



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 73
POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ**

**“FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN ADOLESCENTES DE LA
UMF. 73 DEL IMSS POZA RICA, VER”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO FAMILIAR**

PRESENTA:

DR: EFRAIN PECERO DEL ANGEL

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

DRA SUSANA ESCAMILLA ROQUE

DRA. ROSALBA STRAFFON VINCENT

DR: VICTOR M. ESPINOZA BASTIAN

POZA RICA DE HIDALGO, VER

FEBRERO DE 2

AGRADECIMIENTOS.

Gracias a dios por permitirme terminar una etapa más en mi vida la cual hoy culmina favorablemente como todas las metas y retos que se presentan.

Con todo mi cariño y mi amor para mis padres Gildardo Pecero e Idolina del Ángel que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por estar siempre mi corazón .

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas.

A mis asesores Susana Escamilla Roque, Rosalba Straffon Vincent que me alentaron y guiaron en la realización de este proyecto de tesis.

Gracias a mis amigos Raquel Guerra, Germán Córdova, Cynthia Rodríguez, que en todo momento conté con su apoyo en situaciones adversas a la que nos enfrentamos a lo largo de esta avent

A esa persona especial de nombre Yareni Bello Sánchez , amiga , novia ,compañera de baile , pero ante todo fuente de inspiración para ser mejor día a día , quien saca lo mejor de mi desde que decidimos caminar uno a lado del otro , a quien dedico desde hoy todos y cada uno de mis logros .

Gracias a mi hijos Victoria Pecero , Giselle Pecero , Euseiel Pecero que en todo momento mis metas son pensado en ellos , siempre pensando en un mejor futuro para todos , así como también tengan un ejemplo de vida a seguir .

Agradezco a mi país , México , por ser tan generoso conmigo a lo largo de 33 años que me ha brindado la oportunidad de crecer como persona y como profesional , por formarme con valores y compromiso con nuestra gente .

Por último al instituto mexicano del seguro social por permitirme usar su campo clínico y ser mi casa por los últimos 3 años.

Índice

Resumen	.....	1
Abstract	.....	3
Marco Teórico	.....	5
Metodología	.....	20
Resultados	.....	21
Discusión	.....	28
Conclusión	.....	30
Anexos	.....	31
Bibliografía	.....	33

RESUMEN

Factores de riesgo preconcepcional en adolescentes de la UMF 73.

Pecero del Ángel E. Escamilla Roque S. Straffon Vincent R. Espinoza Bastían V.M.

Introducción. Para 1989, en México se reportó una proporción de adolescentes de 15 a 19 años, casi la cuarta parte de la población nacional, quienes generan una enorme demanda de servicios en todos los ámbitos, incluido el de asistencia médica, donde el embarazo no planeado representa un problema de salud pública, con cerca de medio millón de embarazos anuales.

Objetivo. Identificar los Factores del riesgo reproductivo en mujeres adolescentes de 15 a 19 años adscritas a la UMF 73.

Material y métodos. Es un estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo en mujeres adolescentes de 15 a 19 años que acuden a consulta a la UMF 73. La aplicación de las encuestas será en los pasillos de la UMF 73 a pacientes adolescentes de 15 a 19 años de edad que se encuentren en ese momento en los pasillos de la clínica. En mujeres adolescentes de 15 a 19 años adscritas a la UMF 73 que firmen el consentimiento informado que contesten adecuadamente las encuestas.

Resultados. Se realizaron 89 encuestas para conocer el riesgo preconcepcional en adolescentes de la UMF 73, con edad promedio de 56 ± 1 año, en 46% (41), sin pareja, 82% (73), tabaquismo y alcoholismo presentes en 6% (5) cada uno, además se mostraron con Vida Sexual activa 17% (15), Nuligestas 93% (83), y algunos riesgos como preeclampsia en 7% (6), y cirugía previa de 6% (5). No se observaron resultados neonatales adversos. Así, con 6% (5) de alto riesgo.

Conclusión. En este grupo de adolescentes el riesgo preconcepcional al embarazarse se mostró elevado, pero el resultado grupal fue de riesgo bajo.

Palabras claves. Adolescente-Riesgo preconcepcional-Adolescente embarazada

ABSTRACT

“Preconceptional risk factors in adolescents UMF 73.”

Pecero del Ángel E. Escamilla Roque S. Straffon Vincent R. Espinoza Batían V.

Introduction.

By 1989 , in Mexico a proportion of adolescents aged 15 to 19 years, almost a quarter of the national population , who generate a huge demand for services in all areas, including health care , where unintended pregnancy is was reported public health problem , with nearly half a million annual pregnancies. Objective. Identify reproductive risk factors in adolescent girls from 15 to 19 years assigned to the UMF 73.

Material and methods.

It is an observational, cross-sectional, descriptive and prospective study of adolescent women aged 15 to 19 years attending the consultation UMF 73. The application of these surveys will be in the halls of UMF 73 adolescent patients 15 to 19 years old who are at that time in the corridors of the clinic. In adolescent girls from 15 to 19 years assigned to the UMF 73 to sign informed consent adequately answer the surveys.

