



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**TITULO DE TESIS:**  
**ATENCIÓN PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA:**  
**EXPERIENCIA DEL GRUPO ÁNGELES.**

**TESIS QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA**  
**DRA. GRETEL LOZANO GUERRERO**

**NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR:**  
**DR. ALBERTO OROZCO GUTIÉRREZ**  
**MÉDICO PEDIATRIA NEONATOLOGO**

**NOMBRE DE OTROS PARTICIPANTES:**  
**DR. JOSE NUÑEZ DEL PRADO ALCOREZA**  
**MÉDICO PEDIATRA NEONATÓLOGO**

**HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL**  
**HOSPITAL ANGELES SANTA MÓNICA**

**CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Tabla de contenido

I.	RESUMEN.....	4
II.	ANTECEDENTES.....	7
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	11
V.	OBJETIVO DEL ESTUDIO	
	A.    OBJETIVO GENERAL.....	14
	B.    OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
VI.	SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	
	A.    LUGAR                    DONDE                    SE                    LLEVÓ                    A	
	CABO.....	15
	B.    DISEÑO.....	15
	C.    CRITERIOS            DE            INCLUSION,            EXCLUSIÓN            Y	
	ELIMINACIÓN.....	15
	D.    MUESTRA.	
	1.    TABLA DE VARIABLES.....	16
	2.    ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	20
	E.    DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	21
	F.    RECURSOS.....	21
	H.    FACTIBILIDAD.....	21
	I.    CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
VII.	RESULTADOS.....	23
VIII.	DISCUSIÓN	
	A.    LOS NUMEROS. ....	27
	B.    MI EXPERIENCIA	
	1.    NACER EN TIEMPOS DE PANDEMIA.....	30
	2.    SER MÉDICO EN TIEMPOS COVID.....	31
	3.    MI HISTORIA COVID.	
	a.    EL CONTAGIO.....	34
	b.    EL                    INICIO                    DE                    LA	
	ENFERMEDAD.....	34

	c.	EL DIAGNÓSTICO.....	36
	d.	LA MEJORÍA.....	37
	e.	DE REGRESO A LA COTIDIANIDAD.....	38
IX.		CONCLUSIONES.....	39
X.		BIBLIOGRAFIA.....	40

***A mi hermana, mi mejor maestra.  
A mi madre, por nunca rendirte y enseñarme a ser fuerte y capaz en cada paso.  
A ti, mi día a día, en las buenas, en las malas, siempre.***

## I. RESUMEN

### ANTECEDENTES

La propagación mundial de una nueva enfermedad como la ocasionada por un virus fácilmente transmisible y con una aparente alta tasa de letalidad como el SARS-CoV-2, ha modificado drásticamente el mundo en que solíamos vivir.

Lo que se sabe hasta el momento es que de las madres que enferman en su mayoría lo hace de manera más grave sobre todo durante el último trimestre.

La falla en la organización del presupuesto destinado en materia de salud repercute directamente en la falta de equipos, materiales y personal capacitado y suficiente para evitar dejar descubierto a grupos vulnerables.

Entonces fue fácil perder de vista el enfoque de los servicios como la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal e infantil cuando se enfrenta nuestro sistema de atención médica a un evento monumental como la pandemia Covid-19. Un componente clave en la gestión de cualquier brote de enfermedad infecciosa incluye la atención de las poblaciones vulnerables y de mayor riesgo.

## **OBJETIVO PLANTEADO**

- Describir la experiencia de la atención neonatal en el marco del convenio para la atención subrogada entre sector público y privado durante los meses de abril a junio del 2020 en el contexto de la pandemia por COVID 19.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

- DURACIÓN DEL ESTUDIO: 2 meses. De abril a junio del 2020.
- LUGAR DEL ESTUDIO: Hospital Ángeles del Santa Mónica
- DISEÑO: Transversal descriptivo.
- POBLACIÓN DE ESTUDIO: Se incluyeron todos los recién nacidos vivos o muertos que recibieron atención neonatal.
- ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se realizó el análisis de datos en una computadora HP Pavilion, usando el programa Excel 2010.

## **RESULTADOS**

Se incluyeron 233 recién nacidos de los cuales 230 fueron egresados vivos y sanos, con una mortalidad que apenas rebasó el 1%, se analizaron las variables demográficas relacionadas a la atención prenatal y al estado socio económico de las madres como factores protectores del periodo neonatal incluso en emergencias epidemiológicas.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son muy similares a los establecidos en la literatura incluso en tiempos de no crisis sanitaria como se vive actualmente, los datos son alentadores a continuar como médicos de contacto el control prenatal juega el cual constituye un factor de suma importancia para la prevención de las principales causas de morbimortalidad.

Las intervenciones enfocadas a las mujeres en edad reproductiva, al cubrir las necesidades en salud sexual y reproductiva, uso de anticonceptivos, para prevención de embarazos no deseados y una atención prenatal de calidad, incluso en tiempos de confinamiento al cumplir un enfoque de riesgo que constituyen las gestantes población sumamente vulnerable y no descuidar garantizar la atención por personal calificado y capacitado, así como garantizar los recursos materiales necesarios para la atención integral del binomio materno fetal.

Recordemos que existen vidas detrás de cada mascarilla, que, aunque solo veamos los ojos, tenemos la puerta de entrada al alma, personas que han conocido en la línea de las trincheras en drama de la falta de recursos, el cansancio y el tedio de luchar contra una pandemia que no da señales de fin.

Este tipo de experiencias pueden tomarse como un piloto para crear clínicas subrogadas de segundo nivel dedicadas a la atención del parto, puerperio y recién nacido donde se generaría liberación de la carga de pacientes que desde siempre vive el sector salud publico derivándolas a un ambiente con mayor seguridad y tranquilidad para las madres.

## II. ANTECEDENTES

La propagación mundial de una nueva enfermedad como la ocasionada por un virus fácilmente transmisible y con una aparente alta tasa de letalidad como el SARS-CoV-2, ha modificado drásticamente el mundo en que solíamos vivir. Las implicaciones abarcan desde la salud pública y la economía, hasta temas como la violencia intrafamiliar y los cambios generados en la sociedad.

