermedad renal grave pueden empeorar el daño renal durante el embarazo, el producto puede estar expuesto a un riesgo mayor de muerte y de falta de desarrollo, el médico familiar debe asegurarse de que sobre todo la presión arterial esté bajo control desde antes del embarazo.

Enfermedades infecciosas y vacunaciones: Es importante para el médico familiar determinar y asegurarse de la exposición a enfermedades infecciosas y su estado de actualización en las inmunizaciones.

Rubéola: la infección primaria de la madre con el virus de la rubéola en el primer trimestre de gestación puede producir alteraciones fetales en un 50% de los casos incrementándose el riesgo de aborto espontáneo y recién nacido muerto y en un 35% si se produce en el segundo trimestre. Si una mujer presentó un cuadro clínico compatible debe posponerse el embarazo cuando menos tres meses para asegurarse que la persona quedó protegida y desarrolló inmunidad.

Toxoplasma: En algunos casos se recomienda realizar pruebas para determinar la inmunidad existente contra esta infección parasítica que puede producir lesiones neurológicas severas al bebé, y el consejo preconcepcional es la mejor información preventiva que se les puede dar a las madres. ⁽²³⁾

Hepatitis B (VHB): Se ha escrito que el 90% de los portadores crónicos de **VHB** han sufrido la infección de forma asintomática y muchas mujeres portadoras desconocen que lo son. Aunque no se recomienda el estudio preconcepcional de manera rutinaria, si es recomendable en las pacientes con alto riesgo para ser identificadas, aconsejadas y en su caso proceder a su vacunación tres meses antes del embarazo para asegurarse que quedó protegida y desarrolló inmunidad. La infección por el **VHB** es un problema especial para las mujeres embarazadas. Una mujer embarazada no sólo enfrenta los riesgos de la hepatitis para ella, sino que también podría transmitirle el virus a su bebé. Aproximadamente 1 de cada 500 a 1,000 mujeres embarazadas tiene hepatitis al dar a luz. Es posible que otras estén infectadas pero que no muestren ninguna señal de los efectos durante el embarazo. Cuando una mujer embarazada se infecta con el virus de la hepatitis B, existe la probabilidad de que ella infecte al feto. Dependiendo de cuándo ocurra la infección, el bebé podría adquirir el virus. Si ocurre en la etapa temprana del embarazo, el bebé tiene menos de un 10% de probabilidad de adquirir el virus. Si ocurre en una etapa avanzada del embarazo, existe hasta un 90% de probabilidad de que el bebé se infecte. La hepatitis puede ser grave en los bebés. Puede poner en peligro sus vidas. Aun bebés que parecen estar sanos podrían correr el riesgo de desarrollar problemas médicos graves. Los recién nacidos infectados tienen un riesgo

alto (hasta un 90%) de convertirse en portadores. Ellos también pueden transmitirles el virus a otras personas. Cuando llegan a adultos, estos portadores tienen un 25% de riesgo de morir de cirrosis o cáncer del hígado. En estudio realizado en el IMSS reportó una prevalencia de antígeno de superficie para la hepatitis B del 1.65% en embarazadas. ⁽²⁴⁾

VIH-Sida: Recolectar información sobre la pareja o de la misma mujer sobre si han tenido conductas de alto riesgo, por ejemplo, si le han puesto alguna transfusión sanguínea no segura, si sospechan que alguno de los dos tiene enfermedades de transmisión sexual, se les ofrecerá la realización de análisis preconcepcional. Los avances en el tratamiento de las mujeres seropositivas gestantes han demostrado disminuir la transmisión vertical del VIH hasta un 8.3%. Por otro lado, en mujeres seronegativas con pareja seropositiva, existe la posibilidad de inseminación artificial con semen lavado y libre de virus. En México cerca del 70% de las mujeres infectadas se encuentran entre los 15-44 años de edad. Esta situación establece que la posibilidad de embarazo en las mujeres seropositivas sea alta. ⁽²⁵⁾

Infeción pélvica: Se ha encontrado que la salpingitis, como parte de la enfermedad pélvica inflamatoria, es un factor de riesgo muy frecuente en la población. ⁽²⁶⁾

Inmunizaciones: Es explicable que los autores mencionen que: *la consulta preconcepcional es la oportunidad para revisar y actualizar el estado inmunitario de la paciente* priorizando en la práctica medica familiar.

Factores de riesgo psicosocial: En la consulta preconcepcional es posible sistematizar el estudio de factores en ocasiones olvidados entre ellos: violencia conyugal, pobreza, educación, actitudes, el uso de la entrevista clínica y el abordaje de familia; son instrumentos que ayudan al médico de ver el panorama de una mujer que desea una gestación. (27,28)

Planteamiento del problema:

En **México** aún se consideran elevados los índices de mortalidad materna , en el **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)** que atiende al **42 %** de la población, reportó en el 2004 una tasa de mortalidad materna en su población derechohabiente de **27.5** por **100 mil** nacidos vivos, cifra que contrasta con **39** registrada en 2000, en el año 2006 para los derechohabientes del **IMSS en el estado de Guanajuato** se reportó una cifra de **22** por 100 000 nacidos vivos inferior al promedio nacional del **30.2 por 100 mil** nacidos vivos . ⁽²⁹⁾

A nivel del mundo la mortalidad materna muestra diferencia por país para el año 2000, de las 529 mil defunciones maternas, el **95 %** ocurrió en África y Asia, mientras que **4 %** (22 000) se registró en América Latina y el Caribe, y menos de **1 %** (2500) en las regiones más desarrolladas del mundo. ⁽³⁰⁾

Para explicar estos hallazgos de mayor mortalidad materna en países latinoamericanos es que aún comparten una alta prevalencia de factores o causas que complican los embarazos, por ejemplo, baja escolaridad, pobreza, accesibilidad a los servicios de salud, multiparidad, la promiscuidad sexual, el comienzo precoz de las relaciones sexuales, las enfermedades concomitantes con el embarazo, entre muchas otras más, así como las complicaciones en el transcurso del mismo. **(31,32)**

Una característica de la medicina familiar es la atención anticipatoria, se conoce que el médico familiar realiza la atención de la embarazada, la consulta prenatal es una de las actividades más frecuente que comúnmente realiza, sin embargo, la atención preconcepcional como actividad es poco solicitada al médico familiar, la mujer por lo común acude cuando ha concebido, no antes, en la practica son relativamente poco las mujeres que acuden explícitamente a solicitar consulta preconcepcional, grupos como adolescentes, mujeres con vida sexual activa, pobres o bien aquellas que no tiene acceso a los servicios de salud, no reciben orientación preconcepcional, existe una brecha en la medicina familiar y esto por supuesto incide de alguna manera negativa en la salud de las embarazadas.