Results.

89 surveys were conducted for preconception risk adolescents UMF 73 , mean age 56 \pm 1 years, 46% (41) , without a partner, 82 % (73), smoking and alcohol present in 6 % (5) each, plus they showed active Sex Life with 17 % (15) , nulligravida 93 % (83), and certain risks as preeclampsia in 7 % (6) , previous surgery and 6% (5). No adverse neonatal outcomes were observed. Thus, with 6% (5) of high risk .

Conclusion .

In this group of adolescent pregnancy preconception risk showed high, but the group result was low risk.

Tags. Teen- Risk Pregnant Teen preconception

MARCO TEORICO.

▪ RIESGO REPRODUCTIVO.

La atención preconcepcional, se define según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades como un grupo de intervenciones que buscan identificar y modificar riesgos biomédicos, de comportamiento, sociales en la salud de la mujer o en su gestación a través de prevención y manejo. La consulta preconcepcional nos permite identificar aquellas mujeres, más vulnerables y encaminar hacia ellas los recursos disponibles para priorizar la atención. Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional se aplican a mujeres de edad reproductiva no embarazadas que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o las de su futuro hijo si se involucraran en el proceso reproductivo. La consulta preconcepcional tiene el potencial de reducir las complicaciones durante el embarazo. El momento de realizar esta consulta, es antes del embarazo, lo cual es crucial para maximizar el beneficio, muchas parejas desconocen sus factores de riesgo. El primer nivel y la medicina preventiva es el lugar ideal para ofrecer la consulta preconcepcional [3]

.Podemos definir como riesgo reproductivo la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez. Por lo que es muy

importante que el embarazo sea planificado, deseado, y que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel muy importante el riesgo reproductivo preconcepcional , entendido este como la probabilidad real de sufrir daño, ella o su hijo si se involucrara en el proceso reproductivo. (1).

Algunos factores de riesgo pueden proceder y o estar abordado durante el embarazo, pero otros están presentes antes se produce un embarazo, y algunas sólo pueden ser a bordados antes de la concepción.

Factores teratogénicos riesgo (por ejemplo, medicamentos, alcohol, productos químicos tóxicos) pueden afectar el embarazo temprano, antes de la que la mujer sepa que está embarazada. Cierta pre-existente enfermedades infecciosas y crónicas representan un riesgo para la mujer . Además deficiencias nutricionales significativamente puede aumentar el riesgo de resultados adversos y pueden estar presentes también antes de la concepción.(17).

- **RIESGO.**

Es la probabilidad de que suceda un evento, impacto o consecuencia adversos. Se entiende también como la medida de la posibilidad y magnitud de los impactos adversos, siendo la consecuencia del peligro, y está en relación con la frecuencia con que se presente el evento. Es una medida de potencial de pérdida económica o lesión en términos de la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado junto con la magnitud de las consecuencias. (2)

- **CONCEPCION.**

La concepción se refiere al momento en que el espermatozoide penetra y fertiliza el óvulo para formar un cigoto viable. No se refiere al proceso de la implantación que es un suceso aparte y que ocurre pocos días después, hacia el 7º u 8º día después de la concepción. Una mujer está embarazada porque ha ocurrido la concepción, no porque se haya efectuado la implantación

- **ADOLESCENTE.**

La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

"Paralelamente con este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edades una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia ,ligada a los procesos de interacción social ,de definición de identidad y a la toma de responsabilidad .

- **NIVEL DE EDUCACION.**

Proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. La educación también implica una concienciación cultural y conductual, donde las nuevas generaciones adquieren los modos de ser de generaciones anteriores. La educación en México es un derecho consagrado por la Constitución vigente, que en su artículo 3° declara que la educación impartida por el Estado debe ser gratuita, laica y obligatoria para todos los habitantes del país. En México existe diferentes niveles de educación: educación básica, media-superior y superior.

- **OCUPACION**

Empleo, trabajo asalariado, al servicio de un empleador; profesión, acción o función que se desempeña para ganar el sustento; vocación profesional.

- **ESTADO CIVIL**

Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

- **SALUD REPRODUCTIVA.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción (4).

ANTECEDENTES.

Según cifras provenientes del Fondo para la Población de las Naciones Unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10 % de todos los nacimientos en el mundo. Éste es un fenómeno expandido por todo el orbe: en Estados Unidos se presentan anualmente más de medio millón de embarazos en adolescentes; para 1996, en Canadá se embarazaron alrededor de 40 mil adolescentes; 4 en Europa las cifras mayores corresponden a Alemania y Gran Bretaña. (1).

En Europa septentrional, una de cada 9 850 mujeres tienen riesgo de muerte materna; Norteamérica una de cada 6366; en Asia una de cada 54 y África una de cada 21 mujeres. (1)

En países con mayor nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con RRPC es inferior a un 5% y en algunos como Suecia y Japón son de 4 % y 3 % respectivamente. En Cuba se estima que entre el 15% y el 25% de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como riesgo preconcepcional.

