UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN COAHUILA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 7 MONCLOVA, COAHUILA.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

PARA MÉDICOS GENERALES.

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA NO. 89, COAHUILA.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

MÓNICA JIMÉNEZ VERA

MATRÍCULA: 99059520

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR.

INVESTIGADOR ASOCIADO Y TUTOR:

DRA, LETICIA CARRILLO ACEVEDO.

MONCLOVA COAHUILA. **2021**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

"CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA NO. 89, COAHUILA"

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MONICA JIMENEZ VERA

AUTORIZACIONES

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA NO. 89, COAHUILA.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

DRA. MÓNICA JIMÉNEZ VERA.

AUTORIZACIONES

DRA. LETICIA CARRILLO ACEVEDO.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES.
HGZ/UMF N° 7 MONCLOVA COAHUILA.

DRA. BEATRIZ CECILIA FRANCO VERGARA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN ENSALUD.

ASESOR DE TESIS:
DRA. LETICIA CARRILLO ACEVEDO.

MONCLOVA, COAHUILA. 2020.

INVESTIGADORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: **Mónica Jiménez Vera**

Alumno de tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar

Área de adscripción: UMF/UMAA No.89 Saltillo, Coahuila.

Matrícula: 99059520

Correo electrónico: moni_jimenez@yahoo.com.mx

Teléfono: (844) 129 7256

INVESTIGADOR ASOCIADO Y TUTOR

Nombre: **Dra. Leticia Carrillo Acevedo.**

Médico Familiar

Adscripción: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL H.G.Z. C/M.F. No.7

Matrícula: 8944393

Domicilio: Boulevard Harold R. Pape S/N Monclova; Coahuila.

Teléfono: (866) 630 6208

Correo electrónico: leticia.carrillo@imss.gob.mx

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA NO. 89, COAHUILA.

Investigador principal: Nombre: Mónica Jiménez Vera; Alumno de segundo año curso Especialización en Medicina Familiar; UMF/UMAA No.89 Saltillo, Coahuila; Matrícula: 99059520; Correo electrónico: moni_jimenez@yahoo.com.mx; Teléfono: (844) 129 7256. **Investigador asociado y tutor**: Nombre: Dra. Leticia Carillo Acevedo; Matrícula: 8944393; Teléfono: (866) 630 6208; Correo electrónico: leticia.carrillo@imss.gob.mx

DEDICATORIAS:

A Dios por permitirme llegar hasta este punto de mi vida y culminar una etapa más de mi formación.

A mi esposo Daniel Saldaña por estar conmigo en todo momento, por no soltar mi mano cuando lo he necesitado, por su amor incondicional, por sus enseñanzas del día a día y por compartirme parte de su vida.

A mis hijos Citlali, Katia y Erik por su amor incondicional, por la paciencia que me tuvieron para lograr esta meta en mi vida profesional sacrificando un poco el tiempo de calidad con ellos.

A mis padres y hermanos que, aunque estén lejos, siempre están en mi mente y corazón.

A mis amigos: Karla Seca, Paty Bañuelos, Mari Espinoza, Juan Manuel López y Evelyn Blackaller por acompañarme estos 3 años de lucha inquebrantable, llenos de alegrías, enseñanzas y tropiezos, pero siempre con la idea firme de mejorar como persona en todos los aspectos, por su invaluable amistad y paciencia.

A mi maestra Dra. Lety por su apoyo y orientación siempre encaminada a mejorar cada día, por sus enseñanzas y consejos, por hacer de esta generación un logro más, con sus retos superados cada día.

A mi familia y amigos, quienes me han acompañado en esta travesía, por sus palabras de aliento y cariño, por su confianza y por compartir junto conmigo los gajes de esta profesión.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 504.
H GRAL ZONA -NIF- NUM 2

Registro COFEPRIS 13 CI 05 030 215
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 05 CEI 003 2018041

FECHA lunes, 01 de abril de 2019

Lic. MÓNICA JIMÉNEZ VERA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA NO. 89, COAHUILA.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requenmientos de ética y de investigación. por lo que el dictamen es APROBADO

Número de Registro Institucional
R-2019-504-OOi

De acuerdo a la normativa vigente. deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario. requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

RICARDO ARTURO COVARRUBIAS DEL BOSQUE
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 504

Impnmit

IMSS
soa. xt

ÍNDICE.

Portada y Autorizaciones ……1-4

Dedicatorias……5

Dictamen de Aprobación …… 6

Resumen…… 8

Capítulo 1. Marco teórico ……10

Capítulo 2. Planteamiento del problema……29

Capítulo 3. Justificación ……....30

Capítulo 4. Pregunta de investigación……31

Capítulo 5. Objetivos ……31

Capítulo 6. Hipótesis ……32

Capítulo 7. Material y métodos..……32

Variables ……...35

Descripción del estudio …… 40

Análisis estadístico …… 41

Capítulo 8. Aspectos éticos …… 41

Carta de consentimiento informado …… 42

Capítulo 9. Recursos materiales y económicos..…… 42

Capítulo 10. Resultados……... 43

Gráficas ……46

Discusión ……54

Conclusiones …… 55

Capítulo 11. Referencias bibliográficas ……..…..…. 56

Capítulo 12. Anexos. ……61

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA NO. 89, COAHUILA.

Investigador principal: Nombre: Mónica Jiménez Vera; Alumno de segundo año curso Especialización en Medicina Familiar; UMF/UMAA No.89 Saltillo, Coahuila; Matrícula: 99059520; Correo electrónico: moni_jimenez@yahoo.com.mx; Teléfono: (844) 129 7256. **Investigador asociado y tutor**: Nombre: Dra. Leticia Carillo Acevedo; Matrícula: 8944393; Teléfono: (866) 630 6208; Correo electrónico: leticia.carrillo@imss.gob.mx

RESUMEN.

Introducción: La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del producto pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el conocimiento y detección oportuna de factores de riesgo, asignación del riesgo obstétrico y envío oportuno al segundo nivel de atención.

Objetivo. Conocer las características del embarazo de alto riesgo del turno vespertino de la UMF/UMAA No. 89, Coahuila y cuál es el principal factor de riesgo obstétrico alto.

Metodología: Se realizó un estudio ambispectivo, descriptivo y observacional de un grupo de pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal en la UMF/UMAA No.89 Coahuila, durante el periodo del 01 enero al 30 de junio 2019, turno vespertino. Seleccionando las que tuvieron un riesgo alto y determinando cual fue la principal causa de dicho riesgo. Los resultados son representados por medio de gráficas y tablas de frecuencia o histograma.

Resultados: Se revisaron 317 expedientes de pacientes embarazadas en control prenatal, de las cuales 94 pacientes cursaron con embarazo de alto riesgo obstétrico (29.65%), en cuanto a edad predominó las de 25 a 29 años, en el peso son entre 60 a 69 kg, en talla predominaron las de 1.50 a 1.59, en cuanto a su IMC las pre obesas fueron las de más superioridad, el riesgo obstétrico detectado en el primer trimestre fue el de mayor prevalencia, en la mayoría su escolaridad fue de secundaria, y en cuanto al número de gesta predominaron las segundigestas, en cuanto a las pacientes que presentaron antecedentes obstétricos la gran mayoría no tenía antecedentes de importancia sin embargo en un 7.44 por ciento tenía antecedente de preeclampsia, en cuanto a los antecedentes personales

patológicos un 23 por ciento de las pacientes los presentó siendo la diabetes y la hipertensión las principales patologías preexistentes, el periodo intergenésico que predominó fue de 51 a 99 meses con 28 pacientes, en cuanto a partos previos se encontró que la mayoría tenía de 1 a 2 partos previos, también predominaron las pacientes que presentaron 1 a 2 cesáreas previas con 58 pacientes y 24 pacientes tenían antecedente de 1 a 2 abortos previos; siendo la principal etiología o factor de riesgo el antecedente de cesárea previa y por edad.

Discusión: la principal etiología o factor de riesgo en mi estudio fue el antecedente de cesárea previa a diferencia del estudio realizado en Colombia en el 2015 donde las dos patologías más frecuentes, fueron anemias y migrañas. Mientras que estudios realizados en Chile se encontró que la mayoría de las embarazadas eran multigestas y que cursaron con antecedentes de patologías obstétricas como parto prematuro, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo, oligohidramnios y pielonefritis; no así en mi estudio, ya que las patologías obstétricas que prevalecieron como antecedentes fueron la preeclampsia y antecedentes de macrosomía con peso mayor a 4000grs. Sinembargo un estudio realizado en la Ciudad de México se encontró que un 75% de las mujeres que cursaron con obesidad o sobrepeso pregestacional tienen factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional.

Conclusiones: En mi estudio, de los 317 expedientes revisados se obtuvieron 94 con riesgo obstétrico alto, siendo la principal etiología o factor de riesgo el antecedente de cesárea previa, sinembargo los antecedentes obstétricos de mayor importancia a mi punto de vista, fue antecedente de preeclampsia, sangrado de tercer trimestre, parto pretérmino, bajo peso al nacer, con antecedente de macrosomía y cirugía pélvico uterina; aunque fueron pocos casos no deja de ser preocupante por el riesgo de vida tanto de la madre como del producto, lo que nos motiva a seguir haciendo incapié en la toma correcta y a tiempo de los datos del formato f-95 lo más tempranamente posible y así evitar muertes maternas en su totalidad.

Palabras Clave. Embarazo, factor de riesgo, embarazo de alto riesgo.

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA NO. 89, COAHUILA.

1.- MARCO TEORICO

Introducción: La etapa de gestación es una de las más complejas en la vida de una mujer, donde los cambios fisiológicos son muy dinámicos; considerándose como una etapa que tiene una elevada morbi-mortalidad, esto debido a las complicaciones que pueden darse en cualquier momento, incluso teniendo los cuidados necesarios (1)

Por lo que es prioritario estadificar el riesgo que tiene la paciente durante la gestación, para tratar de predecir las complicaciones que pudiera presentar. La detección del riesgo obstétrico en una embarazada en primer nivel de atención implica conocer el estado integral de salud de la paciente, así como los factores de riesgo predisponentes para desarrollar un riesgo obstétrico elevado. Tomando en cuenta que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos, para la salud de la madre y el producto se pueden prevenir, detectar y tratar con éxito mediante procedimientos normados, entre los que destacan la detección oportuna de los factores de riesgo y la realización de actividades meramente preventivas. (2)

Definiciones:

Embarazo: Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento. (2)

Control o atención prenatal: Conjunto de actividades, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (3)

Embarazo de alto riesgo: Es aquel en que, la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño (4)

Factor de riesgo. Es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta con la presencia de más características o factores determinantes de esas consecuencias. (5)

Factor de riesgo obstétrico: Factores externos o intrínsecos a la mujer que pueden propiciar alguna complicación durante el embarazo, parto, puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto. Se clasifican en sociales, médicos preexistentes y patología del embarazo actual. (6,7)

Embarazo de bajo riesgo: Aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen el incremento del riesgo obstétrico, que no presenta evidencia clínica de complicación durante el embarazo. El 25% de las complicaciones aparecen en embarazos en los que no ha sido posible detectar ningún factor de riesgo. Por este motivo no se puede hablar de embarazos sin riesgos, si no de embarazos de riesgo bajo. (8)

Embarazo de alto riesgo: Embarazo en el cual el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente sub óptimo en comparación a un embarazo normal. Aunque se considera que el embarazo es un proceso biológico normal, se asocia con cierta cantidad de cambios anatómicos o fisiológicos que incrementan el riesgo de muerte, especialmente en aquellas mujeres mayores de 35 años, afro americanas o con un control prenatal deficiente. (9, 10, 11)

Control Prenatal

Se le llama control o atención prenatal a todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de

los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. [12]

Esta atención incluye la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, para vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal incluye la promoción de la información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad. El personal médico debe tener la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación. [12]

El cuidado prenatal es la actividad médica más común a nivel mundial. En los últimos años, ha existido polémica para definir el número óptimo de control prenatal y su frecuencia. En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro controles prenatales, considerándose una gestante controlada si tiene al menos seis controles prenatales; no obstante, para el año 2016 con el nuevo modelo de atención prenatal, la OMS establece que el número de contactos mínimo es ocho. [13, 14]

Según datos de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de EEUU, casi cuatro millones de mujeres estadounidenses dan a luz cada año. Casi un tercio de ellas tiene algún tipo de complicación relacionada con el embarazo. Aquellas que no reciben una atención prenatal adecuada se exponen a que tales complicaciones no se detecten o no sean tratadas a tiempo, teniendo así, graves consecuencias tanto para la madre como para el bebé. [15]

Un control prenatal inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pre término, retardo de crecimiento intrauterino, recién nacidos pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal. [16]

Actividades durante el control prenatal:

Un adecuado control prenatal consiste en acciones ya establecidas en las guías de práctica clínica y Normas Oficiales, las cuales consisten en:

Primera visita:

SDG	• 14
INTERROGATORIO	• Historia clínica • Identificación de riesgos, Riesgo obstétrico • SDG x FUM • Referencia a 2º nivel en caso de EAR
EXPLORACIÓN FÍSICA	• EF completa • FU • TA • Peso materno • IMC • Edemas
ESQUEMA DE VACUNACIÓN	• Td. 2 dosis, una en el primer trimestre y la segunda en el tercer trimestre.
USG	• Sí. Entre las semanas 11 a 13.6 ultrasonido para corroborar edad gestacional
LABORATORIO	• Biometría hemática • Grupo y Rh • Glucosa • Exámen general de orina

	• urocultivo • Papanicolaou • Exudado vaginal • VDRL • prueba rápida VIH
CONSEJERÍA	• Ejercicio • Nutrición • Asesoramiento para lactancia materna • Cese de uso de sustancias como tabaquismo, alcohol • Método de Planificación Familiar Postparto • Identificación de signos de alarma obstétricos

Segunda visita

SDG	• entre 14-24 semanas
INTERROGATORIO	• Estratificación de RO • Signos de alarma obstétricos • Referencia a 2º nivel en caso de EAR
EXPLORACIÓN FÍSICA	• EF completa • Fondo Uterino y mov. fetales • Frecuencia Cardiaca Fetal • TA • Peso materno • IMC

	• Edemas
ACCION PREVENTIVA ADICIONAL	• Envío a Medicina preventiva para revisión de esquema de vacunación • Envío a trabajo social
USG	• . Ultrasonido estructural semana 18-22
LABORATORIO	• Revisión de exámenes previos • Valoración de proteinuria mediante tira reactiva
CONSEJERÍA	• Ejercicio • Nutrición • Asesoramiento para lactancia materna • Método de Planificación Familiar Postparto • Cuidado dental

Tercera visita

SDG	• entre: 24-28 semanas
INTERROGATORIO	• Estratificación de RO • Signos de alarma obstétricos • Referencia a 2º nivel en caso de EAR
EXPLORACIÓN FÍSICA	• EF completa • FU • TA • Peso materno • IMC

	• Edemas
ACCION PREVENTIVA ADICIONAL	• Aplicación de Inmunoglobulina anti-D en la semana 28 en pacientes Rh negativas no sensibilizadas
USG	• No de rutina
LABORATORIO	• Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina • Biometría hemática • Curva de tolerancia a la glucosa
CONSEJERÍA	• Ejercicio • Nutrición • Asesoramiento para lactancia materna • Método de Planificación Familiar Postparto • Cuidado dental • Sx de parto pretérmino.

Cuarta Visita:

SDG	• 28-34 semanas
INTERROGATORIO	• Estratificación de RO • Signos de alarma obstétricos • Referencia a 2º nivel en caso de EAR
EXPLORACIÓN FÍSICA	• EF completa • FU • TA

	• Peso materno • IMC • Edemas
ACCION PREVENTIVA ADICIONAL	• Reforzar consejerías
USG	• No de rutina
LABORATORIO	• Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina
CONSEJERÍA	• Ejercicio • Nutrición • Asesoramiento para lactancia materna • Método de Planificación Familiar Postparto • Cuidado dental • Signos y síntomas de Preeclampsia • Signos y síntomas de parto pretérmino • Síntomas de depresión en el embarazo

Quinta a octava Visita:

SDG	• Semana 34 • Semana 36 • Semana 38 • Semana 40
INTERROGATORIO	• Estratificación de RO • Signos de alarma obstétricos

	• Referencia a 2º nivel en caso de EAR
EXPLORACIÓN FÍSICA	• EF completa • Fondo Uterino • Frecuencia cardiaca Fetal • Movimientos fetales • Presentación fetal • TA • Peso materno • IMC • Edemas
ACCIÓN PREVENTIVA ADICIONAL	• Revisión de esquema de vacunación • Segunda prueba rápida de VIH • Identificación de la unidad que atenderá el parto (Cesárea)
USG	• Para determinar peso y presentación, líquido amniótico y placenta
LABORATORIO	• BH, Glucosa, Examen general de orina
CONSEJERÍA	• Ejercicio • Nutrición • Asesoramiento para lactancia materna • Método de Planificación Familiar Postparto • Cuidado dental • Signos y síntomas de Preeclampsia • Signos y síntomas del inicio de parto • Síntomas de depresión en el embarazo

(17) (2) (7) (12)

Las mujeres con situaciones especiales que tienen un alto riesgo de las siguientes enfermedades infecciosas pueden requerir pruebas adicionales en la semana 28 de la gestación. 1. Susceptibilidad a rubéola, varicela, sarampión. 2. VIH de la paciente y su pareja Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) 3. Conducta de riesgo para ETS (gonorrea clamidia, sífilis) 4. Abuso de substancias (incluyendo drogas intravenosas). [18]

Riesgo Obstétrico

La identificación de factores de riesgo puede auxiliar la planificación de acciones para la reducción de la mortalidad neonatal y materna. La estrategia de atención primaria de salud basada en el concepto de riesgo es especialmente aplicable en la atención materno infantil. [19, 20]

Un factor de riesgo obstétrico es una característica o circunstancia identificable en una o más gestaciones, que se asocia con un riesgo mayor de desarrollar una entidad nosológica. La evaluación del riesgo no es una tarea sencilla. El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico, un factor de riesgo es toda característica o circunstancia observada en una persona, que aumenta la probabilidad de que ocurra un desenlace determinado. [21, 22]

El riesgo obstétrico se determina mediante múltiples listados a los cuales se les asigna un puntaje, los que, sumados, indican el nivel en el que será controlada la gestación, ya sea nivel primario, secundario o terciario de atención prenatal. [23]

El riesgo se puede potencializar, si existe un factor sociocultural asociado, como económicos, demográficos, de comportamiento, psicológicos, clínicos y obstétricos o sufren de cualquier condición médica que surge o empeora durante el embarazo [24]

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen la causa más importante de mortalidad materna a nivel mundial. Otro factor de riesgo es la obesidad pregestacional la cual se ha relacionado con la presencia de diabetes y trastornos hipertensivos durante el embarazo. [25, 26]

En México las embarazadas se han considerado vulnerables por su mala alimentación. Dentro de los factores de riesgo, existen los modificables o controlables y no modificables. [27, 28]

Tabla 1. Factores de riesgo modificables.

Exposiciones laborales a tóxicos y químicos
Factores de riesgo para enfermedades infecciosas.
Enfermedades hereditarias.
Automedicación.
Historia de abuso sexual, físico o emocional.
Abuso de substancias (alcohol, cocaína, tabaquismo, etc.)
Trabajar más de 10 horas al día.
Posición de pie por más de 6 horas.
Levantar objetos pesados.
Ruido excesivo
Inadecuada nutrición.
Enfermedades infecciosas

(17)

Tabla 2. Factores de riesgo no modificables

a) Edad materna.
b) Inicio de vida sexual.
c) Talla.
d) Enfermedades crónicas previas al embarazo.
e) Escolaridad.

El riesgo obstétrico se clasifica en: embarazo de bajo y alto riesgo; dentro del alto riesgo se divide en riesgo alto y muy alto.

Tabla 3. Clasificación del riesgo obstétrico:

NIVELES DE RIESGO BAJO Grado 1.	NIVELES DE RIESGO ALTO Grado 2	NIVELES DE RIESGO MUY ALTO. Grado 3
• Anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente.	• Anemia grave (Hb<9 g/dl o hematocrito > 25%).	• Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37.
• Baja estatura materna: < 1,5 metros.	• Cirugía uterina previa. •	• Hipertensión arterial, trombosis, arritmias, insuficiencia cardiaca.
• Condiciones socioeconómicas desfavorables.	• Diabetes gestacional (se diagnostica por primera vez durante la gestación).	• Diabetes pre gestacional.
• Control insuficiente de la gestación: <4 visitas prenatales o 1 visita tras semana 20 de gestación.	• Embarazo gemelar.	• Drogadicción y alcoholismo.
• Edad extrema <16 o >35 años.	• Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación.	• Gestación múltiple.
• Embarazo no deseado.	• Endocrinopatía (tiroidea,	• Incompetencia cervical.

	suprarrenal, hipotalámica)	
• Esterilidad previa: dos años o más.	• Hemorragia 2º o 3er. trimestre.	• Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.
• Fumadora habitual	• polihidramnios u oligohidramnios. (Aumento de LA +2.000mL o por disminución de LA - 400mL)	• Malformación fetal confirmada.
• Fecha de última menstruación incierta.	• Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros.	• Muerte perinatal recurrente.
• Gestante con Rh negativo	• Infección materna: hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, VIH, estreptococo B.	• Placenta previa.
• Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas.	• Obesidad mórbida.	• Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 110 mmHg o TA sistólica mayor o igual a 160 mmHg.

• Hemorragia del primer trimestre.	• Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg.	• Retardo del crecimiento intrauterino.
• Incompatibilidad Rh.	• Sospecha de malformación fetal.	• Rotura prematura de membranas.
• Incremento del peso excesivo o insuficiente: >15 kg o <5 kg.	• Presentación anómala: constatada tras la semana 38 de gestación.	• Sida clínico
• Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urocultivo).		
• Obesidad. IMC mayor de 30.		
• Período intergenésico menor de 12 meses.		

(17) (29) (30)

El 30% de las pacientes que en las etapas tempranas del embarazo se catalogaron como “de bajo riesgo” llegan a ser referidas al hospital durante el tercer trimestre de la gestación; incluso, 20% son referidas mientras permanecen en trabajo de parto, por lo que es importante que en cada consulta se actualice el riesgo obstétrico. El embarazo de alto riesgo constituye un problema de salud pública de considerable magnitud; de acuerdo con los altos índices de morbilidad perinatal, según publicaciones nacionales, las tasas de morbilidad perinatal son

muy elevadas, y se observa un incremento de embarazos de alto riesgo entre 20 a 30 %. [30. 31]

Para reducir la mortalidad materna e infantil, y el alto porcentaje de muertes evitables, se creó una política pública para la atención prenatal y para el cuidado de recién nacidos en riesgo. Se enfoca en la detección temprana de mujeres embarazadas en riesgo, su cuidado prenatal, estratificación de riesgo de madres e infantes, cuidado ambulatorio especializado para mujeres embarazadas y bebés menores de un año en riesgo, y el parto garantizado a través de un sistema vinculado al hospital. [32]

En Colombia en el 2015 se encontró que las dos patologías preexistentes más frecuentes que ocasionaron embarazo de alto riesgo fueron: anemias y migrañas, así como las del sistema endocrino y respiratorio y los principales factores de alto riesgo en las pacientes embarazadas fueron: bajo nivel socioeconómico (65 %), antecedentes familiares de hipertensión arterial (76 %), hipertensión arterial (34%), inasistencia al control prenatal (74%), hábitos cafeínicos (65 %), hábitos tabáquicos (20 %), preeclampsia grave (63 %). Y el síndrome de HELLP (6 %) es la complicación materna preponderante. [4]

En Honduras en el 2015 donde se estudiaron adolescentes embarazadas, se reportó que las adolescentes que viven en área rural tiene dos veces más riesgo de presentar una complicación durante el embarazo, que las del área urbana. Durante el preparto la ruptura prematura de membranas se presentó con igual frecuencia en ambos grupos. Por lo qué, el embarazo adolescente se considera como factor de riesgo para presentar una complicación obstétrica durante el preparto, parto, puerperio y período neonatal. [33]

En nuestro país los estados de Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Estado de México, Guerrero y Michoacán, existe el mayor índice de mortalidad por muerte materna y por consiguiente riesgo obstétrico elevado en comparación con los estados del norte de la República, como son Chihuahua, Sonora y Baja California, por lo que la Organización Mundial de la Salud señala que se tiene que disminuir la tasa de mortalidad materna en 6.9%, así como reducir los factores de riesgo obstétrico. [34]

En el estado de Morelos se encontró qué de 94 casos de muertes maternas, el grupo que tiene un mayor riesgo obstétrico es el de mujeres entre 19-25 años (12.4%), y que es en este grupo de edad donde se debería enfatizar la importancia de la promoción de la salud obstétrica, sobre todo en aquellas usuarias que presentan antecedentes de complicaciones graves en embarazos previos. (18)

En el hospital regional de Poza Rica Veracruz, México. En 2015 donde Se estudiaron 364 pacientes. Las principales causas de morbilidad materna fueron: hemorragias del primer trimestre (45% n=164), preeclampsia (40.1% n=146), síndrome HELLP (3.45% n=13), embarazo ectópico (5.4% n=20), enfermedad trofloblástica gestacional (2.43% n=8), placenta previa (2.1% n=8) y eclampsia (1% n=5). La mayor incidencia se registró en el grupo de 20 a 24 años (29.5% n=107), seguido del grupo de 15 a 19 años (19.2% n=70), y de 30 a 34 años (18.1% n=66). La prevalencia global de preeclampsia fue de 40.1% (n=146) y todas las pacientes finalizaron su embarazo por cesárea. (35)

De acuerdo con datos del Inegi de 2015, Coahuila ocupó el primer lugar en embarazo adolescente, con 15 mil 137 casos entre jóvenes de 10 a 19 años equivalente al 22 por ciento del total de embarazos que hay en un año; le sigue Chihuahua con 21.4 por ciento y Durango con 21 por ciento, la cifra más baja la tiene la Ciudad de México, hay que recordar que las mujeres que se embarazan a temprana edad tienen mayor riesgo de morir, abortar, parir de manera prematura y sufrir preeclampsia.