Lo documentado sobre mortalidad materna, plantea un reto al medico familiar y dado que muchas de sus causas son previsibles obliga a su abordaje preventivo de riesgo, que ayude hacer un análisis en un periodo anticipatorio a la reproducción y/o concepción, que permita estadificar el riesgo en la futura madre de forma individual y con ello hacer una ruta ideal de su manejo, dado que en esta región central del estado de Guanajuato se desconoce de estudios que indaguen la prevalencia de factores de riesgo preconcepcional, se propone la presente investigación que trata de resolver la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil?

Justificación:

La salud materno infantil es uno de los indicadores que miden el nivel de desarrollo de un país y la calidad de la atención en salud prestada a la madre, que como resultado da recién nacidos sanos y sin que la madre sufra complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Se conocen muchos de los factores que pueden llevar a una mujer al riesgo obstétrico, las cuales generan problemas de salud en países subdesarrollados y en vías de desarrollo y son vulnerables cuando se conoce su prevalencia, propósito de este estudio, resaltando todo lo que implique un riesgo en la reproducción antes de que la mujer en edad fértil se involucre en un embarazo, de tal forma que el médico de primer nivel pueda realizar una atención integral preventiva en el riesgo existente, para lograr así un máximo bienestar para la madre y el niño.

La prevención de las complicaciones y sus consecuencias como la muerte materno infantil, durante el proceso de reproducción, es la principal acción del médico y cualquier trabajador de la salud para lograr el control de los factores que aumenten el riesgo reproductivo de la mujer. Los resultados que aporten el presente estudio formarán parte del diagnóstico situacional de riesgo preconcepcional y de utilidad en este problema complejo.

A fin de atender esta problemática es necesario un fortalecimiento adecuado de los sistemas de salud, sustentado en hallazgos de la investigación y con ellos aplicar una

coordinación eficaz entre las autoridades de las instituciones de salud y los prestadores del servicio, una atención oportuna y de calidad, con recursos necesarios para la atención de las pacientes antes del embarazo y atender menos obstétricas graves.

Objetivo general

Identificar los factores de riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil de la UMF No 23 Apaseo el Grande Guanajuato

Objetivos específicos:

1. Comparar por grupos etarios la presencia de factores de riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil de la UMF No 23 Apaseo el Grande Guanajuato.
2. Estadificar el riesgo preconcepcional de acuerdo a la escala de Coopland de factores de riesgo, presentes en mujeres de edad fértil de la UMF No 23 Apaseo el Grande Guanajuato.

Material y métodos:

Diseño de estudio: Estudio trasversal, descriptivo.

Universo y muestra: Mujeres derechohabientes del IMSS en la UMF No 23 IMSS Apaseo el Grande Gto. México, en base a lo reportado en la literatura sobre la proporción de mujeres en edad fértil que tiene factores de riesgo preconcepcional del 30% y con nivel de significancia de 0.01, y una potencia de 90 se obtiene un tamaño de muestra de 50 pacientes, sin embargo, dado que se realizó en el periodo comprendido se obtuvieron 80 encuestas. **n=80.**

Unidad de muestreo: mujeres en edad fértil que acudieran a la unidad por cualquier motivo a la consulta de medicina familiar, incluyendo aquellas que consultaran específicamente su riesgo reproductivo preconcepcional o solicitar método de planificación familiar.

Tipo de muestreo: por cuota en el periodo comprendido con fecha Mayo – Junio, 2012.

Criterios de inclusión: Mujeres en edad fértil de acuerdo a **OMS**, las considera en edad fértil como aquellas comprendidas entre los 10 y los 49 años, sean esposas, pareja, soltera, no embarazadas, pueden estar en periodo post parto tardío o cesárea, independientemente de su edad, situación unión, escolaridad etc.

Criterios de exclusión: mujeres con OTB, embarazadas, histerectomía.

Criterios de eliminación: no completen las entrevistas.

Instrumento: Se diseñó un instrumento que sirve de guía para una entrevista estructurada que indaga los factores de riesgo y para ello se les aplica a todas las mujeres en edad fértil de Apaseo el Grande, Guanajuato, en una consulta por el investigador se realiza la revisión clínica, se anotarán y codificarán las principales variables, así también se realiza exploración física. Los resultados se les aplican la escala de Coopland y colaboradores para obtener el riesgo reproductivo.

Análisis estadístico: Descriptivas y en la comparación entre grupos no paramétrico en caso de comparación variable.

Cuestiones éticas: Para el presente estudio se solicitó por escrito el consentimiento informado a las madres de las mujeres menores de 18 años, así como a las pacientes mayores de 18, lo mismo que la autorización del comité de investigación No. 1004 en Salamanca, Guanajuato. Estudio descriptivo considerado de bajo riesgo de no intervención.

Operacionalización de las variables:

Variable: grupos de edades, por años meses y días cumplidos, escala ordinal: Grupo 1: 15 años o menos. Grupo 2: 16 hasta 35 años, Grupo 3: mayores de 35 años, tomando en cuenta lo estipulado por la escala de Coopland y Cols. de factores de riesgo obstétrico *. **A simplified antepartum high-risk pregnancy scoring form: satatical analysis Of 5459 cases. CMA JOURNAL/MAY 7, 1977/VOL.116 PA 999-1001.**

Variable: estado civil: Escala cualitativa: Casada: aquella que se haya unido de forma oficial ya sea por la iglesia o por lo civil. Soltera: aquella que en estos momentos no esta casada ni tiene pareja. Unión libre: la que tiene pareja, pero no se ha unido de forma oficial.

Variable: Nivel de escolaridad. Escala cualitativa por años de estudios escolares: Analfabeta: que no sabe leer ni escribir. Primaria sin terminar: la que comenzó sus estudios en primaria y no los terminó. Primaria terminada: la que terminó sus estudios primarios. Secundaria terminada: la que terminó sus estudios. Técnico: La que cursa carrera técnica. Preparatoria: la que cursó completa la preparatoria ó bachillerato. Profesional: la que ha terminado carrera universitaria.

