



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

“DR. EDUARDO LICEAGA”

LA ATENCIÓN PREGESTACIONAL COMO HERRAMIENTA PARA DISMINUIR LAS
COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. JESSICA JARUMI MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ASESOR:

DRA. MARTHA MARCELA LEÓN ALCANTARA.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DE 2019.



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.

INDICE

1. RESUMEN	4
2. MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	5
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
4. JUSTIFICACIÓN.....	9
5. HIPOTESIS	9
6. OBJETIVOS.....	9
7. METODOLOGIA	9
7.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	
7.2. POBLACION Y TAMAÑO DE MUESTRA	
7.3. CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	
7.4. DEFINICION DE VARIABLES	
7.5. PROCEDIMIENTO	
7.6. ANALISIS ESTADISTICO	
7.7. RECURSOS DISPONIBLES	
7.8. RECURSOS NECESARIOS	
7.9. ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD	
8. RESULTADOS	14
9. DISCUSIÓN.....	17
10. CONCLUSIONES.....	18
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	19
ANEXOS.....	

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, amigos y maestros que me han apoyado a lo largo de este trayecto, quienes siempre confiaron en mí.

1.RESUMEN

Antecedentes. La mortalidad materna se muestra como un reflejo de la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Han sido múltiples las medidas implementadas por organismos internacionales y paraestatales las cuales contribuyen a disminuir en gran medida este índice.

La atención adecuada pregestacional, prenatal, y durante la gestación, parto y puerperio, así como la capacitación del personal primario de atención, ampliación de la cobertura en salud y la difusión de métodos de planificación familiar, son ejemplos de actividades que han logrado gran impacto en la sociedad.

La atención pregestacional se perfila como herramienta imprescindible, y de gran alcance, que podrían permitir con una adecuada aplicación, detectar problemáticas en salud en algunas poblaciones, identificación de embarazos con alto riesgo obstétrico, prolongar el periodo genésico hasta las condiciones óptimas, lo que consecuentemente disminuiría la morbilidad y mortalidad materna, así como neonatal.

Objetivos. Determinar el impacto de la atención pregestacional en la disminución de complicaciones gestacionales y perinatales en mujeres con alto riesgo obstétrico en seguimiento en la consulta externa de Embarazo de Alto riesgo del servicio de Medicina materno fetal en la Unidad de ginecología y obstetricia del Hospital General de México. Así como promover esta atención a pacientes en edad fértil referidas de otros servicios del hospital y facilitar la adquisición de métodos de planificación familiar de acuerdo a criterios de elegibilidad.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio clínico sin intervención, comparativo, de corte transversal, retrolectivo

Palabras clave. atención pregestacional, embarazo alto riesgo, riesgo obstétrico.

2. MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES.

En el año 2000, dentro de los objetivos del milenio, en el rubro de salud materna, se incluyeron como indicadores de esta, a la tasa de mortalidad materna y a la atención del embarazo, parto y puerperio por personal especializado. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a trabajar para lograr una serie de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre los que estaba la meta de reducir en un 75%, para 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) de 1990.^{1,2}

La RMM mundial disminuyó en cerca de un 44% en los últimos 25 años: de una RMM de 385 por 100 000 nacidos vivos en 1990 a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos en 2015. El número anual de muertes maternas disminuyó en un 43%, de aproximadamente 532 000 en 1990 a una cifra estimada de 303 000 en 2015.² El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.³ Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: hemorragia obstétrica, sepsis, trastornos hipertensivos del embarazo y complicaciones del aborto.^{1,4}

La gran mayoría de los padecimientos maternos tienen un enfoque prevenible; lograr detectar oportunamente patologías y factores de riesgo, deberán mostrarnos a largo plazo disminución en la morbimortalidad materna y fetal.⁵ El enfoque de salud debe incluir no solo la etapa gestacional, sino un aspecto de relevancia mayor, la etapa preconcepcional; en varios países se ha apostado a esta orientación como puntos clave para disminuir la muerte materna. La importancia de la etapa preconcepcional radica en que insta el momento estratégico fundamental para la modificación o eliminación de dichos problemas de salud, así como de los factores de riesgo posibles.⁶

En los países de ingresos medianos y bajos, la utilización de la atención prenatal ha aumentado desde la introducción en el 2002 del modelo de atención prenatal de la OMS, que

se conoce como atención prenatal específica, que consiste en un enfoque orientado hacia los objetivos para suministrar intervenciones fundamentadas en la evidencia que se llevan a cabo en cuatro momentos primordiales del embarazo.^{7,8} Sin embargo, a escala mundial, durante el período del 2007 al 2014, solo 64% de las embarazadas acudió a los cuatro contactos mínimos que recomienda la OMS durante la atención prenatal, lo cual indica que aún queda mucho por hacer en materia de utilización y de calidad de la atención prenatal.

