



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD



TESIS DE POSGRADO

“FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 15 A 45 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, EL ROSARIO”.

PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. FELIPE ALFREDO ROMERO HUERTA.

Médico Residente del curso de la Especialización en Medicina Familiar

Matricula: 98352557

Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”

Av. Aquiles Serdán y Renacimiento S/N U. Habitacional el Rosario

Delegación Azcapotzalco, C.P. 02100.

Tel: 53 82 51 10, ext. 21407 o 21435

Ciudad de México

Correo electrónico: dr.romerohuerta@gmail.com

ASESORA:

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA.

Médico familiar

Profesor médico del Centro de Investigación educativa y Formación docente. Región Norte.

Matricula: 99352132

Calzada México-Tacuba No.501, Colonia Popotla,

Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11400

Tel: 5752 80 59

Correo electrónico: moni_sc_21@hotmail.com

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

FEBRERO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

2. AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA

*MÉDICO FAMILIAR
PROFESOR MÉDICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y
FORMACIÓN DOCENTE. REGIÓN NORTE.
ASESORA DE TESIS*

DR. ANDRES ROCHA AGUADO

JEFE DE ENSEÑANZA CLÍNICA DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33 “EL ROSARIO”

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL

ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
PROFESORA TÍTULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33 “EL ROSARIO”

DR. FELIPE ALFREDO ROMERO HUERTA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33 “EL ROSARIO”

3. AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Por haberme dado la vida y ser mi guías, por la maravillosa familia que me cobija y por no soltarme de la mano en los momentos difíciles para cumplir mis objetivos.

A MI HERMANO

Por ser su Conde de Montecristo y el mi abate Farias.

A MI ABUELA

Por la confianza depositada y al no estar físicamente presente, siempre me alentó a salir adelante.

A MIS AMIGOS

Por no estar en fechas importantes y aún así comprendieron la ausencia. En especial a mis hermanas de residencia Victoria y Lizbeth por estar conmigo en este sueño realizado.

A FRIDA Y CAMILA

Por la paciencia, cariño y poco tiempo dedicado en esta etapa.

A MIS PROFESORES

Por tener la gran responsabilidad de formar Médicos especialistas de gran nivel.

INDICE

1. PORTADA	1
2. AUTORIZACIONES	2
3. AGRADECIMIENTOS	3
4. RESUMEN	5
5. INTRODUCCIÓN	6
6. ANTECEDENTES	9
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
8. OBJETIVOS	14
9. MATERIAL Y METODO	15
10. RESULTADOS	16
11. TABLAS Y GRAFICAS	17
12. DISCUSIÓN	28
13. CONCLUSIONES	31
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
15. ANEXOS	34

4. RESUMEN

“FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 15 A 45 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, EL ROSARIO”.

Mónica Sánchez Corona¹. Felipe Alfredo Romero Huerta².

Introducción: En los últimos años a nivel mundial se ha presentado un aumento considerable en la presentación de enfermedad hipertensiva en el embarazo. Principalmente la preeclampsia, se encuentra dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna. Se calcula que anualmente mueren en el mundo 50,000 mujeres por este padecimiento. Por ello, es importante el análisis de los factores de riesgo en relación al riesgo reproductivo para brindar una mejor atención en salud de la mujer. **Objetivo:** Conocer los factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, “El Rosario”. **Material y Métodos:** estudio observacional, transversal y descriptivo, en el cual se detectaron los factores de riesgo para padecer enfermedad hipertensiva en relación al riesgo reproductivo de 378 pacientes del sexo femenino que acudieron a consulta externa de medicina familiar durante el periodo diciembre 2017 – febrero 2018 (previo consentimiento informado) a través del instrumento ex profeso del formato MF7 de atención médica prenatal y riesgo reproductivo, que abarca 16 ítems: edad, nivel máximo de estudios, estado civil, ocupación, peso, estatura, número de embarazos, resueltos por parto, por cesárea, antecedente de aborto, presión alta en el embarazo, si se consumen cigarro y bebidas alcohólicas, si el embarazo fue concebido por su primer pareja, antecedente de embarazo de alto riesgo. La información obtenida se recopiló en hoja de cálculo pre codificada de Excel y los resultados fueron calculados utilizando estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central) a través del programa estadístico SPSS. **Resultados:** Se encuestaron un total de 378 mujeres en edad reproductiva de los servicios de la consulta externa de la UMF No. 33 “El Rosario” de los cuales de una población de 21,896 derechohabientes (100%) (DIR: CENSO JUNIO 2016) 13,257 (60.54%) son sexo femenino y 378 (2.85%) son mujeres en edad reproductiva. El promedio general de edad de concepción en edad reproductiva fue de 28.57%. El promedio de presión arterial elevada en el embarazo fue de 39.94%, periodo intergenesico 46.29%, primipaternidad 74.07%, embarazo de alto riesgo 77.24, obesidad 79.62%. **Conclusiones:** El tomar en cuenta los factores de riesgo obstétrico para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en pacientes de la unidad, permitirá una mayor intervención para futuras concepciones en la mujer en edad fértil, practicando acciones preventivas y anticipatorias por parte de los integrantes de los servicios de salud, mejorando la gestión de recursos y disminuyendo el número de ingresos intrahospitalarios de pacientes graves y como consecuencia disminuir la muerte materno-fetal.

Palabras clave: Enfermedad Hipertensiva del embarazo, factores de riesgo, riesgo reproductivo.

Médico familiar. Profesor médico del centro de investigación educativa y formación docente. Región Norte.¹

Residente de tercer año del curso de medicina familiar UMF No. 33 “EL ROSARIO”²

5. INTRODUCCIÓN

El Embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Sin embargo, existen condiciones clínicas que se pueden asociar a su complicación coincidiendo de la existencia de algunos factores de riesgo para ello, destacando la Enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), por la alta morbimortalidad que ésta conlleva. La EHE agrupa una gama de enfermedades o procesos que tienen en común la existencia del signo de la hipertensión durante el embarazo¹.

De acuerdo a la Clasificación del Colegio Americano de y Ginecología Obstetricia, se identifican 4 categorías de la que son la Hipertensión Crónica tomada con la coexistencia de hipertensión *de novo* antes de la semana 20, al igual que si tiene el antecedente de hipertensión preexistente antes del embarazo. En segundo lugar tenemos a la Hipertensión Arterial Crónica con Preeclampsia Sobreagregada, la cual contempla a pacientes con hipertensión crónica que presentan descompensación de las cifras tensionales y aparición o incremento de proteinuria después de la semana 20 de gestación. Tenemos uno muy importante la Preeclampsia; definiéndose como la presencia de hipertensión gestacional asociada a proteinuria significativa (>300mg en 24 horas). En cuanto a la Hipertensión Gestacional sabemos que se define como una Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg en una mujer previamente normotensa, después de la semanas 20 de gestación. En dos tomas separadas por un intervalo de 4 o 6 horas entre una y otra, con ausencia de proteinuria. Existen circunstancias para que se presenten estas patologías, los cuales conocemos como factores de riesgo, definiéndose como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos¹.