En países como Brasil, México y Venezuela se incrementa el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25% o un 30% del total de las mujeres. (2).

Para 1989, en México se reportó una proporción de adolescentes de 15 a 19 años, casi la cuarta parte de la población nacional, quienes generan una enorme demanda de servicios en todos los ámbitos, incluido el de asistencia médica, donde el embarazo no planeado representa un problema de salud pública, con cerca de medio millón de embarazos anuales.(1)

Todas fueron primigestas y refirieron haber tenido sólo una pareja sexual, el promedio de edad de inicio de la vida sexual fue de 15 años; 85 % tuvo información sobre métodos de planificación familiar y 69 % refirió no haberlos utilizados.(4).En Cuba los antecedentes patológicos personales más frecuentes fueron el asma bronquial, la hipertensión arterial y la sepsis urinaria.(4,2). Para el nivel de escolaridad, predominó el nivel preuniversitario (41,3 %), secundaria básica (37 %) y el universitario (15,2 %). Se encontró que el 50 % eran amas de casa, el 28,3 % trabajadoras y el 8,7 % estudiante.(4,3). De los riesgos identificados, el riesgo preconcepcional de mayor frecuencia fue la edad extrema, 43,5 %, seguido de la malnutrición en el 26,1 % y los hábitos tóxicos (10,9 %), junto a las infecciones de transmisión sexual con el 10,9 %(4).

Expertos del Servicio Nacional de Salud de los EE.UU. sobre Cuidados Prenatales³ recomendó que en el año 2000 el cuidado preconcepcional esté incluido en los cuidados prenatales a toda mujer en edad fértil y a sus parejas como parte de la Atención Primaria. (5).

Un estudio realizado en Cuba en 2011 resultó, El análisis de las variables demográficas y conductuales mostró que el 58.29 % de las pacientes eran trabajadoras, el 31 % tenía una edad igual o superior a los 35 años, el 27.81 % fumaba, en tanto que el 26.73 % tuvo un ingreso per cápita bajo. El 22.46 % eran madres solteras y la malnutrición materna por defecto se detectó en el 17.65 % de la población evaluada (6).

El estudio de Rosa N. Geldstein y Edith A. Pantelides presenta nuevas preguntas frente a la evidencia de que más de 105.000 adolescentes dan a luz anualmente en la Argentina, y que casi el 14% de las muertes maternas registradas en el país corresponde a niñas de entre 10 y 19 años de edad. En el análisis de los datos recogidos en este trabajo, se manifiesta que tanto las condiciones materiales de vida de las jóvenes como las imágenes que de sí mismas y de sus congéneres tienen las mujeres son decisivas a la hora de exponerse o no a conductas de riesgo reproductivo. (8).

En un estudio realizado en la UMF 53 de León Guanajuato se encontró que el 55% fueron del grupo de edad de 18 y 19 años. El 40% tiene estudios de primaria. Casadas 85%, amas de casa 77%. Primigestas 78%. Disfunción familiar moderada se encontró 27%, severa 6% y normal en 67%. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto. Se concluyó que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja. (9).

En 2005 se publicó un estudio realizado en el HGR Vicente Guerrero de Acapulco donde se encontraron los siguientes resultados; las características personales llama la atención el elevado número de adolescentes de 16 y 17 años con sentimiento de responsabilidad para el cuidado infantil, interés por seguir estudiando, aceptación del embarazo y el hecho de referir alcoholismo, así como los motivos relacionados al embarazo, entre los que destaca el deseo de casarse y dejar la casa familiar de origen. Todas fueron primigestas y refirieron haber tenido sólo una pareja sexual, el promedio de edad de inicio de la vida sexual fue de 15 años; 85% tuvo información sobre métodos de planificación familiar y 69% refirió no haberlos utilizados.

Las características familiares se destaca que 85 % tuvo antecedente de madre adolescente. En relación a los padres, más de 50 % estaba casado y con bajo nivel de escolaridad. La mayoría vivía con la familia de su pareja, confiaba principalmente en su madre y hermana, y recibía apoyo esencialmente de su pareja.(10).

Se realizó un estudio de casos y controles de las 310 madres adolescentes entre 10-19 años que tuvieron sus partos en el primer semestre de 1996, en el Hospital Provincial Docente "Carlos Manuel de Céspedes", Bayamo, Granma. Como grupo control se tomaron las madres de 20 años y más en igual número, que parieron después de las adolescentes. En ambos grupos se estudiaron: edad materna, edad gestacional al parto, tipo de parto, diagnóstico preoperatorio de las cesáreas, conteo de Apgar al minuto, peso al nacer, morbilidad y mortalidad neonatal y el comportamiento de la tasa de mortalidad perinatal .Durante el semestre se produjeron en este hospital 2 040 partos, de ellos 310 en menores de 20 años (15,19 %). Estas pacientes aparecen distribuidas según su edad en la tabla 1, donde observamos que los grupos de 17 y 18 años fueron las que parieron con mayor frecuencia e igual porcentaje en ambos grupos (24,19 %), pero el 31,62 % de las adolescentes eran menores de 17 años. En este período no se produjo ningún parto en madres menores de 13 años. (11,).