Panorama epidemiológico en México.

Dentro de los objetivos de desarrollo del milenio, en el apartado de Salud Materna, se promovía reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. Para nuestro país esto indicaba disminuir a Razón de mortalidad materna de 88.7 a 22.2. ¹ La razón de mortalidad materna calculada en el año 2019 es de 31.2 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una disminución de 12.8% respecto de lo registrado en la semana 3 epidemiológica del año 2018.¹¹

Los grupos de edad con mayor RMM es el de 10 a 14 años. Las principales causas de defunción son: Hemorragia obstétrica (22.5%), enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (20%) y sepsis (15%) en lo que va de este año 2019.¹²

La muerte materna en México se presenta en las zonas metropolitanas o ciudades medias, el 60% de estas muertes ocurre en mujeres de 20 a 34 años, más del 90% tuvieron atención prenatal, en hospitales públicos y por causas prevenibles, asociadas con la mala calidad de la atención. ¹²

Atención pregestacional.

La atención pregestacional son las intervenciones que permiten identificar y modificar riesgos biomédicos, conductuales y sociales de la salud de la mujer y prevenir y manejar en forma integral con resultados perinatales favorables. ^{13,14} El objetivo de dichas acciones es asegurar que la mujer obtenga el mejor estado de salud posible antes del inicio de la gestación y promover su salud y la salud de su futura descendencia. ¹³

Idealmente, la consulta de atención pregestacional se debe realizar al menos un año antes de planear un embarazo y se recomienda que tanto en la consulta inicial como en las de control y seguimiento participe la pareja. Para las mujeres con patologías crónicas o

enfermedades graves en las que se debe definir la conveniencia o no del embarazo, o su postergación, se debe proceder a la asesoría anticonceptiva individualizada. ^{14,15}

Esta atención, debe cumplir ciertas características, además de la accesibilidad, oportunidad, continuidad y pertinencia que debe tener todo servicio de salud, la consulta se debe caracterizar por un desarrollo en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, lo que incluye acciones de promoción de la salud y de prevención del embarazo no deseado y de los riesgos evitables. Cuando se identifican condiciones de alto riesgo reproductivo, se debe hacer especial énfasis en la asesoría de anticoncepción. ^{20,21} Debe brindarse con respeto por la dignidad de las personas y sin ningún tipo de discriminación. Así como tener en cuenta las necesidades particulares de los grupos vulnerables: adolescentes, mujeres víctimas de violencia, personas desplazadas, portadores de VIH, población de estratos socioeconómicos muy bajos y personas con discapacidad.¹⁹ Y finalmente, se debe salvaguardar estrictamente el derecho de confidencialidad del diagnóstico y de toda la información propia de las personas o de la pareja, revelada como resultado de la atención. ^{22,24}

De acuerdo al lineamiento técnico de atención pregestacional (México, 2019) es necesario estandarizar el proceso de atención de toda mujer en la etapa pregestacional, con especial atención en los grupos con mayor vulnerabilidad; Establecer acciones para promocionar estilos de vida saludable dirigida a mujeres y sus parejas en edad fértil, especialmente a las pertenecientes a los grupos de mayor vulnerabilidad; Definir estrategias y acciones prioritarias para coadyuvar a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna en las mujeres que se identifican en estos grupos vulnerables y consolidar el sistema de referencia y contra referencia de las mujeres identificadas como pertenecientes a estos grupos de vulnerabilidad aumentada en el proceso de la atención pregestacional. ^{25,28}

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el año 2018, en México, las principales causas de muerte materna continúan siendo la hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos del embarazo, sin embargo las causas maternas indirectas no infecciosas ocuparon el lugar número 3 (18.9%), con un total de 126 decesos. Situación que ha prevalecido desde el año 2016, y que nos obliga a la búsqueda y control de pacientes con enfermedades crónicas o condiciones que predispongan a un riesgo obstétrico alto.

