

2024

IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA
C.M.F ISSSTE QUERÉTARO.

Alejandro Cabrera
Valencia



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA
C.M.F ISSSTE QUERÉTARO.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el
diploma/grado de la

Especialidad en

Medicina Familiar.

Presenta

Dr. Alejandro Cabrera Valencia.
Generación 2021-2024

Santiago de Querétaro a Febrero de 2024



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA
CLÍNICA DE MÉDICA FAMILIAR ISSSTE
QUERÉTARO.

por

Alejandro Cabrera Valencia

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESN-124995



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad Medicina Familiar.

IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA CLÍNICA DE MÉDICA
FAMILIAR ISSSTE QUERÉTARO.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma/grado de
(o la)

Especialidad en Medicina Familiar.

Presenta:
Alejandro Cabrera Valencia.

Dirigido por:
Agustín Enrique Munguía Sánchez.

SINODALES.

Agustín Enrique Munguía Sánchez
Presidente

Alma Aurora Arévalo González
Secretario

Raquel Mendoza Diaz.
Vocal

Omar Rangel Villicaña
Suplente

Ma. Azucena Bello Sánchez.
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Febrero 2024

México

RESUMEN

Introducción: El embarazo de alto riesgo es una condición que aumenta el riesgo de defunción materna; la problemática actual se encuentra en la demora de la detección del mismo y en el inicio de su tratamiento, así como la derivación inoportuna y en malas condiciones de las pacientes.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para desarrollo de embarazo de alto riesgo de mujeres gestantes atendidas en la Clínica Médica Familiar ISSSTE Querétaro.

Material y Métodos. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, con tamaño de muestra $n=199$ pacientes, con nivel de confianza 95%, margen de error del 5%, muestreo no probabilístico de conveniencia, en el cual se evaluaron los expedientes clínicos de la CMF Querétaro en el periodo entre 01 enero 2022 al 31 diciembre 2022 para identificar pacientes con diagnóstico de embarazo en base a los registros y control de pacientes embarazadas, para la recolección de datos se empleó la tabla de valoración de riesgo (COOPLAND MODIFICADA Y TABLA DE VALORACIÓN PROPUESTA POR SINAVE) se incluyeron todos los expedientes con relación al embarazo, se excluyen expedientes con embarazos no confirmados o enfermedad no gestacional, se eliminan expedientes con falta de información. Se estudiaron 34 variables siendo las principales: edad, enfermedad materna, diabetes gestacional y/o tipo 2, hemorragias en el embarazo.

Resultados: Se revisaron 199 expedientes de pacientes embarazadas, identificando 45 embarazos de alto riesgo, dentro de los principales factores de riesgo se encuentran la edad, hemorragias del embarazo (amenaza de aborto, amenaza de parto, aborto), patología uterina, cesárea previa y diabetes mellitus /o gestacional.

Conclusiones: del total de los 45 embarazos de alto riesgo, solo fue identificado por el personal de salud 16 embarazos de alto riesgo, siendo omisión la identificación de múltiples factores, estos mismos factores pueden ser prevenibles con la implementación y mejora de programas de screening o tamizaje en las consultas prenatales y un desarrollo óptimo del crecimiento y desarrollo del embarazo.

Palabras clave: Embarazo de alto riesgo, complicaciones del embarazo, factores de riesgo.

SUMMARY

Introduction: High-risk pregnancy is a condition that increases the risk of maternal death; The current problem is found in the delay in its detection and in the initiation of its treatment, as well as the untimely referral and in poor conditions of the patients.

Objective: Determine the risk factors for the development of high-risk pregnancy in pregnant women treated at the ISSSTE Querétaro Family Medical Clinic.

Material and methods. An observational, retrospective, descriptive study was carried out, with a sample size of n=199 patients, with a confidence level of 95%, margin of error of 5%, non-probabilistic convenience sampling, in which the clinical records of the CMF were evaluated. Querétaro in the period between January 1, 2022 to December 31, 2022 to identify patients with a diagnosis of pregnancy based on the records and control of pregnant patients, for data collection the risk assessment table was used (MODIFIED COOPLAND AND VALUATION TABLE PROPOSED BY SINAVE) all records related to pregnancy were included, records with unconfirmed pregnancies or non-gestational illness were excluded, records with missing information were eliminated. 34 variables were studied, the main ones being: age, maternal illness, gestational and/or type 2 diabetes, hemorrhages during pregnancy.

Results: 199 records of pregnant patients were reviewed, identifying 45 high-risk pregnancies, among the main risk factors are age, pregnancy hemorrhages (threatened abortion, threatened childbirth, abortion), uterine pathology, previous cesarean section and diabetes mellitus/or gestational.

Conclusions: of the total of 45 high-risk pregnancies, only 22 high-risk pregnancies were identified by health personnel, being an omission of the identification of multiple factors, these same factors can be preventable with the implementation and improvement of screening programs or screening in prenatal consultations and optimal development of the growth and development of the pregnancy.

Key words: High-risk pregnancy, pregnancy complications, risk factors

**A los alumnos de los posgrados de la
Universidad Autónoma de Querétaro**

DEDICATORIAS

Quiero agradecer inicialmente a todos mis maestros, amigos y tutores que, a lo largo de estos tres años, han sido pieza fundamental de todo este conocimiento adquirido.

También quiero agradecer el apoyo incondicional de mi familia, que a pesar de las circunstancias estuvieron conmigo en todo este proceso de educación, soportando tantas horas dedicadas al estudio y que estuvieron conmigo brindándome toda su confianza.

Por último, quiero agradecer a todo el personal de mi sede, que me brindaron todo su apoyo para la elaboración de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

En la preparación de este manual se recogieron las opiniones desinteresadas de los Directores y Coordinadores de Investigación y Posgrado de todas las Facultades de la Universidad Autónoma de Querétaro, así como de investigadores, académicos y personal administrativo de la misma.

En particular, la Dirección de Servicios Escolares y la Dirección de Investigación y Posgrado, agradezco al Dr. Nicolas Camacho Calderón, por haberme autorizado la titulación con éxito al concluir la tesis.

Quiero agradecer al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado por haberme otorgado esta beca académica para concluir mis estudios de especialista.

INDICE	PAGINA
RESUMEN	3
SUMMARY	4
DEDICATORIAS	5
AGRADECIMIENTOS	6
INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	12
REVISION DE LITERATURA	15
ANTECEDENTES	15
MARCO TEORICO	18
HIPOTESIS	41
OBJETIVOS	42
METODOLOGIA	43
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES	71
APORTACIONES O BENEFICIOS	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ABREVIATURAS	79
ANEXOS	81

INDICE DE CUADROS

CUADRO	PÁGINA
1.1 Tabla de valoración de riesgo.	37
1.2 Historia Clínica Perinatal	39
Descripción operacional de las variables.	47
2. Estadísticos	55
3. Edad de las pacientes	56
4. Atención prenatal por trimestre gestacional	58
5. Clasificación del riesgo obstétrico.	59
6. Clasificación de embarazadas por grupos de edad	60
7. Factores de riesgo.	61
8. Referencia embarazos de alto riesgo.	63
9. Trimestre de gestación de embarazos de alto riesgo.	65
10. Estadísticos por consulta	66
11. Consultas de primera vez y subsecuentes.	66

I. INTRODUCCION

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención. (NOM, 2016)

El embarazo ocasiona en el cuerpo de la madre modificaciones, tanto anatómicas como fisiológicas, los cambios más notorios ocurren en aquellos órganos del cuerpo en los que se desarrolla el feto y cuando es exagerada puede desarrollar un proceso patológico y dar lugar a un verdadero estado mórbido (Martínez, 2016).

El 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 (Artal, 2022).

Todos los embarazos involucran algunos peligros, pero hay más riesgo para la salud de la madre y del feto en un embarazo de alto riesgo. (Schwarcz, 1999) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una mujer embarazada en un país en vías de desarrollo tiene 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado (OMS, OPS, 2002).

Igualmente se destaca la influencia que ejercen los factores sociodemográficos y obstétricos sobre la ocurrencia de la muerte materna, como son la edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste, accesibilidad a servicios de salud y utilización de los mismos, entre otros (Pinedo, 1995).

El embarazo de alto riesgo compone un problema de salud pública de inmensa dimensión; de acuerdo con los altos índices de morbilidad perinatal, publicados por la OMS en 2015 de acuerdo a los objetivos del Milenio. (Pinedo, 1995)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Debido a que en la clínica de medicina familiar de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se otorga y se da seguimiento al control prenatal de cada una de las gestantes derecho-habientes, por parte del personal médico, se observó que el criterio médico no es unidireccional y que se desconoce los factores de riesgo para un desarrollo de complicaciones del embarazo.

Motivo por el cual se planteó realizar una investigación retrospectiva sobre el uso y conocimientos de la guía de práctica clínica nacionales en la consulta prenatal, y la identificación de factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones del embarazo, haciendo uso de las notas médicas, cabe recalcar que la plantilla médica está integrada por médicos generales y médicos especialistas (familiares, integrales) por lo cual la forma de evaluar cada consulta es equitativa e igualitaria, sin embargo, los conocimientos médicos si son un punto clave en la identificación del problema.

Debido a que, en el primer nivel de atención médica, se resuelven más del 90% de los problemas de salud y esto aunado a la creciente demanda de servicios de salud por parte de los usuarios, existe la preocupación de que los servicios otorgados sean de calidad.

En todo nivel de atención la oportunidad de los servicios y el adecuado control prenatal de la embarazada, determinan en gran medida la calidad de atención, la detección oportuna de factores de riesgo, tomando en cuenta que la calidad de la atención no está representada por el estado de salud, sino por el mejoramiento que en dicho estado se realiza en la práctica, como resultado de la atención médica.

Es por ello que tanto el médico familiar como el personal que se encarga de la atención, en un primer nivel, se encuentren continuamente capacitados, en resolver los problemas de la población demandante ya que son ellos los que reciben en primer lugar al usuario y de ahí se dé una buena relación médico paciente, que beneficie a ambos.

La organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.

Con el objetivo de optimizar la atención en el control prenatal para detectar anticipadamente los riesgos y prevenir complicaciones en el embarazo y parto, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), con la aprobación de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) crearon la guía de práctica clínica “Control prenatal con atención centrada en la paciente” actualizada en el 2017 siendo reflejados los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud materno-infantil.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Se logran identificar correctamente los embarazos de alto riesgo por parte de los médicos en la Clínica Médica Familiar ISSSTE Querétaro?

JUSTIFICACIÓN.

Se realizó una investigación de las notas médicas para revisar la atención prenatal que recibió cada una de las mujeres atendidas durante el embarazo, con la finalidad de contribuir a asegurar mejores resultados para la madre y el recién nacido, siendo un punto de entrada para recibir una amplia gama de servicios de salud en la promoción y prevención.

La atención prenatal tradicional utiliza un enfoque de riesgo para clasificar a las mujeres que son susceptibles de complicaciones maternas y fetales, sin embargo, sin una guía no podemos identificar que embarazos podrían desarrollar complicaciones, es por ello que las necesidades de cada mujer embarazada deberían ser evaluadas desde la primera cita y revalorarse en cada una de las consultas que reciban durante el control prenatal, debido a que nuevas patologías pueden surgir en cualquier momento de la gestación.

La muerte materna es totalmente eludible, múltiples investigaciones aseguran que la oportuna intervención y la delicada inversión en embarazos sin riesgo reducirán la mortalidad materna. Aunado a esto se crearon las actuales las estrategias como son la promoción a la salud y las intervenciones de referencia oportuna, que son de las más eficaces en función de costos para el sector salud, especialmente en atención primaria. (Nesbitt, 1969)

En la última publicación oficial del año 2018, se concluyó que las entidades federativas que registraron una RMM por encima de la nacional fueron: Chiapas, Nayarit, Durango, Yucatán, Chihuahua, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Michoacán y Coahuila. Sin embargo, con los resultados obtenidos se echa de ver que al menos de un 70 a 80% de las defunciones maternas pudieron prevenirse. (SINAVE, 2022)

A nivel estatal, de acuerdo con CONAPO y las cifras otorgadas en 2016, al concluir el periodo de los ODM, Querétaro se encuentra por debajo de la RMM, quedando con 34.5x 100mil NV, con un 99.6% de los partos atendidos por personal de salud entrenado, un promedio de 6.2 consultas prenatales por embarazo, sin embargo, a pesar de la reducción de un 53.5 % de las muertes maternas, no se llegó a la meta comprometida para el 2015 que es de 18.6 x 100 mil NV (CONAPO, 2016)

Esta investigación tuvo la finalidad de evaluar los factores de riesgo de la población obstétrica para identificar el envío oportuno a segundo nivel apoyado de los índices de riesgo, esta herramienta administrativa está dirigida a mejorar la coordinación entre los tres niveles de atención involucrados, con el objetivo de disminuir la mortalidad y complicaciones maternas mediante una adecuada calidad del servicio que se brinda durante el embarazo, parto y puerperio, otorgándose una atención integral, oportuna y de optimización de recursos. El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población.

La oportuna identificación de factores que son susceptibles a el desarrollo de diversas patologías nos brinda una clara oportunidad de trabajo para evitar complicaciones futuras, el conocimiento de estas oportunidades, nos ayudara a realizar una mejor capacitación del grupo interdisciplinario incluidos los médicos de primer nivel y su oportuno envío de las mujeres gestantes con riesgos al segundo nivel, así mismo, al implementar una guía, el médico tiene la certeza de que con fundamentos, puede determinar que un embarazo tiene riesgo de alterar su curso natural y ser potencialmente un riesgo para los tres niveles de atención.

