

11226

14



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No33
DELEGACION 1, NOROESTE**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL TURNO MATUTINO DE LA
U. M. F. No33 TIENEN SOBRE LOS FACTORES DE
RIESGO REPRODUCTIVO.**

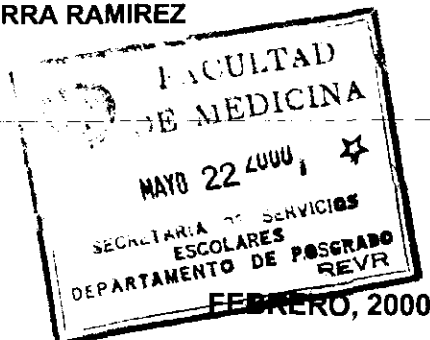
273986

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
M E D I C O F A M I L I A R
P R E S E N T A:
ROCIO ELIZABETH CAMPOS CARREON

**ASESOR DE TESIS:
DR. MAXIMO SIERRA RAMIREZ**



MEXICO, D. F.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



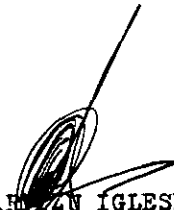
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

Vo. Bo.



DR: RODOLFO ARCEZA IGLESIAS
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION MEDICA DE LA UMF No. 33

Vo. Bo.



DRA: MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFA: TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR.

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

**DRA: ROCIO ELIZABETH CAMPOS CARREON
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE
LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR:

**DR: MAXIMO SIERRA RAMIREZ
MEDICO FAMILIAR
ADSCRITO A LA U.M.F. No.33**

DEDICATORIA

A DIOS:

Por estar en todo momento conmigo y concederme lo
grar todas mis metas.

A MIS PADRES:

Por los principios inflexibles que han dirigido -
su vida, y haber guiado a sus hijos por caminos -
de inquietud intelectual, enseñándoles que el ob
jetivo de la vida no es superar a los demás sino
a nosotros mismos.

A MIS HERMANOS:

Por su tolerancia durante las largas horas que
fueron necesarias para alcanzar mi objetivo, y -
por su inapreciable ayuda.

A MI ASESOR:

Que con celo infatigable atendió a la revisión y
corrección de la tesis e hizo importantes sugerenc
cias.

A MIS PROFESORES:

Por su colaboración constante durante mi prepara-
ción.

INDICE

	Pág.
TITULO	7
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	8
JUSTIFICACION	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
SUJETOS, MATERIAL Y METODOS	20
1. SITIO DEL ESTUDIO	20
2. DISEÑO	22
2.1 TIPO DE ESTUDIO	22
2.2 GRUPOS DE ESTUDIO	23
2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
2.4 DEFINICION DE VARIABLES	24
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS	27
-----	-----
RECURSOS	29

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	30
PRESENTACION DE RESULTADOS EN TABLAS Y GRAFICAS	31
ANALISIS DE RESULTADOS	35
CONCLUSIONES	41
SUGERENCIAS	42
ANEXOS	43
BIBLIOGRAFIA	47

NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE
LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL TURNO MATUTINO
DE LA U.M.F. No. 33 TIENEN SOBRE LOS FACTOR
RES DE RIESGO REPRODUCTIVO.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Dentro de los grupos de población más susceptibles a la enfermedad y a la muerte se encuentra el grupo materno-infantil. La susceptibilidad para las mujeres en edad reproductiva nace de los procesos fisiológicos que acompañan al embarazo, que modifican profundamente el organismo materno y aumentan su vulnerabilidad. (1)

En América Latina también resulta importante que la mortalidad materna, en el período de 1980-1985, muestra las siguientes cifras por 10,000 nacidos vivos: 48 para Bolivia, - 27.5 para Paraguay, 9.1 en México y 7.0 en Brasil. (2)

La mortalidad infantil fue para 1980, en América del Sur, de 49.2 por 1000 nacidos vivos. Un porcentaje significativo de la mortalidad infantil, está representado por la debida a causas perinatales. Por ejemplo este porcentaje en 1980 fue de 25.2 para México. (2) Como puede apreciarse, la mortalidad perinatal representa un problema importante en muchos países, incluyendo a México.

El problema de la vulnerabilidad a la enfermedad y a la muerte nace de la extrema susceptibilidad propiciada por los fenómenos relacionados con el embarazo, el crecimiento y el desarrollo, en el cual pueden incidir desfavorablemente múltiples factores, principalmente biológicos y ambientales.

La característica común en esta morbimortalidad es la importante asociación con factores de riesgo, que favorecen o propician dicha morbimortalidad. (3)

Un riesgo es la probabilidad de que un evento suceda, - frecuentemente se expresa como una tasa.

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso morbido.

Según John M. Last el término "factor de riesgo" se usa con tres connotaciones distintas:

a) Un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal.

b) Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico.

c) Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud, esta connotación es referida como un factor de riesgo modificable.

Los factores de riesgo pueden, ser causas o indicadores pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

La importancia de un factor de riesgo depende en gran parte de la fuerza de su asociación con un daño a la salud, desde el punto de vista de los efectos de las intervenciones en salud también depende de la proporción en que el factor de riesgo causal se encuentre en la población general. Si de terminado factor de riesgo entraña una alta probabilidad de muerte fetal pero fuera muy raro en la población total, el impacto de su eliminación sobre la mortalidad fetal podría ser pequeño. Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente, y pueden ser biológicos, ambientales, de comportamiento, relacionados con la atención a la salud, sociales-culturales y económicos.

La morbimortalidad materna es un índice que valora la salud en función del grado de desarrollo socioeconómico de un país, en México en 1983 la tasa de mortalidad materna fue de 9.1 por 10,000 nacidos vivos. (4)

Cuando una mujer se embaraza teniendo factores de riesgo, da origen a embarazos de riesgo elevado y la mayoría de

las causas de muerte materno-infantil y especialmente perinatal tiene su origen en este tipo de embarazos. (3)

Se puede considerar que alrededor de una tercera parte de las mujeres en edad fértil, que son quienes tienen riesgo reproductivo elevado, da lugar a dos terceras partes de la mortalidad materna y a tres cuartas partes de la perinatal, debido a la producción de embarazos de alto riesgo.

De acuerdo con el origen de la causalidad de la muerte-materno-infantil; existen tres posibles vertientes de aplicación del enfoque de riesgo para modificar favorablemente la mortalidad:

1.- Riesgo reproductivo: Indica a las mujeres no embarazadas en edad fértil y con vida sexual activa que poseen factores de este tipo.

2.- Riesgo Obstétrico; Identifica factores de riesgo en las mujeres con embarazo ya presente.

3.- Riesgo infantil: Permite la identificación de factores de riesgo en la población menor de 5 años.