Diversos estudios han demostrado que las causas indirectas de muerte materna están relacionadas con condiciones de enfermedad previas al embarazo, con factores genéticos y psicosociales, que pueden ser detectados y en su mayoría tratados, para eliminar, reducir o controlar sus efectos nocivos en la gestación y período posnatal. Las acciones que favorezcan un adecuado control de la enfermedad previo al embarazo, la orientación del momento ideal de este y que favorezcan el embarazo lo más saludable posible, forman parte de la atención pre gestacional.

La tendencia actual, basada en la promoción de la salud y orientación en la etapa pregestacional, es lograr el mejor estado de salud posible de los futuros padres, a fin de alcanzar el embarazo en las mejores condiciones. Se deberán prevenir, diagnosticar y tratar las afecciones que puedan afectar a la futura gestación, evitándolas o disminuyendo su impacto, en la medida de lo posible. El bienestar de la mujer antes, durante y después de los embarazos, está condicionado en gran medida por su entorno y tiene impacto directo sobre sus hijos. El bienestar con la pareja, con el entorno familiar y social resultan fundamentales para alcanzar los mejores resultados perinatales. En este contexto, se jerarquiza la etapa reproductiva de la vida de la mujer, tanto para ella misma como para su familia y la sociedad en su conjunto. Los programas regionales de salud perinatal deben proponerse, entre sus objetivos, mejorar la información y difusión acerca del tema, aumentando la cobertura de controles de mujeres con deseos de embarazo.

4. JUSTIFICACION

El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” es un hospital de referencia nacional, el servicio de Ginecología y Obstetricia no es la excepción, el 72% de la población obstétrica atendida se ubica en alto riesgo obstétrico; principalmente mujeres con padecimientos crónico degenerativos con inadecuado control que no reciben o desconocen la existencia de la atención pregestacional, siendo que esta última puede favorecer un embarazo saludable, sin repercusión fetal ni materna, que culmine en el nacimiento de un recién nacido sano, y egrese de la unidad de salud con un método anticonceptivo adecuado e individualizado. Promover y aplicar un modelo de atención pregestacional en nuestro Hospital, demostrando un impacto positivo, serviría como un ejemplo reproducible en todos los niveles de salud; lo que podría mejorar la salud materna y perinatal a largo plazo.

5. HIPÓTESIS

La aplicación de un modelo de atención pregestacional logrará una disminución en las complicaciones gestacionales y perinatales en pacientes con alto riesgo obstétrico.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general:

Determinar el impacto de la atención pregestacional en la disminución de complicaciones gestacionales y perinatales en mujeres con alto riesgo obstétrico en seguimiento en la consulta externa de Embarazo de Alto riesgo del servicio de Medicina materno fetal en la Unidad de ginecología y obstetricia del Hospital General de México.

6.2 Objetivos específicos.

1. Otorgar atención preconcepcional a las mujeres en edad fértil que debido a las patologías preexistentes condicionan inmediatamente un alto riesgo obstétrico.
2. Favorecer la planificación familiar con la apertura gratuita a métodos anticonceptivos de manera individualizada.
3. Evaluar los resultados maternos y fetales en mujeres con las mismas condiciones que recibieron atención pregestacional ante las que no.
4. Promover la asistencia a la consulta de atención pregestacional de pacientes captadas en los diferentes servicios del hospital general de México, que por la misma patología de base, la posibilidad de un embarazo las situé en alto riesgo obstétrico.
5. Promover la creación de una consulta dedicada a la atención pregestacional en nuestra unidad hospitalaria.

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo y diseño de estudio:

Se trata de un estudio clínico sin intervención, comparativo, de corte transversal, retrolectivo.

7.2. Población.

Mujeres de primer contacto al servicio de medicina materno fetal, que debido a presentar riesgo obstétrico alto ingresó a consulta de embarazo de alto riesgo para su control prenatal durante el período enero de 2017 a enero de 2018 y que hayan completado su atención del embarazo en esta Institución.

7.3. Tamaño de la muestra.

Se trata de una técnica de muestreo no probabilístico, por conveniencia puesto que se desea evaluar a la totalidad de pacientes con alto riesgo obstétrico, que en el período seleccionado fueron un total de 153 pacientes.

7.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión: Todas paciente en edad fértil con riesgo reproductivo alto, que ingresa a consulta de embarazo de alto riesgo.

Exclusión: Pacientes que no presenten riesgo obstétrico alto.

Eliminación: Aquellas pacientes que abandonen la consulta de embarazo de alto riesgo.