En Saltillo en el hospital general según las estadísticas del SIS-SS-CE-H de enero a diciembre del 2015 se dieron un total, de 5811 consultas a embarazadas, de éstas, 46 cursaron con riesgo obstétrico alto hubo 101 consultas a adolescentes menores de 15 años y se dieron 1542 consultas a embarazadas de entre 15 y 19 años de edad; de todas las embarazadas atendidas en ese hospital ese año se valoraron 12 embarazadas con dm previo al embarazo. (36)

Se realizó un estudio en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Saltillo entre marzo de 2014 y marzo de 2015. Se integraron dos grupos de estudio: pacientes con hemorragia (grupo problema) y sin ésta (grupo control) y se

subdividieron según la vía de nacimiento: parto o cesárea. Y se concluye con que los factores de riesgo asociados con la hemorragia obstétrica son susceptibles de ser identificados a partir del primer contacto, el más relevante para hemorragia en nuestra institución fue el intervencionismo y la indicación indiscriminada de oxitocina. (37)

En la unidad donde realizaremos éste estudio, según literatura “diagnóstico de salud 2018” se presentaron en el turno vespertino un total de 378 embarazadas, de las cuales 129 cursaron con riesgo obstétrico alto >4, esto nos indica que la prevalencia del riesgo obstétrico alto es muy elevada, basándonos en esto se realizará el estudio y tomando en cuenta que según literatura en México existe una prevalencia del embarazo de alto riesgo del 10 al 18%.

Manejo de síntomas en el embarazo normal:

a) Nausea, ya que es el síntoma más común durante el embarazo en el primer trimestre y desaparece a las 16 a 20 sdg. se recomiendan alimentos no condimentados, ni irritantes, y dieta fraccionada en quintos.
b) pirosis, este síntoma mejora con el cambio de estilo de vida, como corrección de postura después de la comida, dormir en posición apropiada, fraccionar la comida, reducir alimentos irritantes como el café.
c) Dolor epigástrico, se relaciona con enfermedad acido péptica, pero hay que diferenciarla del dolor epigástrico asociado a preeclampsia.
d) Constipación, se sugiere uso de suplementos de fibra ya que mejoran el síntoma.
e) Hemorroides, su tx incluye modificación de la dieta.
f) Várices, pueden causar edema y prurito, el uso de inmersión en agua fría proporciona mejoría temporal, así como la compresión.
g) La ´presencia de exudado vaginal verdoso asociado con mal olor, prurito o ardor en la micción se asocia con vaginosis bacteriana y tricomona, cuando existe secreción blanquecina se relaciona con candidiasis vaginal.
h) Dolor de espalda, se atribuye al incremento de peso, alteración de postura y al incremento de la hormona relaxina durante el embarazo. Recomienda

técnicas para mejorar el sueño, masajes y ejercicios de relajación para disminuir el dolor de espalda.

i) Sangrado transvaginal, en el primer trimestre del embarazo con o sin dolor abdominal es una de las principales causas de amenaza de aborto, esta condición clínica se diagnostica en ausencia de dilatación cervical y es susceptible de tratarse exitosamente en el 50% de los casos, cuando existe dilatación cervical se considera como aborto en evolución, el reposo en cama es el tratamiento más prescrito para la amenaza de aborto.

j) Cuando la placenta previa es sintomática se presenta sangrado transvaginal con dolor en el segundo o tercer trimestre, los factores de riesgo son placenta previa en embarazos anteriores, antecedentes de abortos espontáneos o inducido. (12)

Tratamiento farmacológico:

- ácido fólico antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación ya que reduce el riesgo de tener un bebe con defecto del tubo neural, la dosis recomendada es de 400 microgramos al día.
- Ingesta de omega 3 durante el embarazo ya que tiene una reducción del riesgo de parto pretérmino.
- Ingesta de hierro de 30 a 60mg al día como estrategia para evitar anemia
- Aplicar inmunizaciones toxoide tetánico.
- Antiácidos en mujeres que persisten con pirosis a pesar de modificar su dieta.
- Si persiste la constipación a pesar de la modificación de la dieta indicar psyllium plántago 2 cucharadas en agua a dosis respuesta.
- Cremas antihemorroideas en caso de que los síntomas persistan a pesar de la modificación de dieta.
- En caso de candidiasis vaginal otorgar nistatina durante diez días vaginal.
- Metronidazol vaginal en caso de tricomoniasis vaginal por diez días (12)

Tratamiento no farmacológico y educación para la salud:

- Ejercicio moderado durante el embarazo.
- Informar que no existe evidencia de que la actividad sexual interfiera durante el embarazo.
- Informa el uso correcto del cinturón de seguridad.
- Ofrecer la oportunidad de asistir a clases de cuidados prenatales y tener la información por escrito.
- Desde el primer contacto con la mujer embarazada ofrecer información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones, consideraciones al estilo de vida incluyendo información acerca de la dieta y pruebas de laboratorio.
- Derivar a trabajo social para capacitar grupos de embarazadas en cuidado prenatales y los derechos que tiene dentro del imss durante su atención prenatal para que sea capaz de reconocer datos de alarma durante el embarazo y al momento de parto para que pueda tomar la decisión de acudir a urgencias obstétricas en caso necesario.
- Proporcionar educación y promoción para la salud de la embarazada y su familia. [12]
- Cuando el factor de riesgo obstétrico es de 4 o más, la paciente se debe derivar a segundo nivel para valoración, y dependiendo de esa valoración la paciente continua con control prenatal en segundo nivel, o la regresan y se lleva el control conjunto con segundo nivel.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Un embarazo de alto riesgo aumenta la morbimortalidad Materno- Infantil, por lo que, al clasificarlo como tal, y determinar la etiología, se puede incidir sobre los factores modificables o controlables para disminuir la incidencia de urgencias obstétricas y disminuir la morbimortalidad materno infantil.

En México la mortalidad materna ha disminuido en las últimas décadas; en el año 2009 se registraron 1281 muertes maternas en mujeres de entre 15 y 34 años de edad, las principales causas de muerte para la mujer embarazada con un riesgo obstétrico alto fueron: enfermedad hipertensiva inducida por embarazo (20%), hemorragia obstétrica (19%) y sepsis (4.1%), dado que las cifras son muy elevadas por esto surge la necesidad de conocer si el Riesgo Obstétrico se considera en cada consulta prenatal por el primer nivel de atención a través de sus sistemas electrónicos o formatos MF5, clasificando a la paciente embarazada como de “bajo o alto riesgo”, estableciendo las medidas preventivas y seguimiento correspondiente, otorgando tratamientos específicos o realizando la referencia oportuna a segundo nivel en caso necesario.

En 2017 según ARIMAC de la UMF/UMMA No. 89 se presentaron en el turno vespertino un total de 378 embarazadas, de las cuales 129 cursaron con riesgo obstétrico alto, >4. Esto nos indica que la prevalencia del riesgo obstétrico alto es muy elevada.

El propósito es crear conciencia y reflexionar acerca de la repercusión que puede tener etiquetar a las pacientes con “embarazo de alto riesgo” e insistir en que debe haber las instalaciones apropiadas y con personal debidamente capacitado para la atención de todas las mujeres embarazadas. Así mismo se busca la reducción de los costos de atención de dichas complicaciones.

3.- JUSTIFICACIÓN:

Actualmente en Coahuila cada año fallecen en promedio 20 de cada 100 mil mujeres por la denominada muerte materna, es decir, por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, una cifra que según la Secretaría de Salud se ha mantenido desde 2012. De acuerdo a la literatura existe una gran cantidad de factores de riesgo obstétrico, por lo qué, la tarea no resulta sencilla. Los principales objetivos de las estrategias planteadas en el primer nivel de atención para el control prenatal son: mejorar y reforzar la calidad de la vigilancia prenatal, identificar oportunamente los riesgos para la salud, mejorar la precisión de los criterios de referencia de los embarazos de **"alto riesgo"** y contar con los recursos necesarios para la vigilancia prenatal en Medicina Familiar.

Por esto se pretende realizar el presente estudio de investigación con la finalidad de conocer las características de las pacientes embarazadas con un riesgo obstétrico alto mayor o igual a 4 adscritas a la UMF/UMAA 89 y así determinar si las medidas preventivas son las correctas o si se deben implementar otras, también debemos dar el seguimiento correspondiente otorgando tratamientos específicos y realizando la referencia oportuna a segundo nivel de atención en caso necesario, disminuyendo de esta manera las complicaciones por el riesgo obstétrico alto y mejorando así la calidad de la atención obstétrica y obteniendo un resultado exitoso al término del embarazo tanto para la mamá como para el producto.

Este estudio es factible realizarlo ya que se cuenta con el acceso a la información a través de los expedientes electrónicos del SIMF. Y la vulnerabilidad es que no se cuente con el mínimo necesario calculado a través de la técnica muestral.

4.- PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuáles son las características del embarazo de alto riesgo en la UMF/UMAA No. 89, Coahuila?

5.- OBJETIVOS:

Objetivo General: Determinar las características del embarazo de alto riesgo en el turno vespertino de la UMF/UMAA No. 89, Saltillo Coahuila.

Objetivos específicos:

1. Determinar el porcentaje de pacientes embarazadas que presentaron riesgo obstétrico alto.
2. Determinar la edad, peso, talla, IMC de las pacientes embarazadas que presentaron riesgo obstétrico alto.
3. Determinar el trimestre de embarazo de las pacientes embarazadas que presentaron alto riesgo obstétrico.
4. Determinar la escolaridad de las pacientes embarazadas que presentaron alto riesgo obstétrico.
5. Determinar los antecedentes obstétricos de las pacientes embarazas que presentaron alto riesgo obstétrico.
6. Determinar los antecedentes personales patológicos de las embarazadas que presentaron alto riesgo obstétrico.
7. Determinar el periodo intergenésico de las pacientes embarazadas que presentaron alto riesgo obstétrico.
8. Determinar el número de gestación de las pacientes embarazadas que presentaron alto riesgo obstétrico.
9. Determinar el número de partos, cesáreas y abortos previos de las pacientes embarazadas que presentaron alto riesgo obstétrico.
10. Determinar la etiología más frecuente del alto riesgo obstétrico en las embarazadas que acuden a control prenatal a la UMF/UMMA No. 89 en el turno vespertino de enero a junio 2019.

6.- HIPÓTESIS DE TRABAJO: no amerita ya que es un estudio epidemiológico.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio ambispectivo, descriptivo y observacional; mediante la revisión de expedientes de mujeres embarazadas derechohabientes del IMSS que acudieron a control prenatal en la UMF/UMAA No. 89 en el primer nivel de atención del turno vespertino durante el tiempo determinado del 01 de enero al 30 de junio 2019 y se separaron las que tuvieron riesgo obstétrico alto, tomando en cuenta que, se considera alto riesgo aquel tenga un puntaje de 4 o más en base al formato F95 del IMSS.

Procedimiento. Se acudió a la unidad en horario no laboral al final de cada mes para recabar los datos directamente del expediente electrónico, de aquellas pacientes que cumplieron con los criterios de selección, en el periodo determinado de tiempo.

Tipo De Estudio.

Se realizó un estudio ambispectivo, descriptivo y observacional; mediante la revisión de 317 expedientes electrónicos de mujeres embarazadas de las cuales 94 son de alto riesgo.

Población Lugar y Tiempo De Estudio.

Este estudio se realizó en pacientes embarazadas de 15 a 49 años de edad obteniendo los datos directamente del expediente electrónico de las pacientes que acudieron a consulta de control prenatal tanto de primera vez como subsecuente en el periodo comprendido del 01 de enero al 30 de junio 2019 en la UMF/UMAA No. 89, Coahuila en el turno vespertino.

Tipo y Tamaño De La Muestra:

Muestra: Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

Técnica Muestral

De acuerdo a la prevalencia del riesgo obstétrico en México que según literatura es del 10 al 18 %, se tomó para la muestra el 10%, por lo que para fines de conocer el mínimo necesario a evaluar se calcula la Técnica Muestral de población infinita, de acuerdo a la fórmula es de 138 pacientes, pero está basada en una prevalencia anual esperada, pero como el estudio fue de 6 meses se tomó la mitad de la muestra, lo que nos da 69 pacientes con respecto al 2018, sin embargo al estar realizando el estudio se encontraron más pacientes, obteniendo un total de 94 pacientes con embarazo de alto riesgo, de los cuales se obtuvieron las características de las variables que cumplen con el objetivo general y objetivos específicos de éste estudio y que cumplieron con los criterios de selección.

Cálculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{(Z)^2 (p) (q)}{e^2}$$

Z= Nivel de confiabilidad 95% = 1.96

p= probabilidad de presentar el evento10%=0.10

q= probabilidad de fracaso 90%=0.90

e= error máximo 5% = 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.10) (0.90)}{(0.05)^2} = 0.345744 / 0.0025 = 138.2$$

n = 138 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Inclusión:

- Expedientes de mujeres embarazadas de primera vez, independientemente del tiempo de gestación, que presenten un riesgo obstétrico de 4 o más y que acudan durante el periodo de enero a junio 2019 a consulta de control prenatal a la UMF/UMAA No.89, del turno vespertino.
- Expedientes de mujeres embarazadas que se les detecta alto riesgo en consulta subsecuente, que acudan durante el periodo de enero a junio 2019 a consulta de control prenatal a la UMF/UMAA No.89, del turno vespertino.

Exclusión:

- Expedientes de mujeres embarazadas con riesgo obstétrico menor de 4 que acudan en el mismo periodo de tiempo.
- Pacientes que no tengan hoja de control prenatal

Eliminación:

- Pacientes que únicamente asistieron para recibir la hoja de derivación para la atención de parto.

VARIABLES A RECOLECTAR

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, hasta un momento determinado de su vida.	Tiempo de vida en años cumplidos, tomando en cuenta el dato obtenido de su expediente electrónico (SIMF).	Cuantitativa discreta	1. Edad en años cumplidos. • 20 a 29 (0). • 15 a 19 (1). • 30 a 34 (1). • Menos de 15 o más de 34 (4).
Peso	Es la masa del cuerpo humano expresada en kg.	Resultado obtenido de pesar a la paciente en una báscula calibrada, sin zapatos.	Cuantitativa continua	1. Peso en kilos y gramos. • 50 kg o más sin llegar a obesidad. (0) • Menos de 50 kg. (1)
Estatura	Estatura del individuo obtenida midiendo desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo expresada en centímetros.	Resultado obtenido de medir al paciente con una cinta métrica desde los pies hasta cabeza sin zapatos.	Cuantitativa continua	1.Talla en centímetros. • 150cm o más (0). • 150 cm o menos (1)

Índice de masa corporal	Relación entre peso y talla, generalmente utilizado para clasificar el paciente desde bajo peso hasta obesidad grado 3.	Resultado de dividir el peso del paciente entre la talla al cuadrado	Cualitativa ordinal	1. Bajo peso. IMC:< 18.5 2. Peso normal. IMC: 18.5-24.9 3. SobrepesoIMC:25-29.9 4. Obesidad grado1. IMC:30-34.9 5. Obesidad grado 2. IMC: 35-39.9 6. Obesidad grado 3. IMC: > 40

VARIABLE.	DEFINICION CONCEPTUAL.	DEFINICION OPERACIONAL.	TIPO DE VARIABLE.	UNIDAD DE MEDICIÓN.
Riesgo obstétrico	Condición o factor que cuando está presente aumenta la probabilidad de que la madre o el producto desarrollen una enfermedad.	Conjunto de factores presentes durante el embarazo que al sumarse nos proporcionan el Riesgo Obstétrico individual de cada paciente. Obtenida del expediente	Cualitativa ordinal.	1. Bajo Riesgo. Puntaje menor de 4 2. Alto Riesgo. Puntaje de 4 o más.

		electrónico.		
Escolaridad	Grado de estudios. Máximo nivel académico alcanzado por un individuo.	Último nivel de escolaridad de la paciente al que se hace referencia en la nota inicial en la ficha de identificación	Cualitativa ordinal.	1.- primaria o menos. (0.5) 2.- secundaria o más. (0)
Antecedentes obstétricos.	Son los antecedentes patológicos o complicaciones de los embarazos anteriores.	Se tomarán como antecedentes obstétricos a los datos recabados del expediente electrónico de las pacientes derechohabientes del imss.	Cualitativa	Antecedentes obstétricos: 1-Ninguno. (0) 2-Preeclampsia – eclampsia. (4) 3-Polihidramnios. (4) 4-Sangrado del tercer trimestre. (4) 5-Parto pretérmino. (4) 6-Bajo peso al nacer menos de 2500g. (4) 7-Macrosomía, más de 4000g. (4) 8.Otros.
Antecedentes personales	Son las enfermedades que	Se tomarán como antecedentes	Cualitativa	1. Con Antecedentes

patológicos.	ha padecido la paciente desde la infancia hasta la actualidad y de preferencia que tengan alguna posible relación con el padecimiento actual	personales patológicos a los datos recabados del expediente electrónico de las pacientes derechohabientes del imss.		patológicos previos al embarazo. • Ninguno (0). • Hipertensión. (4) • Diabetes Mellitus. (4) • Epilepsia. (4) • Cardiopatía. (4) • Otra enfermedad crónica o sistémica grave. (4). • Tabaquismo (1) • Alcoholismo: Si/No. • Otra toxicomanía. Si/No
Gestación	Estado de la mujer que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.	Se tomará como gesta el número de embarazos registrados en el expediente	Cualitativa	1. Número de gestas. • Primigesta. (1) • De 2 a 4 gestas. (0)

				• Más de 4.(4)
Parto	Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento.	Se tomará como parto el número de partos de la paciente registrados en el expediente.	Cualitativa	1. Número de partos. • 0 a 1 (0). • 2 (2). • 3 o más. (4).
Cesárea	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto.	Se tomará como cesárea en número de cesáreas registradas en el expediente de la paciente.	Cualitativa	1. Número de cesáreas. • 1. (1). • 2 o más. (4)
Aborto	Es la interrupción y finalización prematura del	Se tomará del expediente de la paciente el número	Cualitativa	1.número de abortos. • 0 a 1 (0)

	embarazo de forma natural o voluntaria, hecha antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.	de abortos que ha presentado durante su vida.		• 2 (2) • 3 o más. (4)
Periodo intergenésico	es el tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente.	Intervalo entre el último parto y el embarazo actual se determinará en años o meses según esté registrado en el expediente de la paciente.	Cualitativa	1. Periodo intergenésico. • De 25 a 60 meses. (0) • Menos de 25 meses. (0.5) • Más de 60 meses. (0.5)

Recolección de datos.

Se elaboró una hoja de recolección de datos considerando las variables a estudiar y a cumplir los objetivos (anexo 1).

Descripción del estudio:

Se acudió a la UMF/UMAA No. 89 ubicada en Saltillo Coahuila en horario no laboral, a fin de cada mes para accesar al SIMF para la revisión de expedientes electrónicos de mujeres embarazadas derechohabientes del IMSS que acudieron a control prenatal en la UMF/UMAA No. 89 en el primer nivel de atención del turno vespertino durante el periodo del 01 de enero al 30 de junio 2019 y se identificó a aquellas que presentaron un riesgo obstétrico de 4 o más; se identificaron las variables de estudio y los objetivos del mismo y se procedió a llenar la hoja de datos.

Análisis Estadístico

La información obtenida en la base de datos, se analizó para obtener porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas, además de analizar las variables cuantitativas por estadística descriptiva y medidas de dispersión según sea el caso. Los resultados son representados por medio de gráficas y tablas de frecuencia o histograma.

8.- ASPECTOS ÉTICOS.

De acuerdo con la ley general de Salud en el apartado concerniente a la investigación para la salud, título V artículo 98 y 100. Este estudio queda dentro del grupo sin riesgo para sujetos estudiados por tratarse de un estudio ambispectivo observacional descriptivo, solamente en el primer nivel de atención el cual no se realizarán maniobras de intervención a los sujetos. Así este estudio atiende a los aspectos éticos que garantizan la dignidad y bienestar del sujeto a investigación ya que no lleva riesgo alguno para el paciente de acuerdo al reglamento de la ley general en salud en materia de investigación para la salud en el artículo 17 de este mismo título es considerado una investigación con riesgo mínimo categoría (III), motivo por el cual no requiere firma de consentimiento informado.

Por otra parte, los procedimientos propuestos en la presente investigación están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1875 enmendadas en 1989 y con los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El Presente es un estudio observacional, el cual se realizó de manera prospectiva, bajo el criterio de revisión de expedientes clínicos por lo que no fue indispensable el consentimiento informado. En el caso de información incompleta se aplicaría carta de consentimiento informado para recabar información directamente de pacientes que acudan a control. Durante todo el estudio, los datos se conservarán de forma confidencial.

Se solicitó autorización a cuerpo de gobierno de esta Unidad. Cumple con las normas, reglas e instructivos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en materia de investigación de la salud.

9.- RECURSOS MATERIALES Y ECONÓMICOS

1. Alumno de tercer año del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales. (investigador).
2. Materiales:

   Material de oficina: Laptop,500 hojas ,5 plumas,

   Unidad extraíble (USB), Internet, Tinta para impresión.

Todos los gastos derivados del presente estudio corren a cargo del investigador principal, no se cuenta con el apoyo de ninguna institución privada o pública para el financiamiento.

10.- RESULTADOS:

Se realizó un estudio ambispectivo, descriptivo y observacional; mediante la revisión de expedientes de mujeres embarazadas derechohabientes del IMSS que acudieron a control prenatal en la UMF/UMAA No. 89 del turno vespertino del 01 de enero al 30 de junio 2019, siendo el objetivo principal determinar las características del embarazo de alto riesgo en este grupo de pacientes, revisando los expedientes electrónicos de cada una de las pacientes tomando los datos del formato F95 de la hoja de control prenatal.

En la presente investigación se revisaron 317 expedientes de pacientes embarazadas en control prenatal de las cuales 94 cursaron con un embarazo de alto riesgo (29.65%) y el resto presentó un riesgo bajo o no cumplieron con los criterios de selección (70.35%). (gráfica 1).

Al determinar la edad, peso, talla, IMC de las pacientes embarazadas se presentó lo siguiente: al rango de edad de las pacientes de 15 a 19 años 3 pacientes (3.191%), de 20 a 24 años 14 pacientes (14.90%), de 25 a 29 años 31 pacientes (32.97%), de 30 a 34 años 29 pacientes (11.70%), de 35 a 39 años 11 pacientes (11.70%), de 40 a 44 años 6 pacientes (6.389%) y más de 45 años 0. (gráfica 2).

En cuanto al peso encontré 4 pacientes con un peso menor a 49 kg. (4.25%), peso de 50 a 59 kg fueron 18 pacientes (19.15%), peso de 60 a 69 kg. 26 pacientes (27.76%) siendo ésta la de mayor prevalencia, peso de 70 a 79 kg. fueron 22 pacientes (23.40%), peso de 80 a 89 kg. Fueron 13 pacientes (13.83%), peso de 90 a 99 kg. Fueron 8 pacientes (8.51%), y pacientes con un peso de 100kg o más fueron solo 3 pacientes (3.1%). (gráfica 3).

Con respecto a la talla encontramos a 7 pacientes con una talla menor a 1.49 (7.445%), talla de 1.50m a 1.59m 46 pacientes (48.95%), de 1.60m a 1.69m 38 pacientes (40.42 %), talla de 1.70m y más 3 pacientes (3.19%). (gráfica 4). En cuanto a la talla presenta una moda 1.60, una media 1.5765 y una mediana de 1.58. De acuerdo a su índice de masa corporal se encontró 1 paciente con IMC de 16 a 17 = desnutrición (1.06%), 14 pacientes con IMC 18 a 23 = normal (14.90%),

21 pacientes con IMC 24 a 26 = sobrepeso (22.34%), 28 pacientes con IMC 27 a 29 = pre obesas (29.79%), 16 pacientes con IMC 30 a 34 = obesidad grado 1 (17.02%), 11 pacientes con IMC 35 a 39 = obesidad grado 2 (11.70%), y 3 pacientes con IMC 40 a 48 = obesidad grado 3 (3.19%). (gráfica 5). En cuanto al IMC presenta una moda de 28, una media de 28.34 y una mediana de 28.

El trimestre en que se determinó su riesgo obstétrico fue de 51 pacientes en el primer trimestre (54%), 33 pacientes en el segundo trimestre (35%) y 10 pacientes en el tercer trimestre (11%), (gráfica 6). lo que nos indica que se realiza un buen trabajo por parte de primer nivel de atención, ya que en su mayoría se detecta a tiempo el riesgo obstétrico; cabe mencionar que las pacientes en las que se detectó el riesgo obstétrico en segundo y tercer trimestre fue porque acudieron a su control prenatal hasta ese momento, ya que en muchos casos el control prenatal se lleva de forma extra institucional.