El origen ya es bien conocido, tomó menos de un mes desde la declaración de la epidemia por parte de la OMS a que se declarara el primer caso en México, fue el 28 de febrero del 2020 cuando se obtuvo el resultado confirmatorio por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica del llamado paciente cero. En tan solo en dos meses ya se había convertido en una enfermedad grave de atención prioritaria y para el 27 de marzo se establecieron las medidas preventivas para mitigar y controlar (lo cual aún no se logra) los riesgos de salud que implica una emergencia sanitaria de tal magnitud, como se presentaba en otras partes del mundo, principalmente Europa, inició el confinamiento.<sup>1, 2, 6</sup>

Para entonces acerca del comportamiento de la enfermedad en las mujeres embarazadas se sabía muy poco, no existía evidencia de que las mujeres estuvieran expuestas a un mayor riesgo de enfermar gravemente en comparación con las no embarazadas. Entonces no había evidencia sobre la transmisión vertical pues los reportes publicados daban resultados negativos para líquido amniótico, sangre de cordón, secreción vaginal, hisopados de garganta neonatal o leche materna pero aun así las recomendaciones de seguir todas las precauciones de enfermedades transmisibles por gotas con el uso del equipo de protección personal adecuado siempre estuvo ahí.<sup>3, 4, 5</sup>

En lo que se sabe hasta el momento, la CDC en su página de internet advierte que las mujeres embarazadas si se encuentran en mayor riesgo de enfermarse gravemente a causa del COVID-19 que las mujeres que no están embarazadas y tienen un mayor riesgo de resultados adversos durante el embarazo, como el parto prematuro.<sup>6</sup> De las madres que enferman en su mayoría lo hace de manera más grave sobre todo durante el último trimestre. Dos vertientes en cuanto a susceptibilidad y protección propias del estado gestacional, pues son particularmente vulnerables a los patógenos respiratorios y la neumonía grave debido a cambios fisiológicos e inmunológicos, lo que puede resultar en una mayor morbilidad y mortalidad materna y fetal sin embargo esta depresión inmunológica evita se genere la ya conocida tormenta de citocinas que se desarrolla en los cuadros clínicos más graves.<sup>3,4,5,7</sup>

Un sistema de salud en transición administrativa fue lo que encontró este virus a su llegada, donde el gobierno federal centralizaba las prestaciones de salud en todo el país, México enfrenta la falla de organización del presupuesto destinado en materia de salud. Lo que repercute directamente en la falta de equipos, materiales y personal capacitado y suficiente para evitar dejar descubierto a grupos vulnerables, debido a la falta de previsión ante una pandemia anunciada.<sup>8</sup>

Entonces fue fácil perder de vista el enfoque de los servicios como la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal e infantil cuando se enfrenta nuestro sistema de atención médica a un evento monumental como la pandemia Covid-19. Un componente clave en la gestión de cualquier brote de enfermedad infecciosa incluye la atención de las poblaciones vulnerables y de mayor riesgo.

A casi dos meses del paciente cero se estableció el convenio para la atención subrogada de servicios médicos firmado por el gobierno federal, la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales. El Instituto Mexicano del Seguro Social reporta que, del 23 de abril al 26 de mayo, 3 mil 968 derechohabientes fueron transferidos a hospitales privados para recibir atención médica, de entre ellos 2 mil 964 partos, embarazos y puerperios; 604 cesáreas, reportando para el mes de mayo la ocupación por pacientes afiliados a esta institución el 29.6% de las camas establecidas para este contexto<sup>9</sup>

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Ante la crisis de salud generada por la pandemia a causa del virus SARS-CoV-2 (Covid-19) se estableció el convenio de atención subrogada de servicios médicos y hospitalarios el 23 de abril del 2020, en el cual, como miembro de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. y del Consorcio Mexicano de Hospitales, A.C., el Grupo Ángeles servicio de salud habilitó el Hospital Ángeles Santa Mónica, ubicado en la colonia Polanco, para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Por lo tanto:

1. ¿Cuáles fueron las características epidemiológicas de los recién nacidos atendidos en el convenio de atención médica y hospitalaria comprendido entre el sector público y privado durante la pandemia por COVID- 19 en México?
2. ¿Cuáles son las características de los resultados de la atención recibida en el sector privado?
3. ¿Cuáles fueron las experiencias observadas durante el programa de atención otorgado?

### III. JUSTIFICACIÓN

Desde síntomas leves y complicaciones médicas graves e incluso la muerte, con una tasa de letalidad que varía por múltiples factores socio económicos e incluso culturales aunado a las estrategias implementadas por los gobiernos. México con una tasa de letalidad del 11.67% comparada con China 5.57 se encuentra dentro de los primeros cinco países más afectados, sin embargo, la tasa de recuperación se reporta por arriba del 70%, punto de controversia debido a la estrategia implementada por el gobierno federal en materia de detección llevando a un subregistro importante.<sup>8</sup>

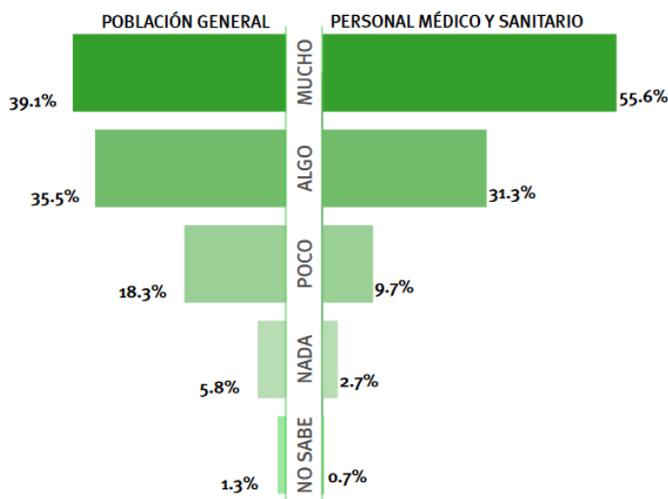
Datos arrojados por la UNICEF en donde se previó el nacimiento de 116 millones de nacimientos nueve meses posteriores a la declaración de la pandemia, en México los registros fueron a la baja en un 3.25% acorde a los datos por el INEGI en comparación con el 2019 donde se registraron 2.09 millones de nacimientos. Respecto al 2018 la tasa de nacimientos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva promedio fue de 61 en el territorio mexicano, que representa una disminución de 2.5 unidades siguiendo la tendencia de la última década.<sup>10</sup>

Los últimos estudios sugieren un efecto adverso muy importante en la salud mental de las mujeres embarazadas y las madres, incluyendo depresión, ansiedad y estrés por la pandemia de COVID-19, sobre todo altos niveles de ansiedad por la preocupación de su bienestar, de su hijo aun no nacido y de los hijos previos, como los reflejados en más del 50% de la población gestante en Italia<sup>11</sup>. Punto importante que se enfatiza por instituciones como la Alianza de Liderazgo en Salud Mental Materna en estados unidos que buscan fomentar el apoyo emocional como una estrategia para reducir el estrés. Dentro de los factores estresantes mayormente reportados se describe el miedo de acudir a hospitales donde se recibe