7.5. Definición de las variables

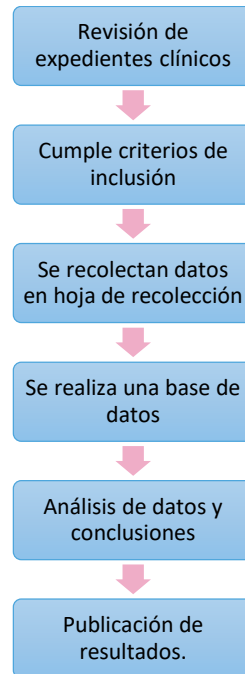
Independientes: Atención pregestacional.

Dependientes: Complicaciones maternas y perinatales.

Tabla de operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala	Unidad de Medición
Edad Materna	Edad cronológica en años cumplidos por la madre	Cuantitativa	Ordinal	10-19 años, 20-29 años, 30-39 años, 40-49 años.
Inicio Control prenatal	Edad gestacional con primera intervención prenatal	Cualitativa	Ordinal	Primero, Segundo, Tercer trimestre
Complicación materna	Problema médico que agrava el estado de salud materno que se presenta durante el curso del embarazo	Cualitativa	Nominal	SI, NO
Complicación Perinatal	Problema medico que se presenta en el momento o alrededor del parto	Cualitativa	Nominal	SI, NO
Método de Planificación familiar	Método anticonceptivo que permite prolongar el período génico	Cualitativa	Ordinal	Hormonal, DIU, Quirúrgico
Control patología al momento del diagnóstico de embarazo	Enfermedad con metas de control alcanzadas	Cualitativa	Nominal	SI, No

7.6. Procedimiento.



7.7. Análisis estadístico.

El estudio se llevará a cabo en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General de México en el periodo agosto-octubre de 2019. Se solicitará al servicio de estadística el listado de pacientes atendidas de primera vez en la consulta externa de embarazo de alto riesgo en el periodo de enero de 2017 a enero de 2018, se dividirán en dos grupos de estudio, aquellas que durante esta primera entrevista indiquen haber recibido atención pregestacional y aquellas que no fueron sometidas a dicha intervención. Los expedientes serán revisados y se obtendrá información a través de una hoja de recolección de datos que incluirá una evaluación del riesgo obstétrico, la edad gestacional de inicio del control prenatal, el control de la patología de base al momento de la confirmación del embarazo, conocimiento acerca de su patología y fármacos administrados, presentación de complicación materna y/o perinatal durante la gestación o al final de ella, vía de resolución del embarazo y método de planificación familiar elegido al termino del embarazo. Posteriormente se recopilará la información de todas las hojas de recolección en una base de datos y se evaluarán los resultados en ambos grupos de estudio.

7.8. Aspectos éticos y de bioseguridad.

Al tratarse de un estudio retrospectivo se cumplen con los aspectos éticos de privacidad y confidencialidad; La investigación será utilizada exclusivamente para fines académicos y de investigación.

7.9. Relevancia y expectativas.

Tesis para obtención de grado académico (especialidad en ginecología y obstetricia).

7.10. Recursos disponibles (humanos, materiales y financieros)

Recursos Humanos

Investigador principal: Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

Investigador asociado: Jefa del Servicio de Obstetricia.