Las primeras 4 causas de mortalidad materna en América-Latina siguen siendo la hipertensión inducida por el embarazo las complicaciones hemorrágicas del embarazo y del parto, la sépsis puerperal y el aborto, el 70% de las muertes se asocian con alto riesgo reproductivo debido a: (4)

a) Condiciones maternas desfavorables durante la etapa-preconcepcional (factores de riesgo reproductivo).

b) Complicaciones en el transcurso del embarazo, parto-y puerperio (factores de riesgo obstétrico).

La mortalidad neonatal esta condicionada principalmente por prematuridad, bajo peso al nacer y defectos al nacimiento, causas que tienen su origen tanto en las complicaciones presentadas durante los periodos pre y transgestacional como en las condiciones generales de salud de la madre. (5, 6)

La mortalidad materna es considerada, desde hace muchos años, uno de los índices más adecuados para evaluar la calidad de la atención obstétrica. Las muertes maternas deben verse como un acontecimiento biológico, sanitario, social y económico desfavorable. (3)

Entre los factores de riesgo reproductivo que se asocian fuertemente a la morbi-mortalidad materna, se encuentran: - edades extremas de la vida reproductiva, multigravidez, desnutrición, obesidad, cesareas previas, multiaborto, período intergenésico corto, toxemia previa, sangrado del tercer trimestre, enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión, cardiopatía y Diabetes mellitus.

Los factores de riesgo obstétricos asociados a morbilidad son principalmente la hemorragia del embarazo (incluyendo el aborto), infecciones sistémicas, complicaciones del parto, toxemia y descompensación de enfermedades crónicas degenerativas.

La educación para la salud en México y especialmente sobre la etapa reproductiva tiene antecedentes desde la época precolombina, donde se pone de manifiesto la importancia otorgada a cuestiones educativas y preventivas sobre la sexualidad y reproducción.

En México, la información y capacitación de grupos multidisciplinarios para detectar, tratar y orientar correctamente a grupos de riesgo específicos representan una prioridad, haciendo énfasis en la necesidad de los aspectos educativos. (7)

Desde que se promulgo la Ley del Seguro Social en 1943, una de las actividades más importantes de los servicios médicos del I.M.S.S. ha sido proteger a la población materno-infantil, es decir, a las mujeres de 15-19 años de edad y a los niños menores de 5 años. El programa de Salud Materno-infantil del I.M.S.S., busca el ordenamiento y sistematización de las actividades relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio, y con el cuidado del crecimiento y desarrollo del niño.

El objetivo de este programa es disminuir la morbimortalidad específica del grupo materno-infantil mediante cober
turas, oportunidad, calidad y eficiencia de las accio
nes. (8)

La identificación de los embarazos de alto riesgo no só
lo es importante porque constituye el primer paso de la pre
vención, sino también porque si el médico conoce las posibles
dificultades, puede adoptar a menudo las medidas terapéuticas
que le permitan reducir los riesgos para el feto y el neona
to. (9)

El embarazo y el parto han sido considerados tradicio
nalmente como procesos naturales, como procesos fisiológi
cos que deberían desarrollarse sin problemas para la madre.
Sin embargo, sabemos que tanto el uno como el otro pueden
ser motivo de complicaciones graves que conducen a la muerte
de la mujer con frecuencia variable según diversos factores
entre los cuales destacan la disponibilidad y calidad de la
atención obstétrica, así como las características de la pa
ciente, en cuanto a su nivel socioeconómico y cultural. (10)

El índice de mortalidad materna es considerado, desde
hace muchos años, uno de los más adecuados para evaluar la
calidad de la atención obstétrica. Mientras se presenten -
muertes maternas previsibles, la atención a la salud tendrá
que mejorarse. (10, 11)

Se ha observado que entre más evolucionado está un país
la atención prenatal preventiva es la predominante mientras-
que la atención curativa es mayoritaria dentro del subdesa
rrollo. Ante tal situación, la aplicación de programas edu
cativos en salud, representan una alternativa factible y -
útil. (12)

En numerosas publicaciones desde hace más de dos déca
das diversos autores han puesto de manifiesto la existencia
de una intensa relación entre morbilidad perinatal con
factores socioculturales. A pesar del avance alcanzado en el
conocimiento de aspectos reproductivos, la práctica médica -
no ha logrado bajar significativamente la tasa de algunas en

tidades nosológicas como la hipertensión, la amenaza de parto pretérmino, la ruptura de membranas y la infección de vías urinarias, ya que hace una década, tanto en América Latina como en México ocupaban ya sitios importantes.

Esta situación plantea la posibilidad de que varios determinantes tengan origen fuera del contexto biológico, es decir, en otro de los componentes de la relación paciente -- institución, este proceso al parecer se inicia en el hogar, se continúa en la escuela, en el trabajo y en la colectividad y posiblemente corresponde a la actitud de la población hacia su propia salud. (13)

Un grupo que merece especial atención son las adolescentes embarazadas ya que al parecer, tienen mayor desventaja por su escasa experiencia reproductiva, las condiciones sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente tiene mucho más peso que la edad y los factores biológicos relacionados con ésta (excepto las edades muy tempranas) en sus consecuencias negativas para la salud. (13)

En la literatura se describen varios factores de riesgo en las complicaciones obstétricas en la embarazada adolescente como son: el nivel económico, la falta de control prenatal, la falta de atención médica oportuna, la falta de educación para la salud. El factor educativo queda entonces convertido en casi el único apoyo disponible para ese grupo en particular, lo cual resalta su trascendencia. (13, 14, 15)

En un estudio que se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología de México D.F., mediante una entrevista aplicada a 375 pacientes embarazadas, de quienes se investigaron su diagnóstico de riesgo, tipo y frecuencia de signos y síntomas que consideraron molestias. Se observó que casi 70% de las molestias fueron consideradas como normales por las pacientes, incluyendo signos y síntomas francamente patológicos. Cerca del 95% de las molestias consideradas anormales no recibieron atención médica. La presencia de algunas molestias como las neurovegetativas y las derivadas del cambio de postura de la columna vertebral, las han considerado como normales, esto ha contribuido a minimizar su trascen

dencia, a tal grado que las pacientes las pasan por alto y no las comunican al médico durante la consulta, constituyendo ésto un factor de riesgo, muchas de éstas molestias son tributarias de intervenciones derivadas del conocimiento popular, inclusive de automedicación. Por lo que es indispensable que el autoconcepto de salud que prevalece en la población se modifique, en el sentido de identificar correctamente riesgos y que además los expongan oportunamente durante la consulta. (12)