Al determinar la escolaridad se observó que pacientes con primaria 2 (2.127%), secundaria 44 pacientes (46.80%), bachillerato 17 pacientes (18.08%), técnico 12 pacientes (12.79%), licenciatura (19.14%) y con maestría solo 1 paciente (1.063%). (gráfica 7).

De acuerdo a sus antecedentes obstétricos encontramos que 57 pacientes no tenían ningún antecedente obstétrico patológico (60.60%), 7 pacientes tuvieron antecedente de preeclampsia/eclampsia (7.44), 0 pacientes con polihidramnios, 1 paciente tenía antecedente de sangrado del tercer trimestre (1.10%), una paciente con antecedente de parto pretérmino (1.10%), 4 pacientes con antecedente de bajo peso al nacer de menos de 2500grs (4.26%), 6 pacientes con antecedente de Macrosomía con peso mayor a 4000grs (6.30%), 4 pacientes con antecedentes de cirugía pélvico uterina (4.30%), y 14 pacientes cursaron con otros antecedentes como antecedente de embarazo gemelar entre otros. (14.90%), (gráfica 8).

Además 22 pacientes presentaron antecedentes personales patológicos (23.40%) y el resto 72 pacientes no cursaron con ningún antecedente patológico (76.6%), predominando la diabetes mellitus y la hipertensión arterial como las principales

patologías preexistentes. Diabetes mellitus presentaron 6 pacientes, hipertensión arterial 5 pacientes, epilepsia 0, cardiopatías 1, tabaquismo 3 pacientes, y otras enfermedades crónicas 6 pacientes; tomando como otras patologías la artritis reumatoide, hipotiroidismo, etc. (gráfica 9).

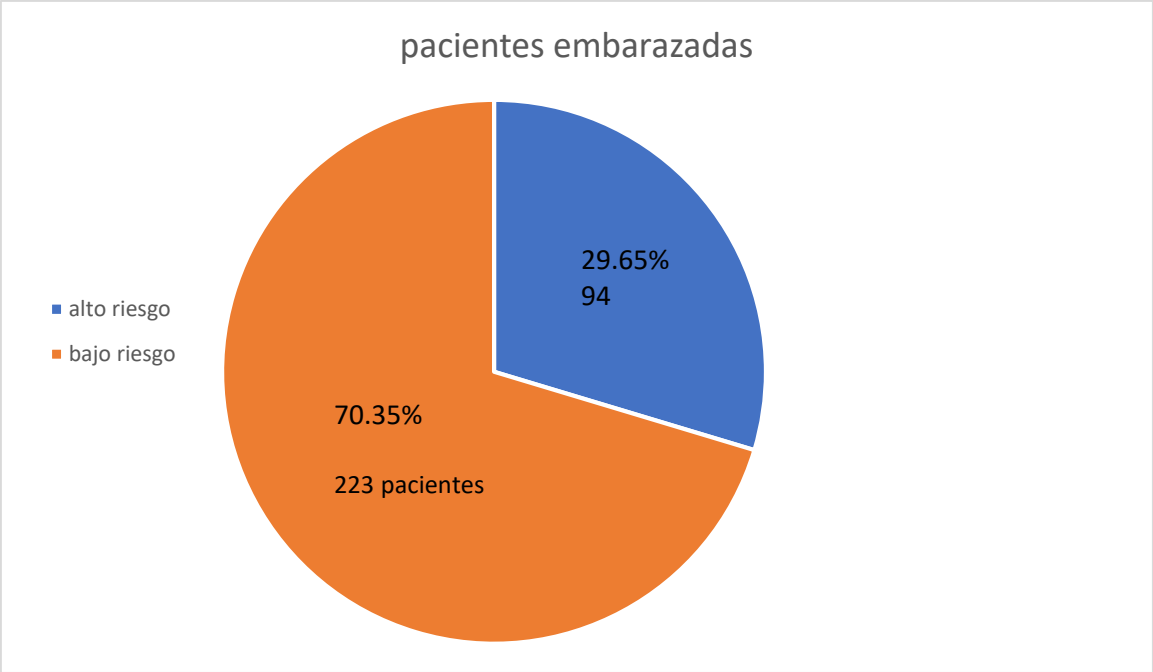
Al determinar el periodo intergenésico, encontré un total de 21 pacientes (22.3%), con un periodo intergenésico de 1 a 24 meses, de 25 a 59 meses fueron 26 pacientes (27.7%), de 51 a 99 meses fueron 28 pacientes (29.8%) y con un periodo intergenésico de 100 meses y más fueron 15 pacientes (15.95%), y se presentaron 4 pacientes primigestas quienes no tenían periodo intergenésico (4.25%), (gráfica 10).

En cuanto al número de gestación encontramos que 4 pacientes eran primigestas (4.255%), 43 pacientes cursaban segunda gesta (45.7%), 24 pacientes con tercera gesta (25.6%), 13 pacientes con G:4 (13.82%), 5 pacientes con G:5 (5.31%), 4 pacientes con G:6 (4.255%) y 1 paciente con G:7 (1.06%), (gráfica 11).

En cuanto a los partos previos se encontró una prevalencia mayor de pacientes de 1-2 partos con un total de 31 pacientes, con antecedente de 3-4 partos 7 pacientes y con 5 o más partos previos solo una paciente; (gráfica 12). Con antecedentes de cesáreas de 1-2 58 pacientes, de 3-4 cesáreas previas solo 1 paciente y ninguna paciente de 5 cesáreas, (gráfica 13) por lo que predominan las pacientes con antecedentes 1 y 2 cesáreas previas lo que condiciona su riesgo obstétrico; con antecedentes de abortos previos se encontró que 24 pacientes tenían 1-2 abortos, y 1 paciente de 3-4 abortos, y ninguna con 5 o más abortos. (gráfica 14).

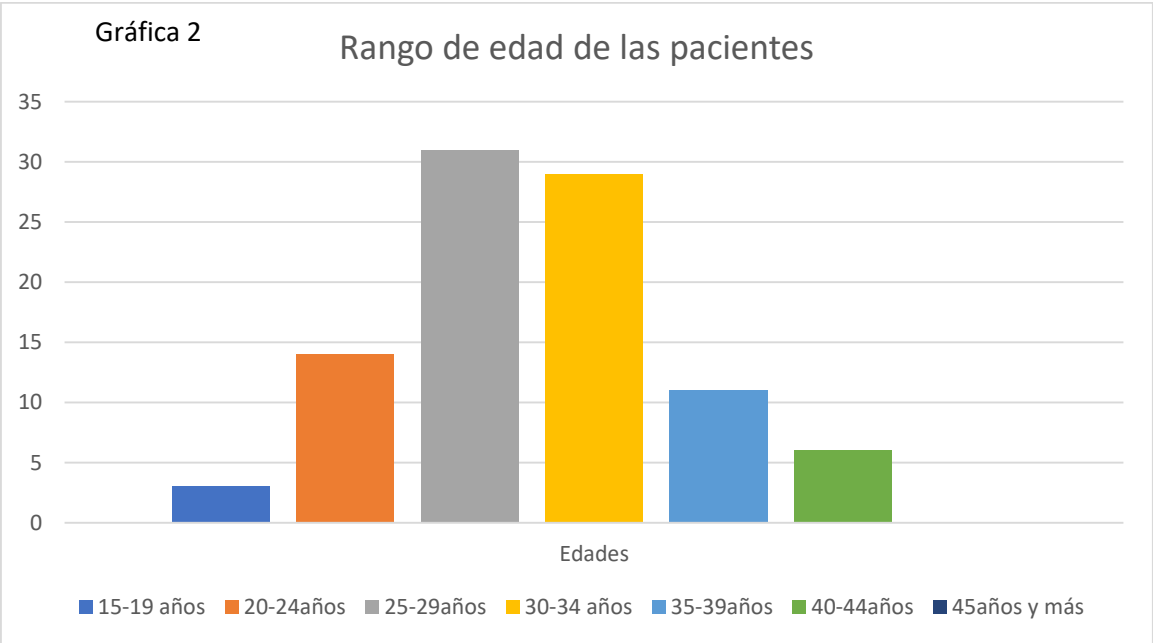
En cuanto a la cuantificación del riesgo obstétrico se encontró con un R.O. de 4 a 9.5 un total de 78 pacientes (82.97%), R.O. de 10 a 14 fueron 14 pacientes (9.58%); R.O. de 15 a 19 con 6 pacientes (6.38%); R.O. de 20 a 24 sólo 1 paciente (1.07%), y no se encontró ninguna paciente con R.O. de 25 o más. (0.0%). (gráfica 15). Por lo que se presentaron en su mayoría con R.O. de 4 a 9.5 y su etiología más frecuente fue por cesáreas previas y por edad.

Gráfica 1:



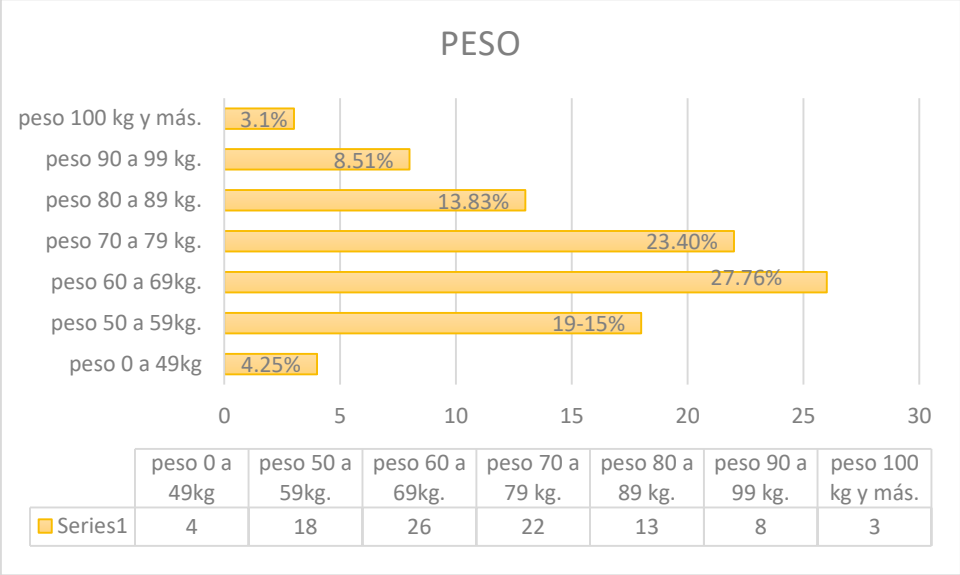
Gráfica 1: Se revisaron 317 expedientes de pacientes embarazadas de las cuales 94 obtuvieron un riesgo obstétrico alto (29.65%) y el resto (223 pacientes) presentó un riesgo obstétrico bajo o no cumplieron con los criterios de selección. (70.35%).

Gráfica 2



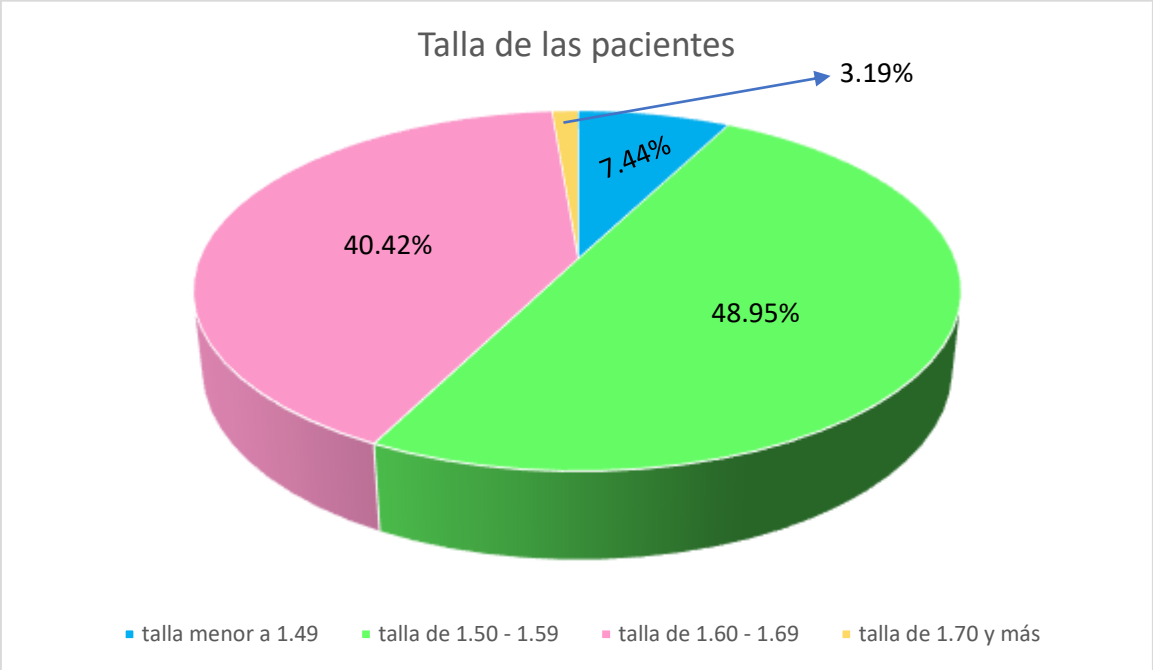
Gráfica 2: Respecto al rango de edad de las pacientes, predominaron las que tienen entre 25 y 29 años de edad con un total de 31 pacientes ocupando un 32.97% del total.