Recursos Materiales

Disponibilidad y existencia de expedientes clínicos

7.11. Recursos necesarios:

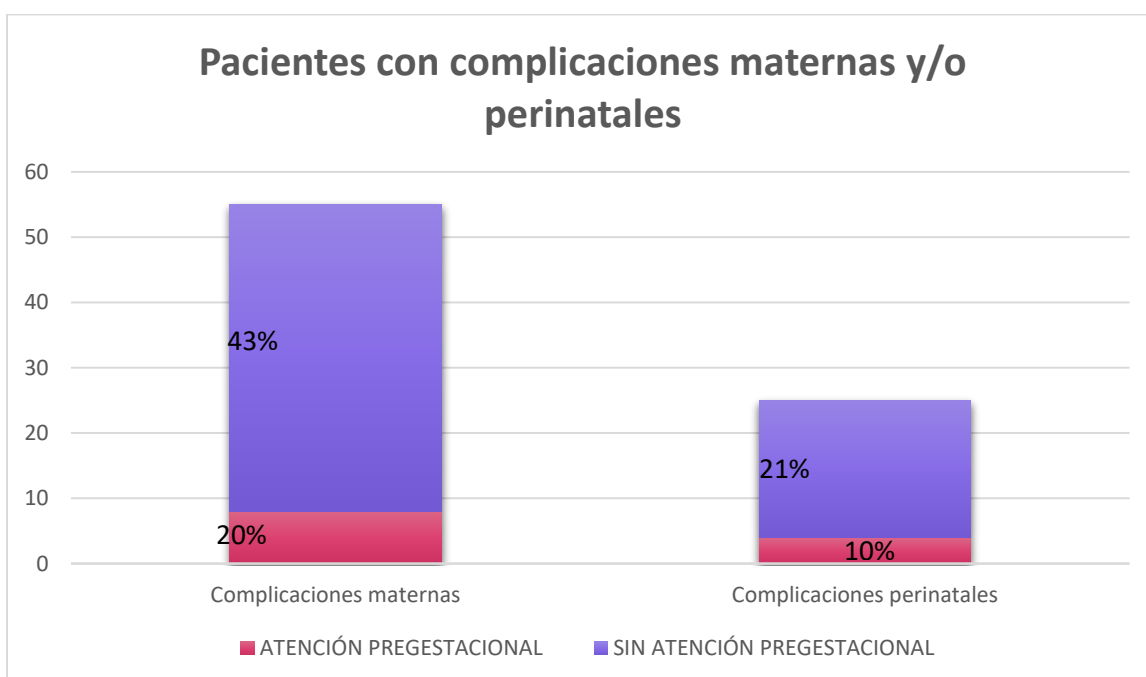
Expedientes Clínicos, base de datos.

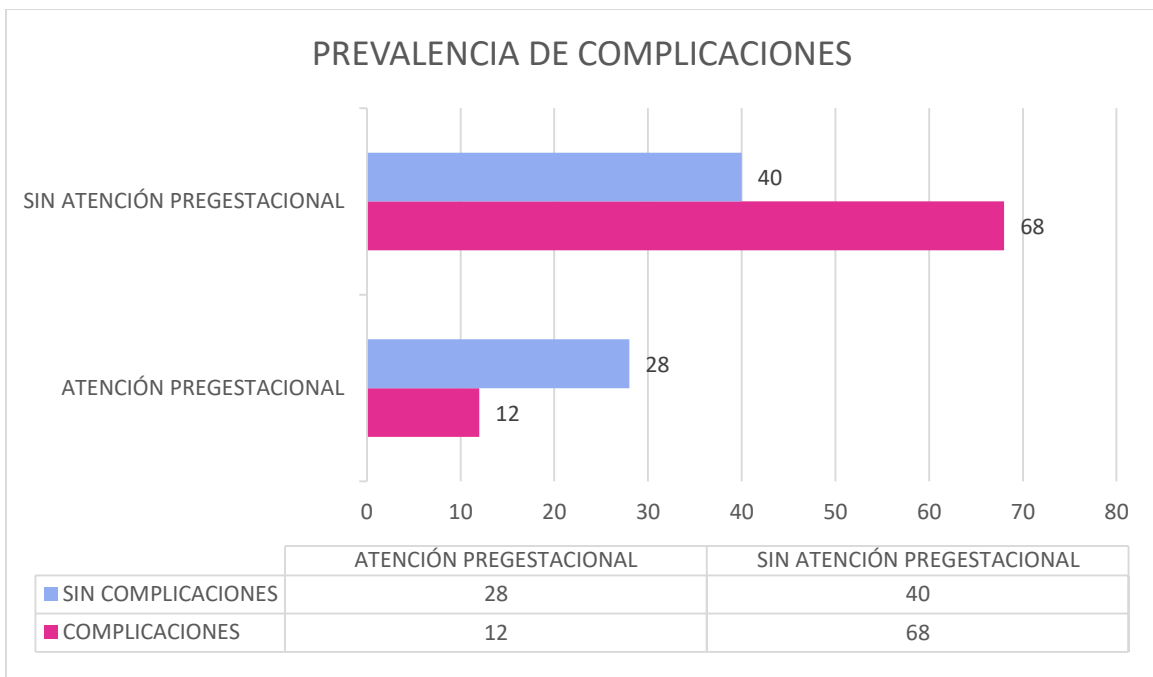
8. RESULTADOS

De los 153 expedientes recabados, se excluyeron 5 que no se encontraron disponibles en el archivo de la unidad o estaban incompletos. Se revisaron 148 expedientes, los cuales se dividieron en dos grupos, aquellos que durante su primera evaluación en la consulta externa, refirieron haber recibido atención pregestacional con un total de 40 mujeres (27%) y aquellas que negaran dicha intervención, las cuales representaron el 78% (108 mujeres).