Variable Dependiente:

Antecedentes obstétricos, riesgo preconcepcional

Período intergenésico corto: cuando se presenta un embarazo con antecedente de embarazo previo menor de dos años. Escala cualitativa binomial toma valor de Si en caso de estar presente y No cuando no lo esta.

Paridad: Escala cualitativa politómica, que toma los siguientes valores: Nulípara: aquella que no ha parido nunca. Promedio: Hasta tres hijos: aquella que tuvo hasta tres hijos. Multípara de cuatro o más hijos: la que tuvo el número de hijo en este rango. Gran Multípara Siete o más hijos: aquella que tuvo siete o más hijos.

Abortos: Escala cualitativa binomial toma valor de Si en caso de estar presente y No cuando no lo está: es la interrupción del embarazo, de forma espontánea y repetitiva, antes de las 20 semanas ó si no conoce la edad cuando el producto es menor de 500 gramos.

Malformaciones congénitas: cuando aparece una alteración de la morfología en el producto de la concepción.

Prematurez: Cuando ocurrió un parto pretérmino, escala cualitativa toma valor de Si en caso de estar presente y No cuando no lo está: aquel parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

Recién nacido bajo peso: aquel que pesa menos de 2500 gramos.

Toxemia anterior: aquella mujer que presentó un cuadro hipertensivo durante el embarazo y fue dependiente del mismo. Toma valor de Si en caso de estar presente y No cuando no lo está.

Cesárea anterior: aquella mujer que fue operada por cesárea. Toma valor de Si en caso de estar presente y No cuando no lo está

Variable Independiente:

Presencia de patologías (Anexo): Variables nominal dicotómica Si y No.

Variables antropométricas en unidades de medidas internacionales metro, Kilogramos e Índice de masa corporal (peso / talla al cuadrado).

Resultados:

Se encuestaron 80 mujeres en edad fértil que cumplieron los criterios de acuerdo a la definición de la OMS, que acudieron a consulta de medicina familiar a la unidad de medicina familiar No. 23 en Apaseo el Grande, Gto, en el periodo establecido, encontrando un promedio de edad de 27 ± 9 años, desde adolescentes (edad mínima 14 años) hasta adultas (edad máxima 46 años). En relación al número de integrantes de familia tuvieron un promedio de 4.5 ± 1.5 integrantes las sitúa en familias tamaño numerosa. El 59% mencionaron ser casadas con una edad promedio de su cónyuge de 32 ± 8 años entonces matrimonios en etapa intermedia, un 35 % fueron solteras.

En cuanto a lugar de residencias predominaron las urbanas con el 72.5%, por su conformación fueron nucleares en 63% y de tipo mono parentales y reconstituidas fueron las menos frecuentes 6%.

De acuerdo a la etapa familiar en que encontraron las entrevistadas la mayor parte 71.5% están en la expansión y dispersión etapas de mayor fertilidad. El 21% en etapa de independencia y el 7.5% en etapa de retiro.

En relación al nivel de escolaridad para el esposo predominó el nivel secundaria y carrera técnica en un porcentaje de 78.4% un 15% de nivel primaria y con una escolaridad nula de 6.6 %. El nivel de escolaridad de la esposa con un 57.5% de nivel secundaria, y 13.7% de nivel técnico, 17.7% de escolaridad primaria y solo un 1.1% de escolaridad nula.

La relación en el caso de la ocupación del esposo con un 58.7% como obrero, en el 18.7% como empleado, el 13.7% como técnico y solo el 8.9% entre jubilado y pensionado. La cifra de ocupación de la esposa, se encontró en un 57.5% dedicadas al hogar, el 26% laboran como obrero, un 13 % como empleados y técnicos.

En el tipo de atención médica todos son derechohabientes del IMSS.

El tiempo de acceso a los servicios de salud el 68.7% menos de una hora, de una a dos horas el 21.2%, y el 6.4% de 3 a 12 hrs.

En el cuestionario sobre antecedente ginecológicos, el promedio de menarca en años cumplidos fue a los 12.2 años más menos 1.1 años de edad. Se interrogó sobre eventos obstétricos, el 20% no había tenido embarazo, el 25% correspondió a primíparas, y solo 3 fueron multíparas. De las que tiene antecedentes de embarazo lo terminaron cerca de un 50% por cesárea (31 de 64). En el ritmo menstrual reportaron el 67.5% ritmo regular y el 32.5% irregular. De todas las encuestadas, el 86.2% sexualmente activas, de las cuales el 66% solo con una pareja sexual el 17.5% con dos parejas, el 2.5% con tres parejas sexuales, y solo el 1.5 con 4 parejas sexuales, el resto, sin pareja sexual actualmente.

En el uso de método de planificación familiar, el 43.8% utiliza algún método y el 56.2% no lo hace.

En relación al número de hijos planeados, el 35% no lo sabe, el 43.75% han planeado 3, el 13.75% solo 2, el 5% ha planeado 4 y el 2.5% un hijo.

Del total de las pacientes interrogadas, se indagó sobre la realización del DOC de las cuales, el 77% se lo ha realizado. De estas 82% conoce su resultado y el 89% lo sabe referir en términos generales sin especificar.

En relación al DOCMA se lo han realizado 91% y de estas el 96% conoce su resultado. El 94% sabe referir su resultado, en términos generales, no lo especifica.

Se realizó la toma de peso, talla, tensión arterial, de los cuales, el 65% en sobrepeso, el 17% en algún grado de obesidad. En relación a cifras de tensión arterial se encontró un 24% con cifras por arriba de los límites normales, de las cuales solo el 11% se conoce hipertensa ya diagnosticada.

Al interrogatorio de factores de riesgo obstétrico, iniciando con la edad, menores de 16 años con un 13%, mayores de 35 años 21.7%.

Las que refirieron contar con factor de riesgo de Diabetes Mellitus fue el 5%, Hipertensión Arterial el 11.3%, Nefropatía y Cardiopatía el 0%, Obesidad el 41.7%.

En relación a antecedentes obstétricos, un 5% con intervalo intergenésico corto, por multiparidad un 5%, un 2.5% con antecedente de aborto, con malformación congénita un 3.8%, con cesárea previa un 36.3%, un 0% por hemorragia del segundo trimestre de embarazo, un 13.8% por Preeclampsia-Eclampsia, por prematuridad un 0% y un 2.5% por muerte fetal.