Gráfica 3.



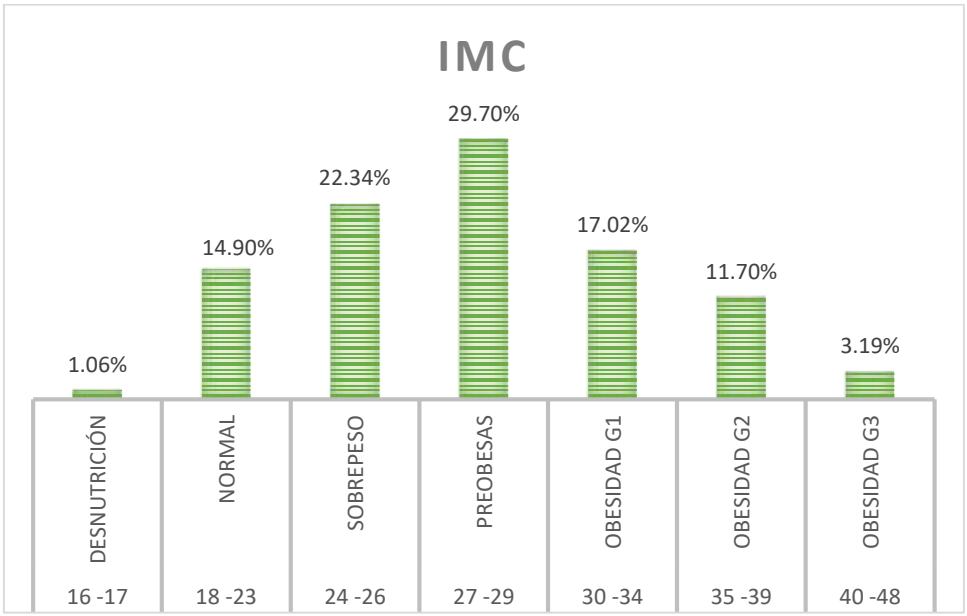
Gráfica 3. En cuanto al peso encontré 4 pacientes con un peso menor a 49 kg. (4.25%), peso de 50 a 59 kg fueron 18 pacientes (19.15%), peso de 60 a 69 kg. 26 pacientes (27.76%) siendo ésta la de mayor prevalencia, peso de70 a 79 kg. fueron 22 pacientes (23.40%), peso de 80 a 89 kg. Fueron 13 pacientes (13.83%), peso de 90 a 99 kg. Fueron 8 pacientes (8.51%), y pacientes con un peso de 100kg o más fueron solo 3 pacientes (3.1%).

Gráfica 4.



Gráfica 4: En cuanto a la talla se encontró a 7 pacientes con talla menor a 1.49mts. (7.44%), talla de 1.50-1.59 fueron 46 pacientes (48.95%) siendo ésta talla la que predominó, talla de 1.60-1.69 fueron 38 pacientes (40.42%), y por último talla de 1.70 y más solo se presentaron 3 pacientes (3.19%).

Gráfica 5.

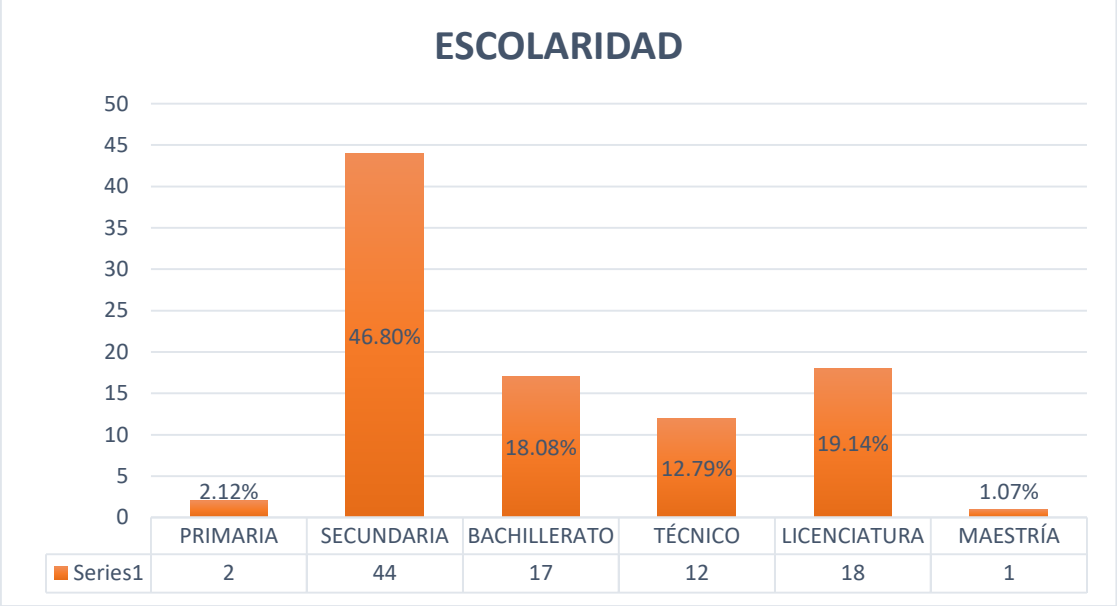


Gráfica 5. De acuerdo a su índice de masa corporal se encontró 1 paciente con IMC de 16 a 17 = desnutrición (1.06%), 14 pacientes con IMC 18 a 23 = normal (14.90%), 21 pacientes con IMC 24 a 26 = sobrepeso (22.34%), 28 pacientes con IMC 27 a 29 = pre obesas (29.79%), 16 pacientes con IMC 30 a 34 = obesidad grado 1 (17.02%), 11 pacientes con IMC 35 a 39 = obesidad grado 2 (11.70%), y 3 pacientes con IMC 40 a 48 = obesidad grado 3 (3.19%).

Gráfica 6.

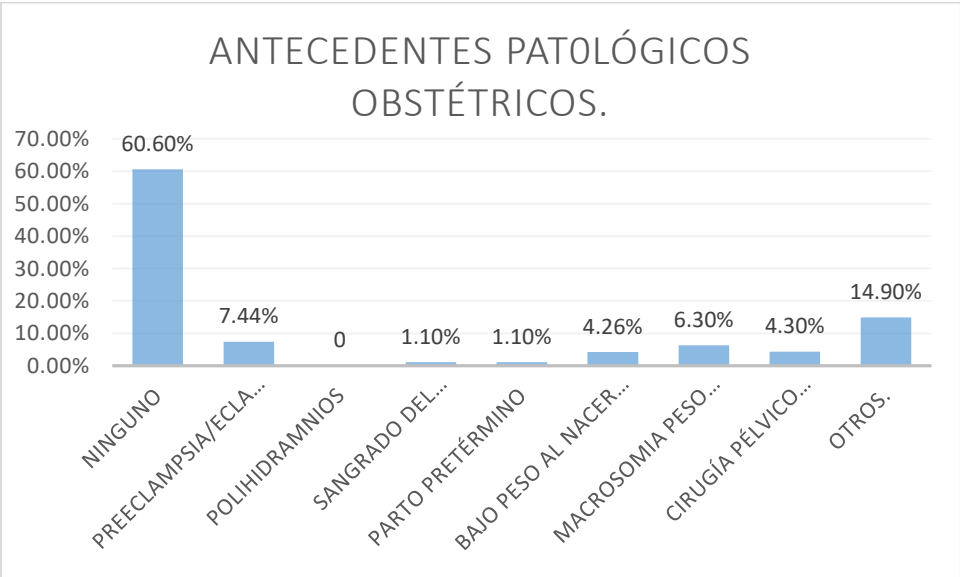
Gráfica 6. El trimestre en que se determinó su riesgo obstétrico fue de 51 pacientes en el primer trimestre (54%), 33 pacientes en el segundo trimestre (35%) y 10 pacientes en el tercer trimestre (11%).

Gráfica 7.



Gráfica 7. Escolaridad: pacientes con primaria 2 (2.12%), secundaria 44 pacientes (46.80%), bachillerato 17 pacientes (18.08%), técnico 12 pacientes (12.79%), licenciatura (19.14%) y con maestría solo 1 paciente (1.07%).

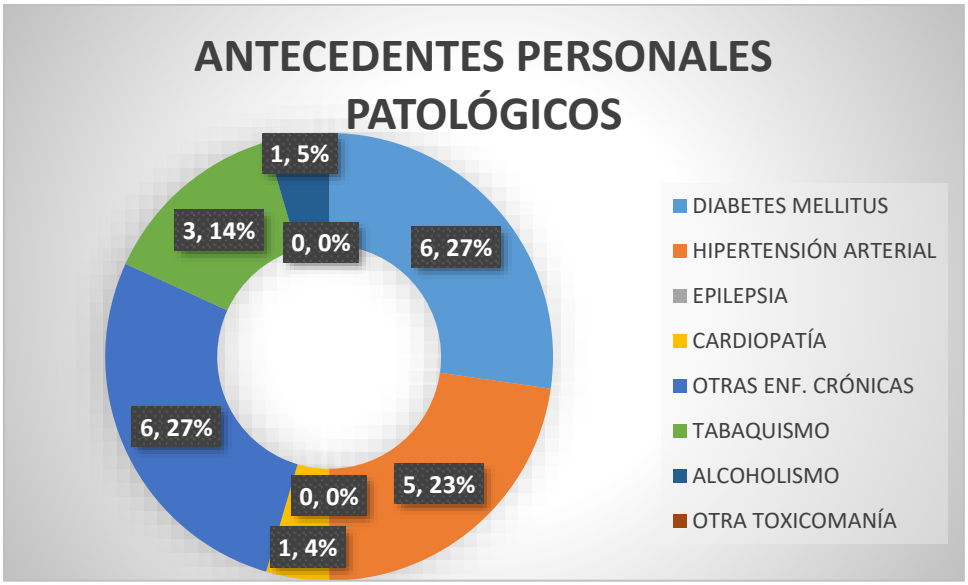
Gráfica 8.



Gráfica 8. De acuerdo a sus antecedentes obstétricos encontramos que 57 pacientes no tenían ningún antecedente obstétrico patológico (60.60%), 7 pacientes tuvieron antecedente de preeclampsia/eclampsia (7.44%), 0 pacientes con polihidramnios, 1 paciente tenía antecedente de sangrado del tercer trimestre (1.10%), una paciente con antecedente de parto pretérmino (1.10%), 4 pacientes con antecedente de bajo

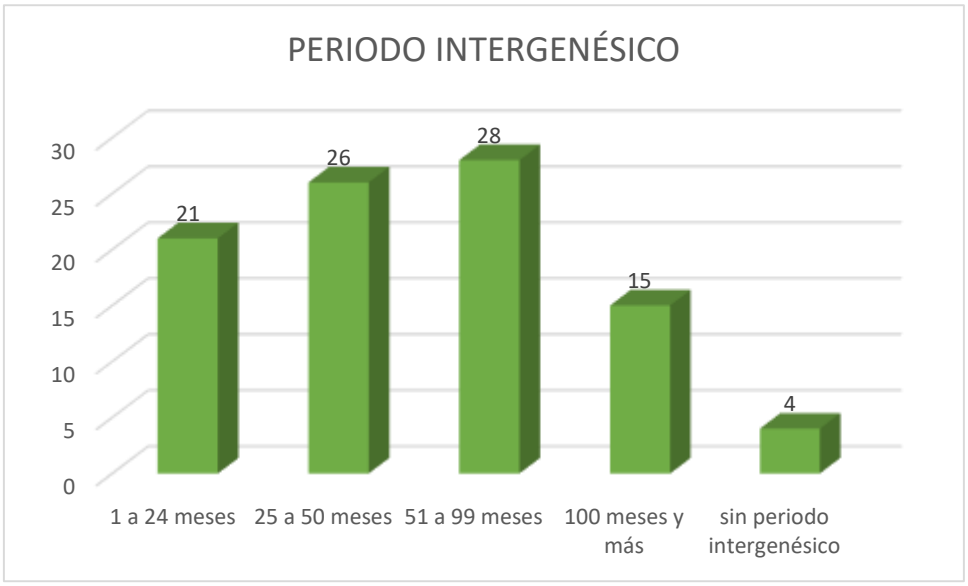
peso al nacer de menos de 2500grs (4.26%), 6 pacientes con antecedente de Macrosomía con peso mayor a 4000grs (6.30%), 4 pacientes con antecedentes de cirugía pélvico uterina (4.30%), y 14 pacientes cursaron con otros antecedentes. (14.90%).