II. REVISION DE LITERATURA

ANTECEDENTES.

Se ha visto que la atención materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. Se encontró que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsible mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad; permitiendo identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal, que condicionarían el desarrollo de un embarazo de alto riesgo. (GPC, IMSS)

Según la OMS, “El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas” (OMS, 2012); De acuerdo a las publicaciones de la OMS la mortalidad que está relacionada al embarazo y al parto establece más de la mitad de los casos de mortalidad infantil. La mortalidad materno-infantil refleja el grado de desarrollo social y económico de un país, por lo que la salud reproductiva es una prioridad sanitaria (Vega, 2012).

La mortalidad materna e infantil han sido reducidas de manera importante en los países desarrollados, por lo tanto, en estos países la mortalidad se concentra en las edades avanzadas de las poblaciones.(Aguirre, 2009)

En países en vías de desarrollo, como México, no está ocurriendo un avance notable en la reducción de la mortalidad infantil y materna, pues a pesar de las estrategias establecidas en diferentes gobiernos durante las décadas recientes, se identificó que para seguir avanzando se requieren grandes cantidades de inversiones en programas de prevención.(ODM, 2015)

Por mucho tiempo se ha respetado a la TMI como un indicador infalible del nivel de desarrollo socioeconómico a nivel mundial. Si bien en la mortalidad infantil se ven ordinariamente manifestadas las condiciones de vida, se ha visto que durante algunos periodos la predisposición de la TMI puede contradecir lo que ocurre en una población, incluyendo su entorno social y económico. (Cabezas, 2006)

La mortalidad infantil es la que ocurre en el primer año de vida, es un periodo en el cual, por historia natural de la enfermedad, es un tiempo en el que es demasiado corto para desarrollar una enfermedad crónica degenerativa. Sin embargo, el descenso de la mortalidad infantil se relaciona con evento dramático que modifica las causas de muerte.

La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. Se da debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, 2015).

Conforme las estadísticas mundiales reportadas, la mortalidad materna durante el siglo XX experimentó una rimbombante caída, a niveles encontrados actualmente en África, que hoy se considera la región más retrasada del mundo, que paso de aproximadamente mil por cien mil en el año 1922, a cifras alrededor del 50 por cien mil registrados desde principios de los años noventa del siglo anterior.

Desde el siglo anterior, la mortalidad materna ha descendido con una intensidad variable. Así entre los años de 1922 y 1930 disminuyó en 400 por cien mil. A inicios de los años 30 la RMM disminuyo a la mitad aproximadamente cada 15 años. De mediados de los sesenta a fines de los setenta el ritmo de descenso se tornó menos pronunciado. Posteriormente, entre 1980 y 1993 hubo una reducción considerable de más de la mitad, de 95 a 45 por cien mil, lo que hacía ver la evolución de la Razón de mortalidad materna con mucho optimismo. Sin embargo, es paradójicamente en la década de los noventa cuando se establecen metas y se ve frenado el descenso.(ODM, 2015)

A inicios del nuevo milenio, los principales líderes del mundo se reunieron en las instalaciones de la Organización de Naciones Unidas para determinar las pautas establecidas a fin de dar una visión más extendida del panorama, con el fin de combatir la pobreza en sus múltiples dimensiones. Esa visión establecida es lo que se conoce hoy como los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM),

donde se estableció que continúa siendo el marco de desarrollo predominante para el mundo en el curso de los últimos 15 años. (ODM, 2015)

En las últimas décadas se ha visto que la supervivencia materna ha mejorado significativamente desde que se adoptaron los ODM. Entre 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna ha disminuido en todo el mundo en un 45%, pasando de 380 a 210 muertes maternas por cada 100.000 niños nacidos vivos. Muchas regiones en desarrollo han hecho un progreso constante en la mejora de la salud materna, incluyendo las regiones con las tasas de mortalidad materna más altas. A pesar de este progreso, cada día cientos de mujeres mueren durante el embarazo o debido a complicaciones del parto. (ODM, 2013)

MARCO TEORICO.

La calidad de la atención en salud materna fue uno de los ocho ODM establecidos por las naciones unidas en el año 2000. Dentro de los cuales, México se comprometió a reducir la muerte materna en un 75% entre 1990 y 2015. (Morales, 2018)

Entre los años de 1990 y 2015, la razón de muerte materna (RMM) mundial, que se define como el número de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos registrados (nvr) solo se redujo en un 2.3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la RMM entre 2000 y 2010 superaron el 5.5% necesario para alcanzar los ODM (DOCSAL7106). En México, para lograr este compromiso debió haber disminuido anualmente la RMM en 2.7 puntos, pero solo logró una reducción promedio en este periodo de 2.1 puntos. (Patton, 2009 y Say 2014)

La Razón de mortalidad materna (RMM) es una aproximación al riesgo de morir que tiene una mujer en cada embarazo. Para que fuera exactamente eso, el denominador tendría que ser el número de embarazos en lugar del número de nacidos vivos. Sin embargo, es difícil contar con estadísticas fidedignas del número total de embarazos, ya que las estadísticas de mortinatos y sobre todo de abortos son definitivamente incompletas. Por esta razón se utiliza el número de nacidos vivos. Tanto el numerador como el denominador deben estar referidos a un mismo periodo; generalmente se utilizan periodos anuales. Frecuentemente, la fuente de información son las estadísticas vitales, derivadas de la operación del Registro Civil.

Se han realizados esfuerzos para mejorar la calidad de la información sobre mortalidad materna. En una primera instancia se recomendó la inclusión en los formatos de certificado de defunción, de una casilla que indica si la difunta —que falleció en edad fértil— estaba o no embarazada poco antes de morir, o al morir. La puesta en marcha de esta recomendación en julio de 1994 parece estar asociada al repunte que se observa en ese año, tanto en el número absoluto de

defunciones maternas como en la RMM. En 1995 hubo otro incremento cuando ya se aplicó el formato durante todo el año.

Más recientemente, la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud introdujo en 2003 un nuevo procedimiento denominado 'RAMOS Modificado', que mejora la calidad del dato mediante la búsqueda intencionada de las muertes maternas (Juárez, 2007). Con esto se ha logrado que en la base final del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) se haya logrado un aumento de 15 por ciento en el registro de las muertes maternas directas y tardías confirmadas respecto a la base original en el periodo 2003–2005 (Juárez, 2007).

El panorama actual de la mortalidad materna, nos indica que en países tercer mundo o en vías de desarrollo con grandes retrasos socioeconómicos, las RMM son excesivamente altas, alcanzando cifras por encima de las 1 500 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos.

La RMM en los países en desarrollo en 2015 fue de 239/100,000 nvr, mientras que en los países desarrollados fue de tan solo de 12/100,000 nvr. De igual forma que existen diferencias entre los países y su nivel de desarrollo, lo mismo ocurre respecto al interior de un país y entre mujeres con ingresos altos y bajos, así como entre la población rural y la urbana, la indígena y la no indígena. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años, ya que las complicaciones obstétricas son una de las causas de muerte en la mayoría de los países en desarrollo. (Say, 2014)

En promedio, las mujeres de los países en desarrollo tienen más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con los eventos obstétricos a lo largo de la vida. (OMS, 2015)

El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 en 4,900 mujeres en los países desarrollados y de 1 en 180 mujeres en los países en desarrollo, y en los países clasificados en extrema pobreza el riesgo es de 1 por

cada 54 mujeres, lo cual demuestra las consecuencias de la desigualdad social profunda, no solo en los sistemas de salud (OMS, 2015)

México es uno de los países que firmaron el acuerdo de los ODM en el año 2000, de acuerdo a los objetivos establecidos, se comprometió con el objetivo 5, donde se incluyeron programas para cumplir con esta meta, de esta forma en el año 2002 inicio oficialmente el programa “Arranque Parejo en la Vida”.

Este programa planteó reducir los rezagos en salud que afectaban a los pobres, con énfasis en las mujeres y la población infantil; una de las estrategias sustantivas del Programa Nacional de Salud 2001-2006 fue garantizar un arranque parejo en la vida mediante acciones que permitieran asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, así como el crecimiento y desarrollo de niñas y niños con igualdad de oportunidades, desde su nacimiento hasta los dos años de vida, entre otros objetivos.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida duro 5 años del 2001-2005 y fue uno de los programas prioritarios de la administración pública federal del gobierno en curso en ese periodo, cuyo propósito se concentró en mejorar la salud reproductiva de la población femenina de nuestro país y la salud de niñas y niños, de esta manera contribuyo a lograr una mayor equidad en las condiciones de salud de la población.

Para alcanzar estos objetivos impartidos en el programa APV, se definieron cuatro componentes básicos denominados sustantivos (embarazo saludable, parto y puerperio seguro, recién nacido sano y niños-niñas bien desarrollados) que incluyen cuatro componentes estratégicos, originando un sistema operativo de 16 acciones, dando lugar a los siguientes objetivos:

1. lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio

2. lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad
3. disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones
4. disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país, y conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la operación.

Durante el embarazo o gestación que es un período durante el cual el embrión se desarrolla y crece en el interior del cuerpo de la mujer cuya duración comprende desde el momento de la fecundación al unirse el ovulo con el espermatozoide, hasta el nacimiento del producto. Es un proceso fisiológico y natural basado en cuidados, en donde la mujer debe de tomar decisiones que afectan su calidad de salud. La atención médica de calidad a las mujeres embarazadas debe implicar el seguimiento adecuado del proceso, la realización de las visitas, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la participación de las usuarias y la adecuada coordinación de la atención primaria y hospitalaria. (GPC, 2016)

Para el control prenatal se deben de realizar una serie de consultas, entrevistas o citas programadas de la embarazada con el personal de salud, con la finalidad de llevar a cabo un adecuado control prenatal y a partir de ahí se lleve en forma apropiada el embarazo, parto y puerperio, y una atención oportuna del recién nacido.

El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. (Cunningham, 2011)

Los objetivos del control prenatal son:

1. Identificar los factores de riesgo

2. Determinar la edad gestacional (pilar fundamental del control prenatal)
3. Diagnosticar la condición fetal
4. Diagnosticar la condición materna (siempre examinar a la paciente)
5. Educar a la madre (autocuidado; siempre enseñarle los signos de alarma)

1. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo: se lo define a la característica biológica, social o ambiental que, al estar presente, se asocia con un aumento de la probabilidad de que la madre, el feto o el recién nacido pueda sufrir un daño. (Cunningham, 2011)

Se debe preguntar a la paciente sobre los siguientes factores de riesgo:

- Raza: ciertas etnias, poseen costumbres en torno al proceso reproductivo, que hacen que tengan un control prenatal inadecuado y que su parto sea atendido por personal no médico (comadronas). Una de las acciones más importantes en estos grupos, es mostrar respeto por sus costumbres e integrarlos a las acciones de salud.
- Edad materna: constituye un factor de riesgo materno-perinatal, especialmente en edades < 15 años y >35 años.
- Recién nacidos de bajo peso: niños cuyo peso al nacer es inferior a los 2500 gramos, independiente de su edad gestacional. Este hecho se asocia con la mayoría de las muertes durante el primer año de vida y con la mayoría de las alteraciones del desarrollo neurointelectual. (Donoso, 2011)
- Antropometría materna: medir a la madre en el primer control prenatal y pesarla en cada control permite el seguimiento nutricional durante el embarazo y tomar las correspondientes medidas dietéticas. (Donoso, 2011)
- Antecedentes obstétricos desfavorables en embarazos previos: pacientes con antecedentes de patologías obstétricas como aborto recurrente, mortinatos, malformaciones fetales, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro y

rotura prematura de membranas, tienen mayor riesgo de tener nuevamente un embarazo de alto riesgo.

- Actividad laboral: se debe preguntar del lugar donde trabaja, que actividades realiza, si usa algún producto tóxico, o está sometida radiaciones ionizantes, entre otras circunstancias que puedan ser de riesgo para el embarazo actual. Ya que se puede asociar a mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, aborto, RCIU y parto prematuro.

- Consumo de alcohol: El consumo de alcohol durante el embarazo incrementa el riesgo de aborto espontáneo en un 12%, parto prematuro en un 13,7%, muerte fetal en un 5,5%, anomalías congénitas en un 6,8%, y bajo peso al nacer en un 13,7%. (Dimes, 2019)

- Consumo de drogas: el uso de drogas condiciona un embarazo de alto riesgo por la magnitud de situaciones perinatales asociadas a su uso como: aborto espontáneo, mortalidad, RCIU, parto prematuro, insuficiencia placentaria, rotura prematura de membranas (RPM), hemorragia posparto, diabetes gestacional, bajo peso al nacer, depresión neonatal, malformaciones fetales, entre otras.

- Consumo de tabaco: la madre fumadora aumenta el riesgo de aborto 1.4 veces, el riesgo de recién nacido de bajo peso en 1.9 veces y la mortalidad perinatal en 1.2 veces. (Donoso, 2011)

2. DIAGNÓSTICO DE LA EDAD GESTACIONAL

Los métodos habitualmente usados para determinar la edad gestacional son (Pineda, 2013):

- Interrogatorio sobre la amenorrea
- Evaluación del tamaño uterino (>20 semanas)
- Evaluación ecográfica

2.1 Amenorrea:

La medición de tiempo transcurrido desde la fecha de la última menstruación (FUM) es el método de elección para calcular la edad gestacional en las mujeres con ciclos menstruales regulares y que no hayan usado últimamente anticonceptivos.