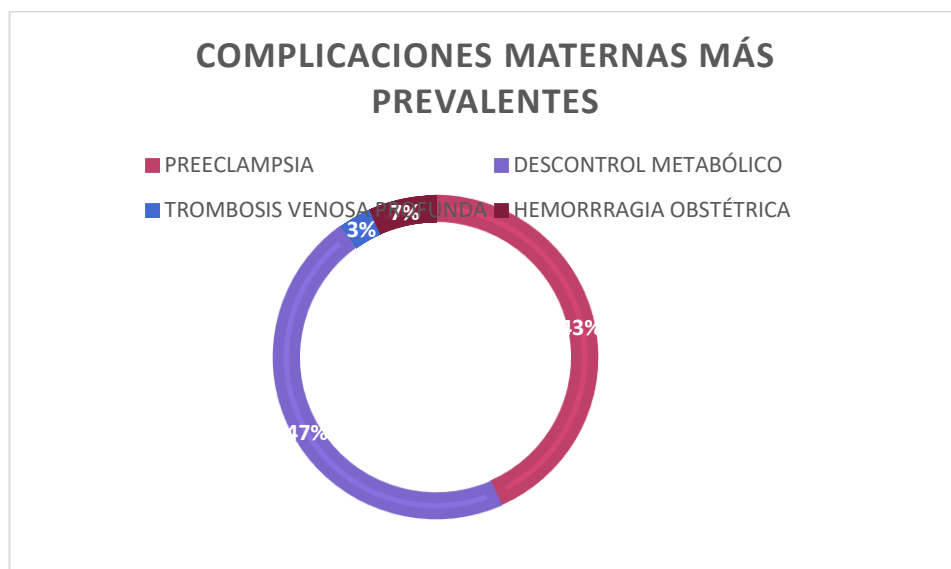
En el grupo sin atención pregestacional, 68 mujeres presentaron complicaciones, lo que representa el 85%; 47 de estas complicaciones se clasificaron en maternas y 21 en perinatales, con una prevalencia del 43% y 19% respectivamente.

En el grupo que recibió atención pregestacional, 12 (el 15%) presentaron complicaciones, 8 fueron maternas y el resto perinatales.



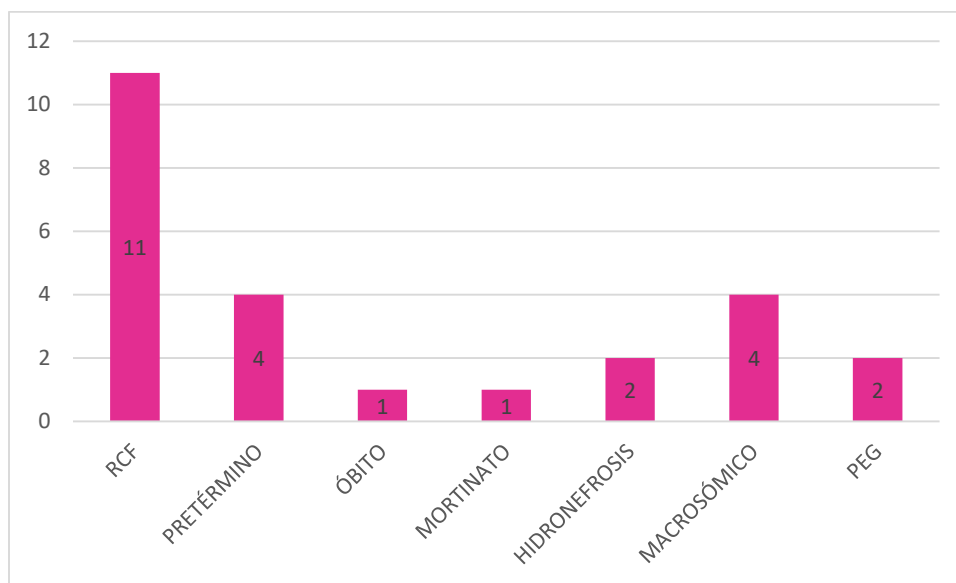


Las complicaciones maternas de mayor prevalencia fueron en orden decreciente, descontrol metabólico en las pacientes con diabetes pregestacional y gestacional con una prevalencia del 47%; seguida por preeclampsia con y sin datos de severidad con un 43% de prevalencia, hemorragia obstétrica con un 7% y trombosis venosa profunda en un 3%.