De acuerdo a la escala de Coopland y cols., con los grupos etarios en mujeres en edad fértil, estatificado el grado de riesgo preconcepcional, se obtuvo que el 53.75% con riesgo bajo, de las cuales el 16.25% se encuentran en el grupo de edad de 15 años o menos, el 33.75% en el grupo de edad de 16-35 años y el 3.75% en mayores de 35 años.

El nivel de riesgo alto reportó un total de 36.25% siendo de 15 años de edad o menos el 2.5%, del grupo de 16 a 35 años el 15%, y mayores de 35 años el 18.75%.

El nivel de riesgo extremo fue un total de 0% en edad de 15 años o menos, en el grupo de 16 a 35 años un 1.25%, y en el grupo de edad mayores de 35 años 8.75%.

El número de pacientes del grupo 1 (15 años o menos) corresponde a un total de 15. Del grupo 2 (16 a 35 años) fueron un total de 40 y del grupo 3 (mayores de 35 años) fueron un total de 25 pacientes.

Tabla 1. Características generales y de familia en mujeres en edad fértil de la UMF No 23 IMSS Apaseo el Grande, Gto.

Total de entrevistadas n= 80	
Edad de la entrevistada	Media de 27± 8.9 años Mínimo 14 , máximo 46 años
Edad del cónyuge	Media 32.3± 8.3 años Mínima de 17 Máxima de 50 años
Integrantes de familia	± 1.5 mínimo de 2 y máximo de 9
Estado Civil	
Unión libre	5 6%
Matrimonio	47 59%
Solteras	17 35 %
Lugar de residencia	
Urbana	58 72.5 %
Rural	22 27.5 %
Tipo de familia por parentesco	
Nuclear	8 10%
Nuclear simple	42 53%
Nuclear extensa	25 31%
Reconstruida o binuclear	1 1%
Monoparental	4 5%
Clasificación de familia por ciclo vital	
Expansión	26 32.5%
Dispersión	31 39 %

Independencia	17	21 %
Retiro	6	7.5%

Fuente: encuesta.

Los antecedentes ginecobstétricos; El promedio de menarca fue los 12.3 ± 1 años, 69 entrevistadas (86%) con vida sexual activa, de las cuales predominó con una pareja el 75.4% y solo una (1.3%) con 4 parejas. En cuanto al ritmo menstrual una cada tres presentó ritmo menstrual irregular (32.5%). **Tabla 2.**

**Tabla 2 Antecedentes ginecobstétricos en mujeres en edad fértil de la UMF 23
IMSS Apaseo El Grande, Gto.**

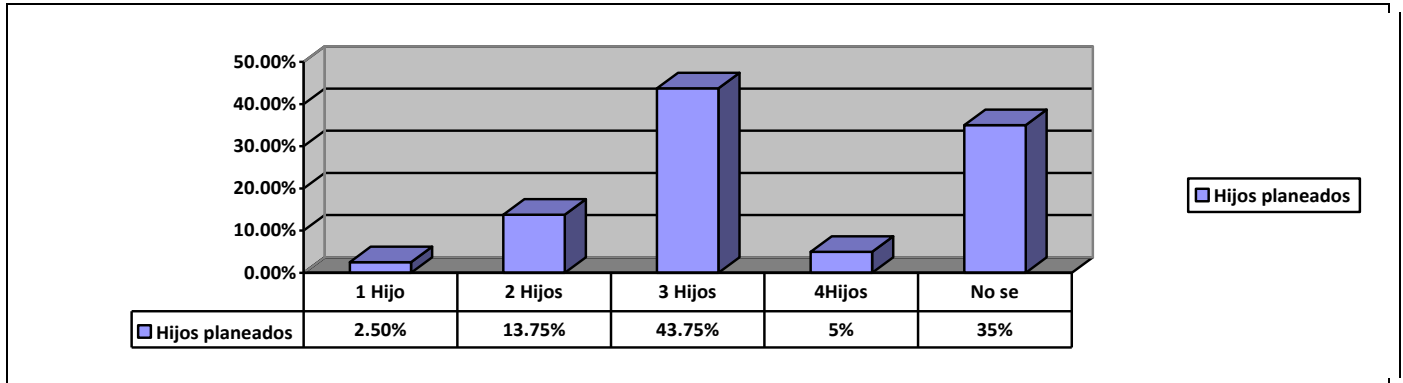
Total de entrevistadas n= 80	
Menarca años cumplidos	12.2±1.1 años
Mujeres sexualmente activas	69 (86.2 %)
Número de parejas sexuales	0 10 (12.5%) 1 52 (66 %) 2 14 (17.5%) 3 2 (2.5%) 4 1 (1.5%)
Ritmo menstrual	
Regular	54 (67.5%)
Irregular	26 (32.5%)
Uso de métodos de planificación	SI 38 (43.8%) NO 42 (56.2%)
Número de hijos planeados	1 2 (2.5%) 2 11 (13.75%) 3 35 (43.75%) 4 4 (5 %) NO SE 28 (35%)

Fuente: Encuesta

Mencionaron planear en mayor frecuencia tres hijos, con un rango de 1 a 4. Gráfico 1.

Gráfico 1. Número de hijos planeados en las pacientes en edad fértil en la UMF 23

Apaseo, El Grande, Gto.