- Las semanas de gestación se pueden estimar sumando los días desde el primer día de la FUM hasta la fecha de consulta y dividiéndolos entre 7.

2.2 Evaluación del tamaño uterino:

La medición del tamaño uterino abdominal, después de las 20 semanas de gestación provee un dato de gran valor para determinar la edad gestacional.

2.3 Evaluación ecográfica:

Su aplicación está basada en la relación que existe entre la amenorrea, el desarrollo anatómico del feto y la medida de ciertos segmentos fetales.

3. DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN FETAL

Este objetivo debe evaluarse ineludiblemente en cada control prenatal, aun cuando la madre no tenga factores de riesgo a lo largo del embarazo y no relate ningún síntoma sospechoso de compromiso fetal. (Pineda, 2013)

- Latido cardiaco fetal
- Movimientos fetales
- Evaluación de la altura uterina
- Estimación clínica del volumen de líquido amniótico

3.1 Latido cardiaco fetal (LCF):

a) Audición con estetoscopio obstétrico (CAMPANA DE PINARD): la frecuencia cardiaca fetal (FCF) es considerada normal entre 110 y 160 latidos por minuto durante los espacios libres de contracciones uterinas (frecuencia basal).

b) Doppler: Permite la detección de los LCF en edades más tempranas de la gestación. Su empleo es de gran utilidad en casos de auscultación dificultosa

b) Ecografía de tiempo real

3.2 Movimientos fetales: La gestante percibe los movimientos fetales a edad gestacional variable, según la agudeza y umbral individual para apreciarlos. La primigesta generalmente a partir de la semana 20, la multípara un poco antes.

3.3 Evaluación de la altura uterina:

Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior del pubis materno hasta el fondo uterino.

3.4 Estimación clínica del volumen de líquido amniótico:

EL volumen de líquido amniótico se lo puede estimar por palpación en el abdomen de la paciente. Las alteraciones constituyen un factor de alto riesgo de morbimortalidad perinatal, y estas son: oligohidramnios o polihidramnios.

4. DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA

Se inicia en el primer control prenatal, con una anamnesis de la historia médica y un examen físico general y segmentado. (Pineda, 2013) La Historia Clínica Perinatal Regional desarrollado por el CLAP/SMR servirá de guía. (Tabla 1.2).

4.2 Frecuencia del control prenatal

Está determinada por los factores de riesgo, por lo que serán necesarios tantos controles como la patología lo requiera.

Un control prenatal óptimo, según las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) indican La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales (NOM, 2016)

La Secretaría de Salud en su afán de disminuir la mortalidad materno infantil se dio a la tarea de crear estrategias para asegurar un embarazo saludable como el “Programa de Acción Específica Salud Materna y Perinatal” donde destaca la estrategia de la implementación del Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de respuesta inmediata Obstétrico en los hospitales de referencia materna, ya sean atendidas por las parteras o por personal de las unidades del primer nivel de atención, con historia clínica y carnet perinatales sellados con la leyenda “ATENCIÓN EMBARAZO DE ALTO RIESGO”, para su atención inmediata.

Dentro de otras actividades diseñadas por el programa están brindar atención en las posadas AME (Atención a Mujeres Embarazadas), mientras esperan la resolución del embarazo, otorgar cuidados a los hijos recién nacidos; realizar visitas domiciliarias por enfermería a las pacientes que no hayan acudido a su cita médica con el objetivo de llevar el seguimiento de las pacientes. (SSA, 2001)

El objetivo primordial de la referencia es el manejo integral de la patología identificada como de base en el tamizaje, una vez que se han clasificado e identificado los factores de riesgo, la referencia se hará al nivel más adecuado para su tratamiento multidisciplinario. La unidad de primer nivel que envía a una mujer a la unidad de atención de alta especialidad es para resolver su problema de salud. (Hernández, 2004)

Con la finalidad de disminuir las demoras en la atención obstétrica de algunas unidades de salud de atención primaria que tuvieron el antecedente histórico de mortalidad materna, se implementaron algunas estrategias para disminuir la morbilidad y mortalidad materna, entre estas acciones se encuentra el de referenciar a todas las mujeres embarazadas de acuerdo a la tabla de valoración de riesgo de control prenatal a la Clínica DORO, Código Mater y Consulta externa de Ginecología. (DGCES, 2017) Como se muestra a continuación:

CLINICA DORO:

- Referencia a las 32 semanas de gestación a toda paciente que curse con embarazo normo evolutivo y con un mínimo de 5 consultas en el primer nivel de atención, la paciente debe de acudir con hoja de referencia bien requisitada enfatizando en Antecedentes Ginecoobstétricos, últimos laboratorios en original y ultrasonido obstétrico original.

CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

- Se identifican los factores de alto riesgo y se referencia a la consulta de especialidad y seguimiento mínimo de 5 consultas en el primer nivel y consultas subsecuentes en el segundo nivel de atención.

TRIAGE OBSTÉTRICO, CÓDIGO MATER y EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICO:

Si la mujer embarazada acude a consulta prenatal o al servicio de urgencias y presenta algunos de los signos o síntomas Gatillo que se especifica al reverso de la historia clínica perinatal se debe de hacer la referencia inmediata al Código Mater o equipo de respuesta inmediata obstétrico del segundo nivel de atención, los signos de alarma son:

- Presión arterial sistólica mayor o igual a 140
- Presión arterial diastólica mayor o igual a 90
- Proteinuria mayor de 300 mg/dl
- Tira reactiva en orina con determinación de proteínas igual o mayor a 30 mg/dl (+)
- Cefalea intensa o alteraciones visuales o cerebrales persistentes
- Epigastralgia
- Ganancia excesiva de peso
- Ruptura prematura de membranas
- Índice de choque
- Sangrado transvaginal
- Trabajo de parto en embarazo de 36 SDG o menos
- Trabajo de parto en una mujer con cesárea previa
- Glucemia mayor a 105
- Hemoglobina menor a 8 gr
- Trombosis venosa profunda
- VIH + (linfopenia menor a 1500)
- Tuberculosis

por otro lado, para garantizar una adecuada atención obstétrica se debe procurar identificar de manera oportuna los casos que requieran de atención prioritaria por especialidad o de un mayor nivel de capacidad resolutoria, según el riesgo que se logra identificar, se debe derivar oportunamente a la mujer embarazada al nivel de atención adecuado para la resolución del embarazo, contar o disponer del equipo necesario para la vigilancia y traslado oportuno. (DGES, 2017)

En otras instituciones públicas nacionales, como es el caso del IMSS, también se han creado estrategias que mejoren la atención en el embarazo, como son las Guías de Práctica Clínica, La Guía de Práctica Clínica Control prenatal con

atención centrada en la paciente forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (GPC, IMSS), Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer niveles de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Incrementar la oportunidad de inicio temprano de la atención prenatal
- Aumentar la detección oportuna de infección de vías urinarias, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos durante la gestación, así como enfermedades de transmisión sexual.
- Favorecer la detección y tratamiento oportuno de complicaciones asociadas al embarazo
- Incrementar la referencia oportuna de la paciente con diabetes gestacional, trastornos hipertensivos durante la gestación o patologías maternas que así lo ameriten

La Historia Clínica Perinatal se implementó y creo como un instrumento para obtener información y dar seguimiento de la mujer embarazada y del recién nacido que es imprescindible para el personal de salud, esta información nos permite identificar los problemas prioritarios y realizar un sin número de investigaciones operativas, además de conocer las características de la población usuaria, realizar seguimiento, evaluar los resultados de la atención brindada.

La Historia Clínica Perinatal es de uso sencillo y de distribución gratuita. La hoja está constituida por una serie de sectores que contienen la documentación referida a acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el período neonatal inmediato (PAHO, 2020)

La detección y tratamiento del riesgo obstétrico constituye uno de los pilares y de las estrategias básicas que han posibilitado la mejora de la salud perinatal. En este aspecto es importante diferenciar la identificación y el tratamiento del riesgo

obstétrico, realizada por los clínicos desde los tiempos hipocráticos, de los sistemas formalizados de valoración (índices de riesgo obstétrico) que vienen usándose desde la década de los sesenta. (Aranda, 1998)

Actualmente con el auge de la tecnología, la obstetricia está desempeñando una acelerada y fundamental evolución, con la implementación de técnicas nuevas de diagnóstico y aparatos sofisticados, a pesar de estos avances, nos enfrentamos aun a la problemática de salud materno-infantil que viven los países en vías de desarrollo. Es por esta razón que se da principal importancia a la la búsqueda de factores de riesgo durante la gestación, siendo Nesbitt quien plantea la identificación cuantitativa de estos factores mediante índice y puntajes, estableciendo el índice de A.S.M.I (Asistencia Sanitaria Materno Infantil). (Aubry, 1970, Nesbitt, 1969)

A partir que Nesbitt plantea la identificación por medio de tablas, La inquietud sobre esta problemática se hace más notable a nivel mundial dando lugar a la creación de diversas tablas e índices cuya finalidad es resaltar la gestación con algún factor de peligro, ya sea en forma aislada o combinada.

Así, pues aparece una nueva disciplina con grandes dimensiones dentro de la obstetricia: “el embarazo de alto riesgo” aquel que embarga múltiples factores una mayor potencialidad de daño sobre la gestación. (Ponce, 2015)

Un índice de riesgo es un instrumento clínico que nos permite, en función de las características de la gestante, predecir sus problemas futuros y, en consecuencia, decidir nuestro plan de cuidados. (Aranda, 1998)

Calificar el riesgo de un embarazo presupone que el instrumento usado para ello es lo suficientemente válido para detectar verdaderos positivos y verdaderos negativos. (Aranda, 1998)

ULTIMAS ACTUALIZACIONES.

PANORAMA MUNDIAL.

De acuerdo a las ultimas publicaciones en la OPS y OMS Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El 99% de todas las muertes maternas ocurren en países en desarrollo. Entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en todo el mundo disminuyó en un 44%. Entre 2016 y 2030, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el objetivo es reducir la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. (Fragilestates, 2023)

La UNICEF en su comunicado de prensa del 23 de febrero de 2023 en GINEBRA/NUEVA YORK/WASHINGTON declaran que Cada dos minutos muere una mujer durante el embarazo o el parto, El informe, *titulado “Tendencias en la mortalidad materna”*, revela alarmantes retrocesos para la salud de las mujeres en los últimos años, puesto que prácticamente en todas las regiones del mundo el número de muertes maternas ha aumentado o se ha estancado su descenso como señaló el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS). “Estas nuevas estadísticas revelan la necesidad urgente de garantizar que todas las mujeres y niñas tengan acceso a servicios de salud cruciales antes, durante y después del parto, y que puedan ejercer plenamente sus derechos reproductivos”. (WHO, 2023)

De acuerdo a los reportes del informe de seguimiento de la mortalidad materna mundial del 2000 al 2020, se registraron, según las estimaciones, 287.000 muertes maternas en todo el mundo. En dos de las ocho regiones de las Naciones Unidas –Europa y América del Norte, y América Latina y el Caribe– la tasa de mortalidad materna se incrementó entre 2016 y 2020 en un 17% y un 15%

respectivamente, mientras que en las otras regiones se estancó. (Fragilestates, 2023)

Las hemorragias graves, la hipertensión, las infecciones relacionadas con el embarazo, las complicaciones debidas a la práctica de abortos en condiciones de riesgo y las afecciones subyacentes que pueden agravarse durante el embarazo (como el VIH/sida y el paludismo) son las principales causas de la mortalidad materna mundial.(OMS, UNFPA, 2023)

PANORAMA EN MÉXICO.

En México, la muerte materna es menos común en las localidades más desarrolladas. Sin embargo, en las poblaciones más pobres y con una alta proporción de población indígena, sigue siendo un fenómeno frecuente. (Campbell, 2014)

El trabajo que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) realiza para contribuir a la reducción de la mortalidad materna en México se basa en tres pilares básicos: 1.- El acceso a anticoncepción y planificación familiar. 2.- Atención calificada de todos los partos, 3.-Acceso a cuidados obstétricos de emergencia. (Campbell, 2014)

Con la información oficial de muertes en México, se tiene que durante el periodo de 2002 a 2018 ocurrieron 17,406 muertes maternas para el cálculo de RMM, éstas excluyen las muertes maternas tardías y por secuelas (Campbell, 2014)

Con la última cifra oficial del año 2018, las entidades federativas que registraron una RMM por encima de la nacional fueron: Chiapas, Nayarit, Durango, Yucatán, Chihuahua, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Michoacán y Coahuila. No obstante,

los resultados obtenidos, se conoce que al menos un 70 - 80% de las defunciones maternas pueden ser evitables. (SSA, 2018)

Dentro de las causas obstétricas directas de mortalidad materna, las tres principales causas fueron: Enfermedades Hipertensivas con el 22.4%; Hemorragia obstétrica, 15.1% y las Complicaciones del embarazo, parto y puerperio, 15.6%. En las causas maternas indirectas, principalmente las enfermedades cardiovasculares 6.9%, seguida de las neoplasias 6.1% y de las enfermedades infecto-contagiosas 3.8%. (SSA, 2018).

Por último, de acuerdo al boletín epidemiológico de la semana 44 del año 2023 por parte del informe semanal de vigilancia epidemiológica indican: La razón de mortalidad materna calculada es de 25.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una disminución del 17.9% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior. Las principales causas de defunción son: Hemorragia obstétrica (20.4%); Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (15.3%) y Aborto (7.7%). Las entidades con más defunciones maternas son: Edo. De México (50), Chiapas (33), Veracruz (33), Guerrero (30) y Jalisco (30). En conjunto suman el 33.6% de las defunciones registradas. El grupo de edad con mayor RMM es el de 40 - 44 años. (SINAVE, 2023)

PANORAMA ESTATAL.