Las complicaciones perinatales que se observaron en el grupo de estudio fueron, restricción del crecimiento fetal con el 44%, parto pretérmino y recién nacido macrosómico, ambos con

el 16%, seguidos por feto pequeño para edad gestacional e hidronefrosis, lo que representa cada uno, el 8%; por último óbito y mortinato con un 4% cada entidad.



9. DISCUSION

Las pacientes con riesgo obstétrico alto, que engloba a aquellas mujeres con patologías maternas preexistentes al embarazo, antecedentes perinatales desfavorables o complicaciones por patologías propias del embarazo en los anteriores, que se atienden en el Hospital General, carecen de un seguimiento y de intervenciones efectivas preventivas durante su atención en consulta del primer nivel de atención, y llegan en fase de resolución o complicada, lo cual constituye una gran brecha entre el primero y segundo nivel de atención. La mayor parte de los embarazos se presentan entre los 20 y 30 años, por lo que es de esperarse un mayor número de casos en este grupo etáreo, mas sin embargo en el grupo menores de 20 y mayores de 30 el factor de riesgo más importante es la edad y la madurez reproductiva lo que son grupos que deben de tener mayor atención preventiva , y dividiremos la consulta por grupo etareo y podría favorecer la detección oportuna. La atención pregestacional con intervenciones efectivas son fundamentales para acelerar la reducción de complicaciones maternas y perinatales. La brecha en el acceso y la calidad de la atención es hoy por hoy el gran problema del sistema de salud, para organizar la atención a las mujeres mexicanas en su embarazo y previo a este.

10. CONCLUSIONES

El incremento de las muertes maternas de tipo indirecto, aquellas que tienen mayor posibilidad de prevención, detección oportuna, y control, nos obliga a generar intervenciones previo a la concepción.

Las intervenciones que se deben de tener en consideración para reducir las complicaciones maternas y perinatales en aquellas mujeres con riesgo obstétrico alto, son las abarcadas en los programas de atención pregestacional, prevención de embarazos durante la adolescencia (10-19 años) , dado que el entorno de estas pacientes durante esta etapa no es el óptimo para sobrellevar un embarazo saludable; mejorar las condiciones nutricionales desde la etapa pregestacionales involucrando al padre en el proyecto, control de peso y el IMC, promoviendo nutrición saludable incluyendo la administración de suplementos, esto con el fin de que la mujer se encuentre en su peso ideal antes del embarazo y disminuir un factor de riesgo importante; promover el diagnóstico oportuno de trastornos psicológicos, así como el abandono del consumo de tabaco, alcohol y alguna otra droga; trabajar en conjunto con las diferentes especialidades, en la promoción en todas las pacientes en edad fértil, de la idea de un embarazo en el momento ideal, cuando su patología se encuentre en control.

Es imprescindible que cada hospital cuente con una consulta especializada en atención pregestacional, que en principio permita disminuir la posibilidad de complicaciones en las mujeres con riesgo obstétrico alto, pero también a largo plazo crearía consciencia en la población en general, acerca de la preparación planificación de los embarazos.

11. Referencias.

1. Atención Pregestacional. Lineamiento Técnico. Secretaria de Salud. México. Tercera Edición; 2019. [Consultado el 5 de mayo del 2019] Disponible en:https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/458238/web_Atenci_n_Pregestacional_final.pdf
2. Lugones, M. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. Cuba; 2016 [Consultado 2 mayo 2019]; vol.42 no.1; Disponible en: <https://www.medigraphic.com>.
3. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [internet]. Andalucía, España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [consultado 2 de mayo de 2019]; Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
4. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2013 [consultado 2 de mayo de 2019]; 1ª edición. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
5. Ortiz, E. Vázquez, G. Arturo, C. et al. Protocolo de atención pregestacional. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014.Colombia.
6. Mittal, P. Dandekar, A. Hessler, D .Use of a Modified Reproductive Life Plan to Improve Awareness of Preconception Health in Women with Chronic Disease.The Permanente Journal. Spring 2014. Volumen 18; Número 2; pp 28-32. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/13-146>.
7. Capitán, M. Cabrera, R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Medicina Familiar. 2001;España; volumen 11: Número 4; pp 207-215.
8. Lan, L. Harrison, C. L. et al. Systematic review and meta-analysis of the impact of preconception lifestyle interventions on fertility, obstetric, fetal, anthropometric and