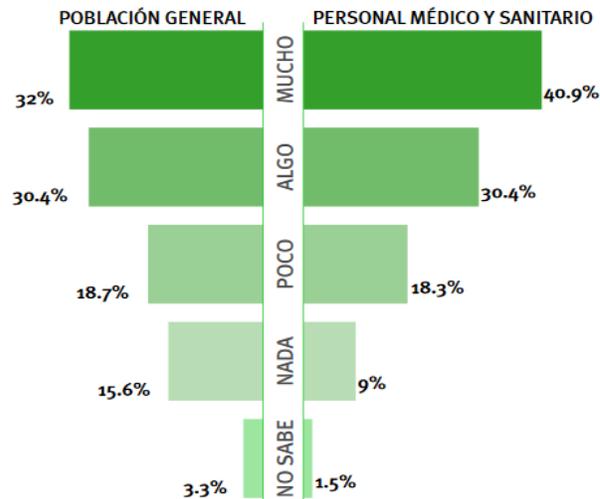
pacientes con enfermedad por COVID, por lo que además de la incertidumbre, al no acudir a sus consultas de control, de desconocer el estado de salud propio y de su bebe.<sup>12</sup>

En el ámbito médico el desabasto de insumos sanitarios de protección indispensables generó temor ante el alto riesgo de contagio o de incluso llegar a perecer durante el ejercicio de la profesión y no para menos, al hacer una comparativa con países de primer mundo como Estados Unidos en donde el personal médico fallecido durante la pandemia para el mes de mayo del 2020 se reportaba en solamente el 0.54% del total de muertes reportadas vs el 2.63% en México, con lo que se puede mostrar la importancia del uso completo y correcto del material y equipo de protección. El miedo al contagio o de morir era más alto en comparación a la población en general como se muestra en los gráficos 1 y 2<sup>o</sup>.

**Gráfico 1 Miedo expresado al contagio** donde hace comparativa del personal médico con la población en general a través de una encuesta pública. *Fuente:* <https://tinyurl.com/ycl56hmd>



**Gráfico 2 Miedo expresado a morir** donde hace comparativa del personal médico con la población en general a través de una encuesta pública. *Fuente:* <https://tinyurl.com/ycl56hmd> pública. *Fuente:* <https://tinyurl.com/ycl56hmd>



Como añadidura los rumores y la falta de información certera se convirtieron en nuestros peores enemigos, pues la información errada y/o malintencionada se esparce en cuestión de

minutos a través de las redes sociales. El personal de salud fue el blanco de maltrato verbal y físico<sup>12,13,14</sup>. En todos sentidos nuestra seguridad y bienestar dependía de nosotros y solo de nosotros; autoridades, gobierno y sociedad apuntaron tuvieron un tiro de diana, la bata médica.

## **IV. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

### **A. OBJETIVO GENERAL**

- 1.** Describir la experiencia de la atención neonatal en el marco del convenio para la atención subrogada entre sector público y privado durante los meses de abril a junio del 2020 en el contexto de la pandemia por COVID 19.

### **B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.** Analizar de los datos recolectados durante la toma de historias clínicas del recién nacido.
- 2.** Describir la experiencia personal adquirida durante los meses durante los meses de atención neonatal en el Hospital ángeles Santa Mónica.
- 3.** Dar a conocer la experiencia de la atención en tiempos de emergencia sanitaria a un grupo vulnerable como es el binomio materno- neonatal.

## V. SUJETOS, MATERIALES Y MÉTODOS

### A. LUGAR DONDE SE LLEVO A CABO

- Hospital Ángeles Santa Mónica.

### B. DISEÑO

- Por el tipo de captura de datos y seguimiento: Transversal descriptivo.
- Por el tipo de intervención: Observacional.
- Por el tipo de análisis estadístico: descriptivo.

### C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

#### a. INCLUSIÓN:

- Recién nacidos atendidos en el Hospital ángeles Santa Mónica atendidos en el periodo comprendido de abril a junio del 2020.

#### b. EXCLUSIÓN:

- Recién nacidos no atendidos en el Hospital ángeles Santa Mónica atendidos en el periodo comprendido de abril a junio del 2020.

#### c. ELIMINACIÓN:

- Recién nacidos no atendidos en el Hospital ángeles Santa Mónica atendidos en el periodo comprendido de abril a junio del 2020.

## D. MUESTRA

- Se incluyen los datos de 233 recién nacidos atendidos.

## I. TABLA DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>DEMOGRÁFICAS</b>				
SEXO	Se define por los gametos que produce; masculino produce espermatozoides, femenino produce óvulos.	Sexo por fenotipo de los genitales.	Demográfica Cualitativa Nominal	1 Masculino 2 Femenino
EDAD MATERNA AL MOMENTO DEL PARTO	Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto.	<20 años. 20-25 años. 25-30 años. >30años.	Demográfica Cuantitativa Discreta	Años
ESCOLARIDAD	Grado de instrucción de la madre.	Nivel académico completado.	Demográfica cuantitativa	
<b>INDEPENDIENTES</b>				
ENFERMEDAD MATERNA	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un	Diabetes gestacional.	Independiente cualitativa	1 Sí 2 No

	organismo o de alguna de sus partes durante el periodo de gestación.	Enfermedad hipertensiva del embarazo. Preclampsia/ eclampsia. Hiper/ hipotiroidismo		
NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES.	Conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.	<3 3-5 5-10 >10	Independiente cuantitativa	0. <3 1. 3-5 2. 5-10 3. >10
VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO	Vía a través de la cual se finaliza el periodo de gestación, ya sea vaginal (parto) o abdominal (cesárea) ya sea de forma natural o asistida.	Parto Cesárea	Independiente cualitativa	0. Parto 1. Cesárea.
REANIMACIÓN NEONATAL.	Es un procedimiento de salvamento que se lleva a cabo cuando la	Básica Avanzada.	Independiente cualitativa	0. Básica 1. Avanzada.

	respiración o los latidos cardíacos de un bebé han cesado. Las maniobras avanzadas de reanimación, como VPP, compresiones torácicas y/o medicamentos			
<b>DEPENDIENTE</b>				
EDAD GESTACIONAL	Semanas de vida intrauterina cumplidas al momento del parto	Recién nacido de pretérmino (RNPT): Menos de 37 semanas de gestación al momento del parto. Recién nacido de término (RNT): 38 a 40 semanas de gestación al momento del parto. Recién nacido de post término (RN Post término): más de 40 semanas de	Dependiente Cuantitativa.	Semanas y días de gestación.

		gestación al momento del parto.		
PESO NACIMIENTO	Peso en gramos del niño al momento del nacimiento	<p>Recién nacido peso alto: niño que al momento del parto pesa más de 4000grs.</p> <p>Recién nacido peso normal: niño que al momento del parto pesa entre 3000 a 4000 grs.</p> <p>Recién nacido de bajo peso: niño que al momento del parto pesa menos de 2500 grs.</p>	<p>Dependiente</p> <p>Cuantitativa</p>	Kilogramos

## 1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

<b>Descriptiva</b>	<p>Se realizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar y mínimos y máximos) para las variables continuas.</p> <p>Proporciones para variables dicotómicas.</p>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **E. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

- El estudio se realizó a través de la experiencia obtenida de la atención neonatal en el marco del convenio de atención subrogada en el Hospital Santa Mónica, Unidad Médica de segundo nivel de atención en el contexto de pandemia por COVID 19.
- Se recolectaron los datos obtenidos a través de las historias clínicas que se elaboraron de 233 recién nacidos durante los meses de abril a junio del 2020.