Entre 2002 y 2019, se registraron 277 defunciones maternas en Querétaro, esto es, 1% del total nacional en esta categoría. De estas, 30 sucedieron en adolescentes, lo que representa 11% del total estatal. La mortalidad materna total y la de adolescentes han tenido un comportamiento irregular durante los últimos años. Aunque las defunciones descendieron en 2017, hubo una leve alza en 2019

en las registradas en todos los grupos de edad. Específicamente, las cifras de muertes maternas en adolescentes se han mantenido estables, con un descenso de 2017 a 2019. (SSA, DGIS, 2019)

En cuanto a las muertes por aborto, entre 2002 y 2019, se registraron en Querétaro 10 defunciones en mujeres de todas las edades (menos de una defunción por año, en promedio). En la población adolescente se registraron 2 muertes en ese periodo, es decir, 20% del total de las causadas por aborto, lo que supera el promedio nacional (10%) en este grupo etario. Este porcentaje final se mantiene frente a 20% de 2017. (SSA, DGIS, 2019)

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil se ha visto una disminución considerable para 1994 era 30.1 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos; 25 años después ha disminuido 17.9 puntos porcentuales (12.2 defunciones de menores de un año en 2019) y según las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050, se estima que continúe el descenso al llegar a una tasa de mortalidad infantil de 4.3 en 2050.(SSA 2019,IPAS LAC 2021)

Se podría señalar que la atención primaria de salud centrada en la comunidad puede cubrir las necesidades de las mujeres, niñas y adolescentes y facilitar el acceso equitativo a servicios esenciales, como los partos instrumentados y la atención prenatal y posnatal, las vacunas infantiles, la nutrición y la planificación familiar. Sin embargo, la financiación insuficiente de los sistemas de atención primaria de salud, la falta de trabajadores sanitarios capacitados y la precariedad de las cadenas de suministro de productos médicos ponen en peligro los avances.

INVESTIGACIONES.

De acuerdo a Mittelmark 2022 en su publicación “factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo” , dentro de los principales factores de riesgo para complicaciones en el embarazo se incluyen: trastornos maternos

preexistentes, características sociodemográficas como principal factor la edad, problemas en embarazos previos.

En boletín de la ACOG (American Collage of Obstetrics and Gynecology) 2019, numero 222, determinan que las mujeres con antecedentes de preeclampsia o hipertensión gestacional tienen un mayor número de riesgos de eventos cardiovasculares a padecer durante la vida y después del parto, de en ser evaluadas y dar seguimiento a su riesgo cardiovascular.

Así mismo la ADA, en conjunto con el autor Artal 2015, en su publicación “the role of exercise in reducing the risk of gestacional diabetes mellitus in obese women” indican que la diabetes gestacional aumenta el riesgo de padecer trastornos hipertensivos, macrosomía fetal y necesidad de cesárea, por lo tanto, es de vital importancia evaluar sistemáticamente entre las semanas 24 a 28 de gestación.

Un punto a evaluar es el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, de acuerdo a Workowski “sexually transmitted infections treatment guidelines” en su reciente publicación del 2021, dentro de las enfermedades a destacar son la sífilis fetal, la hepatitis, vaginosis bacteriana, gonorrea y la infección genital por clamidia, debido a que están directamente relacionadas con el riesgo de trabajo de parto prematuro o rotura prematura de membranas.

Otro punto a evaluar son los problemas quirúrgicos agudos, de acuerdo a las investigaciones de Rasmussen 2019 “obstetric and non-obstetric surgery during pregnancy”, están relacionados indirectamente, ya que factores como obesidad, embarazos múltiples o gestantes fumadoras están relacionadas directamente con problemas apendiculares y trastornos biliares.

De acuerdo al estudio publicado por Gill, un metaanálisis de 10 años de duración, “association between maternal age and bith defects of unknown etiology: united states” se confirmo que la edad materna es un factor de riesgo a considerar, ya que la incidencia de preeclampsia, diabetes gestacional, alteraciones de la placenta y trabajo de parto disfuncional están directamente relacionados con embarazos de mujeres mayores de 35 años.

También es importante recalcar que el índice de masa corporal en la gestación juega un papel importante y que normalmente no se le da la importancia debida, en investigaciones publicadas por Mottola y Artal en 2010 y 2018 respectivamente, se ha visto que presentan un riesgo mayor de hipertensión, diabetes, embarazos postérminos, abortos y macrosomía fetal, que normalmente terminan en cesárea, para evaluar este riesgo la ACOG en 2016, publico una guía para controlar el sobrepeso y la obesidad.

El embarazo multifetal es un tema a discutir, actualmente hay múltiples tratamientos de fertilidad, que han contribuido al aumento de estos embarazos, de acuerdo a la ACOG publicado en 2021 boletín numero 231, este tipo de embarazos aumenta el riesgo de restricción del crecimiento fetal, trabajo de parto pretérmino y está directamente relacionado con hemorragias en el embarazo.

1.1 TABLA DE VALORACION DE RIESGO.

ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO EN EL CONTROL PRENATAL EN EL ESTADO DE MORELOS (COOPLAND MODIFICADA Y TABLA DE VALORACIÓN PROPUESTA POR SINAVE)

REFERENCIA PARA MANEJO EN UNIDADES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

HISTORIA REPRODUCTIVA	PTO	TRANTORNOS MEDICOS QUIRÚRGICOS	PTO	EMBARAZO ACTUAL	PTO
Edad		Diabetes clasificar		Hemorragia	
10 a 14	3	Preexistente	3	> 20sdg	3
15 a 19	2	Gestacional	3	< 20sdg	1
20 a 34	0	IMC > 30	2		
+ 35	2	Test de Sullivan	2		
Partos		Enfermedad renal crónica	3	Anemia <10mg/dl	1
+ 35 primigesta	1				
1 a 3	0				
+ 4	2				
Anterior		Preeclampsia-eclampsia hipertensión		Toxicomanías	3
Normal	0	< 34 sdg	3		
Complicado (2)	3	> 34 sdg	1		
		Criterio de severidad	4		
2 o más abortos o pérdidas fetales recurrentes	1	Enfermedad cardiaca	1-3	Hipertensión crónica	3
Preeclampsia-eclampsia hipertensión		Otras enfermedades maternas graves	1-3	Posmadurez + 42 sdg	3
< 34 sdg	2				
> 34 sdg	1				
Criterio de severidad	4				
Macrosomía > 4kg	3			Ruptura prematura de membranas	
				26 a 32 sdg	4
				33 a 34 sdg	1
				> 34.5 sdg	0
				> 34 con datos de sepsis.	3

Muertes perinatales	3			Polihidramnios y/o oligohidramnios	2
Hijo con bajo peso al nacer < 1.5kg	1			Fondo uterino correspondiente a la semana de gestación Fuera de rango Dentro de rango.	3 0
Hemorragia posparto	1			Cerclaje	3
2 cesares previas < 30 sdg (valoración) > 30 sdg placenta previa total Placenta previa parcial	1 3 2			Embarazo múltiple	3
Hijo con malformaciones	3			Isoinmunización a RH	3
Cirugía genitourinaria	3			VDRL + VIH + Infecciones de vías urinarias recurrentes (+3 que no responden al tratamiento)	3 3 3
Trombosis venosa	3			Lengua indígena	1
Periodo intergenésico < 12 meses	3			Violencia	1

Tabla 1.1 Wall E..Assessing obstetric risk. A review of obstetric risk-scoring systems..J Family Practice, 27 (1988), pp. 153-163

1 = Proteinuria >2g en 24 horas o +++en dos tomas en tira reactiva, dolor en barra en epigastrio, síntomas de vaso espasmo (cefalea, acufenos, fosfenos, mareo) TA sistólica >160 y/o TAD>110, alteración en el estado de alerta, oliguria anuria. Presentar algún dato del perfil toxémico positivo: plaquetas <150,000, elevación de las enzimas hepáticas, Incremento de la DHL (>600mg/dl) y F.A.

2 = Uso de fórceps, distocia de hombros. Acretismo placentario.

3 = Administrar una carga de 50 gramos de glucosa y toma de glicemia central >130 mg/dl a los 30 minutos y/o de 126mg/dl en ayuno, con alguno de los siguientes datos: Incremento de >16kg durante el embarazo, sobrepeso de >10kg, IMC >35

4 =Ejem. Miomectomía, resección de tabiques, recanalización tubaria, plastias uterinas etc.

5= Ejem. Lupus eritematoso sistémico, epilepsia, híper o hipo tiroidismo, síndrome anti fosfolípidos, etc.

TP = Trabajo de parto, RPM = Ruptura prematura de membranas

BAJO RIESGO <3 puntos, ALTO RIESGO >=3 puntos

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		Lugar del parto	
NOMBRE: APELLIDO				dia mes año		blanca indígena mestiza negra otra		ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel		vive sola no si N° identidad		Lugar del parto prenatal		Lugar del parto aborto	
DOMICILIO				EDAD (años)											
LOCALIDAD				TELEF.		< de 15 > de 15									
FAMILIARES				PERSONALES				OBSTETRICOS				FIN EMBARAZO ANTERIOR			
no si TBC diabetes hipertensión pre-eclampsia eclampsia otra cond. medica grave				no si cirugía genito-urinaria infertilidad cardiopat. nefropatía violencia				gestas previas abortos vaginales nacidos vivos viven				dia mes año menos de 1 año EMBARAZO PLANEADO no si FRACASO METODO ANTICONCEP. no si barrera DIU horm. natural			
ANTECEDENTES				ULTIMO PREVIO				3 espont. consecutivos				muerdos después 1° sem.			
GESTACION ACTUAL				EG CONFIABLE por FUM				RUMACT				ANTIRUBECOLA			
PESO ANTERIOR TALLA (cm)				EG CONFIABLE por FUM Eco <20s				1° trim 2° trim 3° trim				previa no sabe embaraz. no			
CERVIX				GRUPO Rh				VIH				SIFILIS			
normal anomal. no se hizo				no si Rh +				no si VIH <20 sem ≥20 sem IgG >20 sem IgM				no si SIFILIS prueba no treponémica treponémica no si sid nrc			
PAP				BACTERIURIA				ESTREPTOCOCCO B				PREPARACION PARA EL PARTO			
normal anomal. no se hizo				sem normal anomal. no se hizo				no si 35-37 semanas				no si CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA			
OCLP				GLUCEMIA EN AYUNAS				CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA				CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA			
no se hizo				no se hizo				no si				no si			
CONSULTAS ANTENATALES															
dia mes año edad gest. peso PA altura uterina presen. tación FCF (lpm) movim. fetales protei. nuria signos de alarma, exámenes, tratamientos Iniciales Técnico próxima cita															
PARTO															
FECHA DE INGRESO				CONSULTAS PRE-NATALES				HOSPITALIZ. en EMBARAZO				CORTICOIDES ANTENATALES			
dia mes año				total				completo incompleto ninguna nrc				esponáneo inducido cesar. elect.			
CARNÉ				POSICION DE LA MADRE				HTA previa				EDAD GEST. al parto			
hora min				PA pulso contr./10' dilatación				no si HTA inducida embarazo pre-eclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes				semanas días			
tr				CONTR. / 10'				Hemorragia				SITUACION			
no				PA				infec. ouvar. infec. urinaria amenaza parto preter. R.C.I.U. ruptura prem. de membranas anemia otra cond. grave				cefálica pélvica transversa			
detalles logograma				ALTURA PRESENT.				TAMANO FETAL ACORDE				ACOMPANANTE TDP P			
TRABAJO DE PARTO				VARIEDAD POSIC.				no si HEMORRAGIA				paraja familiar otro ninguno			
NACIMIENTO				MECONIO				INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO							
VIVO MUERTO				FCF/dips				INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO				INDUC OPER			
hora min dia mes año				no si				espont. cesárea forpce. vacuum				codigo			
POSICION PARTO				MEDICACION RECIBIDA				INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO							
sentada acostada				antibiot. analgesia anest. local anest. region. anest. grat. transfusión otros especificar				INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO							
caídas				otras medic. 1 medic. 2											
RECIEN NACIDO				TAMIZAJE NEONATAL				ATENCION				PUERPERIO			
SEXO PESO AL NACER				VDR. Tsh Hptatía Bilirub Toxo Miconio				PARTO NEONATO				dia hora T°C PA pulso invol. uter. loquos			
LONGITUD cm				no si mayor menor				PARTO NEONATO							
ESTIMADA				DEFECTOS CONGENITOS				REFERIDO							
				no si mayor menor				alco. neona otro cor. biolo hosp							
ENFERMEDADES				ALIMENTO ALTA				ANTICONSEPCION				CONSEJERIA			
ninguna 1 o más				lact. exci. parcial artificial				no si ANTICONSEPCION				no si			
codigo				BOG				METODO ELEGIDO				DIU post-evento DIU natural barrera hormonal ninguno			
				no si				dia mes año							
EGRESO RN				EGRESO MATERNO											
vivo fallece traslado				viva fallece											
dia mes año hora min				dia mes año											
fallece durante o en lugar de traslado no si				fallece durante o en lugar de traslado no si											
EDAD AL EGRESO dias completos <1 dia				PESO AL EGRESO											
lugar				g											
Nombre Recién Nacido				Responsable											

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)
 Descripción de códigos en el reverso
 HOFESAVP (Regional) 0109

TABLA 1.2 Fescina RH, De Mucio B, Martínez g, Díaz Rossello JL, Mainero L, Rubino M. Sistema informatico perinatal (SIP): Historia Clinica Perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2010.