Durante el semestre se produjeron en este hospital 2 040 partos, de ellos 310 en menores de 20 años (15,19 %). Estas pacientes aparecen distribuidas según su edad en la tabla 1, donde observamos que los grupos de 17 y 18 años fueron las que parieron con mayor frecuencia e igual porcentaje en ambos grupos (24,19 %), pero el 31,62 % de las adolescentes eran menores de 17 años. En este período no se produjo ningún parto en madres menores de 13 años. En los controles predominó el grupo de 20-24 años (45,48 %), seguido de las que tenían 25-29 años (39,03 %). Ninguna madre sobrepasó los 34 años. La edad gestacional en el momento del parto muestra que el 14,20 % de los partos ocurrieron antes de las 37 semanas en las adolescentes y 8,39 % en los controles. Con menos de 28 semanas hubo un 1,94 % en las adolescentes y 1,29 % en los controles.

El 9,03 % del grupo estudio fue a las 42 semanas y más y en los controles 5,16 %. El tipo de parto refleja que el parto eutócico (considerado como tal aquellos en presentación cefálica y sin instrumentación) fue el más frecuente en ambos grupos representando el 61,61 y 66,77 % respectivamente. (11).

Estudio descriptivo, transversal, no ciego. Se incluyeron 267 adolescentes entre 12 y 20 años, excluyendo a quienes fueron violentadas sexualmente en sus embarazos, que rehusaron contestar el cuestionario, presentaron retraso mental o salud grave. Se aplicó la prueba psicológica.

Inicio de vida sexual activa entre los 12 y 16 años, escolaridad máxima de primaria, dedicadas al hogar, católicas, no utilizan métodos anticonceptivos y padres casados, escolaridad máxima de primaria; padre empleado con ingreso de \$1000.00 mensuales, 38% son alcohólicos, refiriendo una comunicación intrafamiliar armoniosa. Las adolescentes viven en unión libre con su pareja cuyas edades fluctúan entre los 15 y 52 años, empleados, con actitud de aceptación al embarazo, nivel de autoestima de la madre adolescente en 54% correcta y 46% narcisista; nivel de conocimientos sobre reproducción humana, métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, 45% deficientes y 23% nulos.(12).

de un estudio realizado en Venezuela en 2008 acerca del parto pre termino en adolescentes . De las 647 adolescentes 68 presentaron la condición de parto pre término, representando éstas una prevalencia de 10,51 %. Del total de la muestra, 29 pacientes (42,6 %) fueron adolescentes intermedias 39 (57,4 %) y adolescentes tardías. La edad mínima fue de 14 años y la máxima 17 años. No hubo adolescentes precoces. La estratificación socioeconómica se muestra en el Cuadro 1. Las patologías asociadas más frecuentes se presentan en el Cuadro 2, estuvieron presentes en el 85,3 % de la muestra (58 adolescentes).

Las complicaciones perinatales afectaron a 38,2 % de los recién nacidos hijos de madres adolescentes (26 neonatos), se resumen en el Cuadro 3. Hubo una mortalidad perinatal de 7,81 %.(13,2).

Un estudio realizado en el 2002 en el hospital infantil de México respecto a la morbilidad y mortalidad infantil bajo peso al nacimiento en el embarazo de mujeres adolescentes el 29% de los nacimientos se obtuvo de mujeres adolescentes. No se observó diferencia estadística en la prevalencia de prematuridad y de peso bajo al nacimiento. La tasa de mortalidad fetal fue de 32.3 defunciones por 1,000 nacimientos en los embarazos de adolescentes contra 27.8 en los de mujeres adultas y la tasa de mortalidad neonatal fue de 32.3 defunciones por 1,000 nacidos vivos en las primeras, contra 18.1 en las segundas.(14).

En embarazadas adolescentes por grupo de edades, donde existe un franco predominio del grupo comprendido entre 16 - 17 años de edad, con 71 casos, para el 47,3 %, seguido del grupo 14 -15 años, con 24 % y el grupo de 18 - 19 años con 17,3 %; por último, el grupo de 13 años, con un total de 17 casos para el 11,3 %. Cabe destacar además que de los casos estudiados 94 pacientes, es decir, el 62,7 %, pertenecen a la zona rural y el 37,3 % a la urbana.(15).

En un estudio realizado en Chile donde se evalúa el riesgo obstétrico en adolescentes. Del grupo de adolescentes estudiadas, se encontró que la gran mayoría de ellas tenían entre 16 y 19 años de edad, con un promedio de 18,6 años, constituyendo las embarazadas menores de 16 años un 9,49% del total del grupo de estudio. Cabe destacar, que la menor edad encontrada fue de 13 años.