Gráfica 9.



Gráfica 9. En cuanto a los antecedentes p. patológicos. 22 pacientes presentaron antecedentes personales patológicos (23.40%) y el resto 72 pacientes no cursaron con ningún antecedente patológico (76.6%), predominando la diabetes mellitus y la hipertensión arterial como las principales patologías preexistentes. Diabetes mellitus presentaron 6 pacientes, hipertensión arterial 5 pacientes, epilepsia 0, cardiopatías 1, tabaquismo 3 pacientes, y otras enfermedades crónicas 6 pacientes; tomando como otras patologías la artritis reumatoide, hipotiroidismo, etc.

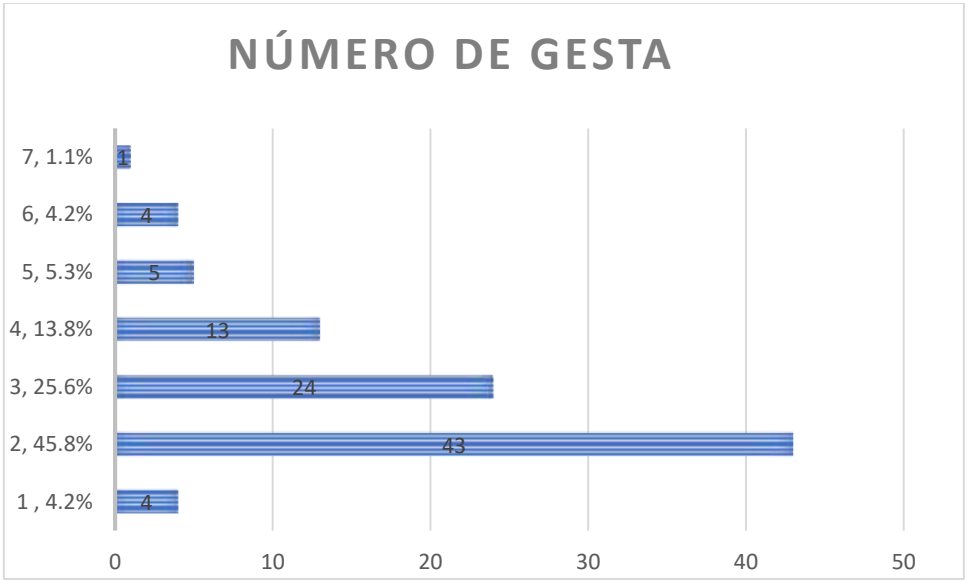
Gráfica 10.



Gráfica 10. Encontré con un periodo intergenésico de 1 a 24 meses un total de 21 pacientes (22.3%), de 25 a 59 meses fueron 26 pacientes (27.7%), de 51 a 99 meses fueron 28 pacientes (29.8%) y con un periodo

intergenésico de 100 meses y más fueron 15 pacientes (15.95%), y se presentaron 4 pacientes primigestas quienes no tenían periodo intergenésico (4.25%).

Gráfica 11.



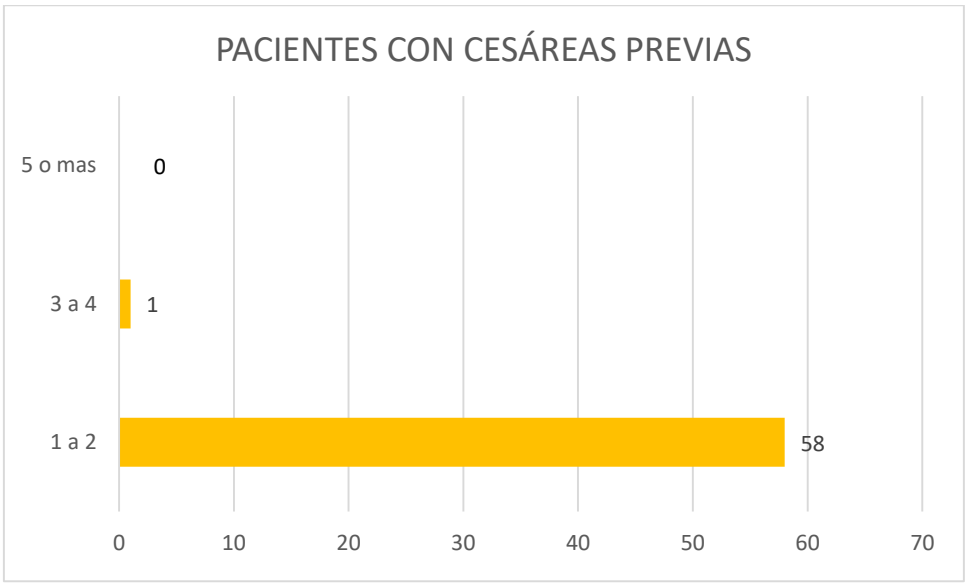
Gráfica 11. En cuanto al número de gestación encontramos que 4 pacientes eran primigestas (4.2%), 43 pacientes cursaban segunda gesta (45.8%), 24 pacientes con tercera gesta (25.6%), 13 pacientes con G:4 (13.8%), 5 pacientes con G:5 (5.3%), 4 pacientes con G:6 (4.2%) y 1 paciente con G:7 (1%).

Gráfica 12

.

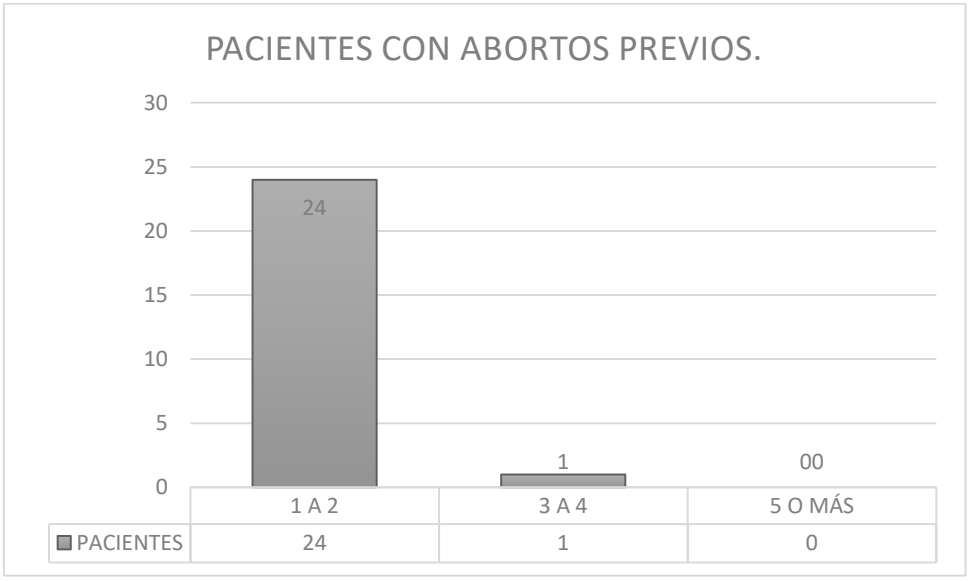
Gráfica 12. En cuanto a los partos previos se encontró una prevalencia mayor de pacientes de 1-2 partos con un total de 31 pacientes, con antecedente de 3-4 partos 7 pacientes y con 5 o más partos previos solo una paciente.

Gráfica 13.



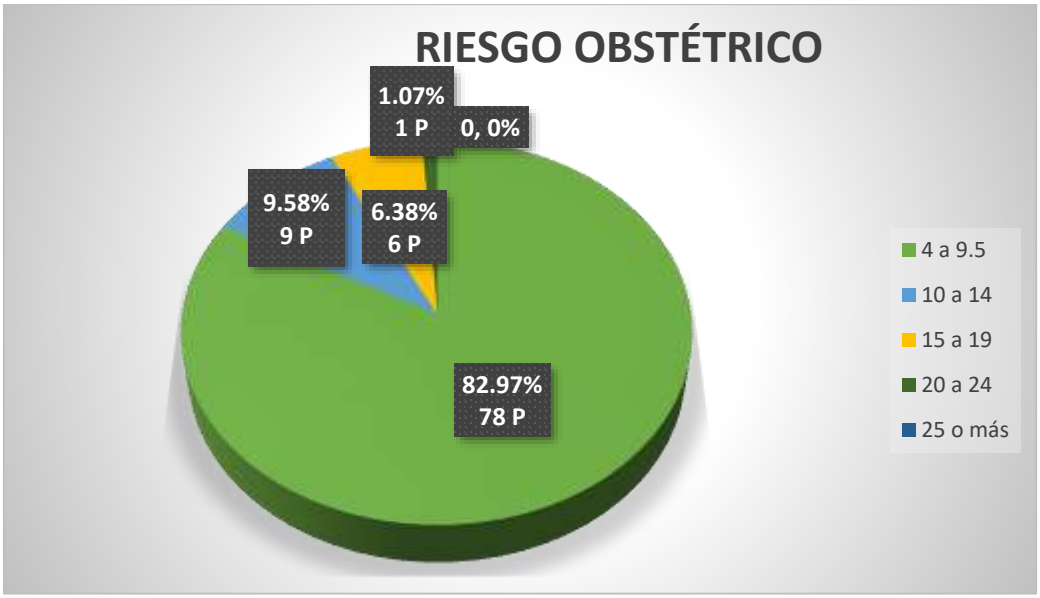
Gráfica 13. Con antecedentes de cesáreas de 1-2 58 pacientes, de 3-4 cesáreas previas solo 1 paciente y ninguna paciente de 5 cesáreas.

Gráfica 14.



GRÁFICA 14. Con antecedentes de abortos previos se encontró que 24 pacientes tenían 1-2 abortos, y 1 paciente de 3-4 abortos, y ninguna con 5 o más abortos.

Gráfica 15.



Gráfica 15. En cuanto al riesgo obstétrico se obtuvo una prevalencia mayor del riesgo de 4 a 9.5 con 78 pacientes, (82.97%). riesgo de 10 a 14 fueron 9 pacientes, (9.58%), riesgo de 15 a 19 con 6 pacientes, (6.38%), riesgo de 20 a 24 1 paciente, (1.07%), y con riesgo de 25 o más, no se presentó ningún caso.

DISCUSIÓN.

El embarazo de alto riesgo constituye un problema de salud pública de gran magnitud, debido a la morbilidad perinatal que presenta; por lo que se pretende reducir el alto porcentaje de muertes evitables y esto se logrará detectando el riesgo obstétrico desde la primera consulta y conociendo las características del embarazo en forma individual de acuerdo a sus antecedentes y factores de riesgo particulares para cada paciente, basándonos en el formato f95 del IMSS el cual debemos completar correctamente desde un principio, para que sea de gran utilidad. Sabiendo esto, solo queda comentar que la principal etiología o factor de riesgo en mi estudio fue el antecedente de cesárea previa a diferencia del estudio realizado en Colombia en el 2015 en el cuál se encontró que las dos patologías más frecuentes que ocasionaron embarazos de alto riesgo, fueron anemias y migrañas, así como las del sistema endócrino y respiratorio. Mientras que en Chile lo que llamó la atención es que se encontró que la mayoría de las embarazadas eran multigestas y que cursaron con antecedentes de patologías obstétricas tales como parto prematuro, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo, oligohidramnios y pielonefritis; no así en mi estudio, ya que las patologías obstétricas que prevalecieron como antecedentes fueron la preeclampsia con 7 pacientes y antecedentes de macrosomía con peso mayor a 4000grs con 6 pacientes; aunque la mayoría de las pacientes estudiadas no tenían ningún antecedente obstétrico (57 pacientes). Sin embargo, en la Ciudad de México se encontró que un 75% de las mujeres que cursaron con obesidad o sobrepeso pregestacional tienen factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional.

CONCLUSIONES:

De los 317 expedientes revisados se obtuvieron 94 con riesgo obstétrico alto, siendo la principal etiología o factor de riesgo el antecedente de cesárea previa con un total de 59 pacientes; en cuanto a la edad materna predominó la edad reproductiva optima de entre los 20 y los 34 años de edad con un total de 74 pacientes, sin embargo, se presentaron 17 casos con un riesgo elevado por edad mayor de 35 años y hasta los 44 años (1 paciente.). en cuanto a la talla predominó una estatura estándar de entre 1.5m y 1.59m con un total de 46 pacientes, con respecto al IMC hubo un caso de desnutrición por un IMC bajo, 14 pacientes con un peso normal, 21 pacientes con sobrepeso, 28 pacientes pre obesas y 40 con algún grado de obesidad, esto fue de acuerdo al peso previo al embarazo. Hablando de escolaridad se encontró que las pacientes que presentaron un riesgo obstétrico elevado cursaban con una escolaridad baja predominando la secundaria con un total de 44 pacientes, seguida por la licenciatura con 18 pacientes y bachillerato 17 pacientes, aunque también se presentó un caso de una paciente con maestría; de primaria fueron 2 pacientes y de carrera técnica 12 pacientes. De los antecedentes patológicos obstétricos predominó las pacientes que no tienen ningún antecedente obstétrico de importancia con un total de 57 pacientes, pero las que presentaron fue antecedente de preeclampsia 7, sangrado de tercer trimestre 1 paciente, parto pretérmino 1 paciente, bajo peso al nacer 4 pacientes, con antecedente de macrosomía, 6 pacientes, cirugía pélvico uterina 4 pacientes y otros antecedentes (como embarazo gemelar entre otros) 14 pacientes. En 46 pacientes la terminación de su embarazo anterior fue por cesárea, 30 por parto, 14 por aborto, y 4 pacientes fueron primigestas.

los antecedentes obstétricos de mayor importancia a mi punto de vista, fue antecedente de preeclampsia, sangrado de tercer trimestre, parto pretérmino, bajo peso al nacer, con antecedente de macrosomía y cirugía pélvico uterina; aunque fueron pocos casos no deja de ser preocupante por el riesgo de vida tanto de la madre como del producto, lo que nos motiva a seguir haciendo

incapié en la toma correcta y a tiempo, de los datos del formato f-95 lo más tempranamente posible y así evitar muertes maternas en su totalidad.