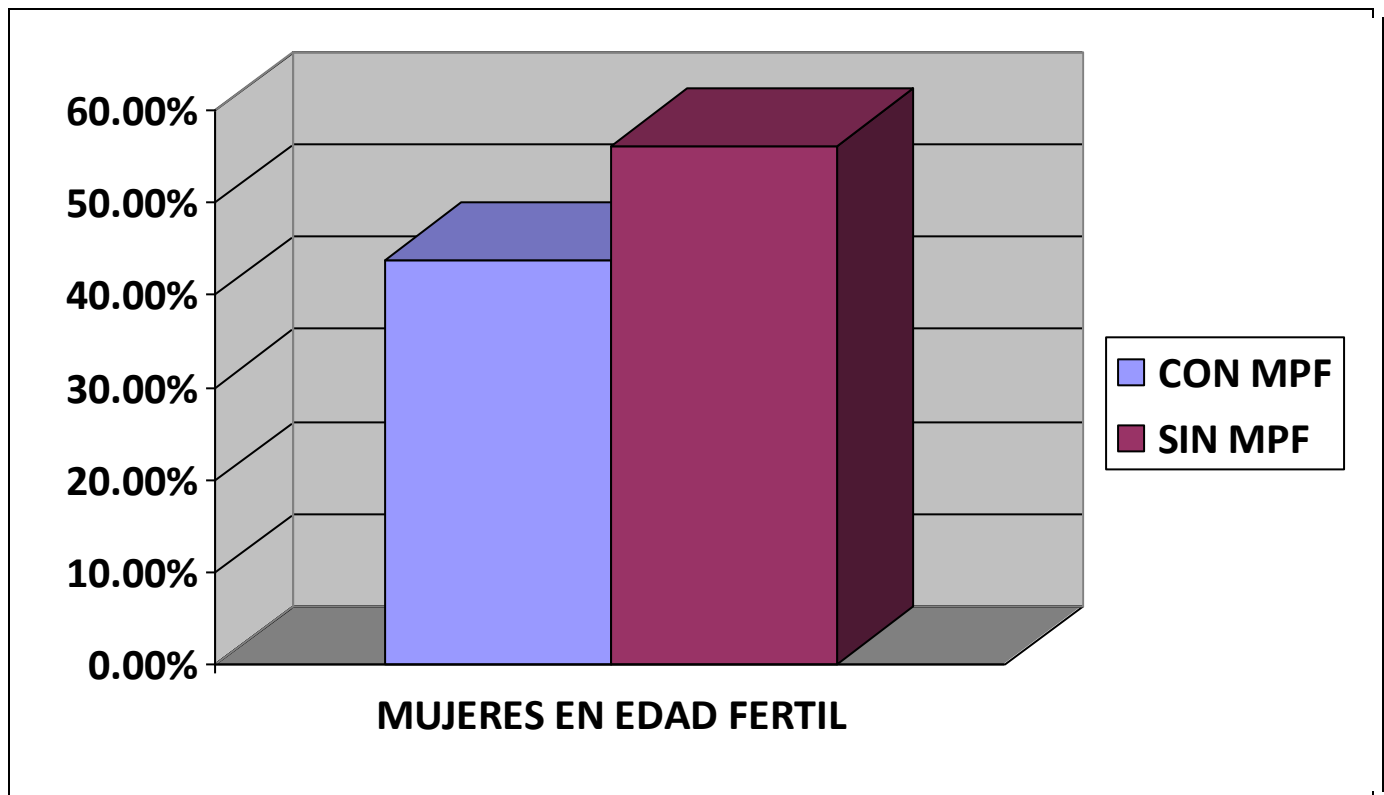


Fuente: Encuesta.

Cercano a la mitad las entrevistadas usan algún método de planificación familiar (MPF)

43.8% **Grafico 2.**

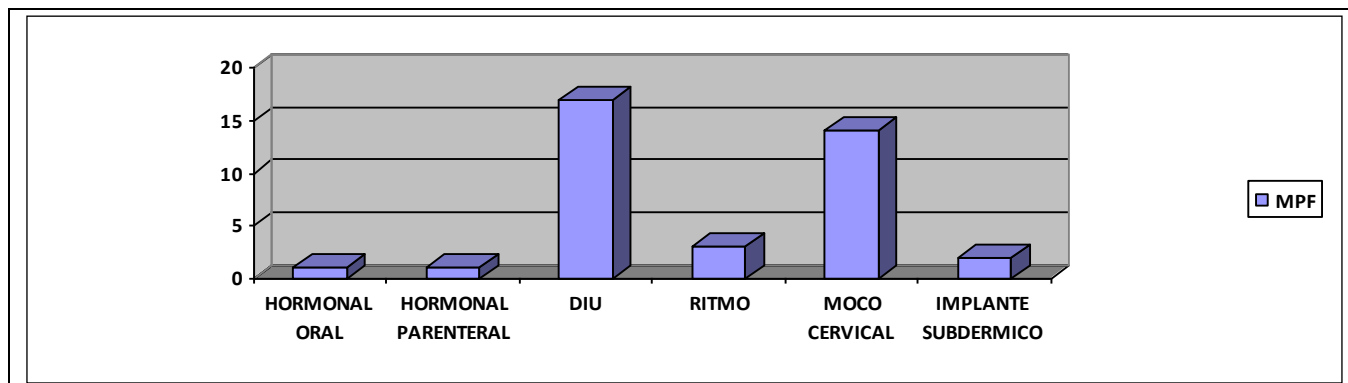
Grafico 2: porcentaje de uso de método de planificación familiar en mujeres en edad fértil en UMF 23 Apaseo el Grande, Gto.



Fuente: encuesta.

El más usado fue el dispositivo intrauterino por 17 mujeres (44.7%) y el menos usado fueron los hormonales con solo 4 casos > (orales, parenterales e implante). Gráfico 3.

GRAFICO 3. Tipo de método de planificación familiar usado por las mujeres en edad fértil en la UMF 23 Apaseo el Grande, Gto.



Fuente: encuesta.

Tabla 2 Antecedentes ginecobstétricos en mujeres en edad fértil de la UMF No 23 IMSS Apaseo el Grande, Gto.

Fuente: Encuesta

En las entrevistadas se indagó los tipo de eventos obstétricas que hubieran presentado 16 de ellas (20%) no habían tenido embarazo y 25% correspondieron a primíparas, solo 3 fueron múltiparas, en las mujeres que tuvieron antecedente de embarazo lo terminaron cercano al 50% por cesárea (31 de 64 embarazos terminaron por cesárea)

tabla 3 .

Tabla 3. Prevalencia de factores de riesgo en la población de mujeres en edad fértil en la UMF No 23

IMSS Apaseo el Grande, Gto.