## **G. RECURSOS**

- HUMANOS: Residente de pediatría de tercer año, tutor Médico Pediatra investigador, asesor Médico Pediatra investigador.
- MATERIALES: historias clínicas, computadoras.
- FINANCIEROS: financiamiento propio.

## **H. FACTIBILIDAD.**

El estudio es factible debido a que no implicó ningún costo el análisis de los datos recolectados y no se atenta contra los principios éticos y humanos de la población de estudio.

## **I. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Todos los resultados se guardaron en una base de datos se mantuvieron bajo resguardo, preservando el anonimato de los participantes y solo tuvieron acceso los responsables de la investigación.

## VII. RESULTADOS

Se incluyeron 233 recién nacidos, en el periodo comprendido entre el 3 de abril y 6 de junio del 2020 en el Hospital Santa Mónica perteneciente al Grupo Ángeles.

Los datos generales de la población neonatal incluida se muestran en la Tabla 1, pacientes sin comorbilidades o controladas, se obtuvieron productos de término con un promedio de 38.5SDG por valoración de Capurro, con peso adecuado para la edad gestacional, siendo en promedio  $3.08\text{kg} \pm 458\text{grs}$ , predominó el sexo femenino al recibir un 53.2% vs 46.8% de varones. En cuanto a las comorbilidades maternas 5 fueron las principales patologías censadas predominando la diabetes gestacional con un 24.4% seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo, esto muy probablemente a las características maternas que se presentan en la siguiente tabla, además las características de salud epidemiológicas que afectan a la población en general como son la diabetes y obesidad en nuestra población mexicana.

**Tabla 1. Datos generales de los recién nacidos.**

VARIABLE		N	%
SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO.			38.5 SDG
SEXO.	Femenino	124	53.2%
	Masculino	109	46.8%
PESO			3.08 kg

<b>PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL.</b>	<b>Adecuado</b>	133	57%
	<b>Alto</b>	17	7.2%
	<b>Bajo</b>	83	35.6%
<b>HIJO DE MADRE CON ALGUNA PATOLOGIA.</b>	<b>Diabetes gestacional.</b>	57	24.4%
	<b>Enfermedad hipertensiva del embarazo.</b>	33	14.1%
	<b>Preclampsia/ eclampsia.</b>	13	5.5%
	<b>Hiper/ hipotiroidismo.</b>	6	2.5%

En la Tabla 2 detallan las características maternas, la edad promedio de las madres se encontraba un rango de entre 19 y 46 años, en su mayoría mayores de 30 años, pues requerían tener un trabajo (62.6%) por el cual acceder a las prestaciones de salud, por lo tanto, el grado mínimo de escolaridad en promedio fue preparatoria o bachillerato, lo que constituyen factores socio económicos protectores para la evolución adecuada de un embarazo.

Por ser madres consideradas como añosas y con un peso en promedio por arriba los 60 a 70 kg y una ganancia ponderal de 10 a 15kg en su mayoría (44.2%), considerando que la ganancia de 9kg es lo recomendable durante el embarazo en aquellas mujeres que llegan a esta etapa con sobrepeso u

obesidad, datos que se correlacionan con las comorbilidades presentadas en la tabla previa.

**Tabla 2. Datos generales de las madres.**

Variable		N	%
Edad materna	<20 años.	5	2.1%
	20-25 años.	86	36.9%
	25-30 años.	57	24.4%
	>30años.	148	63.5%
Escolaridad.	Secundaria.	18	7.7%
	Preparatoria o bachillerato	114	48.9%
	Licenciatura.	101	43.3%
Trabajo.	Si.	146	62.6%
	No.	87	37.3%
Peso previo al embarazo.	<50kg	15	6.4%
	50-60kg	64	27.4%
	60-70kg	94	40.3%
	>70kg	60	25.7%
Peso ganado durante el embarazo.	<5kg	5	2.14%
	5-10kg	76	32.6%
	10-15kg	103	44.2%
	>15kg	49	21%
Numero de Gestación.	Primero.	75	32.1%
	Segundo.	123	52.7%
	Tercero o más.	35	15%

A continuación, encontramos en la Tabla 3 las variables a evaluar la atención prenatal recibida y el desenlace del embarazo donde la cesárea constituyo, no

por mucho la vía de resolución del embarazo, las madres acudieron a un menor número de citas prenatales y aun así manteniéndose por arriba del promedio nacional. En cuanto a los recién nacidos 16 requirieron maniobras de reanimación neonatal avanzada constituyendo un promedio muy por arriba de lo registrado en los textos de reanimación neonatal, cabe mencionar que de estos 3 fueron óbitos (18.7%) y 8 requirieron ingresarse para cuidados intensivos.

**Tabla 3. Atención prenatal y atención del embarazo.**

Variable		N	%
Número de consultas prenatales	<3	79	33.9%
	3-5	82	35.4%
	5-10	43	18.4%
	>10	29	12.4%
Vía de resolución.	Parto	103	44.2%
	cesárea	120	51.5%
Tipo de reanimación neonatal.	Básica	217	93.1%
	Avanzada	16	6.8%
Ingreso a UCIN	Si	8	3.5%
	No	255	96.5%
Nacidos vivos	Si	230	98.7%
	No	3	1.28%

## VII. DISCUSIÓN.

### A. LOS NUMEROS.

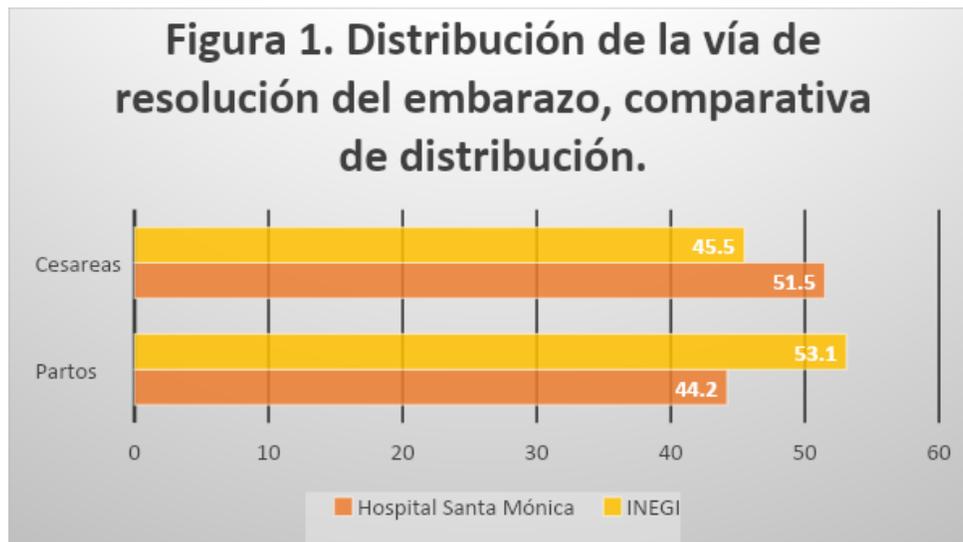
Acorde a los datos emitidos por CONAPO solo el 42.5% de las mujeres que no son madres tienen como escolaridad máxima educación media superior o superior frente a solo 23.9% de aquellas que son madres<sup>17</sup> en comparativa con los resultados obtenidos en este trabajo donde del 48% de las mujeres tenían preparatoria terminada como mínimo nivel educativo.