La presencia de anemia en las embarazadas adolescentes fue de un 49,36%, porcentaje muy similar al obtenido en el grupo control, el cual fue de un 43,67%. Las infecciones del tracto urinario estuvieron presentes en el 13,29% de las embarazadas adolescentes, porcentaje que fue cercano al doble de lo presentado en el grupo control, donde la infección urinaria alcanzó un 6,96%. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. No se encontraron diferencias entre el grupo de estudio y el grupo control tanto para el síndrome hipertensión del embarazo (10,75% en ambos grupos), como para la diabetes estacional, presentándose esta última en el 1,26% de las adolescentes, lo que representa la mitad de lo encontrado en el grupo de 20 a 29 años (2,53%). El porcentaje de embarazadas adolescentes que cursaron con una rotura prematura de membranas fue de 14,55%, de las cuales un 8,7% estuvo asociado a parto prematuro. Presencia de rotura prematura de membranas en el grupo control fue de 20,25% de las cuales un 9,4% se asoció a parto prematuro (16).

En cambio, en Estados Unidos se han realizado estudios donde relaciona la diabetes como factor de riesgo preconcepcional uno de ellos asocio el grado de educación y conocimiento de la concepción y su riesgo que tenían los adolescentes con diabetes tipo 1 donde revelo que rango de edad fue 13.2-19.7 años (media 16,7 SD 1,7 años?), 6% (? N = 5) fueron de raza negra y el 24% (n? 21) eran sexualmente activos. En comparación con la línea base y SC materias, asignaturas IG demostró un significativo grupo por tiempo de interacción para el beneficio y conocimiento del asesoramiento preconcepcional y la salud reproductiva: aumento inmediatamente después de la primera visita y se mantuvo durante 9 meses. (18)

MATERIAL Y METODO

Es un estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo que se realizara a adolescentes de entre 15 a 19 años que sean derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF 73 que se encuentren en los pasillos de la unidad en ese momento, mediante la aplicación de 89 encuestas MF5 utilizada en todas las unidades de salud de acuerdo **Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010** con 19 reactivos en los cuales se tomaron en cuenta la edad , peso, índice de masa corporal , escolaridad , aspectos socioeconómico dentro de los cuales si incluye salarios mínimos habitación , vida sexual activa , número de parejas sexuales, gestas , partos, cesáreas, abortos, periodo intergenesico, antecedentes obstétricos (preeclampsia , polihidramnios, parto pretermino, macrostomia, cirugia pélvica uterina, bajo peso, malformaciones,), antecedentes no patológicos (tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías) antecedentes personales patológicos (HAS , DM2, IRC, LES, HIV, epilepsia) inmunizaciones . Previa firma de consentimiento informado(89 copias). Mismos que serán aplicados por 1 médico residente. para esto se utilizaran 89 copias , lápices mirado del numero 2 , una laptop para el vaciamiento y recolección de datos así como la realización de la estadística , mismo que para ello utilizaremos de un software estadístico.

RESULTADOS

Se realizaron 89 encuestas para conocer el riesgo preconcepcional en adolescentes de la UMF 73, con edad promedio de 16 ± 1 año, Índice de masa Corporal de 23 ± 3 , y con características generales de esta cohorte de pacientes con ingreso de dos salarios mínimos en 46% (41), sin pareja en 82% (73), tabaquismo y alcoholismo presentes en 6% (5) cada uno; el resto de resultados se pueden consultar en el cuadro I.

De las características ginecoobstetricas de este grupo de adolescentes, se mostró con Vida Sexual activa 17% (15), Nuligestas 93% (83), y algunos riesgos como preeclampsia en 7% (6), y cirugía previa de 6% (5). No se observaron resultados neonatales adversos, como se muestra en el Cuadro II.

Los resultados de los riesgos se pueden observar en la Gráfica 1 con 6% (5) de alto riesgo.

**CUADRO I
 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
 DEL GRUPO DE ESTUDIO**

CARACTERISTICAS	FRECUENCIA n= 89
INGRESOS	
DOS SALARIOS MINIMOS	46% (41)
CUATRO SALARIOS MINIMOS	39% (35)
CINCO SALARIOS MINIMOS	15% (13)
NUMERO DE PAREJAS	
CERO	82% (73)
UNO	12% (11)
DOS	5% (4)
TRES	1% (1)
TABAQUISMO	
PRESENTE	6% (5)
AUSENTE	94% (84)
ALCOHOLISMO	
PRESENTE	6% (5)
AUSENTE	94% (84)

GRAFICA. 1



FUENTE : Encuesta MF5

En esta grafica se representa el ingreso familiar del grupo estudiado en donde le 46% tiene un ingreso de 2 salarios mínimos al día , un 39% 4 salarios mínimos y solo el 15% tiene ingresos de más 5 salarios mínimos.