En otro estudio que se realizó para saber el conocimiento existente sobre los signos de alarma del embarazo, mediante la aplicación de un cuestionario a 100 embarazadas. Entre los resultados llama la atención que los aspectos explorados que denotan situaciones de alarma evidente (sangrado transvaginal, ausencia de movimientos fetales, salida de líquido amniótico) fueron contestados correctamente con mayor frecuencia, que otros más sutiles cuyo enfoque es preventivo como son: identificación de I.V.U. como causa pre-disponible de ruptura de membranas, identificación del riesgo de infección por ruptura prematura de membranas, identificación de la utilidad de tomar sistemáticamente la tensión arterial para identificar complicaciones, identificación temprana de signos y síntomas de I.V.U., identificación de contracciones uterinas características de trabajo de parto. Por lo que debe ser foco de atención dentro de la consulta médica y de programas educativos para la población obstétrica. (13)

Al analizar las muertes dictaminadas que en 1994 fueron 314 casos se encuentra que casi una tercera parte fue previsible o evitable con una mejor atención hospitalaria y que otra tercera parte que resultaba previsible, se debían a factores atribuibles a la madre (no acudir a control prenatal, retraso en su visita inicial, por falta de obtener el cuidado médico cuando los síntomas fueron evidentes o acudir tardíamente al hospital al presentarse complicaciones iniciales durante el embarazo o el trabajo de parto). igualmente el 27.70% de la responsabilidad de la muerte materna se atribuye a la propia paciente, lo que también refuerza la afirmación en el sentido de que se necesitan implementar las

acciones de comunicación, información y educación que permitan a las mujeres embarazadas la identificación de sus riesgos, y que promuevan el uso correcto y oportuno de los servicios de salud. (10)

JUSTIFICACION

Es de vital importancia atender a la salud de la mujer embarazada por los riesgos añadidos y relacionados con la reproducción, identificando los factores de riesgo que influyen en la salud materna y en el embarazo; esto no sólo es importante porque constituye el primer paso de la prevención, sino también porque, si la mujer embarazada conoce cuales son los factores de riesgo reproductivo y las consecuencias podría adquirir mayor responsabilidad en cuanto a su vida reproductiva.

Por lo que, al determinar cuál es el nivel de conocimientos que tiene la mujer embarazada adscrita a la U.M.F. - No. 33 del turno matutino, con respecto a los factores de riesgo reproductivo que pueden alterar el curso normal del embarazo; se retroalimentaría al equipo de salud, para diseñar programas preventivos encaminados a disminuir la morbimortalidad materno-infantil.

Por lo cual me hago la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de conocimientos que las mujeres embarazadas del turno matutino de la U.M.F. No. 33 tienen sobre los factores de riesgo reproductivo ?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimientos que las mujeres embarazadas del turno matutino de la U.M.F. No. 33 tienen sobre los factores de riesgo reproductivo ?

OBJETIVO GENERAL

Determinar cual es el nivel de conocimientos que las mujeres embarazadas tienen sobre los factores de riesgo reproductivo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Determinar cuales son los factores de riesgo reproductivo que las mujeres embarazadas de la U.M.F. No. 33 El Rosario, del turno matutino identifican con mayor frecuencia.

2.- Determinar el grado de escolaridad de las mujeres embarazadas de la U.M.F. No. 33 El Rosario, del turno matutino.

3.- Determinar el nivel socioeconómico de las mujeres embarazadas de la U.M.F. No. 33 El Rosario, del turno matutino

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS
1. SITIO DEL ESTUDIO

El presente estudio se llevará a cabo en la U.M.F. No. 33 " El Rosario ", ubicada en la avenida de renacimiento y Avenida de las Culturas sin número, en la Unidad del Rosario sobre Parque Vía y Calzada de las Armas en la Delegación de Azcapotzalco D.F., que pertenece a la Delegación 1 Noroeste y a la Subdelegación 1 de Santamaría la Ribera en el D.F.

Cuenta con una infraestructura constituida por: dirección, Administración, Jefatura de Departamento Clínico, Jefatura de Enfermería, Jefatura de Asistentes Médicas, Jefatura de Trabajo Social, Jefatura de Enseñanza e Investigación, Departamento de Salud en el Trabajo, Archivo Clínico, Forma 11, Departamento de Medicina Preventiva, Servicio de Curaciones, Servicio de Radiología, Laboratorio Clínico, Almacén, Servicios Básicos, Comedor, Departamento de Mantenimiento, Ceye, Módulos de Trabajo Social, Aulas, Auditorio, Consultorios de Medicina Familiar, Consultorios de EMI, Consultorios de Servicio Dental, Farmacia y Módulo de Información y Orientación.

Siendo el Área de influencia:

Sector 1: Naucalpan, constituido por las colonias: La Florida, Los Pastores, Diez de Abril, Echegaray, Rincón del Bosque de Echegaray, Hacienda de Cristo, Jardines de la Florida, Satélite, Zona poniente: Santa María Nativitas.

Sector 2: Tlalnepantla, constituida por las Colonias: - Puente de Vigas, San Pedro Xalpa, Bella Vista Rancho San José Vista Hermosa, Industrial las Armas, Plazas de la Colonia, - Residencial del Parque, Unidad Habitacional C.R.O.C. III, El Rosario INFONAVIT, Xocoyahualco.

Sector 3: Distrito Federal, constituido por las Colonias: Tierra Nueva, Prados del Rosario, Hacienda del Rosario, Unidad Pemex Azcapotzalco, Rosario C.T.M., San Martín Xochinahuac, Unidad Francisco Villa, Rosario INFONAVIT, Unidad Habitacional C.R.O.C. I y II, Unidad Habitacional Manuel Rivera.

Sector 4; Distrito Federal, constituido por las Colonias: Ahuizotla D.F., Providencia, San Pedro Xalpa, Ejido - San Pedro Xalpa y Pueblo Santiago Ahuizotla.

Vía de Comunicación: Hacia el Sur: Avenida Aquiles Serdán; Hacia el Norte: Avenida de las Culturas y Calzada de las Armas; Hacia el Oriente: Avenida del Renacimiento.

Vía de Acceso: Se encuentra en un lugar de fácil acceso para los pacientes ya que se llega a ella por autobuses de la Ruta 100, microbus, combis colectivos, metro, taxis y automóviles particulares.

2. DISEÑO

Diseño; Define las características que debe tener el estudio para abordar la investigación.

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

A) Por el control de la maniobra experimental por el investigador.

Observacional; Se presencian los fenómenos sin modificar intencionadamente las variables.

B) Por la captación de la información:

Prospectivo o Prolectivo; Se define previamente y con precisión la forma de recolección de datos, se plantea a futuro. La información se recolecta en cuestionarios diseñados exprofeso.

C) Por la medición del fenómeno en el tiempo;

Transversal; No se hace seguimiento. Las variables de resultados son medidas una sola vez.

D) Por la presencia de un grupo control;

Descriptivo; Se estudia un solo grupo, no se hacen comparaciones.

E) Por la dirección del análisis;

Encuesta; No se toma en cuenta la dirección del análisis, sólo se trata de establecer asociación. Se hace una sola medición en el tiempo de las variables en estudio.