- metabolic outcomes in men and women. *Human Reproduction*. 2017; Volumen 32; Número 99; pp 1925-1940.
9. Stephenson, J. Vogel, C. et al. Preconception health in England: a proposal for annual reporting with core metrics. *The Lancet*. 2019. Volumen 393; Número 10187; pp 2262-2271.
 10. Goossens, J. Beeckman, D. et al. Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies. *Midwifery*. 2016. Volume 22; Número 1; pp 42-52.
 11. Gely-Pernot, A. Preconception Generational Impacts Male. *Encyclopedia of Reproduction*. Elsevier. 2018. 2a. edición. Volumen 1, pp 642-648.
 12. Hemsing, N. Greaves, L. Poole, N. Preconception health care interventions: A scoping review. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2017; Volumen 14; pp 24-32. DOI:10.1016/j.srhc.2017.08.004.
 13. Luton, D. Forestier, A. Courau, S. et al. preconception care in France. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2014; Volumen 125; Número 2; pp144-145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.10.01>
 14. Ioannides, A. Preconception and prenatal genetic counselling. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2017. Volumen 42; pp2-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.04.0>
 15. [Eternod Arámburu](#), Marcela. Metodología calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente. *Realidad, datos y espacio. Revista internacional de estadística y geografía*. México. 2012. **Volumen 3; Número 1**.
 16. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud, 2015.
 17. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
 18. *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030*. New York: United Nations; 2015 [Internet: consultado el 3 de marzo del 2019].

19. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.
20. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881–892.
21. UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA, UNICEF, 2015, [Internet: consultado el 3 de marzo del 2019].
22. Organización Panamericana de la Salud. Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud. 2015. 1ª. Edición.
23. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. [Internet: consultado el 3 de marzo del 2019].
24. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida
25. Fescina, R. et al. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. OPS. 3ª ed. 2011.
26. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6): e323-e333.
27. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC). In: Maternal, newborn, child and adolescent health [WHO web page]. Geneva: World Health Organization.
28. Lincetto O, Mothebesoane-Anoh, Gomez P, Munjanja S. Chapter 2: Antenatal care. In: Lawn J, Kerber K, editors. Opportunities for Africa's Newborns: practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Geneva: World Health Organization; 2006: 51–62.
29. WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization; 2002.

30. Morales-Andrade E, et.al. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2018; pp 23. ISSSTE. México
31. Freyermuth M, Luna M. Muerte materna y muertes evitables en exceso. Realidad, datos y espacio. *Revista internacional de estadística y geografía. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud* Vol. 5, Núm. 3, septiembre-diciembre 2014.
32. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.
33. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881–892.
34. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L et al.. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet*, 2011, Apr 16, 377(9774): 1319-30.
35. Abalos A, Chamillard M, Diaz V, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. *BJOG*. 2016;123(4):519–28. doi:10.1111/1471-0528.13820
36. Salud Materna y Perinatal. Programa Sectorial de Salud 2013-2018 . México. Primera edición, 2014. Modificación agosto 2016. [Consultado el 5 de mayo del 2019]. Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
37. Protocolo de atención preconcepcional. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. 2015. [consultado el día 5 de mayo del 2019] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>

12. Anexos.



ANEXO 1. Hoja de recolección de datos

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

DR. EDUARDO LICEAGA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

NOMBRE: _____ EDAD: ____ ECU: _____.

ESCOLARIDAD: _____, ESTADO CIVIL: _____.

TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____

GESTAS: __ PARTOS: __ CESÁREAS: ____ ABORTOS: __ EMBARAZO ECTÓPICO: ____.

EDAD GESTACIONAL (SÍ APLICA): _____.

MOTIVO CONSULTA:

COMPLICACIÓN EN EMBARAZO ACTUAL O PREVIO: _____.

PATOLOGÍA MATERNA: _____.

MEDICAMENTOS: _____.

PERIODO INTERGNÉSICO CORTO: _____ ITERATIVA: _____.

FR MODIFICABLES		ANTECEDENTES PERINATALES		PATOLOGÍAS MATEERNAS	
OBESIDAD		ENF HIPERTENSIVA		TIROIDES	
		EMB PREVIO			
DESNUTRICION		PARTO PREMATURO		DIABETES	
ANEMIA		ÓBITO		HEMATOLÓGICO	
TOXICOMANÍAS		MORBILIDAD MATERNA		CÁNCER	
		EXTREMA			
TABAQUISMO		HIJO MALFORMACIÓN O		VIH	
		TRASTORNO GENÉTICO			
		HIJO BAJO PESO AL		CARDIOPATÍAS	
		NACER			
				EPILEPSIA	
				ENF. RENAL	
				CRÓNICA	
				OTROS	