En México, dentro de las mujeres mayores de 30 años el 90.2% han sido madre, 38.0% tienen de uno a dos y casi la mitad (47.1%) más de 3 hijos<sup>16, 18</sup>, el 63.5% de la población atendida fueron mayores de 30 años sin embargo más de la mitad tenían solamente de 1 a 2 hijos.

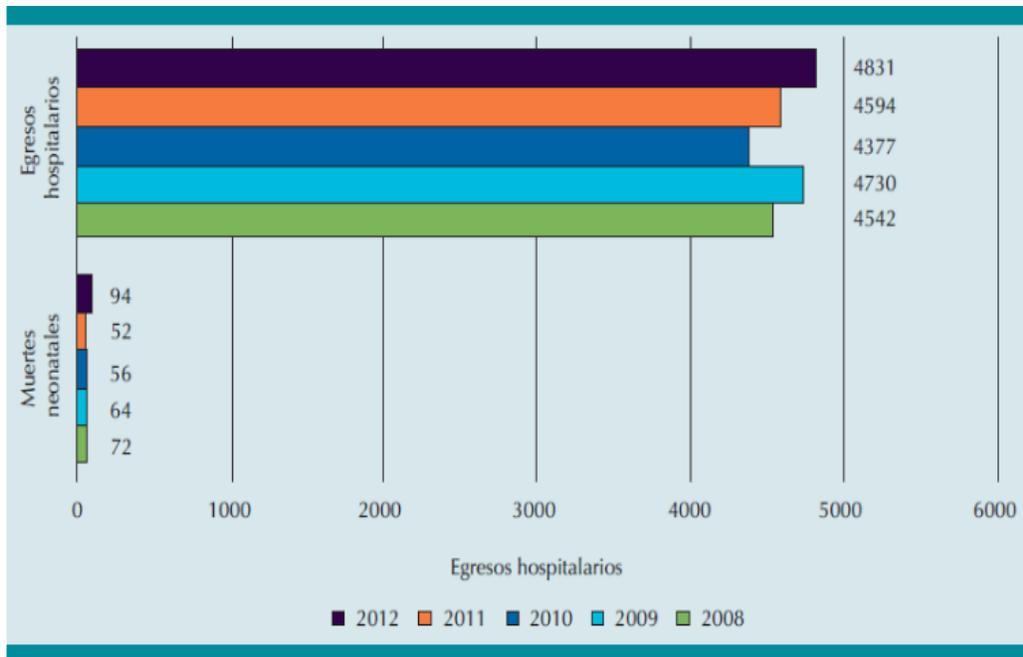
La presencia de las mujeres que son madres en el mercado laboral disminuye de manera proporcional al número de hijos pues solo la mitad de las mujeres que tienen de uno a dos hijos (49.6%) trabaja de manera activa y al tener más de 3 hijos disminuye hasta 41.4%<sup>17,20</sup>, comparado con nuestro grupo de estudio el 62.3% tenían trabajo independiente al número total de hijos.

En cuanto a la atención prenatal, la estadística nacional alcanza una cobertura del 98.4% y solo el 71.5% son provista por una enfermera o un médico, teniendo solo cuatro visitas prenatales durante todo el embarazo de las 8 que se norman en la NOM-007-SSA2-1993<sup>18,19,20</sup>. Así encontramos una población en el que más del 60% acudió a menos de 5 consultas muy similar a lo ya reportado no mostrando afectación, hasta el momento del estudio, por la contingencia sanitaria.

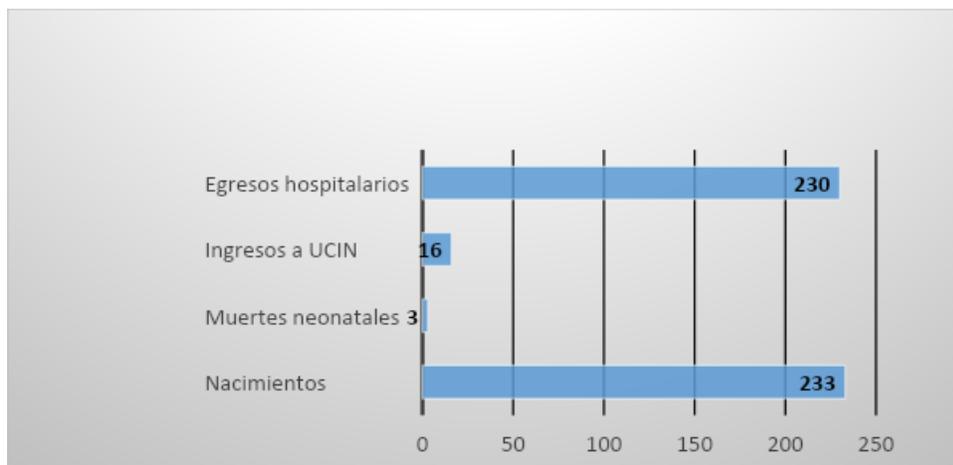
En comparativa a los reportes del INEGI acerca de la resolución del embarazo de las madres de 15 a 49 años, el 45.5% fueron cesáreas<sup>21</sup>, como se muestra en la figura 1, superado solo en un 6% la vía nacimiento en la población atendida.