2.2 GRUPOS DE ESTUDIO:

A) Características de la población:

Estará constituida por mujeres embarazadas derechohabientes de la U.M.F. No. 33 El Rosario en control prenatal, del turno matutino.

B) Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

1.- Pacientes derechohabientes adscritas a la U.M.F. No. 33 El Rosario del turno matutino.

2.- Pacientes embarazadas.

3.- Pacientes que acudan a control prenatal.

4.- Pacientes que se encuentren registradas en la forma MF-7185 del I.M.S.S.

5. Mujeres embarazadas con o sin enfermedad agregada.

Criterios de Exclusión:

1.- Pacientes que no sean derechohabientes a la U.M.F. No. 33 El Rosario, del turno matutino.

2.- Pacientes no embarazadas.

3.- Pacientes que no acudan a control prenatal.

4.- Pacientes que no se encuentren registradas en la forma MF-7185 del I.M.S.S.

2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Todas las mujeres embarazadas que acudan a control prenatal, del 30% del total de los consultorios de la U.M.F. - No. 33 del turno matutino, tomando para ello los consultorios: 2, 3, 7, 14, 18, 22, 25, 26 y 27. Recolectando la información durante los meses de diciembre y enero.

2.4 DEFINICION DE VARIABLES:

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO:

Definición Conceptual: Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, de desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso morbido.

Definición Operacional: Se tomarán como factores de riesgo reproductivo los que se preguntarán a las pacientes en la encuesta.

Escala de Medición: Nominal.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS:

Definición Conceptual: Corresponde al grado en que el entendimiento, la razón, la sabiduría, la percepción y la cultura nos permiten averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales; la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

Definición Operacional: El nivel de conocimientos se obtendrá en base a la aplicación de un cuestionario a las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo reproductivo, clasificandolo en bueno, malo o regular de acuerdo a la siguiente escala:

Bueno: Conocimiento de más de 15 factores de riesgo.

Regular: Conocimiento de menos de 14 factores de riesgo pero más de 5.

Malo: Conocimiento de menos de 5 factores de riesgo.

Escala de Medición: Ordinal.

ESCOLARIDAD:

Definición Conceptual: Grado de estudios obtenido en un establecimiento docente.

Definición Operacional: Se tomará en cuenta el grado de escolaridad que se tenga de acuerdo a los años cursados en una institución docente, y se clasificará de la siguiente manera;

Igual o menor de 3 años.

De 4 a 6 años.

De 7 y más años.

Escala de Medición: Ordinal.

NIVEL SOCIOECONOMICO:

Definición Conceptual: Corresponde al estatus de vida social y económica en que el paciente se ha desarrollado - hasta el momento de su ingreso al estudio.

Definición Operacional: Para conocer el nivel socio económico se tomarán en cuenta las condiciones de la vivienda, el hacinamiento y la escolaridad del jefe de familia. - Clasificandolo de acuerdo a las siguientes variables; en bueno, regular y malo;

Condiciones de la vivienda:

1.- Material del piso:

Bueno: Recubrimiento de loseta, madera, etc.

Regular: Piso de cemento.

Malo: Piso de tierra.

2.- Agua Potable:

Bueno: Intradomiciliario.

Regular: Dentro del vecindario o terreno.

Malo: Hidrante público.

3.- Eliminación de Excretas:

Bueno: Drenaje.

Malo: Letrina, pozo negro, etc.

4.- Nivel de hacinamiento (personas por cuarto):

Bueno: No hacinados (hasta 1.5 personas).

Regular: Semihacinamiento (1.5 a 3.5).

Malo: Hacinamiento (3.6 y más).

5.- Escolaridad del jefe de familia:

Bueno: 7 años y más.

Regular: De 4 a 6 años.

Malo: Hasta 3 años.

Escala de Medición: Ordinal.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El estudio es factible de llevarse a cabo desde nuestra perspectiva y será sometido a su autorización por el Comité de Investigación de nuestra Unidad de Medicina Familiar. Partimos de la premisa de que el Médico tiene por misión natural la protección de la Salud del hombre, función que desempeña en la plenitud de sus conocimientos médicos y de su conciencia. El presente protocolo de investigación, se llevará a cabo conforme los aspectos éticos médicos que rigen a toda investigación, teniendo como principal exponente a la declaración de Helsinki, que fué adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki, Finlandia) en 1964 y revisada por la XXIX Asamblea Mundial (Tokio, Japón) en 1975.

La Asociación Médica Mundial en su declaración de Ginebra señala el siguiente principio:

" LA SALUD DE MI PACIENTE SERA MI PRIMERA CONSIDERACION "

El Código Internacional de Etica Médica declaró: Cualquier acto o consejo que pueda debilitar la resistencia física o moral de un ser humano, puede utilizarse sólo en su beneficio. Consideremos en el presente estudio los aspectos básicos que regirán a toda investigación biomédica, a los principios científicos y éticos que justificarán la Investigación que está señalada en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, toma en cuenta la responsabilidad penal, criminal y ética del investigador que se contempla en el Título Quinto; Capítulo Unico; en su artículo del 96 al 103 de ésta ley.

Este trabajo se apegará a las Leyes Nacionales y a los Lineamientos Generales para la realización de Proyectos de Investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social que entre algunos de sus principales puntos señala:

~~Toda Investigación realizada en el Instituto debe poner de manifiesto un profundo respeto hacia la vida, la persona, la seguridad y todos los derechos de quienes participan en ella.~~

Esta se registrará por las normas Institucionales en la materia, por la Ley General de Salud y por las declaraciones Internacionales sobre Investigaciones en seres humanos. Participaremos de su desarrollo personal médico y paramédico - del propio Instituto, desde el propio diseño, evaluación de resultados y publicación de estos. Respetamos también una de sus principales áreas de Investigación, como son los Determinantes de la calidad de alimentación y de la nutrición en México e Investigaciones Epidemiológicas.

Consideraciones éticas aplicables al estudio:

Solicitamos verbalmente y de la manera más atenta y respetuosa a los pacientes del estudio, la información requerida, explicando el motivo del estudio y que no esta afectando la integridad de terceras personas.

RECURSOS

Recursos Humanos:

Un Médico Residente del segundo año de la Especialización en Medicina Familiar.

Un Médico Familiar Asesor.

Recursos Físicos:

- a) Pluma.
- b) Lápiz.
- c) Goma.
- d) Regla.
- e) Folders.
- f) Escritorio.
- g) Silla.
- h) Máquina de escribir.
- i) Fotocopiadora.
- j) Hojas blancas.
- k) Papel carbón.
- l) Corrector de máquina de escribir.
- m) Engrapadora, grapas.
- n) Cuestionarios, expedientes, revistas, hojas de registro y libros.