Hablando a los factores de riesgo en la mujer, existen aquellos que nos predicen el “riesgo reproductivo”, el cual se entiende como la probabilidad que tienen la mujer en edad fértil, como su producto de experimentar lesión, enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo. Refiriéndonos a “riesgo obstétrico” es la característica o circunstancia presente en la embarazada que incrementan la probabilidad de presentar uno o más daños a la salud de la madre y/o el feto, durante el embarazo, parto o puerperio. Con el paso de los años, el Instituto Mexicano del Seguro Social creó el instrumento con el que contamos actualmente para medir el riesgo reproductivo conocido como formato MF7, el cual consta de varios rubros que evalúan el estado actual de la mujer embarazada y el que utilizaremos para fines de esta investigación¹.

A continuación se enumeran los siguientes factores de riesgo que condicionan el estado hipertensivo: Primer Embarazo, Primi-paternidad, Edad menor de 18 años, Historia familiar de preeclampsia en familiares de 1er Grado, Raza Negra, Obesidad (IMC mayor a 30), Intervalo intergenésico menor a 2 años o mayor a 10 años Presión diastólica al inicio del embarazo entre 80 a 89 mmHg. En cuanto a riesgo obstétrico son todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación, durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o

que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto¹.

Los factores de riesgo obstétrico son: Muerte fetal Aborto habitual Paridad > 5 hijos nuliparidad, antecedente de aborto inducido parto prematuro o bajo peso al nacer, diabetes mellitus, hipertensión arterial (incluyendo preeclampsia), ruptura prematura de membranas, parto anormal, producto de más de 4000 gr., hemorragia de la segunda mitad del embarazo o después del parto, anomalía congénita y cirugía uterina, estado socioeconómico bajo (analfabetismo, bajo nivel educacional, madre sin pareja estable, bajos ingresos económicos), edad materna menor de 15 o mayor de 45 años y el hábito de fumar¹.

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, preeclampsia, distocia del parto, muerte fetal, entre otras.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas. Las mujeres con desnutrición deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y preeclampsia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la preeclampsia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso. Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas, éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc¹.

Enfermedades crónicas entre éstas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguida en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Además, existen otras condiciones que pueden no haberse relacionado antes, ya que solamente lo hicimos con las más frecuentes. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa.

Una vez que existe la condición de embarazo, estos factores de riesgo “reproductivo”, se convierte en factores de riesgo “obstétrico”, los cuales están íntimamente relacionados a la aparición de complicaciones.

La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones, la valoración del riesgo obstétrico, nos indica la probabilidad de aparición de daños a la salud para la madre, el feto o el recién nacido y no un problema.

Clasificación del embarazo de bajo y alto grado.²

Son requisitos indispensables la realización de una medición adecuada de la TA, y además 2 mediciones para determinar la presencia de preeclampsia no agravada; el cumplimiento de este requisito evita el diagnóstico de la entidad. Se consideran de valor algunos comentarios que establecen la evidencia en relación con la medición de la tensión arterial. Asimismo es importante la evaluación de la TA media, que es el resultado de la relación entre el gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica, y que mide el flujo de sangre en órganos vitales, con valores patológicos de 85-90 mm de Hg en el segundo trimestre y ≥ 105 mm de Hg en el tercer trimestre, parto y puerperio, o el aumento en 20 mm de Hg sobre valores basales.³

De igual modo es importante reconocer la preeclampsia por debajo de las 20 semanas de gestación, cuando se vincula con la mola hidatiforme e hidropesía no inmune .

La mayoría de las organizaciones científicas internacionales utilizan en la preeclampsia la clasificación de leve y grave; por otro lado, los términos "agravada" y "no agravada" empleados en la práctica en Cuba, pueden ser considerados como sinónimos; sin embargo, este último tiene la utilidad de eliminar una percepción de confiabilidad y de buen pronóstico, pues cuando la entidad se presenta, en el orden clínico, posee un largo tiempo de inicio subclínico; además la preeclampsia puede cambiar con rapidez a las formas graves, e incluso a la eclampsia, que pone en peligro la vida de la paciente.⁴

6. ANTECEDENTES

A escala mundial, cada año los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan unas 50 000 muertes maternas y 900 000 perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y de que los hijos puedan padecer hipertensión arterial (HTA) en edades tempranas, así como síndrome metabólico.^{5,6}

En Latinoamérica y el Caribe la preeclampsia es la causante de 25,7 % de las muertes maternas y en EE. UU. se ha producido un aumento de su incidencia de 25 % en las últimas 2 décadas; de igual forma se plantea que por cada mujer fallecida por esta causa de 50-100 padecen morbilidad materna extremadamente grave.^{5,6}

La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémico, el cual se relaciona básicamente con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a daño endotelial. En el orden clínico se define que la tensión arterial es el elemento diagnóstico y pronóstico más importante, por su relación directa con la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal.⁷

Se ha considerado que los cuidados de la salud reproductiva deben comenzar en la llamada etapa preconcepcional, es por ello, que entre todas las acciones de salud se destacan las que brindan atención a las mujeres y parejas en edad fértil.⁸

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobrepone a la crisis de la adolescencia.⁹

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.¹⁰

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocar serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos.¹¹

Se realizó un estudio transversal para estimar la proporción en una población finita y las características de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en el policlínico comunitario docente “Dr. Carlos J Finlay” del municipio Camagüey, desde octubre de 2002 hasta abril de 2004. De un universo de 4372 pacientes en edad fértil, se obtuvo una muestra de 187 (error absoluto 5 %, frecuencia del factor 15 %, confiabilidad 95 %); por muestreo bietápico fueron seleccionadas las personas de los registros dispensariales oficiales de la atención primaria de salud.

El 58.29 % de las mujeres trabajaban, el 27.81 % tenían 35 años y más. Las madres solteras y malnutridas representaron el 22.46 % y 17.65 % respectivamente. El 9.09 % de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional tuvieron uno o más abortos del segundo trimestre, el 6.95 % neonatos con bajo peso al nacer en embarazos anteriores, mientras que dos de ellas reportaron malformaciones congénitas (1.07 %) en sus descendencias; el 8 % de las mismas fueron portadoras de una infección urinaria.

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir un daño a la salud, ella o el producto de la concepción durante el proceso reproductivo; se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, bien para los cónyuges o el producto del embarazo¹².

La atención al riesgo preconcepcional debe permitirle a la mujer o pareja la información necesaria para conocer que el embarazo no es un riesgo, pero que existen factores en la familia, la pareja o la descendencia que pueden ensombrecer el buen pronóstico del embarazo y que para reducir los mismos, es necesario asistir a una consulta médica con el equipo de salud mucho antes de la concepción; pues de la forma en que este equipo pueda actuar sobre los factores de riesgos presentes y se ofrezca una orientación nutricional adecuada, los resultados del embarazo serán mejores y los defectos congénitos y hereditarios reducidos^{13,14}.