HIPOTESIS.

De acuerdo a que el estudio que se realizo es de tipo observacional, se realizan las hipótesis de manera didáctica y para fines de la tesis, ya que no requiere el desarrollo de una hipótesis.

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN:

De acuerdo a la bibliografía, se espera que hasta un 20% de las atenciones prenatales sean embarazos de alto riesgo, por lo que se espera que en la consulta de atención prenatal otorgadas por el personal médico de la CMF QUERETARO, no se identifiquen correctamente los factores de riesgo para el desarrollo de embarazos de alto riesgo superando el 20% estimado internacionalmente.

HIPOTESIS NULA

Se esperaría que todo el personal médico de la CMF QUERETARO, identifica y reconoce los factores de riesgo que pueden llevar a que un embarazo se complique siendo menor o igual al 20% el desarrollo de embarazos de alto riesgo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar cuantas embarazadas atendidas en la Clínica de Medicina Familiar Querétaro cumplen con criterios de alto riesgo de embarazo de acuerdo a la tabla de valoración COOPLAND MODIFICADA en el periodo de enero 2022 a diciembre 2022.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Clasificar el riesgo obstétrico de las embarazadas acuerdo a la tabla de valoración COOPLAND MODIFICADA (34 factores riesgo)
2. Identificar población de riesgo para desarrollo de embarazo de alto riesgo.

METODOLOGIA

Diseño y tipo de estudio

Tipo de estudio

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo, que, por sus características, se define como observacional.

Diseño del estudio

El presente estudio se realizará en la CMF Querétaro, la cual se encuentra localizada en Av. Tecnológico 101, colonia Centro se realizará una sola medición con la aplicación de una cédula de datos demográficos a los expedientes clínicos de la CMF de las mujeres embarazadas atendidas en el periodo de enero 2022 a diciembre 2022 mediante encuesta descriptiva, con valoraciones prenatales y una comparación con la tabla de valoración de riesgo, para evaluar la calidad de atención y los criterios de referencia otorgada por los médicos de la CMF y se recolectara la información por el médico residente encargado del protocolo y se procesarán con el programa estadístico de computación SSPS y se obtendrán la medición y análisis de los mismos.

La población de estudio son todos los expedientes de las mujeres embarazadas que fueron atendidas en la CMF QUERÉTARO, que se encontraban en cualquier trimestre del embarazo.

Dentro del universo de trabajo serán derechohabientes de la clínica de Medicina Familiar Querétaro, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; ISSSTE, procedentes de la consulta externa del servicio de medicina familiar.

Se consultarán los expedientes del servicio de medicina familiar del periodo

comprendido entre el 01 enero del 2022 al 31 diciembre del 2022.

Esquema de selección.

Este estudio no requiere un grupo control y un grupo a intervenir, ya que es una muestra poblacional única, no requiere comparación entre grupos.

Criterios de inclusión.

Expedientes clínicos con diagnósticos de acuerdo al CIE 10. Con embarazo.

Criterios de exclusión.

Expedientes clínicos con diagnósticos por:

- Embarazo anembrionico
- Enfermedad trofoblástica gestacional
- Embarazo no confirmado
- Embarazo ectópico
- Amenorrea primaria

Criterios de eliminación.

Expedientes clínicos con diagnósticos por:

- Puerperio
- Expedientes incompletos
- Expedientes sin signos vitales y exploración física
- Información que no corresponda al periodo enero-diciembre 2022

Tipo de muestreo.

El tipo de muestreo es no probabilístico de tipo conveniencia.

Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y tamaño de la muestra

Se hizo una recolección de datos en base al “registro y control de pacientes embarazadas” por parte de enfermería de la CMF Querétaro, encontrando el tamaño de la población son 315 mujeres gestantes atendidas entre enero 2022 a diciembre 2022, se manejó un margen de error de 5% y un nivel de confianza del muestreo de 95%.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con la fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

N = tamaño de la población • e = margen de error (porcentaje expresado con decimales) • z = puntuación z

Nivel de confianza deseado	Puntuación Z
80%	1.28
85%	1.44
90%	1.65
95%	1.96
99%	2.58

De acuerdo a la fórmula empleada el cálculo de la muestra es de **174 expedientes**.

Para que la revisión tenga significancia significativa se aplica la calculadora de importancia estadística a una sola muestra con un nivel de confianza de 95%

	Visitantes	Conversiones		Tasa de conversión
A	315	174	→	55,24%
B	315	199	→	63,17%
HIPOTESIS	Una muestra	CONFIANZA	95%	

El resultado es significativo

La tasa de conversión de la variante B (63,17 %) era un 14,37 % mayor que la tasa de conversión de la variante A (55,24 %). Puedes tener un 95 % de confianza en que la variante B tendrá un resultado mejor que la variante A.

Potencial

88,97 %

Por lo tanto, la población a estudiar para que sea estadísticamente significativo es de 199 atenciones prenatales en el periodo mencionado.

Descripción operacional de las variables.

Nombre variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida
clasificación de riesgo obstétrico	Método de clasificación de acuerdo con la Tabla de valoración de riesgo obstétrico	Se realizará la puntuación con la escala COOPLAN D y se clasificará en 2 grupos: 1. Bajo riesgo o 2. Alto riesgo o	Cualitativa Dicotómica Nominal	BAJO RIESGO (menos 3 puntos) ALTO RIESGO (más de 3 puntos)
Factores Riesgo	Características o circunstancias detectable de una persona asociada a la	Parámetros indicados en la escala de COOPLAN D	Cualitativa Politómica Nominal	1. Edad 2. Partos 3. Abortos 4. Preeclampsia - eclampsia 5. Macrosomía

	<p>probabilidad de estar expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido</p>	<p>MODIFICA DA.</p>		<p>6. Muertes perinatales 7. Hijos con bajo peso al nacer 8. Hemorragia postparto 9. 2 cesáreas previas 10. Hijos con malformaciones 11. Cirugía genitourinaria 12. Trombosis venosa 13. Periodo intergenésico (<12 meses) 14. Diabetes 15. Enfermedad renal crónica 16. Enfermedad cardíaca 17. Otras enfermedades maternas graves 18. Hemorragia</p>
--	--	---------------------	--	---

				<p>en embarazo actual</p> <p>19. Anemia</p> <p>20. Toxicomanías</p> <p>21. Hipertensión crónica</p> <p>22. Posmadurez > 42 sg</p> <p>23. Ruptura prematura de membranas</p> <p>24. Polihidramnios</p> <p>25. Oligohidramnios</p> <p>26. Fondo uterino</p> <p>27. Cerclaje</p> <p>28. Embarazo múltiple</p> <p>29. Isoinmunización a RH</p> <p>30. VDRL</p> <p>31. VIH</p> <p>32. Infecciones de vías urinarias recurrentes</p>
--	--	--	--	---

				33. Lengua indígena 34. Violencia
--	--	--	--	---

Técnicas y procedimientos a emplear.

Los sujetos que se incluyeron fueron seleccionados por medio de un muestreo probabilístico de tipo no conveniencia de las bases de datos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Las fuentes de información son por medio de expedientes clínicos, los instrumentos de medición serán determinado por la escala de valoración de riesgo COOPLAND MODIFICADA.

Las mediciones y extracción de información de las embarazadas se realizó de acuerdo a la base epidemiológica de la clínica de medicina familiar, registrando un total de 199 embarazadas de primera vez y subsecuente, posterior a conocer la muestra y el universo de la población, se definen los procedimientos para conocer a la población, de acuerdo a las hojas de enfermería, se lleva un registro diario de turno matutino y vespertino, donde se registran los signos vitales, se anota las semanas de gestación, toma de glucosa capilar, expediente y RFC de cada paciente, posterior a la recolección de datos, el paciente pasa a consultorio de médico para continuar con su consulta.

Se solicito de manera formal con autorización de dirección las hojas de enfermería mensuales para hacer una base de datos con estos registros, se reviso por medio de expediente clínico electrónico cada una de las consultas otorgadas por el servicio médico, donde se hizo una recolección de datos de acuerdo a exploración física, diagnósticos, estado de salud de cada paciente.

Posterior a la recolección de datos se hizo un vaciamiento en una hoja de registro

elaborada donde se incluyen los factores de riesgo por medio de la tabla de Coopland Modificada, se agregan datos como número de consulta, fecha de consulta, nombre de paciente, expediente de paciente, consulta de primera vez o subsecuente, referencia a segundo nivel, puntuación obtenida, riesgo obstétrico alto o bajo.

Procesamiento y análisis estadístico.

Se inició con un análisis exploratorio, consistiendo en estadística descriptiva que nos sirvió para describir las características de la muestra. A través de medidas de tendencia central. La recolección de los datos se realizó en base de datos en el programa estadístico SPSS. Se estimó intervalo de confianza del 95%, para parámetros anteriores.

El análisis se efectuó un análisis univariado de las variables y se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión, la información se presentará por medio de tablas

ASPECTOS ÉTICOS.

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, **es una investigación sin riesgo** en donde se utilizan datos sensibles de los pacientes y se realizan intervenciones que no modifican sus variables fisiológicas, pero si se analizaran los datos obtenidos de peso, talla, edad gestacional, que no comprometen el estado de salud de los participantes. Este protocolo no requiere de la firma de consentimiento informado del paciente.

Conciliación con principios éticos en investigación en salud.

Se han tomado en consideración los siguientes puntos éticos:

- **AUTONOMÍA.** Por tratarse de un protocolo de investigación en donde no se tendrá una participación del paciente, no se requiere de su autorización (Carta de consentimiento informado), además el compromiso como investigadores es resguardar la información y la confidencialidad de los datos obtenidos de los expedientes. Para ello se tomarán en consideración las siguientes estrategias:
 1. Las hojas de instrumentos de recolección de datos contendrán el nombre y número de filiación de las pacientes con fines de que si falta algún dato o existiera algún error en el llenado pueda corregirse. Estas se destruirán una vez que se llene la base de datos en el programa de cómputo donde llevara a cabo el análisis estadístico y se corrobore que los datos son correctos. En la base de datos no se contendrá, nombre, número de afiliación o cualquier otro dato que lo relacione con el participante.
 2. Las hojas de recolección de datos serán resguardadas en la oficina del investigador responsable, en tanto sus datos son descargados a la base de datos y posteriormente serán destruidas en una trituradora de papel. El archivo de la base de datos será resguardada por 7 años en la

computadora institucional asignada al investigador responsable, en este caso de la DR. Alejandro Cabrera Valencia, los cuales cuentan con los mecanismos de seguridad informática institucional.

3. Los datos no se compartirán con nadie fuera del equipo de investigación y para fines de auditoria; en caso de publicaciones no se identificará a los individuos participantes

- **BENEFICENCIA.** Los datos obtenidos, nos permitirán identificar los embarazos de alto riesgo en la unidad de medicina familiar, con el objetivo de darlos a conocer a las autoridades correspondientes y de la delegación Querétaro para la adecuada programación de actividades inherentes a este tema prioritario.
- **NO MALEFICENCIA.** Al tratarse de un estudio transversal y cuya participación de los investigadores es puramente observacional, no se modificarán variables fisiológicas o psicológicas de los individuos, por lo cual, no se exponen a riesgos a los sujetos de investigación, además durante el procedimiento se respetará su integridad.
- **JUSTICIA.** Se incluirán los pacientes, independientemente de su religión, filiación política, nivel socioeconómico, género, prácticas sexuales u otra condición de discriminación potencial.

Todo lo anterior salvaguardando la integridad, confidencialidad y voluntariedad de los participantes del estudio, en caso de que el paciente no desee participar o ya no decida continuar con el estudio, tendrá la libertad de retirarse en cualquier momento sin que esto tenga alguna consecuencia como la negación de los servicios de salud en el ISSSTE, con complicaciones en situaciones administrativas o con situaciones académicas.

Conflicto de intereses.

Yo Alejandro Cabrera Valencia en pleno goce de mis derechos y bajo protesta de decir la verdad, manifestó que en la realización de este protocolo de investigación:

1. No tengo relación personal con algún servidor público de la dependencia o entidad que pueda obtener un beneficio.
2. No tengo relación comercial o económica directa con algún servidor publico
3. Cualquier otra cosa que pudiera afectar mi objetividad o independencia en el desempeño de mis funciones.

RESULTADOS

Para cumplir los objetivos del estudio se analizaron los expedientes de embarazadas del año 2022 de la Clínica de Medicina Familiar Querétaro, de forma aleatoria y al azar, dando un total de 199 atenciones prenatales, de los cuales todos cuentan con expediente clínico y en físico, se identificaron 34 factores de riesgo de acuerdo a la tabla de Coopland modificada, se hizo un conteo de cada consulta expedida por los médicos y se excluyeron los expedientes que no cumplieran con los criterios de inclusión.