Recursos Financieros:

Los gastos que se deriven de la investigación serán cubiertos en su totalidad, por el Médico Residente, encargado de la investigación.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

Se aplicaron las encuestas a pacientes embarazadas de rechohabientes; adscritas a la U.M.F. No. 33 El Rosario del turno matutino pertenecientes a los consultorios 2, 3, 7, 14, 18, 22, 25, 26 y 27, que acudieron a control prenatal dentro de un lapso de dos meses; con el objeto de obtener el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo reproductivo, realizandose un total de 127 encuestas.

Una vez aplicados los cuestionarios a las mujeres embarazadas, se procedio a la tabulación de los datos obtenidos, realización de análisis de resultados, conclusiones y sugerencias.

Los resultados fueron analizados por el método de estadística descriptiva, utilizando proporciones y medias (promedios).

Para el análisis de resultados se eligieron de la encuesta los factores de riesgo reproductivo que se asocian fuertemente a la morbimortalidad materno-infantil (Ser menor de 18 años, ser mayor de 35 años, tener más de 5 embarazos, haber presentado más de 2 abortos, tener cesareas anteriores, período intergésico corto, haber presentado presión alta en el embarazo anterior, edema de extremidades inferiores en embarazos anteriores, presencia de hemorragia transvaginal en los 3 últimos meses del embarazo, padecer presión alta previa al embarazo, presentar presión alta durante el embarazo, tener obesidad, padecer D.M., tener padecimientos cardiovasculares, tener desnutrición, padecer UVI recurrentes durante el embarazo, haber tenido niños de más de 4Kg de peso al nacer).



FACULTAD
DE MEDICINA



AGO. 25 2000



SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE PESERABO
REVR

PRESENTACION DE RESULTADOS EN TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1.

Distribución de frecuencias simples y porcentual acerca del conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo reproductivo para su embarazo.

FACTORES DE RIESGO	SE CONSIDERA FACTOR DE RIESGO		NO SE CONSIDERA FACTOR DE RIESGO	
	#	%	#	%
Ser menor de 18 años	74	58.26	53	41.73
Ser mayor de 35 años	102	80.31	25	19.68
Tener mas de 5 embarazos	60	47.24	67	52.75
Antecedentes de más de 2 abortos	83	65.35	44	34.64
Tener cesareas anteriores	74	58.26	53	41.73
Período intergenesico corto	80	62.99	47	37.00
Antecedentes de presión alta en el embarazo anterior	86	67.71	41	32.28
Haber cursado con edema de extremidades en el embarazo anterior	104	81.88	23	18.11
Padecer presión alta previa al embarazo	83	65.35	44	34.64
Presentar presión alta durante el embarazo	101	79.52	26	20.47
Tener obesidad	70	55.11	57	44.88
Padecer de Diabetes Mellitus	86	67.71	41	32.28
Padecer del corazón	89	70.07	38	29.92
Tener desnutrición	102	80.31	25	19.68
Tener I.V.U. recurrentes durante el embarazo	81	63.77	46	36.22
Haber tenido niños de más de 4Kgs. de peso al nacer	35	27.55	92	72.44

FUENTE: Concentrado de las encuestas

Grafica 2.

Distribución porcentual global del conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo reproductivo.

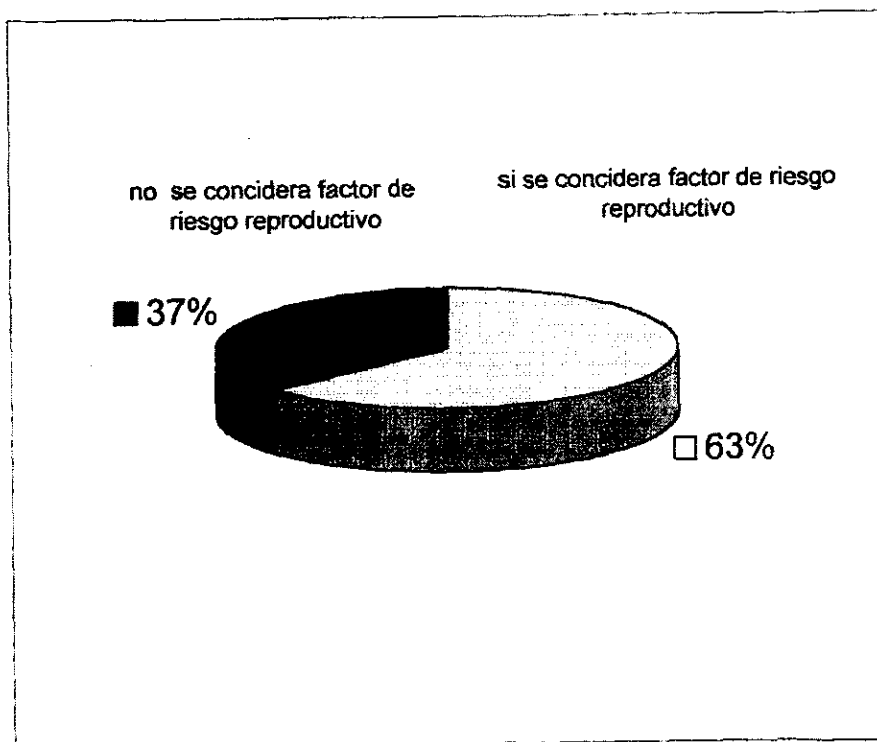


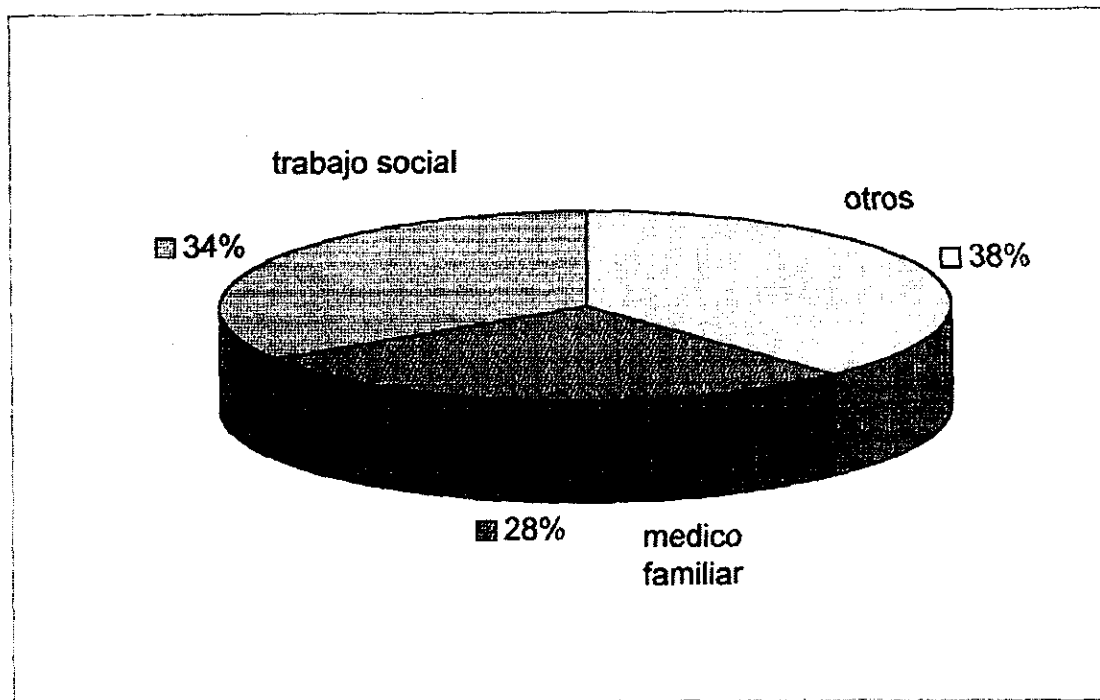
TABLA 2.