11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.- Mejía CR, Cárdenas MM, Miñan-Tapia A, Torres-Riveros GS. Tiempo de referencia asociado a la causa de mortalidad materna en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2009-2015. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(1):6–14.

2. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. 2010;1–23.

3. Miranda Mellado C, Castillo Ávila I. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Rev Cuid. 2016;7(2):1345

4. Martínez R, Pereira P. Characterization of pregnant women high obstetrical risk (ARO) in the department of sucre (Colombia), 2015. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2016; 32 (3): 452-460)

5. OMS. Factores de Riesgo [Internet]. OMS. 2019. Available from: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

6. Águila setién, S. Breto García Andrés, Cabezas Cruz E. Obstetricia y perinatología diagnóstico y tratamiento. Ciencias M. La Habana; 2012. 591 p.

7. En TDEP, Riesgo B. Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México Secr Salud. 2014;62–3.

8. K SK. Realidad o falacia. Ginecol Obstet Mex. 2016;5(84).

9. Iturra Zamorano R, Badilla Otero M, Velásquez Muñoz A. Vivencias de embarazadas de alto riesgo Obstétrico del Hospital San Juan De Dios, en Chile. Rev CONAMED. 2017;22(4):174–8.

10. González Sáenz M, Soto Cerdas J. Mortalidad Materna: Análisis médico forense. Med Leg Costa Rica. 2017;34(1):112–9.

11. Cuevas-Ortiz, E., Pinto-Díaz C, Ávila-Mellizo GA. Comportamiento de la morbilidad materna extrema, Casanare, Colombia, 2012-2016. Biomédica Rev Inst Nac Salud. 2017;37(3):49.

12. GPC, Cruz-Cruz P del R, Ramírez-Mota C, Sanchez-Ambríz S, Sánchez-Santana JR, Zavaleta-Vargas NO, et al. Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Minist Salud México. 2009;1.45.

13. Amaya-Guío J, Díaz-Cruz LA, Cardona-Ospina A, Rodríguez-Merchán DM, Osorio-Sánchez D, Barrera-Barinas A, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2013;64(3):245–88.

14. WHHO. WHO recomendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. World Health Organization, editor. Luxembourg: World Health Organization; 2016. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=395940A9FD63EB122A374768E09FC504?sequence=118&lang=fa&tmpl=component

15. A. F. Atención médica durante el embarazo [Internet]. KidsHealth. 2019. Available from: https://kidshealth.org/es/parents/medical-care-pregnancy-esp.html?WT.ac=p-ra

16. Larreal Ávila AGMRL et al. Evaluación de Exámenes de laboratorio Clínico durante el control Prenatal según el Trimestre del Embarazo. Saber, Univ. Oriente, Venez [Internet]. 2018; 30:59–66. Available from: https://docplayer.es/75741655-Evaluacion-de-examenes-de-laboratorio-clinico-durante-el-control-prenatal-segun-el-trimestre-del-embarazo.html

17. Maestro C. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC CONTROL PRENATAL con atención centrada en la paciente Evidencias y Recomendaciones. 2017; Available from: www.cenetec.salud.gob.mx

18. Barragán Hernández, Cruz Quintero et al. Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención. Sanus. Año 2, No. 3, enero-Julio 2017

19. Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(3): 414-424. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11

20. Marcela de Oliveira d, Ángela Andréia França g, Cátia Millene d, Marcos benatti a, Sandra Marisa p. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death / gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal / gestación de alto riesgo y factores asociados con la defunción neonatal. Revista da escola de enfermagem da usp [serial on the internet]. (2017), [cited May 9, 2018]; (0): available from: scielo.)

21. Universidad Nacional de Colombia. Alianza Cinets. Guía de práctica Clínica para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. Rev Colomb Obstet. 2013; 64(3): 245-288

22. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS, Salud Sexual y Reproductiva, versión 1.2010.

23. Donoso Bernales Bernardita, Oyarsún Ebensperger Enrique. High Risk Preganancy. *Medwave* 2012 Jun;12(5): e5429 doi: 10.5867/medwave.2012.05.5429

24. Alves Lima I, da Silva Filho C, de Sant'ana Tavares V, Mesquita Espíndola M, dos Reis Nascimento M, de Oliveira Nunes G. HIGH RISK PREGNANCY: SOCIAL REPRESENTATIONS OF PLANNING PREGNANCY, BIRTH AND FAMILY. Journal of Nursing UFPE / Revista De Enfermagem UFPE [serial on the Internet]. (2015, Dec), [cited May 9, 2018]; 9(12): 1255-1263. Available from: CINAHL with Full Text.

25. Alejandra Ávila-Mellizo G, Franchesco Orjuela- Tabares J. Percepción del riesgo en mujeres con preeclampsia grave y cumplimiento deficiente de las citas de control prenatal. (Spanish). Biomédica: Revista Del Instituto Nacional De Salud [serial on the Internet]. (2017, Nov 2), [cited May 9, 2018]; 3753. Available from: Supplemental Index.

26. Hernández-Higareda S, Pérez-Pérez O, Balderas-Peña L, Martínez-Herrera B, Salcedo-Rocha A, Ramírez-Conchas R. [Maternal metabolic diseases related to pre-pregnancy overweight and obesity in Mexican women with high risk pregnancy]. Cirugía Y Cirujanos [serial on the Internet]. (2017, July), [cited May 9, 2018]; 85(4): 292-298. Available from: MEDLINE.

27. Reyna Sámano S, Godinez E, Romero I, Sánchez G, Espíndola JM, Chávez ML. Contexto sociocultural y alimentario de mujeres con embarazos de riesgo / The socio-cultural and eating aspects of women experiencing risk pregnancies. Ciência & Saúde Coletiva [serial on the Internet]. (2014), [cited May 9, 2018]; (5): 1419. Available from: SciELO.

28. Valdés Yong Magel, Hernández Núñez J. Factores de riesgo para preeclampsia. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014 Sep [citado 2018 Jun 17]; 43(3): 307-316. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000300005&lng=es.

29. Izaguirre González, Aguilar Reyes. Incremento del riesgo obstétrico en el embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. Dial net. Archivos de medicina, ISSN-e 1698-9465, Vol. 12, Nº. 4, 2016

30. Judith M, Milena P. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015 / Characterization of pregnant women high obstetrical risk (ARO)in the department of sucre (Colombia), 2015. Revista Salud Uninorte [serial on the Internet]. (2016), [cited May 14, 2018]; (3): 452. Available from: SciELO.)

31. karchmer k. S. Embarazo de bajo riesgo. Realidad o falacia. (spanish). Ginecologia y obstetricia de México [serial on the internet]. (2016, May), [cited May 9, 2018]: 275. Available from: complementary index.

32. Paraná. Secretaria de estado da saúde. Superintendência de atenção à saúde. Linha guia rede mãe paranaense [internet]. Curitiba; 2013 [citado 2014 ago. 25]. Disponíble en: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/file/maeparanaense_2014_linhaguia_ed03_148X210MM__1.pdf [links]

33.www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/incremento-del-riesgo-obstetrico-en-embarazo-adolescente-estudio-de-casos-y-controles.pdf.

34.http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/24%20Mortalidad%20materna-Interiores.pdf..

35. Soni-Trinidad C y Col. Morbilidad y mortalidad materna

36.www.saludcoahuila.gob.mx/SS/documentos/.../GRAL.../SIS-SS-CE-H_2015.pdf

37.https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/factores-de-riesgo-de-hemorragia-obstetrica-en-pacientes-del-hospital-universitario-de-saltillo/

12.- ANEXOS:

ANEXO 1 Hoja De Recolección De Datos

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA NO. 89, COAHUILA.

Investigador principal: Nombre: Mónica Jiménez Vera; Alumno de segundo año curso Especialización en Medicina Familiar; UMF/UMAA No.89 Saltillo, Coahuila; Matrícula: 99059520; Correo electrónico: moni_jimenez@yahoo.com.mx; Teléfono: (844) 129 7256. **Investigador asociado y tutor**: Nombre: Dra. Leticia Carillo Acevedo; Matrícula: 8944393; Teléfono: (866) 630 6208; Correo electrónico: leticia.carrillo@imss.gob.mx

FOLIO _____

IDENTIFICACIÓN:	
No. AFILIACIÓN:	
SEMANAS DE GESTACIÓN EN QUE SE DETECTA EL ALTO RIESGO:	

EDAD:	PESO:	TALLA	IMC.
G:	P:	C:	A:
ESCOLARIDAD:	RIESGO OBSTÉTRICO:	PERIODO INTERGENÉSICO:	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	SI_____ DM: HIPERTENSIÓN ARTERIAL: EPILEPSIA: CARDIOPATÍA: OTRA ENFERMEDAD CRÓNICA O SISTÉMICA GRAVE: TABAQUISMO: ALCOHOLISMO:	NO_____	

	OTRA TOXICOMANÍA:		

:

ANTECEDENTES PATÓLOGICOS OBSTÉTRICOS	NINGUNO: PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA: POLIHIDRAMNIOS: SANGRADO DEL TERCER TRIMESTRE: PARTO PRETÉRMINO: BAJO PESO AL NACER MENOS DE 2500GRS: MACROSOMÍA MAYOR DE 4000GRS: CIRUGÍA PÉLVICO UTERINA:
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO ANTERIOR:	PARTO_____ CESAREA_____ ABORTO_____

ANEXO 2. Carta De Consentimiento Informado

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA NO. 89, COAHUILA.

Investigador principal: Nombre: Mónica Jiménez Vera; Alumno de segundo año curso Especialización en Medicina Familiar; UMF/UMAA No.89 Saltillo, Coahuila; Matrícula: 99059520; Correo electrónico: moni_jimenez@yahoo.com.mx; Teléfono: (844) 129 7256. **Investigador asociado y tutor**: Nombre: Dra. Leticia Carillo Acevedo; Matrícula: 8944393; Teléfono: (866) 630 6208; Correo electrónico: leticia.carrillo@imss.gob.mx

Debido al tipo de estudio, no aplica el uso del formato de consentimiento informado.

ANEXO 3 Carta de no inconveniencia

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA NO. 89, COAHUILA.

Investigador principal: Nombre: Mónica Jiménez Vera; Alumno de segundo año curso Especialización en Medicina Familiar; UMF/UMAA No.89 Saltillo, Coahuila; Matrícula: 99059520; Correo electrónico: moni_jimenez@yahoo.com.mx; Teléfono: (844) 129 7256. **Investigador asociado y tutor**: Nombre: Dra. Leticia Carillo Acevedo; Matrícula: 8944393; Teléfono: (866) 630 6208; Correo electrónico: leticia.carrillo@imss.gob.mx

Enero 2019

Estimado Dr. Maximiliano Elguezabal Mendoza, Director Médico del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 7 de la Ciudad de Monclova, Coahuila

Por medio del presente me permito informar a Usted que, en mi calidad de Director Médico de **UMF/UMAA No. 89;** y en relación al desarrollo del proyecto de investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA UMF/UMAA No. 89, COAHUILA**

A cargo de los siguientes investigadores:

Investigador Responsable: Mónica Jiménez Vera, (adscrita al curso de Especialización de Medicina Familiar para Médicos Generales en la unidad a su digno cargo); e Investigador Asociado. Dra. Leticia Carrillo Acevedo

NO existe inconveniencia, para la realización de dicho proyecto en las instalaciones de nuestra unidad por parte del grupo de investigadores, una vez que dicho proyecto, haya sido evaluado y aceptado por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación en Salud que corresponda y se le otorgue número de Registro Institucional por la Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud, para lo cual agradeceré se me notifique dicha resolución (dictamen) para otorgar las facilidades para el desarrollo del mismo.

Nombre del director: Dr. Roberto Martínez Yong

Director Médico de UMF/UMAA No. 89