Algunos autores ^{15,16} señalan como factores de riesgo preconceptionales las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado por la morbimortalidad materna y perinatal que somete al binomio madre-hijo, al mismo tiempo que su adverso efecto socioeconómico, la desnutrición y otras complicaciones maternas durante embarazos anteriores, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, el tabaquismo, así como la presencia de enfermedades crónicas asociadas al embarazo, las cuales actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo.

Una buena atención prenatal y un mejor control del riesgo preconcepcional, contribuirá a mejorar la salud de las madres futuras.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo que los desarrollados (2.8% y 0.4% de los nacidos vivos respectivamente) ¹⁷ . En el Perú, la frecuencia de preeclampsia varía entre 4.11% y 10.8%. La eclampsia ha sido hallada entre 2.8 a 7.9 por mil nacidos vivos ¹⁸ . La enfermedad hipertensiva del embarazo tiene mayor incidencia en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna, por esta causa, es mayor en la sierra ¹⁹ .

En el Perú, es la segunda causa de muerte materna, con 32% ^{19,20} . La etiología de la preeclampsia aún es desconocida, pero una de las hipótesis más conocidas es que la preeclampsia sería resultado de una inadaptación inmunitaria, es decir, los antígenos paternos de la unidad fetoplacentaria reaccionaría frente a los anticuerpos maternos, esta teoría se basa en estudios epidemiológicos que evidencian un incremento de su frecuencia en los casos de madres que tuvieron cambio de compañero o después de inseminación por donador, gestaciones con donación de ovocito, o ambas ^{21,22} . Generalmente la preeclampsia se presenta en la primera gestación, y una gestación normal tendría un efecto protector ya que se observa una disminución de su incidencia aún si fuese un aborto. Pero, el efecto protector de la multiparidad se pierde con un cambio de compañero. ²³

Robillard et al. (1993) fueron los que usaron por primera vez el término primipaternidad en su investigación, en este, evaluaron la relación entre preeclampsia grave y los cambios en los patrones de paternidad en multíparas de Guadeloupe, ya que observaron que la incidencia de preeclampsia aumentaba sólo en las multigestas que cambiaron de pareja 2 pero no en las hipertensas crónicas o multigestas de una sola pareja, por lo que, consideraron que la preeclampsia podría ser por la primipaternidad y no la primigravidez. También demostró que los padres que habían tenido una pareja con preeclampsia tuvieron el doble del riesgo si concebían en una mujer diferente después del ajuste para la paridad independientemente de que ella hubiera tenido ya un embarazo con preeclampsia o no (OR: 1.8%; IC95%, 1.2-2.6). De esta forma, las madres tuvieron un riesgo mucho mayor en su segundo embarazo cuando el padre había tenido otra mujer con preeclampsia. ²⁴

Otro autor, Klonoff et al. (1989) sugirió que la exposición a espermatozoides en los actos coitales sería un método de protección contra la preeclampsia, así, reporta que las mujeres con cohabitación de cero a cuatro meses tenían un riesgo relativo de 11.6, las de cinco a ocho meses de 5.9 y las de 9 a 12 meses fue 4.2. Estimó que un 60% de los casos de preeclampsia se deberían a los métodos de barrera porque impiden la cohabitación sexual del espermatozoide. Así, tanto en primigestas como en multíparas, la duración de la cohabitación sexual antes de la concepción tuvo relación inversa con la incidencia de hipertensión inducida por el embarazo ($p < 0.0001$). ²⁵ En tanto que, Alvarado et al. (2009) en nuestro país, planteó que el embarazo origina una reacción inmunogénica, así, el semen es un antígeno y la madre crea respuesta antigénica, por lo que, necesitará un tiempo para adaptarse a dicho antígeno. El uso del anticonceptivo de barrera no permite a la madre este contacto y evita el primer reconocimiento, y con ello, aumenta el riesgo para desarrollar la preeclampsia. ²⁶

Otra evidencia de la respuesta inmunológica observada en la modificación de la paternidad o a un breve periodo de exposición a espermatozoides, se presenta en la inseminación artificial por donador que incrementa hasta el doble el riesgo de preeclampsia. También, los embarazos por donación de ovocitos se vinculan con una mayor incidencia de preeclampsia.^{27,28}

Por estas consideraciones, la primipaternidad, entendiéndose con este término, al varón padre biológico por primera vez podría inducir la preeclampsia en una gestante que ya tuvo un embarazo previo de otro progenitor. Existen estudios llevados a cabo en otras regiones del mundo con resultados contradictorios sobre el papel etiológico que tiene la primipaternidad para la aparición de preeclampsia en gestantes que ya tuvieron un embarazo previo de otra pareja. Y en nuestro país, este factor de riesgo se ha estudiado poco, hasta la actualidad sólo se ubicaron tres trabajos relacionados con el tema que fueron incluidos en la base teórica para nuestra investigación.

Los estudios sobre la primipaternidad y preeclampsia muestran resultados contradictorios, lo que se debería a aspectos metodológicos como por ejemplo tener criterios de inclusión diferentes, no definir adecuadamente los sujetos de estudio, no considerar los factores confusores ni corregirlos en el análisis estadístico o análisis que no corresponden al diseño de estudio. Como se ha señalado, la preeclampsia severa y la eclampsia son frecuentes en nuestro medio, por lo que, identificar los factores de riesgo que pueden ser modificados contribuiría en gran manera para reducir su presencia y disminuir la morbilidad materno-fetal relacionada con ella, por lo que, se planteó realizar un estudio en gestantes atendidas en un establecimiento del seguro social peruano, donde, esta entidad es muy prevalente.²⁹

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años a nivel mundial se ha presentado un aumento considerable en la presentación de enfermedad hipertensiva en el embarazo (EHE).

Las enfermedades hipertensivas del embarazo, principalmente la preeclampsia, son las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna. Se calcula que anualmente mueren en el mundo 50,000 mujeres por este padecimiento.

En países en desarrollo como los de América Latina y El Caribe, la preeclampsia, constituye la principal causa de muerte materna (mayor de 25%). Para las pacientes sin factores de riesgo la incidencia mundial se calcula en 3 a 8% y en mujeres con factores de riesgo en 15 a 20%. De acuerdo con la Secretaria de Salud, en México representa el 34% de las muertes maternas, constituyéndose en la primera causa de muerte asociada a complicaciones del embarazo.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 33 el diagnóstico de EHE cada vez es mas frecuente. Se realiza con una adecuada historia clínica y estudios paraclínicos. La EHE es considerada de una forma importante, ya que forma parte de las enfermedades que aparecen durante el estado prenatal sin distinción de edad o condición económica.

En México, los factores de riesgo para EHE son: mujeres menores de 15 años o mayores de 45 años, sobrepeso/obesidad, antecedentes familiares de hipertensión arterial sistémica, antecedentes familiares de EHE, antecedentes de enfermedad hipertensiva inducida en el embarazo.