Distribución de frecuencia del lugar donde obtuvieron la información acerca de los factores de riesgo reproductivo, las mujeres embarazadas.

FACTORES DE RIESGO	MEDICO FAMILIAR		TRABAJO SOCIAL		OTROS	
	#	%	#	%	#	%
Ser menor de 18 años	18	14.17	36	28.34	73	57.48
Ser mayor de 35 años	14	11.02	50	39.37	63	19.60
Tener más de 5 embarazos	21	16.53	41	32.28	65	51.18
Antecedente de más de 2 abortos	26	20.47	40	31.49	61	48.03
Tener cesareas anteriores	35	27.55	46	36.22	46	36.22
Período intergenesico corto	30	23.62	52	40.94	45	35.43
Antecedente de presión alta en el embarazo anterior	32	25.19	43	33.85	52	40.94
Haber cursado con edema de extremidades en el embarazo anterior	34	26.77	35	27.55	58	45.66
Haber presentado hemorragia vaginal en los últimos 3 meses del embarazo	59	46.45	44	34.64	24	18.89
Padecer presión alta previa al embarazo	42	33.07	37	29.13	48	37.79
Presentar presión alta durante el embarazo	41	32.28	58	45.66	28	22.04
Tener obesidad	38	29.92	33	25.98	56	44.09
Padecer de Diabetes Mellitus	37	29.13	47	37.00	43	33.85
Padecer del corazón	44	34.64	46	36.22	37	29.13
Tener desnutrición	55	43.30	46	36.22	26	20.47
Tener I.V.U. recurrentes durante el embarazo	42	33.07	44	34.64	41	32.28
Haber tenido niños de más de 4Kgs de peso al nacer	35	27.55	36	28.34	56	44.09

FUENTE: Concentrado de las encuestas

Grafica 3.
Distribución porcentual global del lugar donde obtuvieron la información acerca de los factores de riesgo reproductivo, las mujeres embarazadas



FUENTE: TABLA 2

TABLA 3.

Nivel de conocimientos de las mujeres encuestadas acerca de los factores de riesgo reproductivo.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Bueno	31	24.40
Regular	70	55.11
Malo	26	20.47

FUENTE: Concentrado de las encuestas.

TABLA 4.

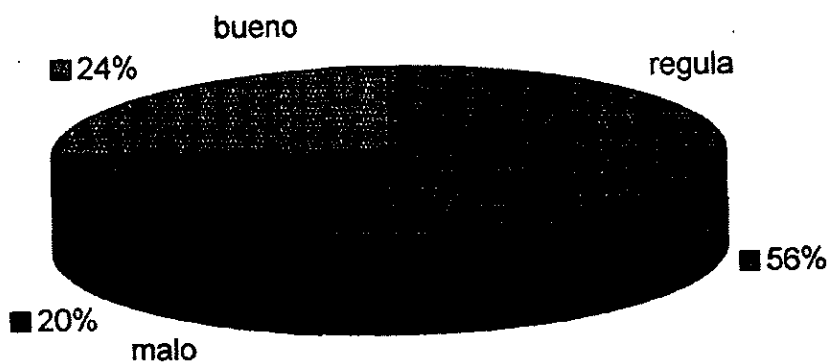
Datos de escolaridad de las pacientes en estudio.

ESCOLARIDAD (AÑOS)	NUMERO	PORCENTAJE
0-3	10	7.87
4-6	22	17.32
7 y más	95	74.80

FUENTE: Concentrado de las encuestas

Gráfica 4

Distribución porcentual del nivel de conocimientos de las mujeres encuestadas acerca de los factores de riesgo reproductivo



FUENTE: TABLA 3

TABLA 5.

Nivel socioeconómico de las pacientes en estudio.

NIVEL SOCIOECONOMICO	NUMERO	PORCENTAJE
----------------------	--------	------------

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

Material de piso	Bueno	23	18.11
	Regular	104	81.88
	Malo	0	0
Agua potable	Bueno	115	90.55
	Regular	12	9.44
	Malo	0	0
Eliminación de excretas	Bueno	127	100
	Malo	0	0

NIVEL DE HASCINAMIENTO

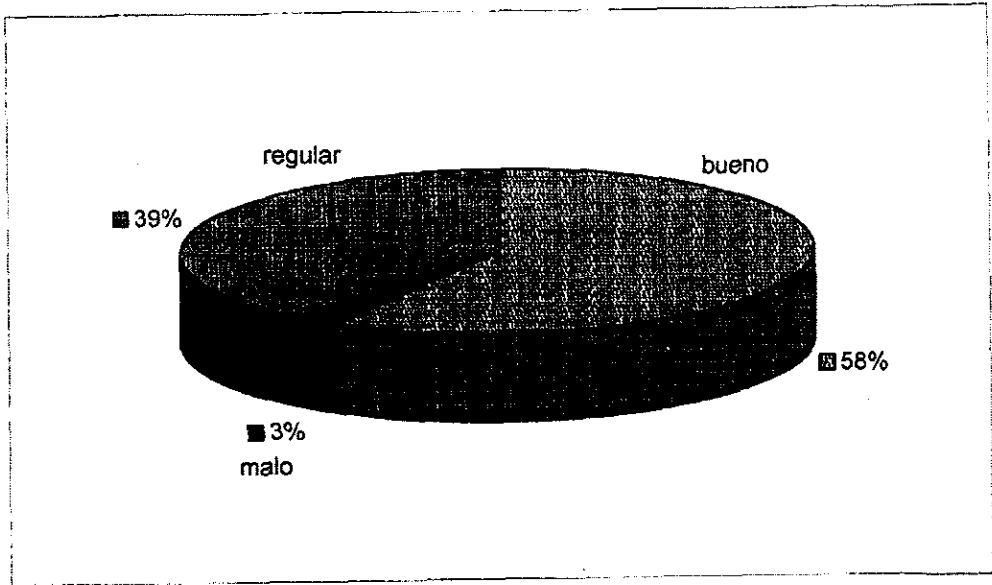
Bueno	6	4.72
Regular	111	87.40
Malo	10	7.87

ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA

Bueno	101	79.52
Regular	20	15.74
Malo	6	4.72

FUENTE: Concentrado de las encuestas.