GRAFICA 2



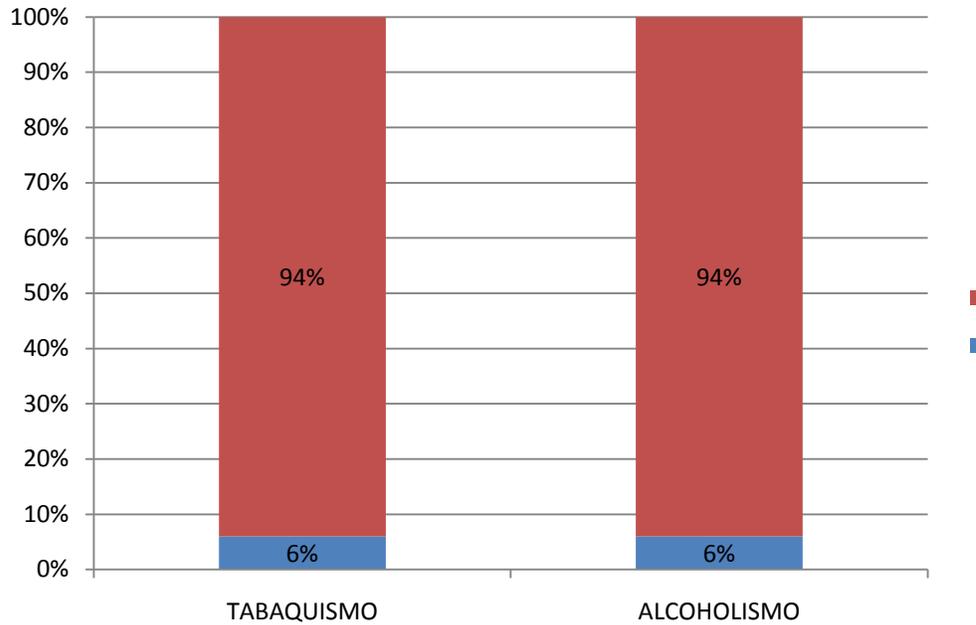
FUENTE: Encuesta MF5

En esta grafica vemos representado el número de parejas sexuales en las adolescentes encuestadas en las cuales el 82% no presento vida sexual activa con 0 parejas sexuales, el 12% una pareja sexual, el 5% dos parejas sexuales, y solo el 1% 3 parejas sexuales.

**CUADRO I
CARACTERISTICAS GINECOOBSTETRAS
DEL GRUPO DE ESTUDIO**

CARACTERISTICAS	FRECUENC IA n= 89
VIDA SEXUAL ACTIVA	
SI	17% (15)
NO	83% (74)
GESTACIONES	
NULIGESTA	93% (83)
MULTIGESTA	7% (6)
PERIODO INTERGENESICO	
MENOR A 25 MESES	3% (3)
25 A 60 MESES	97% (86)
PREECLAMPSIA	
SI	7% (6)
NO	93% (83)
CIRUGIA PREVIA	
SI	6% (5)
NO	94% (84)

GRAFICA 3 ADICCIONES DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

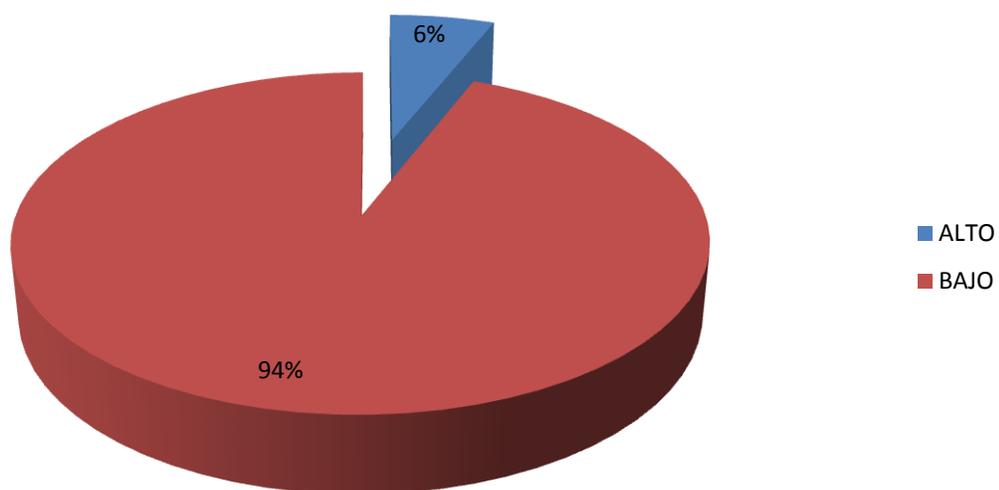


FUENTE: Encuesta MF5.

Esta grafica representa los antecedentes no patológicos en donde el tabaquismo y alcoholismo solo estuvo presente en un 6% de la población encuestada.

GRAFICA 4

RIESGO PRECONCEPCIONAL EN LA UMF 73



FUENTE: Encuesta MF5

Esta grafica representa el riesgo reproductivo encontrado en la muestra estudiada en donde el 94% presenta un riesgo bajo y solo el 6% presento riesgo alto , no encontrando riesgo medio en ninguno de las encuestadas.