La EHE es reconocida como un problema de salud pública, en la cual el personal de salud y la sociedad deben trabajar conjuntamente con el fin de prevenir que se presente cada vez o en su defecto que se detecte a tiempo; desarrollando estrategias preventivas y detecciones oportunas, concientizando a las pacientes a identificar los factores de riesgo para llevar un embarazo normo evolutivo desde las primeras semanas de gestación y así evitar complicaciones. Incluso es de vital importancia la identificación de factores de riesgo en las mujeres en edad reproductiva a fin de orientar estrategias educativas que incidan en dichos factores, previo a la presentación de un embarazo. (texto que hable del cálculo de riesgo reproductivo en relación a su medición)

Es un gran desafío para la sociedad y las instituciones de salud; el saber prevenirla, con acciones concretas, comprometidas, participativas, precisas; y que estén al alcance de las mujeres que cursan cursando con un embarazo en algún momento determinado de sus vidas para mermar su incidencia. Es por esto y más que la especialidad en medicina familiar y el IMSS deben contribuir a la identificación de la EHE.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario?.

8. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Evaluar el riesgo reproductivo de las mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario.
2. Conocer la frecuencia *primigestación* como factor de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario.
3. Conocer la frecuencia *primi parternidad* como factor de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario.
4. Conocer la frecuencia *antecedente de preeclampsia* como factor de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario.
5. Conocer la frecuencia de *obesidad* como factor de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario.
6. Conocer las *características sociodemográficas* (edad, escolaridad, estado civil) de las de las mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario.

9. MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se realizó en instalaciones la UMF No.33 “El Rosario”, el cual fue de tipo observacional, transversal y descriptivo; tuvo como objetivo conocer los factores de riesgo obstétrico para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en mujeres de 15 a 45 años de edad de 378 pacientes de la consulta de medicina familiar en ambos turnos, previo consentimiento informado, durante el periodo diciembre 2017 y enero 2018.

EL riesgo obstétrico se midió a través del instrumento ex profeso MF7 de atención médica prenatal y riesgo reproductivo, el cual cuenta con 16 ítems con los factores sociodemográficos antecedentes personales patológicos y no patológicos, así mismo como ginecoobstétricos, además de un apartado en donde se especifica el índice de masa corporal calculado con el peso y la talla por parte del investigador para saber si la paciente padece obesidad.

- 1) **Factores sociodemográficos:** que comprende de la pregunta 1 al 4.
- 2) **Antecedentes personales patológicos:** que comprende la pregunta 5 a 6.
- 3) **Antecedentes ginecoobstétricos:** que comprende de la pregunta 7 a 12.
- 4) **Antecedentes personales no patológicos:** que comprende de la pregunta 13 a 14.
- 5) **Antecedente de primiparidad y embarazo de alto riesgo:** que comprende de la pregunta 15 a 16.
- 6) **Antecedente de obesidad:** que comprende el recuadro llenado por el investigador.

La información obtenida se recopiló en hoja de cálculo pre codificada de Excel y los resultados se calcularon utilizando estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central) a través del programa SPSS y se presentaron a través de gráficas y tablas.

La presente investigación se llevó a cabo conforme los lineamientos éticos y normas que rigen la investigación en México y el mundo.

10. RESULTADOS

Se encuestaron un total de 378 pacientes de los servicios de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”; obteniéndose los siguientes resultados:

De los 378 usuarias en edad reproductiva entrevistadas, fueron distribuidas de la siguiente manera: 43 (11.37 %) fueron mujeres que se encuentran entre los 15 y 19 años de edad, 92 (24.33 %) fueron mujeres entre 20 y 24 años de edad, 78 (20.63 %) fueron mujeres entre los 25 y 30 años de edad, 108 (28.57 %) fueron mujeres entre las edades de 31 y 34 años de edad, 35 (9.25 %) mujeres entre las de edades de 35 y 40 años, 22 (5.82 %) mujeres que se encontraban entre 41 y 45 años de edad al momento del estudio (Tabla y gráfica 1)

De los 378 usuarias entrevistadas se obtuvo en la dimensión de factores sociodemograficos un promedio de nivel maximo de estudios el bachillerato con 49.73%, estado civil predominante union libre con 40.74% ocupacion predominante ama de casa 28.30% (Tabla y gráfica 2). En la dimension de peso y talla: que abarca de la pregunta 5 y 6, se obtuvo un promedio total en mayor de 50kg de peso un 93.38% y mayor de 1.50 cm de estatura 83.33% (Tabla y gráfica 3). Dentro de la dimensión antecedentes ginecoobstetricos que abarca de la pregunta 7 a la 12, se obtuvo un promedio del numero de embarazos de 2 a 5 veces en total del 51.05%, 47.61% resultados por parto normal, 52.38% resultados por cesarea, 22.48% con antecedente de aborto, tiempo transcurrido entre su ultimo embarazo de uno a cinco años fue del 46.29%, y el aumento de presion arterial en algun embarazo fue del 60.05% (Tabla y gráfica 4). En la dimensión antededentes personales no patologicos que abarca de la pregunta 13 a la 14 se obtuvo un promedio total de del 94.70% de pacientes que no fuman y el 88.09% de pacientes que no ingieren bebidas alcoholicas. (Tabla y grafica 5). En la dimensión de primipaternidad que abarca de la pregunta 15 a la 16 se obtuvo un promedio total de pacientes del 39.94%. y con antecedente de un embarazo de alto riesgo con 77.24%. (Tabla y gráfica 6). Finalmente, en el cuadro llenado por el investigador se obtuvo un promedio total del 79.62% con pacientes que padecen obesidad (Tabla y gráfica 7).

11. TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por grupo de edad.

Edad	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por grupo de edad
15-19 años	43	11
20-24 años	92	24
25-30 años	78	20
31-34 años	108	29
35-40 años	35	9
41-45 años	22	6

Fuente: Cuestionario expofeso Factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en la consulta externa de UMF No.33 "El Rosario"

Gráfica 1. Distribución de una muestra por grupo edad de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por grupo de edad.