Factor de Riesgo	Número Porcentaje
Por edad	
<i>menor de 16 años</i>	15 (13%)
<i>mayor de 35</i>	25 (21.7%)
Condición médica	
<i>Diabetes mellitus</i>	4 (5%)
<i>Hipertensión arterial</i>	9 (11.3%)
<i>Nefropatía y cardiopatía</i>	0
<i>Obesidad</i>	48 (41.7%9)
Historia obstétrica pasada	
<i>Intervalo Inter-genésico corto</i>	4 (5%)
<i>Multiparidad</i>	4 (5%)
<i>Abortos</i>	2 (2.5%)
<i>Malformación congénita</i>	3 (3.8%)
<i>Cesárea previa</i>	29 (36.3%)
<i>Hemorragia 2a mitad de embarazo</i>	0
<i>Preeclampsia Eclampsia</i>	11 (13.8%)
<i>Prematurez</i>	0
<i>Muerte fetal</i>	2 (2.5%)

Fuente: Encuesta

La estatificación del grado de riesgo preconcepcional en comparación con los grupos etarios en la población de estudio se muestra en la **tabla 4**, se observa una alta

prevalencia de casos en el grupo 3 con 15 mujeres con alto grado y 7 mujeres con grado extremo.

Tabla 4. Nivel del riesgo de acuerdo a la escala de *Cooplant* y *Cols* y grupos etarios en mujeres en edad fértil en la UMF no 23, IMSS Apaseo el Grande, Gto.

Nivel de riesgo	Grupo 1 15 años o menos	Grupo 2 16 hasta 35 años	Grupo 3 mayores de 35 años	Total	Ji cuadrada
Bajo	13	27	3	43	30.882 P< 0.00
Alto	2	12	15	29	
Extremo	0	1	7	8	
Total	15	40	25	80	

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN:

El estudio realizado nos permitió identificar la presencia de los factores de riesgo presentes en cada mujer en edad fértil encuestada, estadificarlos y compararlos de acuerdo a grupo etario correspondiente. Al realizar un análisis de acuerdo a los resultados de las encuestas podemos observar que la edad promedio de las pacientes está dentro de un alto periodo reproductivo, perteneciendo en su mayoría a familias nucleares y en periodo del ciclo vital familiar en expansión y dispersión, lo que confirma la alta posibilidad de reproducción, casadas en su mayoría.

Presentan también un alto porcentaje de mujeres solteras, en edad fértil con vida sexual activa, esto puede ser debido a diversas causas como la falta de comunicación dentro de las familias, pobre educación sexual y la influencia de los medios masivos de comunicación, lo que obliga al medico familiar a educar y orientar en el ámbito sexual, en los métodos de planificación familiar e incidir en los rubros de embarazos en adolescentes, no deseados ó no planificados, en enfermedades de transmisión sexual, ya que todos afectan directamente en la evolución y culminación de los embarazos. Un porcentaje importante muestra deseos de tener un determinado número ideal de hijos, lo que las hace con alto índice de aceptación de uso de métodos de planificación familiar y las que ya tienen un método prefirieron el dispositivo intrauterino, muy probablemente por su comodidad, alto índice de efectividad, bajo índice de efectos secundarios, etc.

Dentro de los antecedentes ginecoobstetricos nos llama la atención la alta presencia del antecedente de cesárea para resolver embarazos previos, índice que ha venido en aumento en todas las literaturas, esto las predispone a complicaciones en embarazo futuros como la inserción baja de placenta y de nuevo la resolución de embarazos por esta vía. Otro factor importante detectado es la propia edad de las mujeres en edad fértil, que las hace con nivel de riesgo alto y extremo por acumulación de factores, lo que también no presenta una oportunidad de orientación, aconsejaría que nos permita evitar embarazos en mujeres añosas.

Dentro de los factores de enfermedades resalta la presencia de obesidad en un número importante de mujeres en edad fértil, esto es debido a múltiples factores, como son la herencia, la educación propia de la paciente, en su autocuidado, hábitos dietéticos, de ejercicio físico ó sedentarismo, etc. Esto predispone a un embarazo con complicaciones como serian diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva del embarazo, alteraciones vasculares, etc. Estos resultados no concuerdan con las literaturas revisadas, donde sus factores mas frecuentes son analfabetismo, periodo intergenésico corto, no aceptación de métodos de planificación familiar, etc.

Correspondiente a la estatificación de los riesgos preconceptionales detectados y comparados con los grupos etarios, resalta el porcentaje con nivel alto y extremo, afecta principalmente al grupo etario numero 3, que son mujeres en edad fértil de 35 años ó mas, que corresponde a 37 pacientes y representa el 46.25% de las pacientes encuestadas, que comparado con la literatura revisada, se encuentra por arriba del

promedio de nuestro país, pero dentro del promedio internacional de los países en vías de desarrollo. **(30)**

En la comparación de estos 2 grupos: nivel de riesgo preconcepcional con los grupos etarios, al ser 2 grupos independientes se aplica la prueba estadística de ji cuadrada, la cual nos reporta ser con una $P < 0.005$, que nos traduce que los resultados son significativos, tanto en la detección de riesgos preconcepcionales como los grupos etarios mayormente afectados. **(33)**

CONCLUSIONES:

1. Se identificaron los factores de riesgo preconceptionales en las mujeres en edad fértil, siendo los mas identificados la obesidad, posterior antecedente de cesárea previa, posteriormente la edad propia de la paciente (mayor de 35 años) y la preclampsia eclampsia.
2. Se compararon los factores de riesgo identificados con los grupos etarios determinados, siendo mayormente afectados el grupo conformado por pacientes con edad mayor de 35 años.
3. Se categorizaron los riesgos preconceptionales siendo mayormente afectados con riesgo alto y extremo el grupo de pacientes con edades mayor de 35 años.
4. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta estudio, nos damos cuenta que muchos factores de riesgo presentes en las mujeres en edad fértil son modificables, y si el medico familiar incide en ellos aunados con un método de planificación familiar adecuado a las condiciones de la paciente y reafirmados con una consejería-orientación con enfoque en los riesgos, como hábitos de vida saludable, autocuidado de la salud, orientación sobre enfermedades de transmisión sexual, adicciones, enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades de detección oportuna como cáncer cérvicouterino y cáncer de mama; se puede incidir de manera importante en los indicadores de mortalidad materna y perinatal, que son un marcador de avance de nuestro país tanto en el área medica como en el área gubernamental, como personal medico suficiente y

capacitado, abasto de medicamentos, accesos rápidos a los servicios de salud, etc.

5. En el quehacer del medico familiar creemos que hay que reorientar su horizonte laboral y enfocarse mayormente hacia el área preventiva y de promoción de la salud, y dejar de actuar el mayor tiempo como curativo, a lo que lo ha llevado el trabajo institucional en la mayor parte de su tiempo de actuar medico.