Gráfica 5.
Nivel socioeconómico global de las pacientes en estudio



FUENTE: TABLA 5

ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo en las mujeres embarazadas en control prenatal del turno matutino derechohabientes a la - U.M.F. No. 33 El Rosario del I.M.S.S.; con la finalidad de conocer el nivel de conocimientos que tiene sobre los factores de riesgo reproductivo; a través de la aplicación de una encuesta.

Se encuestó a un total de 127 mujeres embarazadas, encontrando lo siguiente:

Un 63.22% de las mujeres encuestadas reconoce los factores de riesgo reproductivo que se asocian fuertemente a la morbilidad materno-infantil como tales; mientras un 36.81% no los considera factores de riesgo reproductivo. Ver Tabla 1 y Gráfica 2.

De estos factores de riesgo reproductivo, de los que se tiene mayor conocimiento por parte de las mujeres embarazadas son: Ser mayor de 35 años 102 (80.31%), haber presentado hemorragia vaginal en los últimos 3 meses del embarazo - 104 (81.88%), presentar presión alta durante el embarazo - 101 (79.52%), tener desnutrición 102 (80.31%). Ver Tabla 1.

En la tabla 2, podemos percatarnos que la mayoría de las mujeres embarazadas recibe la información acerca de los factores de riesgo reproductivo en primer lugar de diversos medios de información (Familiars, amigos, escuela, revistas, radio, televisión) en un 38.06%; en segundo lugar del área de trabajo social en un 33.99% y en tercer lugar de su Médico Familiar en un 27.92%. Ver Tabla 2 y Gráfica 3.

Así mismo se encontró que de las 127 mujeres encuestadas 31 (24.40%) tiene un nivel de conocimientos bueno en cuanto a factores de riesgo reproductivo, 70 (55.11%) regular y 26 (20.47%) malo. Ver Tabla 3 y Gráfica 4.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA INSTITUCIÓN

En la tabla 4 observamos el porcentaje de pacientes en relación a los años de escolaridad cursados, de las cuales- lo cuentan solo con menos de 3 años de escolaridad representando el 7.87%, de 4-6 años de escolaridad son un total de 22; lo que representa un 17.32%, y de 7 y más años de escolaridad son 95; siendo un 74.80%.

La gráfica 5 nos muestra el nivel socioeconómico global de las pacientes en este estudio, donde podemos observar que 58.58% tienen un buen nivel, 38.89% cuentan con regular nivel y solo 2.51% es malo. Esta relación se obtuvo tomando en consideración los parámetros de condiciones de vivienda, nivel de hacinamiento y escolaridad del jefe de familia, que son descritos en la tabla 5.

CONCLUSIONES

La presencia de los factores de riesgo reproductivo durante el embarazo, favorecen o propician la morbilidad materno-infantil. Por lo que la importancia del conocimiento de los mismos por parte de las mujeres embarazadas radica en que son observables o identificables antes de que ocurra un daño a la salud.

En nuestra población estudiada, representada por 127 mujeres embarazadas; se observó que de los 17 factores de riesgo reproductivo que se asocian fuertemente a la morbilidad materno-infantil, tiene conocimiento de ellos sólo un 63.22% de las mujeres encuestadas, quedando un porcentaje importante 36.81% que no los reconocen como factores de riesgo reproductivo. Aunado a ello tenemos que de estos 17 factores de riesgo reproductivo, se tiene un buen conocimiento sólo de 4 de ellos en un 80% del total de la población estudiada, mientras que de los 13 restantes se tiene un conocimiento regular en un 70% y menos de la población estudiada.

También encontramos que el nivel de conocimientos de los factores de riesgo reproductivo en las mujeres encuestadas es bueno sólo en un 24.40%, regular en un 55.11% y malo en un 20.47%.

Esto puede estar condicionado por el medio a través del cual la mujer embarazada obtiene la información; ya que en su mayoría el conocimiento de los factores de riesgo reproductivo se da por parte de familiares, amigos, escuela y medios de comunicación, quedando en segundo lugar Trabajo Social y entercero el Médico Familiar; lo que contribuye a que el conocimiento de estos factores, no se da en un 100% y que la calidad de la información recibida no sea la adecuada.

Los resultados obtenidos, nos hacen reflexionar sobre el compromiso que el Médico Familiar tiene en el primer nivel de atención, para disminuir la morbilidad materno-infantil y elevar la calidad de la atención médica en todas las actividades relacionadas con el proceso Salud-Enfermedad que involucran la prevención primaria.

SUGERENCIAS

La relación entre morbilidad perinatal y factores culturales se ha puesto de manifiesto en la literatura médica desde hace más de 20 años, en ese tiempo, la práctica médica no ha logrado bajar significativamente las tasas de algunas entidades nosológicas, que complican el embarazo, que al parecer requieren de otras acciones complementarias como la educación en la salud.

La trascendencia del presente estudio radica en sensibilizar a los trabajadores de la salud y especialmente al médico, sobre la importancia que tiene la atención prenatal preventiva, involucrando a las pacientes embarazadas en el autocuidado de su salud al darles a conocer los factores de riesgo reproductivo que pueden modificar el curso normal del embarazo y dañar su salud y la del producto, lo que debe ser foco de atención dentro de la consulta médica y de programas educativos para la población obstétrica; el factor educativo queda entonces convertido en casi el único apoyo disponible para ese grupo en particular, lo cual resalta nuevamente la importancia del Médico Familiar en el primer nivel de atención.

Ya que en el desarrollo del estudio se observó que el nivel de conocimiento que tienen las mujeres encuestadas acerca de los factores de riesgo reproductivo, es bueno sólo en un 24.40%, lo que indica la necesidad de hacer énfasis en ello durante la consulta médica; así como la aplicación de programas educativos en salud reproductiva, ya que representan una alternativa factible y útil, intensificando las actividades de educación para la salud.

Por lo anterior se sugiere que durante la consulta externa el Médico Familiar no se enfoque sólo a la exploración física por la que acuden las pacientes cotidianamente. No debemos olvidar que el médico familiar debe ver al paciente en su entorno biológico, psicológico, social y familiar, sobre el cual debemos incidir para lograr medidas preventivas que modifiquen la aparición de factores de riesgo reproductivo y sus complicaciones, en beneficio de la mujer embarazada.