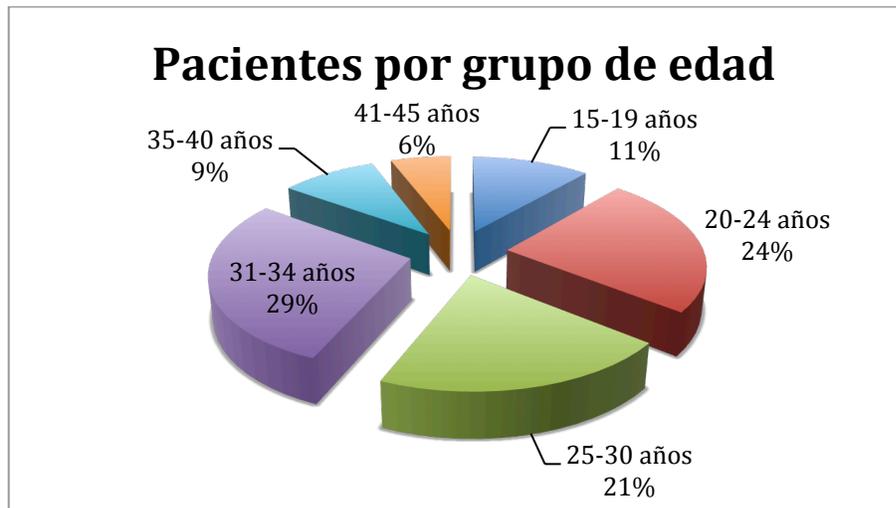


Tabla 2. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por nivel máximo de estudios, estado civil y tipo de ocupación.

Nivel máximo de estudios	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por nivel máximo de estudios
Primaria	19	5
Secundaria	58	15
Bachillerato	188	50
Licenciatura	98	26
Maestría	15	4

Estado Civil	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por estado civil
Soltera	37	10
Casada	123	33
Viuda	12	3
Divorciada	52	14
Unión Libre	154	41

Tipo de ocupación	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por tipo de ocupación
Estudiante	45	12
Profesionista	66	17
Comerciante	81	21
Obrera	79	21
Ama de casa	107	28

Fuente: Cuestionario expofeso Factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en la consulta externa de UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 2. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por nivel máximo de estudios, estado civil y tipo de ocupación.

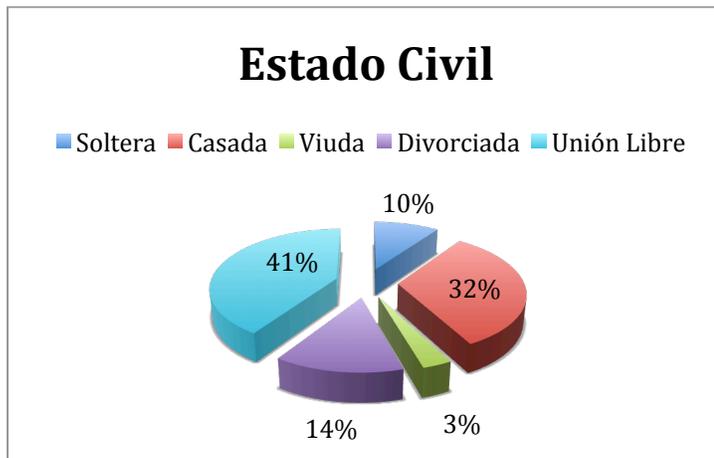
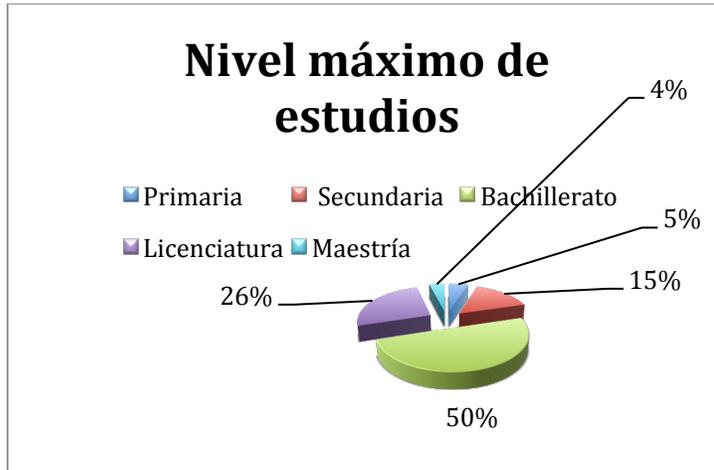


Tabla 3. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por peso y talla.

Peso	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por peso
< 50 kg	25	7
> 50 kg	353	93

Talla	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por talla
< 1.50 cm	63	17
> 1.50 cm	315	83

Fuente: Cuestionario expofeso Factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en la consulta externa de UMF No. 33 "El Rosario"

Grafica 3. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por peso y talla.

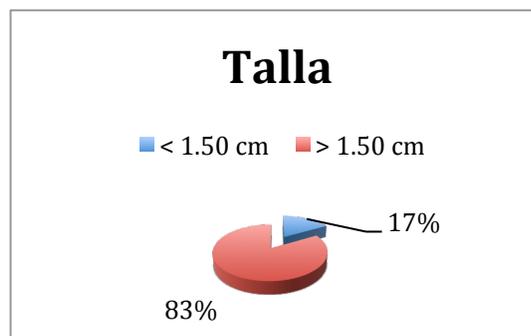


Tabla 4. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por número de embarazos, culminación de embarazo, antecedente de aborto, tiempo transcurrido del último embarazo y elevación de presión arterial en embarazos pasados.

Número de embarazos	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por número de embarazos
Solo una vez	133	35
2 a 5 veces	193	51
Mas de 5 veces	52	14

Culminación de embarazo	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por culminación del embarazo
Parto	180	48
Cesárea	198	52

Antecedente de aborto	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por antecedente de aborto
Si	85	22
No	293	78

Tiempo transcurrido del último embarazo	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por tiempo transcurrido del último embarazo
1 a 5 años	175	46
< 1 año	39	10
> 5 años	164	43

Elevación de presión arterial	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por elevación de presión arterial
Si	151	39
No	227	60

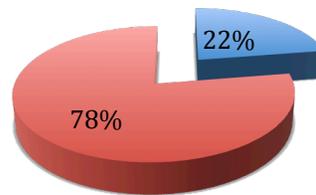
Fuente: Cuestionario expofeso Factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en la consulta externa de UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 4. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por número de embarazos, culminación de embarazo, antecedente de aborto, tiempo transcurrido del último embarazo y elevación de presión arterial en embarazos pasados.



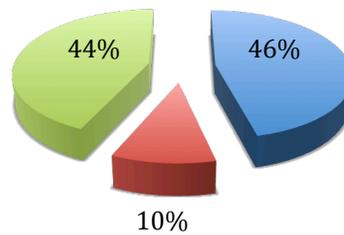
Antecedente de aborto

■ Si ■ No



Periodo Intrgenésico

■ 1 a 5 años ■ < 1 año ■ > 5 años



Elevación de presión arterial

■ Si ■ No

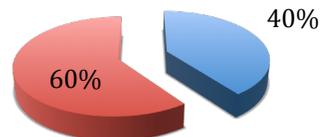


Tabla 5. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por pacientes que fuman e ingieren bebidas alcoholicas.

Pacientes Fumadoras	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por pacientes fumadoras
No	358	95
Si	20	5

Pacientes que ingieren bebidas alcoholicas	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por pacientes que ingieren bebidas alcoholicas
No	333	88
Si	45	12

Fuente: Cuestionario exprofeso Factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en la consulta externa de UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 5. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por pacientes que fuman e ingieren bebidas alcoholicas.