Bibliografía

1. Lugones BM, Origen del aborto, Rev. Cubana MGI, 1(2) 2002 84-94B.
2. Prendes LMC, Guibert RW, González GI y Serrano BE, Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cubana MGI 2002; 17 (4): 360-6.
3. Lugones BM. Yamilé T. Análisis de Riesgo Preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Obstetricia y Ginecología, 2000 Abr. – Junio; 11 (2): 112-117.
4. Noris NÁ, Castillo FF, Campos MA. CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL A MC. 2000; 10(2): 1-7.
5. Almarales S, Tamayo P, Pupo D. Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. CCMH (seriada en línea) 2007; (Citado 2008); 12(3). disponible en URL : <http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori10.pdf>
6. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [Serial online] 2005 enero. Disponible en: URL: www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16
7. Muñoz HO, García PM, Vázquez EF. Perspectives in Family Medicine, Fam. Med. at the dawn of the 21 st Century themes and arguments. Editorial: IMSS; 2005. P. 279-288.

8. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva. Comunicación sobre Planificación Familiar en el marco de la salud reproductiva, 2006.
9. Salinas MA. Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo Salud Pública México 1994; Vol. 36(5):513-520
10. González CG, Sánchez BC, Gómez L ME, Aldana E. Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. Ginecol. y Obst. Calva Fco. Morales Carmona. Méx 2008;76(3):143.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 1993. Disponible en: URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
12. Rimbao TG, Cruz HJ, Safora EO , Rodríguez IA ,Morales ChM, Velasco BA: Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia Rev Cubana MGI 2007;23(3): 1-4.
13. Domenech MI, Manigot DA. Diabetes gestacional. Rev Medicina. 2001;61(2):25-238.
14. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Normas de atención a la diabética embarazada 1994. Cancún Yucatán, Méx; 1.

15. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on high blood pressure in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: S1-S22.
16. Medina LJ, Medina CN. Diferencias y similitudes de la preeclampsia y la hipertensión gestacional Ginecol Obstet Mex 2005; 73:48-53
17. Gómez SE. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev. Cubana Obstet. Ginecol 2000;26(2):99-114.
18. Ulanowicz MG, Parra KE, Rozas VG Tisiana ML. hipertensión gestacional. consideraciones generales, efectos sobre la madre y el producto de la concepción. Rev. de Posgrado de la VI Cátedra de Med. (Seriada en línea) 2005; 152 (1): 19-22 disponible en url :
http://med.unne.edu.ar/revista/revista152/6_152.htm
19. Torales CM, Zelaya MB, Schiaffino PM, Lanzós SC y col. Estados hipertensivos del embarazo en el hospital "Dr. Ramón Madariago". Rev de posgrado de la VI cátedra de Medicina. 2003;126 (4):20-28.
20. Pacheco RS, Angulo IJ. Prevalencia de Estados Hipertensivos del Embarazo en el Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum" AS. (seriada en línea) 2009; (citado en 2010 Dic.); 3(3): p. 55-58. Disponible en: URL:
[www.imbiomed.com.
http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/assin%2011%20Prevalencia%20de%20Estados%20Hipertensivos.pdf](http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/assin%2011%20Prevalencia%20de%20Estados%20Hipertensivos.pdf)

21. Firman G. Diagnóstico y manejo del asma bronquial durante el embarazo (seriado en línea) 2002 (citado en 2002 Jul.) Disponible en. URL: <http://www.intermedicina.com/Avances/Ginecologia/AGO35.htm>
22. Powrie RO. Drugs in pregnancy. Respiratory disease. Best Pract Res Clin Obstet. Gynecol. 2001; 15(6):913-36.
23. Publicaciones: The American College of Obstetricians and Gynecologists. En URL : http://www.acog.org/publications/patient_education/sp093.cfm
24. Vázquez MJ, Coreño JM, Montaña EL, Attlan M, Gómez DH. Seroprevalence of hepatitis B in pregnant women in Mexico. Salud pública Méx [seriada en línea] 2006, [citado 2011Jul 07] ; 45(3): 165-170. Disponible en: URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000300005&lng=es.
25. Arredondo GJ; Hernández TM; Figueroa DR; Ortíz IF; Ahued AJ. SIDA y embarazo. Ginec y Obst Mex 1997; 65: 8-12.
26. Sierra GG, Cejudo ÁJ, Mondragón ChM. Factores de riesgo del embarazo ectópico. Arch. Inv. Mat. (seriado en línea) 2009 (citado 2009 May. –Ago); 1(2): 85-89. Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2009/imi092h.pdf>
27. Capitán JM. Cabrera VR. Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. MEDIFAM 2001 Abril; 11(4): 207-215.

28. Kaaja R y col. Embarazo y riesgo posterior de enfermedades crónicas JAMA. 2005 Dic 7; 294(21): 2751-7.
29. Montesano DJ, Hernández A, Zapién MJ, Olivares DE, Guizar MJ, Luna RM. Mortalidad materna. Enlace entre gestión. Rev. IMSS 2009; 47 (1): 109-116.
30. OMS, UNICEF, FNUAP. La tasa de mortalidad materna es desproporcionadamente alta en los países en desarrollo. 2003. Disponible en: URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr77/es/index.html>
31. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. (seriado en línea) 2005. (Citado 2007 Oct.). Disponible en: URL: [http://www.scielo .cl/www. clap. ops- oms org.](http://www.scielo.cl/www.clap.ops-oms.org)
32. MSPAS, OPS/OMS. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. En: 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional. Doc. CSP26/14. Washington DC, 2002 (2002 Sept. 23-27). Disponible en: URL: [http://www.paho.org.spanish/gov/csp/csp26-14-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-14-s.pdf)
33. Leving J. Diseño y conducción de proyectos de investigación en sistemas de salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2 (32): 172.

ANEXO 1: Hoja de recolección de datos.

El presente cuestionario forma parte de un estudio denominado: **Prevalencia de factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en la Unidad de Medicina Familiar no. 23 Apaseo el Grande del estado de Guanajuato. Instituto Mexicano del Seguro Social. Año 2011** por considerarse un estudio descriptivo no contraviene los principios de investigación en seres humanos, es

de carácter voluntario en el entendido de que aún no participando no se afectara en nada la prestación de servicios y ningún derecho en el IMSS, es confidencial y los resultados que deriven de él, son exclusivamente para ampliar el conocimiento sobre el tema.