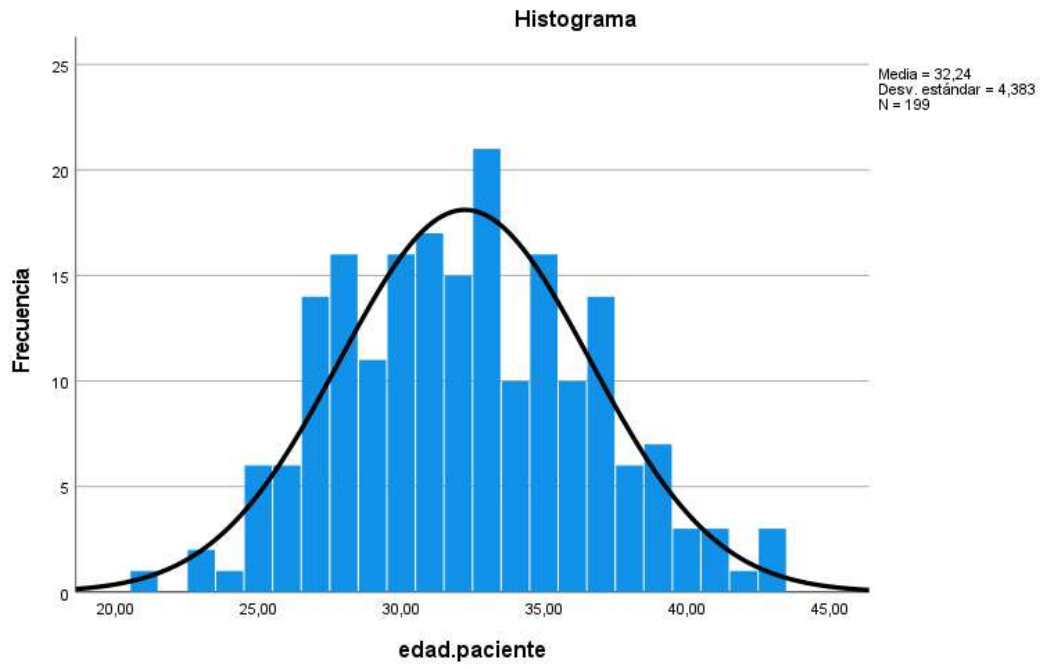
De acuerdo al análisis de los resultados se logró identificar que, de las 199 mujeres gestantes, acudieron a un total de 288 consultas, de estas 199 fueron de primera vez y 89 consultas subsecuentes.

CUADRO 2 Estadísticos		
Edad de las pacientes.		
N	Válido	199
	Perdidos	0
Media		32,2362
Mediana		32,0000
Moda		33,00
Rango		22,00
Mínimo		21,00
Máximo		43,00

El análisis estadístico descriptivo de las frecuencias, con respecto a la edad de las pacientes, nos reporta que las variables de tendencia central son una media de edad promedio de 32.2, con una mediana de 32 y una moda de 33 años, el rango de edad es de 22 años con un mínimo de 21 años y un máximo de 43 años.

CUADRO 3. Edad de las pacientes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	21,00	1	,5	,5	,5
	23,00	2	1,0	1,0	1,5
	24,00	1	,5	,5	2,0
	25,00	6	3,0	3,0	5,0
	26,00	6	3,0	3,0	8,0
	27,00	14	7,0	7,0	15,1
	28,00	16	8,0	8,0	23,1
	29,00	11	5,5	5,5	28,6
	30,00	16	8,0	8,0	36,7
	31,00	17	8,5	8,5	45,2
	32,00	15	7,5	7,5	52,8
	33,00	21	10,6	10,6	63,3
	34,00	10	5,0	5,0	68,3
	35,00	16	8,0	8,0	76,4
	36,00	10	5,0	5,0	81,4
	37,00	14	7,0	7,0	88,4
	38,00	6	3,0	3,0	91,5
	39,00	7	3,5	3,5	95,0
	40,00	3	1,5	1,5	96,5
	41,00	3	1,5	1,5	98,0
42,00	1	,5	,5	98,5	

	43,00	3	1,5	1,5	100,0
	Total	199	100,0	100,0	



Se consideró importante conocer en que trimestre de embarazo estaban ingresando las gestantes a la atención prenatal, De acuerdo a la edad gestacional, se vio que en el segundo trimestre de la gestación ocupa la mayoría de las atenciones con 99 consultas (49.7%) seguido del tercer trimestre con 72 atenciones (36.2%) estos resultados nos dan brindan gran información debido a que la mayoría de las gestantes 85.9% están acudiendo tardíamente a su control prenatal, perdiéndose grandes oportunidades de acción preventiva y de detecciones de embarazos de riesgo.

CUADRO 4. ATENCIÓN PRENATAL POR TRIMESTRE GESTACIONAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRIMER TRIMESTRE	28	14,1	14,1	14,1
	SEGUNDO TRIMESTRE	99	49,7	49,7	63,8
	TERCER TRIMESTRE	72	36,2	36,2	100,0
	Total	199	100,0	100,0	

De acuerdo a nuestro objetivo general se encontró que del total de la población estudiada (199 embarazadas), el 22.6% corresponde a un embarazo de alto riesgo desde la primera atención prenatal.

CUADRO 5. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO.						
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	BAJO RIESGO OBSTÉTRICO	154	77,4	77,4	77,4	
	ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	45	22,6	22,6	100,0	
	Total	199	100,0	100,0		

Para determinar el riesgo obstétrico se analizaron las variables de la tabla de COOPLAND MODIFICADA, encontrando 34 factores de riesgo, de los cuales analizaremos a continuación.

Se clasifico a las embarazadas por grupos de edad, tomando en cuenta la tabla de valoración de riesgo obstétrico, donde el grupo más vulnerable es de adolescentes y niñas de 10 a 14 años, se logró identificar que la mayor asistencia reportada fue en el grupo de 20 a 34 años con el 136 paciente (68.3%) seguida del grupo de más de 35 años con 63 pacientes (31.7%) grupos que no tienen riesgo obstétrico.

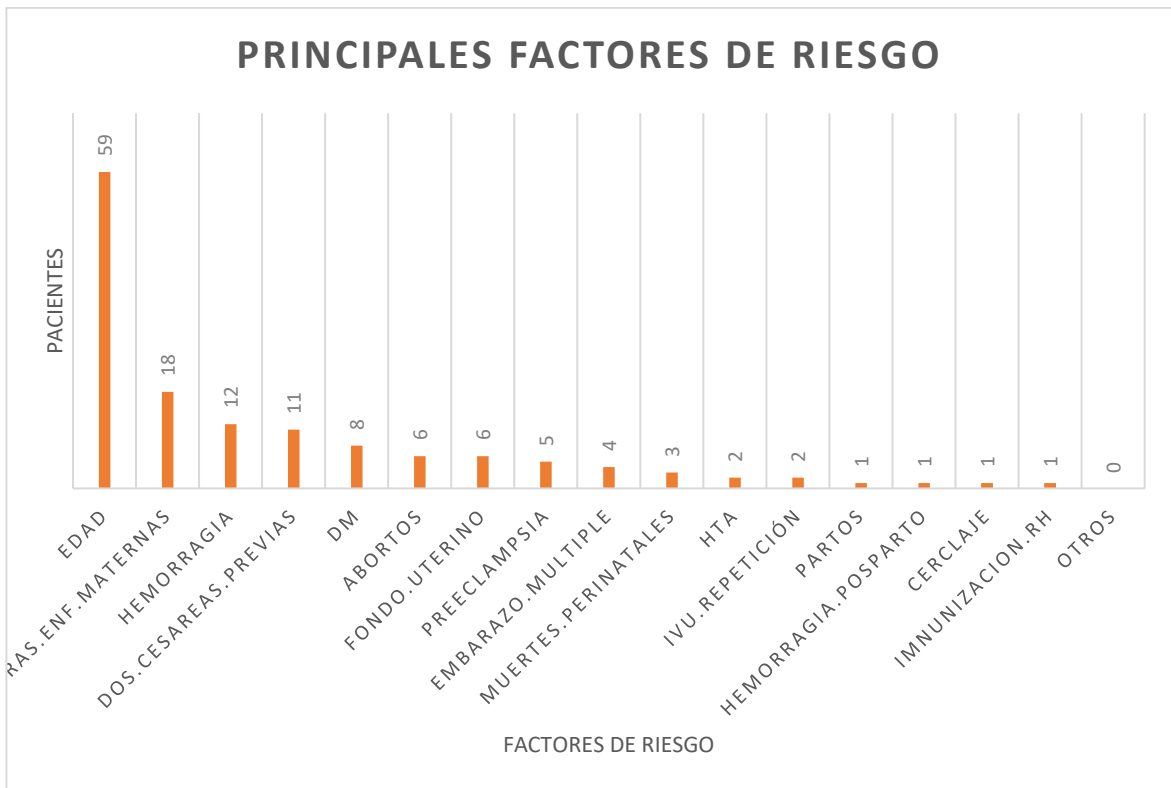
CUADRO 6. CLASIFICACIÓN DE EMBARAZADAS POR GRUPOS DE EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Menor 15 años	0	0	0	0
	15 a 19 años	0	0	0	0
Válido	20 a 34 años	136	68,3	68,3	68,3
	Mayor 35 años	63	31,7	31,7	100,0
	Total	199	100,0	100,0	

Se identifico que los factores de riesgo más comunes de forma descendente son edad mayor a 35 años con 42.1% (factor mas común), otras enfermedades maternas, donde se incluyen como principal factor patologías ginecológicas (fecundación invitro, síndrome ovario poliquístico, defectos uterinos, virus papiloma humano, miomatosis uterina) con un 12.9%, hemorragias (amenazas de parto) con el 8.6%, antecedente de cesáreas previas con 7.9% y diabetes mellitus tipo 2 y diabetes gestacional con 5.7%, dando en total un porcentaje acumulado de más del 80% de los factores de riesgo.

CUADRO 7. FACTORES DE RIESGO.

FACTOR RIESGO	PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Edad	59	42.1	42.10
Otras enfermedades maternas	18	12.9	54.96
Hemorragia	12	8.6	63.53
Dos cesáreas previas	11	7.9	71.39
Diabetes Mellitus	8	5.7	77.10
Abortos	6	4.3	81.39
Fondo uterino	6	4.3	85.67
Preeclampsia	5	3.6	89.24
Embarazo múltiple	4	2.9	92.10
Muertes perinatales	3	2.1	94.24
Hipertensión Arterial Sistémica	2	1.4	95.67
Infecciones de vías urinarias a repetición	2	1.4	97.10
Partos	1	0.7	97.81
Hemorragia posparto	1	0.7	98.53
Cerclaje	1	0.7	99.24

Inmunización RH	1	0.7	99.96
Parto previo	0	0.0	100.00
Macrosomía	0	0.0	100.00
Bajo peso al nacer	0	0.0	100.00
Malformaciones	0	0.0	100.00
Cirugía genitourinaria	0	0.0	100.00
Trombosis venosa	0	0.0	100.00
Periodo intergenésico	0	0.0	100.00
Enfermedad Renal Crónica	0	0.0	100.00
Enfermedad Cardíaca	0	0.0	100.00
Anemia	0	0.0	100.00
Toxicomanías	0	0.0	100.00
Hipertensión .crónica	0	0.0	100.00
Posmadurez	0	0.0	100.00
RPM	0	0.0	100.00
Polihidramnios/ oligohidramnios	0	0.0	100.00
VDRL	0	0.0	100.00
VIH	0	0.0	100.00
lengua. Indígena	0	0.0	100.00
Violencia	0	0.0	100.00



De los factores de riesgo a analizar se encuentra que los antecedentes de historia reproductiva abarcan la mayor cantidad de riesgos con 61% de los factores de riesgo seguido de los factores que incluyen el embarazo actual con 20%.

Por otro lado, una vez conocidos los principales factores de riesgo y su relación con la población estudiada, es de suma importancia determinar los envíos de referencia oportuna de las pacientes embarazadas a segundo nivel, clasificando el embarazo en bajo riesgo o embarazo de alto riesgo de acuerdo a los expedientes y hojas de referencia emitidas.

CUADRO 8. REFERENCIA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ENVIO SEGUNDO NIVEL	29	64,4	64,4	64,4
	SIN ENVIO SEGUNDO NIVEL	16	35,6	35,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Del total de las pacientes con alto riesgo se detectó que la mayoría corresponde al tercer trimestre de gestación con 53.3% con 24 pacientes, lo que nos indica que la detección es muy tardía, limitando las posibilidades de atención oportuna y adecuada.

CUADRO 9. TRIMESTRE DE GESTACIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO.					
		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRIMER TRIMESTRE	6	13,3	13,3	13,3
	SEGUNDO TRIMESTRE	15	33,3	33,3	46,7
	TERCER TRIMESTRE	24	53,3	53,3	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

De acuerdo a la NOM 007-SSA-S016, a la paciente embarazada se le debe otorgar un mínimo de 5 consultas prenatales, en nuestra población de estudio, se demuestra que la gestante atendida en el ISSSTE, solamente acude a consulta en un promedio de 1.4, con un rango mínimo de 1 sola vez y un máximo de 6 consultas prenatales, por lo tanto, es de gran importancia que en la primera atención médica se realice la valoración del riesgo obstétrico, debido a que la paciente muy difícilmente vuelve a regresar a consulta.

CUADRO 10. Estadísticos por consulta		
CONSULTAS		
N	Válido	288
	Perdidos	0
Media		1,4271
Mediana		1,0000
Rango		5,00
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

CUADRO 11. CONSULTAS DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1,00	199	69,1	69,1	69,1
	2,00	66	22,9	22,9	92,0
	3,00	15	5,2	5,2	97,2
	4,00	6	2,1	2,1	99,3
	5,00	1	,3	,3	99,7
	6,00	1	,3	,3	100,0
	Total	288	100,0	100,0	

DISCUSIÓN.