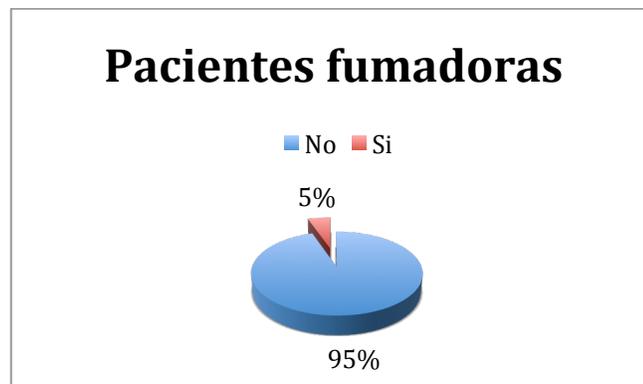


Tabla 6. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por embarazos concebidos con la primer pareja (primipaternidad) y embarazo de alto riesgo.

Pacientes concibieron embarazo con la primer pareja (primipaternidad)	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por pacientes que concibieron embarazo con la primer pareja (primipaternidad)
No	98	26
Si	280	74

Pacientes con embarazo de alto riesgo	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por pacientes que cursaron con embarazo de alto riesgo
No	86	23
Si	292	77

Fuente: Cuestionario exprofeso Factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en la consulta externa de UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 6. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 por embarazos concebidos con la primer pareja (primipaternidad) y embarazo de alto riesgo.

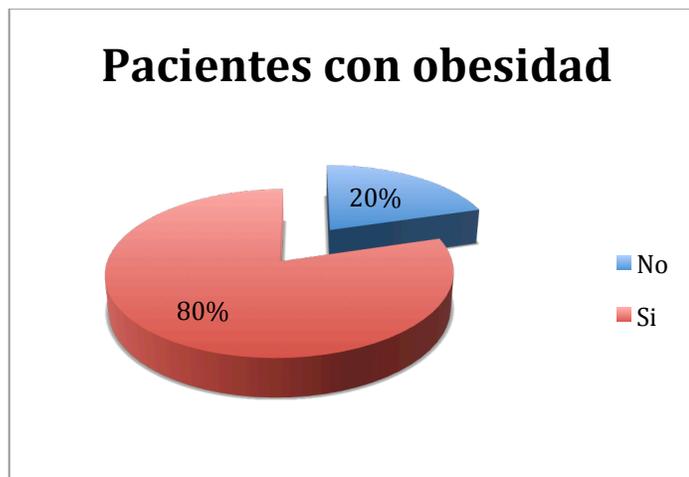


Tabla 7. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 con obesidad.

Pacientes con obesidad	Número de pacientes	% de usuarias derechohabientes por pacientes con obesidad
No	77	20
Si	301	80

Fuente: Cuestionario expreso Factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en la consulta externa de UMF No. 33 "El Rosario"

Grafica 7. Distribución de una muestra de 378 usuarias del servicio de la consulta externa de la UMF 33 con obesidad.



12. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue conocer los factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario". La muestra estudiada fue del 60.54% que es la población de sexo femenino, de la cual el 2.85% se encuentra en edad reproductiva.

Se ha producido un aumento de incidencia de aumento de tensión arterial en un 25 % en las últimas 2 décadas; comparada con el 39.94% de éste estudio. De igual forma se plantea que por cada mujer fallecida por esta causa de 50-100 padecen morbilidad materna extremadamente grave.^{5,6}

La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémico, el cual se relaciona básicamente con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a daño endotelial. En el orden clínico se define que la tensión arterial es el elemento diagnóstico y pronóstico más importante, por su relación directa con la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal.⁷

Se ha considerado que los cuidados de la salud reproductiva deben comenzar en la llamada etapa preconcepcional, es por ello, que se insiste en nuestra población la atención entre todas las acciones de salud se destacan las que brindan atención a las mujeres y parejas en edad fértil.⁸

Se realizó un estudio transversal para estimar la proporción en una población finita y las características de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en el policlínico comunitario docente "Dr. Carlos J Finlay" del municipio Camagüey, desde octubre de 2002 hasta abril de 2004. De un universo de 4372 pacientes en edad fértil, se obtuvo una muestra de 187 por muestreo bietápico fueron seleccionadas las personas de los registros oficiales de la atención primaria de salud. Comparando con nuestro estudio en el que la población de mujeres en edad reproductiva es mayor al del estudio en ese país.

El 58.29 % de las mujeres trabajaban, el 27.81 % tenían 35 años y más. Mientras que en este estudio fue del 15%. Las madres solteras y malnutridas representaron el 22.46 % y 17.65 % respectivamente. En el de nosotros representa el 40% y 10% respectivamente. El 9.09 % de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional tuvieron uno o más abortos del segundo trimestre, en este estudio fue de 22.48% el 6.95 % neonatos con bajo peso al nacer en embarazos anteriores, mientras que dos de ellas reportaron malformaciones congénitas (1.07 %) en sus descendencias; el 8 % de las mismas fueron portadoras de una infección urinaria.

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir un daño a la salud, ella o el producto de la concepción durante el proceso reproductivo; se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, bien para los cónyuges o el producto del embarazo¹². En nuestro estudio fue del 74%, cifra que nos alarma y se pueden tomar medidas anticipatorias.

La atención al riesgo preconcepcional debe permitirle a la mujer o pareja la información necesaria para conocer que el embarazo no es un riesgo, pero que existen factores en la familia, la pareja o la descendencia que pueden ensombrecer el buen pronóstico del embarazo y que para reducir los mismos, es necesario asistir a una consulta médica con el equipo de salud mucho antes de la concepción; pues de la forma en que este equipo pueda actuar sobre los factores de riesgos presentes y se ofrezca una orientación nutricional adecuada, los resultados del embarazo serán mejores y los defectos congénitos y hereditarios reducidos^{13,14}. Es imperativo poner atención en la salud preconcepcional de la mujer para evitar complicaciones.

Algunos autores ^{15,16} señalan como factores de riesgo preconcepcionales las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado por la morbilidad materna y perinatal que somete al binomio madre-hijo, al mismo tiempo que su adverso efecto socioeconómico, la desnutrición y otras complicaciones maternas durante embarazos anteriores, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, el tabaquismo, así como la presencia de enfermedades crónicas asociadas al embarazo, las cuales actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo. Aspectos que se estudiaron de forma minuciosa en éste escrito.

Una buena atención prenatal y un mejor control del riesgo preconcepcional, contribuirá a mejorar la salud de las madres futuras.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo que los desarrollados (2.8% y 0.4% de los nacidos vivos respectivamente)¹⁷. En el Perú, la frecuencia de preeclampsia varía entre 4.11% y 10.8%. Ahora podemos decir que en México se estima hasta un 39.94% de incidencia. La eclampsia ha sido hallada entre 2.8 a 7.9 por mil nacidos vivos¹⁸. La enfermedad hipertensiva del embarazo tiene mayor incidencia en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna, por esta causa, es mayor en la sierra¹⁹.