La mortalidad en el periodo neonatal temprano representa el 45.8% de todas las defunciones registradas en el primer año de vida<sup>20</sup>, de las 3 muertes registradas en este trabajo que representa el 1.28% del total de pacientes atendidos, 2 de los pacientes en nuestro estudio eran óbitos al momento de su atención y el otro falleció por complicaciones de patologías congénitas, el total no supera por mucho a lo encontrado en un reporte en un centro de salud institucional del 1.58% dentro de un mayor periodo de tiempo, como se muestra la comparativa en la figura 2.



a)



b)

Figura 2. (a) Muertes neonatales en un centro de salud institucional en comparativa con la población atendida (b).

a. *Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. Acta pediatri. Méx vol.39 no.1 México ene./feb. 2018*

*Porque no todo son números, yo también fui parte de la estadística.*

## **B. MI EXPERIENCIA.**

### **1. NACER EN TIEMPOS DE PANDEMIA.**

Mientras el coronavirus se abría paso en el mundo, no sabíamos cómo actuar ni como conducirnos, en ese momento no hubo protocolos ni directrices claras para atender a las mujeres embarazadas. Debido a los crecientes contagios, los hospitales fueron dando prioridad a pacientes con COVID-19 tanto a nivel público como institucional, la reubicación de los médicos al triage respiratorio y áreas críticas además del riesgo de contagio en las salas de espera llevó al cierre de la consulta externa por lo cual los controles prenatales fueron suspendidos. Tomando en cuenta que en todo el mundo solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro veces o más durante todo el embarazo y que aun así da como resultado la muerte de más de 2.7 millones niños en el periodo neonatal, en un futuro no muy lejano veremos las consecuencias para la población materno infantil.

En un informe presentado por la UNICEF en mayo del 2020, se calcula que aproximadamente 116 millones de nacimientos se darán en tiempos de pandemia y como si nacer no fuese un reto lo suficientemente grande ya en un sistema de salud que deja bastante que desear aun en tiempos pre- pandemia, se enfrentan ahora a la escasez de equipos y suministros varios, falta de personal capacitado y centros de salud sobrepasados.

Traer una vida en medio de una pandemia deja en el casi absoluto aislamiento a las embarazadas, drama que viven miles de mujeres en México, foco rojo de la epidemia. Dentro

de las recomendaciones emitidas por el SIBEN en abril de este año, sentimientos como el estrés, aislamiento y soledad que son parte de una gestante y se ven intensificados en tiempos COVID no deberían de ser tomados a la ligera, pues el suicidio es la segunda causa de muerte posparto.

Otro aspecto importante por reconocer es la limitación en el acceso a métodos anticonceptivos en las clínicas de salud ya que las mujeres no acudirán por miedo al contagio, la falta de disponibilidad de los contraceptivos y los servicios de salud para este fin, estimaciones realizadas por Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Consejo Nacional de Población en México se estima traerá consigo 171 mil embarazo no planeados o no deseados sin cuidados prenatales, atención ni diagnóstico oportuno.

Todos estos aspectos en el contexto de una crisis socio- económica mundial llevan al binomio materno-neonatal a ser una población muy vulnerable que se debe considerar como prioridad satisfacer la demanda de atención en salud materna y perinatal ante las políticas y retos actuales.

## **2. SER MÉDICO EN TIEMPOS COVID.**

En una situación como las que se vive actualmente, cuando la cantidad de pacientes es tal que sobrepasa la capacidad de todo servicio nos vemos en la exigencia de salir de nuestra zona de confort y trabajar por más tiempo, con más responsabilidades y con ello más exposición. El ser médico tiene como agregado implícito la ansiedad por la falta de evidencia

contundente sobre la evolución del cuadro clínico y su tratamiento único y eficaz que aún no tenemos.

A lo anterior se agrega el ser consciente del riesgo por contacto estrecho y continuo durante el proceso de nuestro ejercer, lo que genera un estrés psicológico muy importante que desgasta la mente y el cuerpo, ambos esenciales en la medicina, culmina en síntomas como ansiedad, depresión, insomnio, irritabilidad y somatización que se ven mayormente agravados en forma proporcional y exponencial al trabajar por periodos prolongados. Si añadimos la falla del apoyo logístico por parte de las autoridades para cubrir las necesidades básicas de protección, el desenlace conduce en una significativa disfunción personal, ocupacional y social.

Un mundo de estigmas absurdos nos acorraló, recordamos con risas historias falsas acerca de los médicos “robando el líquido de las rodillas” o que “nos pagaban por matar a cada paciente que ingresaba” pero en ese entonces cuando veíamos por las redes sociales los videos de personas entrando por la fuerza en los hospitales para buscar entre las bolsas de cadáveres exigiendo el cuerpo de sus familiares o agresiones tanto verbales como físicas en contra del personal de salud tras ser acusados sin razón de ser un foco de contagio del coronavirus, te hacia querer olvidar el juramento hipocrático y no ir como oveja al matadero para trabajar por la idiosincrasia de un pueblo renuente a la verdad. Tuvieron que correr los números que te acercaban más a la realidad, una realidad en donde nombres familiares se convertía en una estadística, en un número que se agregaba a las conferencias, que se anunciaban como resultados de partidos de futbol, pero que a ser verdad son la vida de alguien.

Entre el cansancio y desasosiego el ocio encontró su espacio, sentarse a ver una película, platicar por las noches antes de dormir o pedir comida para compartir, incluso celebrar cumpleaños, sin soplar las velas obviamente, fueron las razones para olvidarse por un momento de lo que estábamos viviendo, formamos un equipo sentir que nos conocíamos de toda la vida, sin filtros ni etiquetas. Así fue como se dio la vida en tiempo de pandemia dentro del hospital pues a causa del confinamiento el salir de casa, aunque fuera al trabajo, traía un poco de cordura al día a día que había perdido su sentido y sus rutinas.

*Una vivencia bastante cercana.*

## **C. MI HISTORIA COVID.**

### **1. EL CONTAGIO.**

Decir donde cuando y como me contagie sigue siendo un enigma, algo que nunca sabré. ¿Fue en el súper, en el hospital, por un colega o alguien de enfermería como tuve el contacto? Lo que si se es que mis síntomas comenzaron un viernes, el 7 de mayo para ser exactos, considerando que el tiempo de incubación tiene una media de 5 días y el confinamiento inició el 28 de marzo ¡tenemos un sospechoso mi querido Watson! Si, el medio hospitalario.

*La negación.*

### **2. EL INICIO DE LA ENFERMEDAD.**

Para entonces la información era poca, de la evolución y el cuadro se sabía muy poco “sin fiebre no es COVID” se decía, ahora sabemos que no es así, pero las mañanas frías en la ciudad de México y más al salir cada mañana de mi casa por donde pasa el rio Santa Teresa me hicieron creer que mi tos “solo era frialdad” y como no era durante todo el día lo dejé pasar. Hasta el momento de nadie se sabía enfermo en el hospital, aunque si en contacto y muy cercano, pues de muchos no era su único trabajo, entonces no crecieron mis sospechas, en fin, la negación.