El embarazo de alto riesgo sigue siendo un problema de salud importante para la población mexicana, que impacta negativamente en los objetivos establecidos para el 2030, de acuerdo a las últimas cifras otorgadas por INEGI, durante 2021 se registraron 23 000 muertes fetales. Estas corresponden a una tasa nacional de 6.7 por cada 10 000 mujeres en edad fértil, 83.5 % de las muertes fetales ocurrió antes del parto, 15.3 % durante el parto y en 1.2 % de los casos no se especificó, con lo que se obtiene una tasa de 1.44 habitantes por cada 10 000 con la captación tradicional y de 1.80 con la incorporación de la información captada por la SSA.

La tasa nacional de embarazos que terminaron en muerte fetal fue de 6.7 mujeres en edad fértil por cada 10 000. Las entidades federativas que presentaron las tasas más altas fueron: Guanajuato (9.2), Aguascalientes (9.1) y estado de México (8.7). Las tasas más bajas se registraron en Sinaloa (3.5), Oaxaca (3.7) y Quintana Roo (3.8).

Las afectaciones al feto por factores maternos y por complicaciones tanto del embarazo, como del trabajo de parto y del parto mismo fueron las principales causas de muerte fetal con 46.0 por ciento. Le siguieron otros trastornos originados en el periodo perinatal con 27.1 por ciento.

El objetivo principal de este proyecto es el de identificar los embarazos de alto riesgo para lograr una mayor comprensión e importancia en la valoración de la mujer gestante y su pronta referencia a un segundo nivel, es por eso que el análisis de la información y comprender la situación actual que ayudara a estar conscientes de la falta de información y de capacidad que se tiene al dar la atención prenatal.

De acuerdo al análisis se encontró que de la población seleccionada para el estudio la mayoría no cumplen con criterios de embarazos de alto riesgo, sin

embargo, el grupo vulnerable que cumple con dichos criterios no está bien identificado y clasificado por parte del personal médico de la clínica del ISSSTE.

El grupo de gestantes con mayor riesgo fue el del tercer trimestre, comparado con los otros dos trimestres, esto se debe principalmente a que, de acuerdo a las notas médicas, la mayoría lleva un control prenatal de forma externa al instituto, con médico particular, a lo cual acuden al término del embarazo para su referencia al segundo nivel. Tal como lo demuestra el Doctor Faneite en su publicación, donde los factores institucionales, médicos y epidemiológicos hacen que la mujer gestante no asista a consultas prenatales.

Siguiente este panorama, cabe mencionar que en la misma revisión se encontró que las mujeres que acuden en el tercer trimestre tienen también factores de riesgo para ser evaluadas antes por el médico especialista y ser enviadas prontamente a segundo nivel.

En lo que respecta a la edad, las pacientes de 20 a 34 años fueron las que predominaron en este proyecto y según lo reportado por la tabla Coopland se obtiene un puntaje de cero, considerando a este grupo sin riesgo, pero es importante comentar que la población del instituto no representa a la población general de México; de acuerdo a los datos registrados por INEGI, las adolescentes ha reportado una tasa alta de maternidad en los últimos años, por tal situación el sector público de salud ha implementado múltiples estrategias para disminuir este problema actual y con ello reducir el riesgo en este grupo etario.

Caso contrario a lo comentado, se registraron 59 expedientes que correspondían a embarazos de mujeres añosas, lo que implica un factor de riesgo importante a considerar, otro punto a tomar en cuenta son las enfermedades pregestacionales, esto se compara con los datos obtenidos en una publicación del hospital Español donde se confirma la relación de la edad materna con las complicaciones fetales a corto plazo.

Por otro lado, encontramos que la edad materna se puede relacionar con complicaciones maternas, tal como nos demuestra en su publicación del hospital Español, dentro de los cuales encontramos que predominan la enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas y aborto espontaneo, estas complicaciones están directamente relacionadas con el incremento de riesgo de complicaciones neonatales.

Dentro de los factores que afectan el embarazo actual se vio que las amenazas y hemorragias gestacionales son la primera causa de atención en la población y motivo de referencia a segundo nivel, esto se confirma con las ultimas publicaciones de la OMS donde se confirma que esta dentro de las primeras 4 causas de riesgo prenatal.

De igual forma hay factores de riesgo que no fueron encontrados en la población estudiada, probablemente esto se deba a que no se lleva un control y desconocimiento del personal médico a preguntar a la gestante sobre sus antecedentes gineco-obstétricos, por lo que nos da un sesgo en la información.

Con respecto al envío a segundo nivel encontramos dos variantes, se encuentra que el envío de las mujeres con factores de riesgo es ineficiente, con riesgo de complicaciones en el embarazo, de igual forma se encuentra el lado opuesto, se ve que de acuerdo a la NOM-007-SSA2/1993 el envío a segundo nivel es

incorrecto, ya que se envían sin criterios de alto riesgo, en más del 50% de los casos.

Por último, cabe destacar que la clínica de Medicina Familiar, no cuenta con un documento de control prenatal adecuado, por lo que no se lleva a cabo el control adecuado del embarazo, lo que da lugar a que haya errores en la elaboración de historias clínicas de las mujeres embarazadas o bien no exista un orden adecuado para la búsqueda de factores de riesgo.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente proyecto revelan la importancia de llevar a cabo un adecuado control prenatal con la correcta identificación de factores de riesgo, dichos factores pueden ser prevenibles con la implementación de mejores programas, que garanticen el crecimiento y desarrollo óptimo de los embarazos, actualmente no existe un registro de control prenatal que persiga estos intereses.

Se debe considerar en reafirmar la información del programa de atención oportuna del riesgo obstétrico, la Norma Oficial Mexicana NOM-007- SSA2/1993 "Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido" y la Guía de Práctica Clínica "Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente" o, a través de cursos para los médicos que laboran en la Clínica de Medicina Familiar para que los criterios de envío sean utilizados de manera adecuada y de esta manera se logren los objetivos del programa para reducir la morbi-mortalidad materna.

APORTACIONES O BENEFICIOS GENERADOS PARA LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE QUERÉTARO.

El conocimiento de los factores de riesgo por todo el personal de salud de la clínica, debe de ser indispensable y con capacitación continua para poder identificar a tiempo todos los posibles embarazos de alto riesgo y evitar sus complicaciones, mediante un programa de prevención, detección y manejo oportuno.

PERSPECTIVA.

Con la ayuda de material informativo mediante la elaboración de una tabla para su manejo fácil y mediante paloteo identificar los embarazos de alto riesgo, a fin de evitar un diagnóstico erróneo.

DIFUSIÓN.

Se procederá a dar capacitación continua a todo el personal de salud mediante sesiones informativas, trípticos y carteles que se colocaran por toda la clínica de medicina familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. DOF: 07/04/2016. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida [Internet]. México: Secretaría de Gobernación [fecha de consulta: 7 de abril 2016. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
2. Martínez R. Salud Uninorte. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. Barranquilla (Col.) 2016; 32 (3): 452-460 459
3. Artal R. Embarazo de alto riesgo. Disponible en: <http://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/embarazo-de-alto-riesgo/embarazo-de-alto-riesgo>, septiembre 2022.
4. Schwarcz R, Diverges C, Díaz A, Fescina R. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1999. p.137-146.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Maternidad Saludable. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/familia/maternidad.htm>
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Reducir la mortalidad materna es prioridad diaria de la OPS. Información de prensa. Mayo de 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature19.htm>
7. Pinedo A, Távara L, Chumbe O, Parra J. Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Ginecol Obstet 1995; 41(3): 52-54. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/>
8. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Salud materna y neonatal: Atención preconcepcional, prenatal y posnatal inmediata. (Libro AIEPI). Bogotá, D.C.: USAID; 2013. Disponible en: <file:///C:/Users/PORTATIL6/Downloads/Libro%20AIEPI%202014%20ver%20web.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Disponible en: <http://www.who.int/gho/>

- publications/world_health_statistics/ES_WHS2012Full.pdf
10. Vega M, Rosa I, Barron A, G, Acosta R., Lucila P. Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí. 2012 [en línea]. Disponible en: <http://www.bvsvspcol.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/>
 11. Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;
 12. Aguirre A. La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI. Pap. poblac vol.15 no.61 Toluca jul./sep. 2009
 13. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2015. Panorama general. Disponible en: <https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/Spanish2015.pdf>
 14. E., Cabezas Cruz. Evolución De La Mortalidad Materna En Cuba, Rev. Cubana Salud Pública V. 32 N.1 Ciudad De La Habana Ene-Mar 2006.
 15. Organización Mundial De La Salud, OMS. Mortalidad Materna 2005. Estimaciones Elaboradas Por La OMS, El Unicef, El Unfpa Y El Banco Mundial, 2008. Disponible En: [Http://Whqlibdoc.who.int/Publications/2008/9789243596211_Spa.Pdf?Ua=1](http://Whqlibdoc.who.int/Publications/2008/9789243596211_Spa.Pdf?Ua=1).
 16. JUAREZ, F., 2007, "Certificación del proceso de generación de estadísticas sobre mortalidad materna" en E. ZÚÑIGA, Certificación Internacional del Programa Arranque Parejo en la Vida y Certificación del Proceso de Generación de Estadísticas sobre Mortalidad Materna, Secretaría de Salud.
 17. Pineda, Zuñiga, et. Al. GUÍA DIDÁCTICA PARA EL TALLER: "CONTROL DE EMBARAZO NORMAL" UTPL, Departamento de Ciencias de la Salud, septiembre 2013.
 18. Cunningham. (2011). Williams Obstetricia. Buenos Aires: Mc Graw-Hill
 19. Dimes, F. M. (2013). El consumo de alcohol durante el embarazo. March of Dimes, 1.
 20. Donoso E: Control prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña,

- E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Cuarta Edición, capítulo 13, página 257-287, 2011
21. E. Morales-Andrade, et al.: Epidemiología de la muerte materna en México. Rev Esp Méd Quir. 2018;23
 22. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet. 2009; 374:881-92.
 23. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014; 2(6):e323-33.
 24. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015: Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>
 25. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf>
 26. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2014
 27. <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web.TriageObstétricoCM.pdf>
 28. Manual de Atención. Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros, Recién Nacido Sano. México 2001. Primera edición; 1: 9-22.
 29. Hernández Alvarado A. Manual de Procedimientos de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. México. 2004.
 30. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Formato de descripción detallada de proyecto de gestión en red 2017. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud.
 31. <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1524.PDF>

32. Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal. Serie: Documentos Técnico-Normativos. Ministerio de Salud. LaPaz–Bolivia 2020: https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final_manual_instructivo_sip_2020-_1.pdf
33. JM. Aranda, et. Al. Obstetric risk: evaluation of existing indices and criteria Vol. 22. Núm. 4. páginas 205-214 (Septiembre 1998)
34. Aubry and Nesbitt. R.E.L., High risk Obstetrics III. Cytohormonal evaluation and their practical utility in managing High-risk patients. AM J. Obst. Gynec. 107:48 1970
35. Nesbitt R.E.L and Aubry, R.H., High-risk obstetrics II: value group. AM.J. Obst. Gynec. 105: 972, 1969.
36. Ponce de León, Embarazo de Alto riesgo. <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/ginecol&obstet/v30n2/a5.pdf>
37. 35.- Vigilancia y manejo del parto. Guía de Práctica Clínica. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08. ISBN: 978-6077790-94-5.
38. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTES MATERNAS. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología www.gob.mx/salud
39. La situación demográfica de México 2016. Dos décadas después: evolución y condiciones de la atención a la salud reproductiva en México. Consejo Nacional de Población <<http://www.conapo.gob.mx>>
40. Campbell O, Graham W, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Consultado el 24 de noviembre de 2014. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606693811>.
41. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
42. Índice de fragilidad de los Estados. Puede consultarse en:

<https://fragilestatesindex.org/data/>.

43. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 Asistencia cualificada en el parto. Puede consultarse en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.
44. Campbell O, Graham W, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Consultado el 24 de noviembre
45. de 2014. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606693811>.
46. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTES MATERNAS Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología www.gob.mx/salud
47. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología www.gob.mx/salud
48. INFORME SEMANAL DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA. Semana epidemiológica. Secretaria de salud. SINAVE. Dra. Yura Andrea Montoya Nuñez. Encargada del Sistema de Notificación Inmediata de Muerte Materna. 2023
49. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud | 19 de julio de 2022
50. Dirección General de Información en Salud (DGIS). (2019). Cubo de muertes maternas 2002 a 2019.
51. Secretaría de Salud. http://pwidgis03.salud.gob.mx/cubos/defunciones/maternas_2019.htm
52. salud reproductiva información básica del estado de Querétaro julio, 2021

53. Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), con base en la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015 y las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050
54. Avances, desafíos y oportunidades a nivel estatal rumbo a la Conferencia Internacional sobre LA Población y EL Desarrollo +25: Querétaro. CONAPO, UNFPA.

ABREVIATURAS.

OMS: Organización Mundial de la Salud

TMI: Tasa de Mortalidad Infantil

RMM: Razón de Muerte Materna

ODM: Objetivos Del Milenio

Nvr: nacidos vivos registrados

DGIS: Dirección General de Información en Salud

SEED: Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones

RCIU: Retardo del Crecimiento Intrauterino

RPM: Ruptura Prematura de Membranas

FUM: Fecha Ultima Menstruación

FPP: Fecha Probable Parto

CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología

SMR: Salud de la Mujer y Reproductiva

LCF: Latido Cardíaco Fetal

FCF: Frecuencia Cardíaca Fetal

NOM: Normas Oficiales Mexicanas

AME: Atención a Mujeres Embarazadas

SDG: Semana De Gestación

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

IMSS: Instituto Mexicano de Seguro Social

A.S.M.I. Asistencia Sanitaria Materno Infantil

SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

TA: Tensión Arterial

TAD: Tensión Arterial Diastólica

CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

OPS: organización Panamericana de la Salud

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

CMF: Clínica de Medicina Familiar.