DISCUSION

En cuanto a los estudios revisados encontramos que dentro de las características demográficas se encontró similitud en cuanto a los ingresos diarios, en un 46% tienen ingresos de 2 salarios mínimos . en cuanto a número de parejas sexuales se encontró que en el grupo estudiado presentaron baja frecuencia , ya que el 82% de la población presento cero parejas sexuales en comparación a los estudios revisados como es el ejemplo de los estudios realizados en guerrero y colima en donde el 70% inicio vida sexual y por lo menos tenían una pareja sexual en ese momento . el tabaquismo y alcoholismo se encontró una frecuencia baja ya que en el 94% se encontraba ausente y presente solo en un 6% lo cual fue similar e estudios realizados en México. En relación al peso y al índice de masa corporal no fueron no hubo comparación con otros estudios ya que no se tomo en cuenta como factor de riesgo a diferencia de nuestra encuesta la cual tuvo una media de 23+3 la cual no fue factor de riesgo en la mayoría de el grupo medido .

Dentro de las características ginecoobstetricas en este grupo no se presentaron características perinatales que se pudieran comprara con estudios revisados . en cuanto a el numero de gestas se encontró un 95% fueron nuligestas comparado con un 75% en otros estudios .

solo un 3% presento periodo intergenesico corto lo cual fue bajo en relación a estudios realizados en chile cuba e incluso a los realizados en guerrero y colima .solo un 7% de las pacientes presentaron preeclampsia como factor de riesgo así como un 6% que presento cirugía pélvica lo cual es bajo en relación a los estudios realizados en guerrero y chile .

CONCLUSIONES

Concluimos que la población estudiada de adolescentes entre 15 a 19 años adscrita a la UMF 73 cuenta con un riesgo preconcepcional fue bajo en un 94% y solo un 6% se comporto como alto sin tener un resultado medio en la población estudiada . a lo cual el factor de riesgo más alto fue la nuliparidad en un 96% así como la cirugía pélvica en un 6% , la preeclampsia en un 7% y el inicio de vida sexual activa . los factores ginecoobstetricos fueron los de mayor peso como factor de riesgo ya que los factores socio demográficos no se comportaron significativamente como factores de riesgo preconcepcional .

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE:

DOMICILIO:

NSS:

EDAD:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O FAMILIAR:

EDAD:

DOMICILIO

DECLARO:

QUE MEDICO _____ EL ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA, Y FINALIDAD DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN QUE SE VA A REALIZAR.

Y QUE HE COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE ME HAN FACILITADO EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, Y QUE SE ME HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES, Y ME HAN ACLARADO TODAS LAS DUDAS QUE LE HE PLANTEADO.

TAMBIEN COMPRENDO QUE EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACION, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.

POR ELLO MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO(A) CON LA INFORMACION RECIBIDA Y QUE COMPRENDO EL ALCANZE Y RIESGOS DEL ESTUDIO.

CONSIENTO

QUE YO _____ SEA PARTICIPE EN LA INVESTIGACION SOBRE “ **FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN ADOLECENTES DE 15 A 19 AÑOS DE LA UMF 73**”

EN LA CD. DE POZA RICA DE HIDALGO, VER. A LOS _____ DEL MES DE _____ DE 20__.

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

UMF 73 POZA RICA VERACRUZ

ENCUESTA : RIESGO PRECONCEPCIONAL EN ADOLESCENTES DE LA UMF73

Numero de seguridad social: _____ fecha: _____ encuesta No: _____

Nombre completo: _____

Unidad adscripción: _____ No consultorio: _____ turno: _____

Marque con una X la respuesta.