En el llenado de la encuesta utilice los códigos en el reglón que le corresponda

Anexo 1 Cédula Básica de identificación familiar.

FOLIO_____

Edad del paciente _____ Soltera 1 (si) 2(no) _____

Tipo de unión: 1 (libre), 2(matrimonio) 3 (ocasional) 4 (concubinato) _____

En caso de ser casada: Edad del cónyuge o pareja _____

Escolaridad (1 nula 2 primaria 3 secundaria 4 técnica) para esposo _____ para esposa _____

Ocupación 1 casa, 2 pensionado jubilado,3 obrero, 4 empleado,5 técnica profesional

del esposo _____ de la esposa_____

Numero de integrantes _____

Lugar de residencia (1) Urbana (2) rural _____

Tiempo de acceso al servicio de salud: meros de 1 hora (1) entre 1 a 2 horas (2), 3 horas a 12 hrs (3) mas de 12 hrs (4) mas de un día (5) _____

Tipo de atención médica: inscrita y vigente en un a institución (1), solo escrita (2) ninguna (3) _____

Clasificación de familia en base a parentesco _____

Tipo familia Nuclear (1), Nuclear simple (2), Nuclear extensa (3), Reconstruida o binuclear (4), Monoparental (5), _____

Clasificación de su familia de acuerdo a etapa de ciclo de vida familiar _____

Expansión (1), Dispersión (2), independencia (3), retiro (4)

Anexo 2 Interrogatorio sobre factores de riesgo obstétrico *

Padece:

Diabetes 1 (si), 2 (no)_____

Hipertensión arterial 1 (si), 2 (no)_____

En caso de haber tenido hijos tiene antecedente de:

Multigravidez 1 (si), 2 (no)_____

Abortos 1 (si), 2 (no)_____

Malformaciones congénitas 1 (si), 2 (no)_____

Cesárea previa 1 (si), 2 (no)_____

Muerte Fetal 1 (si), 2 (no)_____

Hemorragias en la 2a mitad del embarazo 1 (si), 2 (no)_____

Nefropatía 1 (si), 2 (no)_____

Cardiopatía 1 (si), 2 (no)_____

Prematurez 1 (si), 2 (no)_____

Intervalo intergenésico menor de 2 años 1 (si), 2 (no)_____

Preclampsia /eclampsia 1 (si), 2 (no)_____

Anexo 3 Cuestionario de Antecedentes Ginecológicos

Menarca (años cumplidos) _____ Ritmo Regular (1)
Irregular (2) _____

Número total de embarazos _____

Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____

Uso de metodología anticonceptiva 1 Si 2 No _____

Especificar _____

Hormonal oral (1) Hormonal parenteral (2) Dispositivo (3) Ritmo (4) Moco cervical (5) Otro (6)

Inicio de vida sexual activa edad Si (1) No (2) no Aplica (9) _____

Numero de parejas _____

Numero de hijos planeados _____

Cuanto tiempo transcurrió entre sus embarazos en años _____

Edades de los hijos: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 _____

Conoce su ultimo resultados de DOC 1 si) 2 (no) _____, se lo ha realizado 1 (si) 2 (no) _____

Diga su resultado: _____

DOCMA Conoce su ultimo resultado 1 (si) 2 (no) _____, se lo ha realizado 1 (si) 2 (no) _____

Diga su resultado: _____

Malnutrición distribución de alimentos _____

Pliegue bicipital _____

Peso Kg ___ Talla m ___ IMC _____ TA mmhg sistólica _____ diastólica _____

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apaseo el Grande, Gto a _____

Por medio de la presente, acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en la UMF 23 Apaseo el Grande.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación: R-2011-1004-3

El objetivo del estudio es: Determinar los factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en la UMF 23 Apaseo el Grande, Guanajuato. En aplicar solo una encuesta.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: una entrevista y llenado de un formato de funcionamiento familiar.

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.

ANEXO 3: Escala modificada de Cooplan y Cols, de riesgo preconcepcional:

A) HISTORIA REPRODUCTIVA:

*Edad: 16 ó menos1
17 – 35.....0

Mayor de 35	2
*Paridad: 0.....	1
1 – 4.....	0
Mayor de 4.....	2
Aborto.....	1
Prematurez.....	1
Preclampsia/eclampsia/hipertensión.....	1
Cesárea previa.....	3
Malformación congénita.....	3
Muerte fetal.....	1

B) ENFERMEDADES ASOCIADAS:

Cirugía pélvica previa.....	1
Enfermedad Renal Crónica.....	1
Diabetes gestacional.....	1
Diabetes mellitas.....	3
Cardiopatía.....	3
Otra (bronquitis, asma, etc.)	1

Calificación: bajo (0-2) Alto (3-6) extremo (7 ó mas)

ANEXO 4: Registro de Cirelsis: R – 2011 – 1004 – 3

Proyectos de Investigación

Tema Prioritario IMSS

Muertes evitables (incluidas muerte materna y perinatal)

Título del proyecto

Prevalencia de factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en la Unidad de medicina Familiar no. 23 Apaseo el Grande del estado de Guanajuato , Instituto Mexicano del Seguro Social. Año 2011

Responsable del proyecto

Miguel Angel Ramirez López

Delegación

Guanajuato

Dictamen

Protocolo Autorizado

Última modificación
2011-07-08 16:04:36

Estatus
Dictaminado

No de Folio Comités

No Comité	No Folio	Dictamen	No Registro
1004	F-2011-1004-3	En evaluación	R-2011-1004-3

Documentos del proyecto

Tipo documento	Nombre archivo
Protocolo	PI-2011-3577-291107.odt
Cronograma	PI-2011-3577-291108.odt
Resumen	PI-2011-3577-291109.doc
Instrumentos de recolección	PI-2011-3577-291110.doc
Carta de consentimiento	PI-2011-3577-291111.doc

Documentos del Comité

Tipo documento	Nombre archivo
Acta - 1004	PI-2011-3577-313818.jpg

Ver Cédula

Historial

Comentarios revisores

Generar documento con los comentarios de los evaluadores

Comentarios del CLIS

El proyecto fue Autorizado con una votación a favor de 4/4

Solicitar cancelación