En el Perú, es la segunda causa de muerte materna, con 32%^{19,20}. La etiología de la preeclampsia aún es desconocida, pero una de las hipótesis más conocidas es que la preeclampsia sería resultado de una inadaptación inmunitaria, es decir, los antígenos paternos de la unidad fetoplacentaria reaccionaría frente a los anticuerpos maternos, esta teoría se basa en estudios epidemiológicos que evidencian un incremento de su frecuencia en los casos de madres que tuvieron cambio de compañero o después de inseminación por donador, gestaciones con donación de ovocito, o ambas^{21,22}. Generalmente la preeclampsia se presenta en la primera gestación, y una gestación normal tendría un efecto protector ya que se observa una disminución de su incidencia aún si fuese un aborto. Pero, el efecto protector de la multiparidad se pierde con un cambio de compañero. En nuestro estudio se estima hasta un 74%²³

Robillard et al. (1993) fueron los que usaron por primera vez el término primipaternidad en su investigación, en este, evaluaron la relación entre preeclampsia grave y los cambios en los patrones de paternidad en multíparas de Guadeloupe, ya que observaron que la incidencia de preeclampsia aumentaba sólo en las multigestas que cambiaron de pareja, pero no en las hipertensas crónicas o multigestas de una sola pareja, por lo que,

consideraron que la preeclampsia podría ser por la primipaternidad, en México hasta un 74.07% y no la primigravidez. También demostró que los padres que habían tenido una pareja con preeclampsia tuvieron el doble del riesgo si concebían en una mujer diferente después del ajuste para la paridad independientemente de que ella hubiera tenido ya un embarazo con preeclampsia o no. De esta forma, las madres tuvieron un riesgo mucho mayor en su segundo embarazo cuando el padre había tenido otra mujer con preeclampsia. Se demuestra una alta incidencia en la primipaternidad como factor de riesgo reproductivo en México.²⁴

En tanto que, Alvarado et al. (2009) en nuestro país, planteó que el embarazo origina una reacción inmunogénica, así, el semen es un antígeno y la madre crea respuesta antigénica, por lo que, necesitará un tiempo para adaptarse a dicho antígeno. El uso del anticonceptivo de barrera no permite a la madre este contacto y evita el primer reconocimiento, y con ello, aumenta el riesgo para desarrollar la preeclampsia.²⁶

Por estas consideraciones, la primipaternidad, entendiéndose con este término, al varón padre biológico por primera vez podría inducir la preeclampsia en una gestante que ya tuvo un embarazo previo de otro progenitor. Existe estudios llevados a cabo en otras regiones del mundo con resultados contradictorios sobre el papel etiológico que tiene la primipaternidad para la aparición de preeclampsia en gestantes que ya tuvieron un embarazo previo de otra pareja. Y en nuestro país, este factor de riesgo se ha estudiado poco, hasta la actualidad sólo se ubicaron tres trabajos relacionados con el tema que fueron incluidos en la base teórica para nuestra investigación.

Finalmente, en cuanto a la dimensión de aspectos de primipaternidad entendidos como al varón padre biológico por primera vez, en nuestra investigación obtuvimos un porcentaje alto de 74.07%, poco estudiado en México. No se cuenta con antecedentes de investigaciones que aborden esta dimensión en nuestro país, sin embargo es necesario que el personal de la UMF No.33 "El Rosario" como parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, se den a la tarea de identificar en la entrevista médica este antecedente de suma importancia. Por ello, se crea un área de oportunidad para mejorar la calidad de la atención en cuanto a riesgo preconcepcional se refiere y así optimizar recursos para el instituto.

13. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en la presente investigación puedo concluir que tomando en cuenta los factores de riesgo obstétrico para enfermedad hipertensiva del embarazo en relación al riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil, nos damos a la tarea de identificar y trabajar en ello, para disminuir a medida de lo posible el ingreso intrahospitalario de pacientes graves a unidades de cuidados intensivos en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es de importancia resaltar que existen factores riesgo como la edad, nivel de estudios, estado civil e incluso la ocupación son determinantes en el estado de salud de la mujer en edad reproductiva, ya que la mayor parte de las pacientes ni si quiera se encuentran en un optimo estado nutricional, con tendencia a la obesidad. Por lo que podría desencadenar en algún momento de la gestación un estado de diabetes gestacional o incluso padecerla desde antes de la misma.

Si realizamos una comparación con los trabajos en latino américa mencionados con anterioridad, este estudio nos permitió observar que cuando la paciente tiene varios factores de riesgo encontrándose en edad reproductiva y deseando un embarazo se tienen que identificar de manera oportuna y anticipada para evitar que su gestación se complique y ponga en riesgo su vida y la del producto. Nosotros al ser un primer nivel de atención, tenemos la obligación y una minuciosa tarea para poder prevenir futuras complicaciones durante el estado de gravidez y de ser necesario referir a un segundo nivel en etapas tempranas con el protocolo pertinente para no demorar la atención de nuestras derechohabientes.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con enfoque de Riesgo. México; Secretaría de Salud; 2009.
2. Procedimiento de Planificación Familiar de los Servicios de Planificación familiar. NOM 005 SSA2-1993
3. Tranquilli AL, Dekker G, Magee L, Roberts J, Sibai BM, Steyn W, et al. The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. *Pregnancy Hypertens.* 2014; 4(2): 97-104.
4. Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva.. Manual de medicina de la adolescencia. EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 1992:473-518.
5. Pacheco RJ. et Al. Del editor sobre las guías de hipertensión en el embarazo del ACOG. *Rev Peruana Ginecol Obstet.* 2013; 59(4).
6. Nápoles Méndez D. Actualización sobre las bases fisiopatológicas de la preeclampsia. *MEDISAN.* 2015; 18(8).
7. Garrido MF, Carvajal JA. Síndrome de HELLP normotensivo: caso Clínico. *Rev Med Chile.* 2013 ; 141(11).
8. Reyes Sigarreta M, Sánchez Santos L, Del Puerto Quintana C, Trujillo Merás M, Moreno Carbonell C, Cruz Acosta A.: Editorial Ciencias Médicas; La Habana 2004. p.375-6.
9. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2003; 102(1): 181-92.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Hypertension in Pregnancy.* Washington, D.C.: ACOG; 2013
11. Lacunza Paredes RO, Pacheco Romero J. Preeclampsia de inicio temprano y tardío: una antigua enfermedad. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2014
12. Garrido RC. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés O. *Temas de Medicina General Integral.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
13. Cefalo RC, Moos M-K. *Preconceptional health care. A practical guide.* 2ed. St Louis: Mosby; 1995.
14. Fescina RH. Vigilancia antenatal del crecimiento fetal. En: Belitzky R, editor. *Tecnologías perinatales.* Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano 1992; 1255. p. 117-34.
15. Pena E, Sánchez A, Portilla Z, Solano L. Dietary evaluation of pregnant adolescents during first, second and third trimestre. *Arch Latinoam Nutr.* 2003;53(2):133-40.