<p>1-Edad: _____ 15-19 <u>1</u> 20-29 <u>0</u> 30-34 <u>1</u> mas 34 <u>4</u></p> <p>2- Peso _____ 50 o mas <u>0</u> < 50 <u>1</u></p> <p>3- Talla _____ 150 o mas <u>0</u> < 150 <u>1</u></p> <p>4- IMC: _____ < 18.5 <u>1</u> 18.5-24.9 <u>0</u> 25.0-29.9 <u>1</u> > O = 30 <u>2</u></p> <p>5-Escolaridad: secundaria o mas <u>0</u> Primaria o menos <u>1</u></p> <p>6- ISPF: ¿Cuál es su ingreso económico familiar? a) < 1 salario mínimo b) 1-2 salarios mínimos c) 3-4 salarios mínimos d) > 5 salarios mínimos. ¿Cuántos hijos dependen de usted? a) 3 o mas hijos b) 2 hijos c) 1 hijo d) ningún hijo. ¿Cual es su grado de escolaridad o la de su conyugue? a) sin instrucción b) primaria incompleta c) primaria completa d) post- primaria. ¿Cuántas personas duermen en cada habitación? a) > 5 personas b) 4 personas c) 3 personas d) 1 a 2 personas.</p> <p>7- Vida sexual activa: si <u>1</u> no <u>0</u></p> <p>8- No. parejas sexuales: uno <u>1</u> dos o mas <u>2</u></p> <p>9- Gesta: _____ 2-4 <u>0</u> primigesta <u>1</u> Mas de 4 <u>4</u></p> <p>10-Para: _____ 11-aborto _____ 12 cesárea _____ 0-1: <u>0</u> no: <u>0</u> 2: <u>2</u> si: <u>4</u> 3 o mas: <u>4</u></p>	<p>13- Intervalo entre el ultimo parto a la fecha: 25-60 meses < 25 meses > 60 meses <u>0</u> <u>1</u> <u>1</u></p> <p>14- Antecedentes obstétricos: Ninguno <u>0</u> preeclampsia- eclampsia <u>4</u> Polihidramnios <u>4</u> parto pretermino <u>4</u> Macrosomia: <u>4</u> cirugía pélvica uterina <u>4</u> Bajo peso <u>4</u> malformación congénita <u>4</u></p> <p>15- Antecedentes no patológicos: tabaquismo: negativo o < 10 cigarros <u>0</u> 10 o mas cigarros <u>1</u> Alcoholismo: si <u>1</u> no <u>0</u> Otra toxicomanía: si <u>1</u> no <u>0</u></p> <p>16- Antecedentes personales patológicos: Ninguno <u>0</u> HAS <u>4</u> DM2: <u>4</u> IRC <u>4</u> LES <u>4</u> Hepatitis C <u>4</u> VIH (+) <u>4</u> epilepsia <u>4</u> Otra enfermedad: _____ <u>4</u></p> <p>17- Inmunizaciones: Td: si <u>0</u> no <u>1</u> SR: si <u>0</u> no <u>2</u> Hepatitis B: si <u>0</u> no <u>1</u></p> <p>18- Exploración física: Ta: _____ Fc: _____ ICC: _____ < = 120/80mmHg <u>0</u> 0.71-0.85cm <u>0</u> 130-139/80-89mmHg <u>1</u> < 0.71 <u>1</u> > = 140/90mmHg <u>2</u> > 0.85 <u>1</u></p> <p>19- Otros hallazgos a la exploración física: Ninguno: <u>0</u> IVU: <u>1</u> cervicovaginitis <u>1</u></p>
--	---

Riesgo bajo: 0-13 Riesgo medio: 14-26 Riesgo elevado: 27 o >

BIBLIOGRAFIA.

1. *V. Cueva, J.F. Olvera. características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas. México .2007 pag.1/6.*
2. *V. Herrera, J. Oliva, F. Domínguez. riesgo reproductivo. 2007 pág. 1/8.*
3. *G. Almarales, D. Tamayo, H. Pupo. riesgo reproductivo en un centro de salud. México .2007 pág. 1/10.*
4. *M. Álvarez. S Álvarez. caracterización de la morbilidad materna 2010 pág. 1/11.*
5. *C. Jurado*, R. Cabrera. consulta preconcepcional en atención primaria. 2007 pág. 1/9.*
6. *E. Rosell. M. Delgado. N. Trufero. riesgo preconcepcional. 2006 pag.1/9.*
7. *G. Tirado. asistencia preconcepcional y su reacción con la morbilidad materna. ginecología y obstetricia 2007 pág. 1/8.*
8. *E. Pantelides. R. Geldstein. Riesgo reproductivo en la adolescencia. 2001 1/42*
9. *J. Rangel. L. Valerio .J. Patiño, M .García. funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. 2004 pág. 1/5.*

10. V. Cueva, F. Guerra, L. Chumacera. *Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo*. 2005 pág. 1/6.
11. G. Verdecía, Á. Almirall, F. de la Cruz, Á. Vázquez, L. Margardel. *Morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz*. 1996 pág. 1/8.
12. T. Gutiérrez, E. Pascasio, A. de la Cruz Palomo, Eva Varinia. *Nivel socio familiar y nivel de autoestima de la adolescente embarazada*. 2002 pag.1/5.
13. R. Manrique, Arlen Rivero, M. Ortuño, M. Rivas, R. Cardozo. *Parto pretermo en adolescente*. 2008 pág. 1/6.
14. H. Guevara. *Mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacimiento en la mujer adolescente embarazada*. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2002; pag.1/18.
15. G. Mirabal, M. Martínez, D. Pérez. *Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescente*. 2002 pag.1/9.
16. A. Díaz, P. Sanhueza, N. *¿Qué riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos perinatales con pacientes embarazadas?* pág. 1/8.
17. L. Boulet, C. Parker, Kay Johnson. *Department of Pediatrics, Medical School, Lebaron NH USA. Preconception risk and care*. Pag ¼.
18. A. Fischl, W. Herman, S. Serika. *Impact of preconception counseling program for teens with type 1 diabetes on patient-provider interaction, resource utilization, and cost*. *Diabetes Care*. 2010.