La tos ya no era solo en las mañanas y se iban intensificando, fue el miércoles 13 de mayo una mañana bastante fría, que me dejó sentir un dolor en el pecho de una tos bastante intensa pero que aun así me dejó llegar al hospital, ya habían pasado 5 días desde el inicio de los síntomas, los cuales me negaba si quiera a considerar. Inicé mi jornada entre partos, historias clínicas y dar informes me fue faltando cada vez más el aire, hasta que el dolor de pecho me hizo pensar en un broncoespasmo, claro mis alergias. La molestia fue avanzando y pedí que me revisaran, “se escucha limpio” me dijeron, “si te sientes muy mal baja a urgencias a que te nebulicen” por fortuna no lo hice, me libré del remordimiento de saber que pudiese haber hecho un contagio mayor. Me tomé una placa de tórax, se veía normal, pero llegó un punto que incluso sentada la disnea era evidente, el mínimo esfuerzo me ocasionaba toser a tal grado que casi dejaba el pulmón a medio camino.

No estaba nada convencida de que fuera COVID, pero nebulización tras nebulización pasaron dos días sin mejoría evidente, el mínimo esfuerzo era un martirio, no poder ni siquiera vestirme complicó mi día a día en casa, hasta que entendí que no podría hacer la guardia del sábado, tome el celular y le marqué a mi jefe, “Doctor me siento muy mal, estoy con broncoespasmo y no creo poder hacer la guardia del sábado”, “habla con enseñanza y coméntales, yo creo que tienes COVID, tomate ahorita dos ivermectinas y me avisas que te dicen, pero para mí que es COVID” me respondió. Colgué y llamé de inmediato al jefe de enseñanza “... ven mañana a urgencias a que te valoren y me avisas, yo voy a ir al hospital, estoy al pendiente”.

*El miedo de la incertidumbre.*

### **3. EL DIAGNÓSTICO.**

Sábado por la mañana, a una semana del inicio, acudí mi a valoración; se gestionó que me tomaran la PCR. Estar del otro lado no es nada sencillo, es tan fácil como médico decir “hazte la prueba... tomate esto... haz aquello” pero ser paciente y sentir el isopo tocar hasta tus pensamientos es una sensación que nadie olvida. Recuerdo entrar con desdén al área de toma de muestra, seguía negada a pesar de la disnea, se suponía que solo se enfermaban personas mayores con comorbilidades, no cumplía con criterios, pero al virus parecía no importarle “las enfermedades no estudian los libros de medicina” y sin fiebre, anosmia o disgeusia ¡claro que no era COVID!, las verdades del ayer son las mentiras del ahora claro está. Lo confieso, le tosí a la persona que me tomó la muestra, un doctor joven muy amable que afortunadamente portaba todo su equipo de protección personal, aun río de nervios incrédula al recordarlo.

Regresé a mi casa, sentí alivio en cierta forma y aún no sé porque, pero fue hasta el domingo por la tarde que recibí un mensaje preguntando como estaba y si ya sabía mi resultado, lo revisé en WhatsApp y no entendía, el jefe de enseñanza me escribía que tenía que estar en casa 15 días y después acudir a revaloración; la vi de nuevo, lo leí y lo volví a leer, ¿era positivo? El miedo fue mi único compañero en ese momento ¿cómo evolucionaría? ¿me ocurriría lo mismo que a los pacientes de los que leía las notas todas las entregas de guardia?

¿cuál sería el mejor hospital para internarme en caso de necesitarlo? Mil y una preguntas, con cada una se acrecentaba el miedo. Le avisé a mi hermana que era la única que lo sabría, no quise alterar a mi madre para no preocuparla, estando tan lejos no le veía el caso. La pauta para seguir: aislamiento, tratamiento sintomático, pronación y ver la evolución sin saber que pasaría.

El diagnóstico se supo en el Hospital, muestras de apoyo me acompañaron en mi aislamiento, Uber eats se encargó de mi alimentación y así, en posición de prono se marcaron las almohadas en mis mejillas. Media la saturación transcutánea todos los días y enviaba el reporte diario de la evolución por mensajes a la jefatura de Enseñanza; mi hermana me llamaba más de dos veces al día, preocupada por si tuviese que tomar un vuelo a la ciudad de México en las próximas horas, con quien dejaría a sus hijos o como le diría a mi mamá lo que estaba pasando, ahora entiendo que dejé caer una carga muy grande en ella.

#### **4. LA MEJORÍA.**

Al pasar de los días el estar en cama pesaba más y más, me atreví a abrir la puerta, a caminar un poco más, los baños ya no eran tan pausados, sutilmente notaba la mejoría. Monitoreaba mis síntomas con un artículo que, aunque era en pacientes ingresados a una unidad hospitalaria me hacía sentir que me alejaba cada vez más de una cama de hospital. La tos llegó para quedarse, mes y medio duró y aunque no desaturaba siempre me encontraba en límites bajos pero mis días comenzaron a ir poco a poco a ser en pie y no acostada.

Durante el curso de la enfermedad lo que más llevaré para siempre conmigo fueron las emociones que la acompañaron: un miedo terrible rozando a pánico, el hacer conciencia de padecer una enfermedad de la que se entendía poco y se sabía menos, con tantos tratamientos de entre los miles de artículos que salían diariamente probados en tres o cinco pacientes que de lo único que estaba segura es que cuando algo tiene tantos esquemas es que ninguno sirve, las desconocidas y potenciales secuelas, aunado a incertidumbre de la gran posibilidad de haber contagiado a quien sabe cuántos más víctimas de mi negación y todo potencializado por la soledad, consecuencia del aislamiento que era la principal indicación de mi receta médica.

Y así llegó el final de los quince días, a una semana sin síntomas más allá de la tos, entonces acudí a consulta, en la sala de espera vi pasar a personal del hospital uno tras otro al igual que yo en búsqueda de una respuesta, un diagnóstico y solo podía pensar “estamos cayendo como moscas”. Me tocó pasar “lo que tuvo fue una neumonitis por COVID doctora, por eso solo la tos y le va a durar en lo que se desinflame el pulmón, pero como tiene más de tres días sin síntomas puede ya regresar a trabajar” y así fue como me dieron el alta, pero no perdí el miedo, miedo a las secuelas de las cuales ya se empezaba a hablar.

*Sentirse como bicho raro.*

## **5. DE REGRESO A LA COTIDIANIDAD.**

Al regresar todos absolutamente todos sabían que me había contagiado, hacían bromas y me daban la bienvenida, y aun así me sentía señalada, para entonces el número de contagios no

alcanzaba la cercanía que hoy en día, actualmente todos conocen, saben o han escuchado de alguien que se ha contagiado, enfermado o muerto por COVID. Comenzaron a dar N95 a todos en el hospital, me dio gusto ver incluso al personal de limpieza portando su cubrebocas, me sentí segura, me sentí tranquila como hacía ya varios días no y como los niños no dejan de nacer incluso en las peores crisis o pandemias el trabajo me fue absorbiendo y el cansancio de estar en cama pasó a ser el alivio de una jornada.