A N E X O S

CUESTIONARIO PARA MUJERES EMBARAZADAS

**VEL DE CONOCIMIENTOS DE LA MUJER EMBARAZADA SOBRE LOS FACTORES DE RIESG-
REPRODUCTIVO, EN LA UMF No. 33 DEL ROSARIO.**

Nombre: _____ . 2. Edad: _____
 Número de afiliación: _____ 4. Consultorio: _____
 Escolaridad : _____

De los siguientes enunciados, marque con una X los que considere como factores de riesgo para su embarazo y mencione donde obtuvo la información.

FACTORES DE RIESGO	SI	NO	MEDIO TRAB. DENTAL		DIE- OTROS
			CO. FAMI	SOCIAL	
ER MENOR DE 18 AÑOS.					
ER MAYOR DE 35 AÑOS.					
ESAR MENOS DE 50Kg.					
ESAR MAS DE 50Kg.					
ENER TALLA MENOR DE 150cm.					
ENER TALLA MAYOR DE 150cm.					
NO HABER TERMINADO LA PRIMA IA.					
ENER MAS DE 5 EMBARAZOS.					
HABER PRESENTADO MAS DE 2 BORTOS.					
ENER UNA CESAREA ANTERIOR.					
ENER DOS CESAREAS ANTERIO ES.					
EMBARAZO CON UN PERIODO DE TIEMPO MENOR DE 2 AÑOS ENTRE UNO Y OTRO.					
HABER PRESENTADO PRESION AL A EN EL EMBARAZO ANTERIOR.					
HABER PRESENTADO HINCHAZON E LAS PIERNAS EN EL EMBARA ZO ANTERIOR.					
HABER PRESENTADO MAYOR CAN- TIDAD DE LIQUIDO EN EL EMBA- AZO ANTERIOR.					
ENER RELACIONES SEXUALES URANTE EL EMBARAZO.					
HABER PRESENTADO AMENAZA DE BORTO EN ALGUN EMBARAZO AN TERIOR.					

FACTORES DE RIESGO

SI NO MEDI TRAB DENTAL DIE OTROS
CO.FYMSOCIAL TOLOGIA (DONDE)

BER PRESENTADO HEMORRAGIA
GINAL EN LOS ULTIMOS 3 ME
S DE EMBARAZO.

MIENTOS PREVIOS ANTES DE
8 MESES DE EMBARAZO.

BER TENIDO NIÑOS DE MENOS
2600g. DE PESO AL NACER.

BER TENIDO NIÑOS CON MAL
FORMACIONES CONGENITAS.

BER TENIDO NIÑOS NACIDOS
MORTOS DESPUES DE LOS 7 ME
SES DE EMBARAZO.

BER TENIDO NIÑOS DE MAS DE
4000g. DE PESO AL NACER.

BER OPERACIONES UTERINAS
EXTRA UTERINAS.

BER PRESION ALTA PREVIA
AL EMBARAZO.

BER PRESION ALTA DU
RANTE EL EMBARAZO.

BER OBESIDAD.

BER DE DIABETES MELLITUS

BER EJERCICIO LEVE DURAN
TE EL EMBARAZO.

BER DEL CORAZON.

BER DESNUTRICION.

BER ANTES DEL EMBARAZO.

BER DURANTE EL EMBARAZO.

BER BEBIDAS ALCOHOLICAS
ANTES DEL EMBARAZO.

BER BEBIDAS ALCOHOLICAS
DURANTE EL EMBARAZO.

BER A LOS RAYOS X EN
LOS 3 ULTIMOS MESES DEL EM
BARAZO.

BER CONTACTO CON NIÑOS CON
RUBEOLA EN LOS PRIMEROS 3
MESES DEL EMBARAZO.

BER INFECCION DE VIAS URI
NARIAS RECURRENTE DURANTE
EL EMBARAZO.

BER CONTACTO CON NIÑOS
CON RUBEOLA EN LOS ULTIMOS
MESES DEL EMBARAZO.

Conteste las siguientes preguntas con sinceridad.

¿Cuáles son los efectos de las bebidas alcohólicas durante el embarazo?

¿Cuáles son las manifestaciones o signos de alarma que debe tener en cuenta la mujer durante el embarazo y hacerselos saber a su Médico?

¿Qué problemas puede presentar la mujer que se embaraza después de haber tenido cesarea previa ?

¿ Cuántotiempo es el recomendable para embarazarse nuevamente después de un parto ?

¿ Qué problemas puede presentar la mujer embarazada con presión arterial alta ?

¿ Qué problemas se presenta cuando el embarazo cursa con infección frecuente de vias urinarias ?

3. De los siguientes enunciados marque con una X con cuál cuenta.

Condiciones de la vivienda:

Material del piso:

Recubrimiento de loseta, madera, etc.

Piso de cemento.

AGUA POTABLE:

Intradomiciliaria.

Dentro del vedindario o terreno.

Hidrante público.

ELIMINACION DE EXCRTEAS:

Drenaje.

Létrina, pozo negro, fecalismo al ras de suelo.

NIVEL DE ASCINAMIENTO

Número de cuartos.

Número de convivientes por cuarto.

Número de personas que habitan la casa

¿Cuál es el grado de escolaridad del jefe de familia?

Hasta tercer año de primaria.

De 4to. u 6to. año.

6to. año y más.

BIBLIOGRAFIA

1. Benson R. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Ed. El Manual Moderno, México 1990.
2. Gusminsk M. Salud materno infantil y atención primaria en las Américas. OPS Publicación Científica 1984; No. 461.
3. Ginecología y Obstetricia de México. Editada por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Noviembre 1995, Vol. 63.
4. Risco CJ, Gil GB, Oros RI. et.al., Sexto Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia. 1992; Vol. 60 Suplemento 1.
5. Silva, Gavino, Ahued. Morbimortalidad en la paciente lúptica. Ginecología y Obstetricia de México 1989; Vol. 57.
6. Zarate G, Escobedo, et.al. Tumores de ovario y embarazo. Revista Médica del Hospital de la Mujer.
7. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Febrero - 1996; Vol. 64.
8. Tayde R, Dante J. et.al. Influencia del control prenatal - sobre la morbilidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2do. nivel de atención. Ginecología y -- Obstetricia de México 1994; Vol. 62.
9. Nelson W. Tratado de Pediatría. Ed. Interamericana, 15va. Ed. España 1997; Vol. 1.
10. Trejo RA. Mortalidad Materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. Ginecología y Obstetricia de México 1997; Vol. 65.
11. José A, Ruiz W. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar . Informe de 25 años 1968-1992. Ginecología y - Obstetricia de México 1995; Vol. 63.

12. Ortigosa E, E.A.M. Irma, Carrasco R. et.al. Morbilidad Gestacional. Ginecología y Obstetricia de México 1993; Vol. 61.
13. Ortigosa C, Karchmer K. Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecología y Obstetricia de México 1996; Vol. 64.
14. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público. Una visión crítica. Salud Pública de México 1997; Vol. 39 (2).
15. Ginecología y Obstetricia de México. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la población adulta. 1996; Vol. 64.