16. Wickremasinghe VP, Prageeth PP, Pulleperama DS, Pushpakumara KS. Preconceptional care of women at booking visit at the Soysa Maternity Hospital and Castle Street Hospital for women. *Ceylan Med J.* 2003;48(3):77-9
17. Vargas H.VM, Acosta A.G, Moreno E.MA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(6): 471-476
18. Sánchez S.E. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. *Rev Per Ginecol Obstet* 2014; 60(4): 309-320
19. Guevara R.E, Meza S.L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev Per Ginecol Obstet* 2014; 60(4): 385-393
20. Morales R.C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. *Rev. peru. epidemiol.* 2011; 15(1):1-5
21. Piedrahita O.CA, Agudelo J.B. Preeclampsia: un problema complejo para enfrentar desde su fisiología. *Medicina & Laboratorio.* 2010, 16(11-12): 547-560
22. Guzmán J.W, Ávila E.M, Contreras S.RE, Levario C.M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80(7):461-466
23. Morgan O.F, Calderón L.SE, Martínez F.JI, González B.A, Quevedo C.E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(3): 153-159.
24. Robillard P.Y, Hulsey T.C, Alexander G.R, Keenan A, de Caunes F, Papiernik E. Paternity patterns and risk of preeclampsia in the last pregnancy in multiparae. *J Reprod Immunol* 1993; 24(1): 1-12.
25. Klonoff C.HS, Savitz D.A, Cefalo R.C, McCann M.F. An epidemiology study of contraception and preeclampsia. *JAMA* 1989; 3143-3147
26. Alvarado C.M, Durand V.J, Rodrigue L.O, Correa A.A. Primipaternidad y desarrollo de preeclampsia a partir de segunda gestación. Centro de Salud Materno Infantil Santa Isabel El Porvenir, 2002-2006.
27. *Rev. Med. Vallejana, Tujillo-Perú,* 2009; 6(1): 24-31
28. Saavedra J, Paredes E, Recalde P. Preeclampsia en pacientes Infértiles llevadas a Inseminación Homóloga y Heteróloga. *Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* Cali-Colombia, 2012, marzo; 63(1): 57-63.
29. Quiroga M.MI, Diaz K.A. Genética y preeclampsia. *Rev Per Ginecol Obstet* 2014; 60(4): 345-350.

15. ANEXOS



ANEXO 1.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”
CUESTIONARIO**

**FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO
EN RELACIÓN AL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 15 A 45 AÑOS DE
EDAD ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, EL ROSARIO.**

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario. El motivo es obtener información acerca de **factores de riesgo en mujeres en edad reproductiva de la UMF 33, “EL ROSARIO”**. La información que se obtenga será completamente **CONFIDENCIAL**. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: Marque con una X la respuesta que corresponda a su caso.

1. Edad:
 - a) 15-19 años
 - b) 20-24 años
 - c) 25-30 años
 - d) 31-34 años
 - e) 35-40 años
 - f) 41-45 años
2. Nivel máximo de estudios:
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Bachillerato
 - d) Licenciatura
 - e) Maestría
3. Estado civil:
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Viuda
 - d) Divorciada
 - e) Union libre
4. Ocupación:
 - a) Estudiante
 - b) Profesionista
 - c) Comerciante
 - d) Obrera
 - e) Ama de casa
5. Peso aproximado:
 - a) Menor de 50 kg
 - b) Mayor de 50 kg
6. Estatura:
 - a) Menor de 1.50 cm
 - b) Mayor de 1. 50 cm
7. Número de embarazos:
 - a) Solo una vez
 - b) De 2 a 5 veces
 - c) Mas de 5 veces

8. ¿Cuántos embarazos se han resuelto por parto normal o natural?
 a) Menos de 5
 b) Más de 5
9. ¿Por alguno de sus embarazos le han realizado cesárea?
 a) Si
 b) no
10. ¿Usted ha tenido abortos?
 a) Si
 b) No
11. ¿Hace cuánto tiempo cursó con su último embarazo?
 a) De uno a cinco años
 b) Hace menos de un año
 c) Hace mas de 5 años
12. ¿Se le ha subido la presión arterial en alguno de sus embarazos?
 a) Si
 b) No
13. ¿Usted fuma cigarrillos?
 a) Si
 b) No
14. ¿Usted toma bebidas alcohólicas?
 a) Si
 b) No
15. En caso de haber cursado con alguna complicación en su (s) embarazo (s), ¿éste había sido el primer embarazo concebido por su padre?
 a) Si
 b) No
16. En sus embarazos previos, ¿usted ha tenido alguna complicación o que su médico tratante la haya hecho mención que era de “alto riesgo”?
 a) Si
 b) No

PARA SER LLANDO POR EL INVESTIGADOR:

Peso: _____ Kg

Talla: _____ m

Índice de masa corporal: _____
 m²SC

Obesidad: SI NO

Gracias por su participación

ANEXO 2.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 15 A 45 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, EL ROSARIO.
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y fecha:	Ciudad de México, diciembre 2017
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer los factores de riesgo reproductivo en mujeres adscritas a la U.M F. No.33 en el manejo integral de la enfermedad hipertensiva del embarazo
Procedimientos:	A través de una encuesta se conocerá la frecuencia de factores de riesgo reproductivo en mujeres adscritas a la UMF 33 "El Rosario"
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios al participar en el estudio:	Conocer los factores de riesgo reproductivo y preconcepcional en mujeres en edad reproductiva de la UMF 33 "El Rosario"
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de resultar útil la investigación se apegara al principio de justicia o equidad. En lo referente a la publicación de resultados, se apegara a las normas éticas, evitando fraudes o deshonestidad en la forma de presentar los resultados, además se cuidara al derecho de privacidad de los participantes.
Participación o retiro:	En caso de que algún participante decida retirarse del estudio lo podrá realizar debido a que se encuentra en plena libertad de hacerlo, así como el que podrá participar aquel que cumpla con los criterios de inclusión y cuente previamente el investigador con el consentimiento informado del participante.
Privacidad y confidencialidad:	El derecho de privacidad y confidencialidad se respetara a cada uno de las participantes.
Beneficios al término del estudio:	Conocer la frecuencia de factores de riesgo reproductivo para Enfermedad Hipertensiva del Embarazo en mujeres adscritas a la UMF 33 "El Rosario".
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA. Profesor médico del Centro de Investigación educativa y Formación docente. Región Norte. Matricula: 9935213 Calzada México-Tacuba No.501, Colonia Popotla, Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11400 Tel: 5752 80 59 Correo electrónico: moni_sc_21@hotmail.com
Colaboradores:	Dr. Felipe Alfredo Romero Huerta Medico residente del curso de especialización en Medicina Familiar

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

Nombre y firma del sujeto
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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.

Clave: 2810-009-013