## **IX. CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos son muy similares a los establecidos en la literatura incluso en tiempos de no crisis sanitaria como se vive actualmente, los datos son alentadores a continuar como médicos de contacto el control prenatal juega el cual constituye un factor de suma importancia para la prevención de las principales causas de morbimortalidad.

Las intervenciones enfocadas a las mujeres en edad reproductiva, al cubrir las necesidades en salud sexual y reproductiva, uso de anticonceptivos, para prevención de embarazos no deseados y una atención prenatal de calidad, incluso en tiempos de confinamiento al cumplir un enfoque de riesgo que constituyen las gestantes población sumamente vulnerable y no descuidar garantizar la atención por personal calificado y capacitado, así como garantizar los recursos materiales necesarios para la atención integral del binomio materno fetal.

Recordemos que existen vidas detrás de cada mascarilla, que, aunque solo veamos los ojos, tenemos la puerta de entrada al alma, personas que han conocido en la línea de las trincheras en drama de la falta de recursos, el cansancio y el tedio de luchar contra una pandemia que no da señales de fin.

Este tipo de experiencias pueden tomarse como un piloto para crear clínicas subrogadas de segundo nivel dedicadas a la atención del parto, puerperio y recién nacido donde se generaría liberación de la carga de pacientes que desde siempre vive el sector salud público derivándolas a un ambiente con mayor seguridad y tranquilidad para las madres.

## X. BIBLIOGRAFIA.

1. Convenio. Marco para la prestación subrogada de servicios médicos y hospitalarios. (2020, 23 abril). coronavirus. gob.mx. Disponible en: [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Convenio\\_prestacion\\_subrogada\\_servicios\\_medicos\\_hospitalarios.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Convenio_prestacion_subrogada_servicios_medicos_hospitalarios.pdf)
2. Sola, A, Maksimovic L, Montes Bueno MT. (2020, Abril17) Sociedad Iberoamericana de Neonatología y COVID-19 perinatal: Información y recomendaciones de SIBEN. EDISIBEN. ISBN978-1-7923-3225-8.
3. Organización Panamericana de la Salud. (Abril 17, 2020). COVID-19: Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos. 1-11. Disponible en: [https://www.paho.org/clap/images/PDF/COVID19embarazoyreciennacido/COVID-19\\_embarazadas\\_y\\_recin\\_nacidos\\_CLAP\\_Versin\\_27-03-2020.pdf?ua=1](https://www.paho.org/clap/images/PDF/COVID19embarazoyreciennacido/COVID-19_embarazadas_y_recin_nacidos_CLAP_Versin_27-03-2020.pdf?ua=1)
4. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. (2020, 10 abril). coronavirus.gob.mx. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546239/Lineamiento\\_prevencion\\_y\\_mitigacion\\_de\\_COVID-19\\_en\\_el\\_embarazo\\_CNEGSR\\_1\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546239/Lineamiento_prevencion_y_mitigacion_de_COVID-19_en_el_embarazo_CNEGSR_1_.pdf)
5. Juan, J., Gil, M. M., Rong, Z., Zhang, Y., Yang, H., & Poon, L. C. (2020). Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 56(1), 15-27. <https://doi.org/10.1002/uog.22088>
6. Datos sobre COVID-19 durante el embarazo: resultados en partos y recién nacidos. (2020). cdc. gov. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/special-populations/birth-data-on-covid-19.html>

7. Wenling, Y., Junchao, Q., Xiao, Z., & Ouyang, S. (2020). Pregnancy and COVID-19: management and challenges. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*, 62, e62. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s1678-9946202062062>.
8. LA PANDEMIA EN MÉXICO Dimensión de la tragedia. (2020, julio). Disponible en: [https://www.animalpolitico.com/wp-content/uploads/2020/07/Pandemia-en-Me%CC%81xico\\_reporte2020\\_SIGNOS-VITALES.pdf](https://www.animalpolitico.com/wp-content/uploads/2020/07/Pandemia-en-Me%CC%81xico_reporte2020_SIGNOS-VITALES.pdf)
9. IMSS ha referido 3 mil 968 derechohabientes para recibir atención médica en hospitales privados. (2020, 28 mayo). [imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx). Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202005/343>
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de Natalidad. Consulta interactiva de datos. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp>
11. UNICEF. (2020). EL ESTIGMA SOCIAL ASOCIADO CON EL COVID-19. Una guía para prevenir y abordarla estigmatización social. [unicef.org](https://www.unicef.org). Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/media/2651/file/El%20estigma%20social%20asociado%20con%20el%20COVID-19%20-%20UNICEF%20Uruguay.pdf>
12. Bermejo, C. (2020, 17 mayo). Más de 200 médicos y enfermeras fueron atacados por el estigma asociado al virus en México. [saludconlupa.com](https://saludconlupa.com). Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/mas-de-200-medicos-y-enfermeras-fueron-atacados-por-el-e-stigma-asociado-al-virus-en-mexico/>
13. Gonzalez, M. (2020, 17 abril). Coronavirus: el preocupante aumento de agresiones en México contra personal médico que combate el covid-19. [www.bbc.com](https://www.bbc.com). <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>

14. Registran 74 casos de violencia contra sector salud durante pandemia. (20-08-20). [www.jornada.com.mx](http://www.jornada.com.mx). Disponible en:

<https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2020/08/20/registran-74-casos-de-violencia-contra-sector-salud-durante-pandemia-7401.html>

15. Choi, K. R., Records, K., Low, L. K., Alhusen, J. L., Kenner, C., Bloch, J. R., Premji, S. S., Hannan, J., Anderson, C. M., Yeo, S., & Cynthia Logsdon, M. (2020). Promotion of Maternal–Infant Mental Health and Trauma-Informed Care During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(5), 409-415. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.07.004>

16. Queensland Clinical Guidelines Maternity care for mothers and babies during the COVID-19 pandemic. Guideline No. MN20.63-V4-R25. Queensland Health. 2020. Disponible en: <http://www.health.qld.gov.au/qcg>

17. Consejo Nacional de Población (CONAPO). “Panorama de la Salud sexual y reproductiva, 2014”. En *La situación demográfica de México 2015*, pp. 43-71. México.

18. OMS. (2016, febrero). *Bull World Health Organ* 2016;94:452–461 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.168302> Research452 Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico. Disponible en: <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168302>

19. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

20. INEGI. (2020, mayo). COMUNICACIÓN SOCIAL COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 209/207 DE MAYO DE 2020. PÁGINA1/2 ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DE LA MADRE DATOS NACIONALES (No 209/20). Disponible en [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/madre2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/madre2020_Nal.pdf)

21. Pérez Díaz, R., Rosas Lozano, A. L., Islas Ruz, F. G., Baltazar Merino, R. N., & Mata Miranda, M. P. (2018). Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. *Acta Pediátrica de México*, 1(1), 23. Disponible en <https://doi.org/10.18233/apm1no1pp23-321537>