DGE: Dirección General de Epidemiología

CONAPO: Consejo Nacional de Población

DORO: Detección Oportuna de Riesgo Obstétrico

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR QUERETARO
REGISTRO Y CONTROL DE PACIENTES EMBARAZADAS

NO.	FECHA	NOMBRE	RFC	EDAD	SDG	T/A	F. CAR	F. R.	PESO	TALLA	GLUCOSA	P. VIH	VACUNAS	P. LM	OBSERVACIONES	
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																



GOBIERNO DE
MÉXICO



NUEVO
ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL QUERÉTARO
DIRECCIÓN
Subdirección Médica
Coordinación De Enseñanza E Investigación

Santiago de Querétaro, Qro., 17 de Enero de 2023

OFICIO No. 022-206/ DCEI/ AP 01/2023

Asunto: Autorización de Protocolo

DR. ALEJANDRO CABRERA VALENCIA

RII de la Especialidad de Medicina Familiar
Investigador Principal
Presente

Por este conducto nos permitimos informarle que ha sido autorizado por parte de los Comités de Investigación y Ética en Investigación el trabajo de campo de su protocolo titulado:

"IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F. ISSSTE QUERÉTARO", por lo que puede dar inicio con su investigación.

Lo anterior, para dar cumplimiento al Programa E015 "Investigación Científica y Tecnológica"; así como a los Lineamientos para el Ingreso, Permanencia y Egreso de los Médicos Residentes en Período de Adiestramiento en una Especialidad que a la letra nos dice en el Artículo 30: " Los Médicos Residentes deberán realizar por lo menos un trabajo de investigación durante su residencia, de acuerdo al programa de especialidad correspondiente..."

Sin otro particular de referencia, le enviamos un cordial saludo.

Atentamente

DR. SALIM KURI AYALA
Director del Hospital

Presidente de los Comités de Investigación y Ética en Investigación

C.c.p.- COMITÉS DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
CONSECUTIVO
ARCHIVO.

SKA*mgsr.





Registro del Protocolo de Investigación del Estudiante de Posgrado

Trámite a realizar:	Nuevo registro (X)	Cambio ()
Fecha de Registro*: 17-05-2023		
No. Registro de Proyecto*:		
Fecha de inicio de proyecto: ENERO 2022	Fecha de término de proyecto: DICIEMBRE 2022	

Espacio (*) exclusivo para la Dirección de Investigación y Posgrado

1. Datos del solicitante:

No. de expediente: 124995

Nombre: Cabrera	Valencia	Alejandro
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Dirección: Av. De la Aurora	la vida	76915
Calle y número Querétaro	Colonia 442-748-0709	C.P. aneke4@hotmail.com
Estado	Teléfono	Correo electrónico

2. Datos del proyecto:

Facultad:	Medicina-Posgrados
Programa:	Especialidad en Medicina Familiar.
Tema específico del proyecto:	IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F ISSSTE QUERÉTARO.

3. Nombres y firmas de:

 Dr. Agustín Enrique Munguía Sánchez Director o Directora de Tesis	Co-director o Co-directora	Dr. Nicolás Camacho Calderón Jefe o Jefa de Investigación y Posgrado de la Facultad
 Dr. Alejandro Cabrera Valencia Alumno o Alumna	Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea Director o Directora de la Facultad	Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña Director o Directora de Investigación y Posgrado


Santiago de Querétaro, Qro., a 17 de Mayo de 2023

Facultad de Medicina
H. Consejo Académico
H. Consejo de Inv. y Posgrado

Presente

Quien suscribe, C. Cabrera Valencia Alejandro con número de expediente: 124995 de la generación: 2021-2024, les solicito de la manera más atenta, su autorización para obtención de Diploma del programa de Especialidad en Medicina Familiar, mediante la opción de tesis, que lleva el título de "IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F ISSSTE QUERÉTARO".

Sin más por el momento, y en espera de una respuesta favorable a mi petición quedo pendiente, dejándoles un cordial saludo.

Atentamente 

Dr Alejandro Cabrera Valencia



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Querétaro, Querétaro. A 16 enero del 2023

Dr. Vidal García Carrillo
Director de la C.M.F Querétaro.

Anexo 1.

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD PARA REVISIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES.

Yo, Alejandro Cabrera Valencia, alumno de la especialidad de Medicina Familiar, del **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, hago constar, en relación al protocolo No. titulado: "IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F ISSSTE QUERÉTARO." que me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, o en el cual participo como investigadora en el proyecto que realizó como parte de mi proceso de titulación, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.



U.B.
Dr. Vidal García Carrillo
Director C.M.F. Qro

FIRMA: _____

Alejandro Cabrera Valencia.

Acceustia Munguía
17/01/23

- C.C.P Dr. Agustín Enrique Munguía Sánchez. Tutor de la especialidad de Medicina Familiar.
- C.C.P Dr. José Noé Montiel Rosas. Encargado del departamento de enseñanza de la CMF Qro.
- C.C.P departamento de enseñanza del Hospital General de Querétaro.
- C.C.P Dra Isela Vega González. Coordinación Médica de la CMF Qro.
- C.C.P Verónica Margarita Hoyos Talavera. Jefatura de Archivo de la CMF Qro.
- C.C.P Roció Quintero Pérez. Jefatura de Enfermería de la CMF Qro.

Verónica Hoyos
17/01/23
JEFATURA DE ENFERMERIA

JEFATURA DE
ENFERMERIA



GOBIERNO DE MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

ANEXO 2.

CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESEMPEÑANDO FUNCIONES COMO Revisor De Expedientes Clínicos/Otros.

Yo, Alejandro Cabrera Valencia, en mi carácter de *REVISOR DE EXPEDIENTES CLÍNICOS*, entiendo y asumo que, de acuerdo al **Art.16**, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, es mi obligación respetar la privacidad del individuo y mantener la confidencialidad de la información que se derive de mi participación en el estudio: *"IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F ISSSTE QUERÉTARO."* y cuyo investigador responsable soy yo mismo, al ser alumno de la especialidad de Medicina Familiar, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la ciudad de Querétaro y como parte de mi proceso de titulación. Asimismo, entiendo que este documento se deriva del cumplimiento del **Art. 14 1** de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares a la que está obligado todo(a) investigador(a).

Por lo anterior, me comprometo a no comentar ni compartir información obtenida a través del estudio mencionado, con personas ajenas a la investigación, ya sea dentro o fuera del sitio de trabajo, con pleno conocimiento de que la violación a los artículos antes mencionados es una causal de despido de mis funciones.



Verónica Hoyos
27/01/23

Alejandro Cabrera Valencia: _____

A 16 enero del 2023.

Agustín Enrique Munguía Sánchez
17/01/23

1 "El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica"

- C.C.P Dr. Agustín Enrique Munguía Sánchez. Tutor de la especialidad de Medicina Familiar.
- C.C.P Dr. José Noé Montiel Rosas. Encargado del departamento de enseñanza de la CMF Qro.
- C.C.P departamento de enseñanza del Hospital General de Querétaro.
- C.C.P Dra Isela Vega González. Coordinación Médica de la CMF Qro.
- C.C.P Verónica Margarita Hoyos Talavera. Jefatura de Archivo de la CMF Qro.
- C.C.P Roció Quintero Pérez. Jefatura de Enfermería de la CMF Qro.





GOBIERNO DE MÉXICO



ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

ANEXO 3.

CARTA DE AUTORIZACION.

Título de proyecto: "IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F ISSSTE QUERÉTARO."

Investigador Principal: Alejandro Cabrera Valencia.

Estimado director de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Querétaro:

Introducción/Objetivo:

Mi nombre es Alejandro Cabrera Valencia, soy alumno de la especialidad de Medicina Familiar, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, como parte de mi proceso de titulación estoy realizando un proyecto de investigación. El objetivo del estudio es identificar los factores de riesgo para el desarrollo de embarazos de alto riesgo por medio de la revisión de expedientes clínicos. El estudio se estará realizando en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Querétaro.

Procedimientos:

Como parte de su participación en el estudio le pedimos me autorice la revisión de expedientes clínicos y formatos oficiales de referencia y contrarreferencia, con el objeto de poder llevar a cabo el proyecto de investigación.

Confidencialidad: Su nombre siempre será confidencial, ya que no se mencionará. Tampoco aparecerá en los documentos relacionados al proyecto, ni en la exposición/publicación de las mismas.

Riesgos Potenciales/Compensación: No hay riesgo alguno ya que no podrá ser identificado. Usted no recibirá ningún pago por permitirnos realizar las entrevistas y la revisión de expediente y documentos oficiales, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación es totalmente voluntaria. Es decir, Usted no está obligado(a) a permitir que se hagan la revisión de documentos oficiales. Tiene todo el derecho de negarse a participar y esta decisión no le traerá consecuencia alguna.

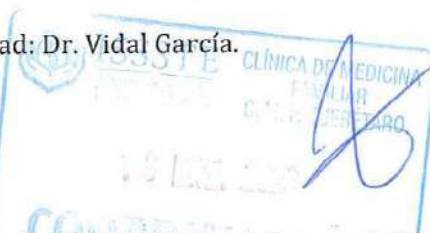
Números a Contactar:

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el investigador responsable del proyecto: Alejandro Cabrera Valencia al siguiente número de teléfono (442)7480709 en un horario de 8 a 15 has.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Nombre del Director de la unidad: Dr. Vidal García.

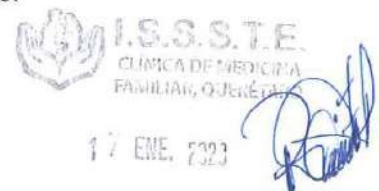
Firma: _____



17/01/23
Aceptación de Monseera S
17/01/23

- C.C.P Dr. Agustín Enrique Munguía Sánchez. Tutor de la especialidad de Medicina Familiar.
- C.C.P Dr. José Noé Montiel Rosas. Encargado del departamento de enseñanza de la CMF Qro.
- C.C.P departamento de enseñanza del Hospital General de Querétaro.
- C.C.P Dra Isela Vega González. Coordinación Médica de la CMF Qro.
- C.C.P Verónica Margarita Hoyos Talavera. Jefatura de Archivo de la CMF Qro.
- C.C.P Rocío Quintero Pérez. Jefatura de Enfermería de la CMF Qro.

Av. San Fernando No. 547, 1° Piso Edificio "A", colonia Toriello Guerra, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14050, Ciudad de México, Teléfono: 54471424 extensión 12944
www.issste.gob.mx



JEFATURA DE ENFERMERÍA



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SALUD SOCIAL DEL ESTADO
QUERÉTARO

Querétaro, Querétaro. A 30 enero del 2023

Dr. Vidal García Carrillo
Director de la C.M.F Querétaro.

**Anexo 4.
USO DE CONSULTORIO MÉDICO.**

Por medio de la presente, solicito su autorización para hacer uso de las instalaciones de la clínica para revisión de expedientes clínicos electrónicos y en físico de acuerdo al horario establecido en el cual no interrumpa las labores de los médicos de consultorio, utilizando por la mañana el consultorio numero 1 en un horario hasta las 12:00 asi mismo por la tarde, utilizando el consultorio 5/6 a partir de las 14:00 hrs.

Atentamente.

Alejandro Cabrera Valencia: _____



- C.C.P Dr. Agustín Enrique Munguía Sánchez. Tutor de la especialidad de Medicina Familiar.
- C.C.P Dr. José Noé Montiel Rosas. Encargado del departamento de enseñanza de la CMF Qro.
- C.C.P departamento de enseñanza del Hospital General de Querétaro.
- C.C.P Dra Isela Vega González. Coordinación Médica de la CMF Qro.
- C.C.P Verónica Margarita Hoyos Talavera. Jefatura de Archivo de la CMF Qro.
- C.C.P Roció Quintero Pérez. Jefatura de Enfermería de la CMF Qro.

Dr. Agustín Enrique Munguía Sánchez
Especialista Medicina Familiar
CED. PROF. 11384228
Universidad de Guanajuato
No. Emp. 344737

C.U., a 31 OCTUBRE 2023.

Dr. En C.S. Nicolás Camacho Calderón
Jefe de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Querétaro
P R E S E N T E

Por este conducto me permito comunicarle que en mi calidad de **director(a) de tesis**, para la obtención de diploma/examen de grado del (la) alumno(a) **ALEJANDRO CABRERA VALENCIA** de la **especialidad/maestría/doctorado** en **MEDICINA FAMILIAR**, he leído y revisado la tesis/trabajo escrito "**IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F. ISSSTE Querétaro**", llené y suscribí la rúbrica que anexo y considero que cubre las consideraciones científicas y de ética de la investigación y no existe conflicto de intereses.

Por lo tanto, lo considero satisfactorio y otorgo **mi voto aprobatorio**.

A T E N T A M E N T E



MED. ESP. AGUSTÍN ENRIQUE MUNGUÍA SÁNCHEZ.
DIRECTOR TESIS



RÚBRICA DE EVALUACIÓN DE TRABAJO ESCRITO CON FORMATO DE TESIS

Programas educativos de especialidad y maestría con orientación profesional. Área de Ciencias Naturales y Sociales y Humanidades

I. Información general

Facultad: Medicina
Nombre del programa: Especialidad en Medicina Familiar
Nombre del/la alumno(a): Dr. Alejandro Cabrera Valencia.
Título de la tesis: IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F ISSSTE QUERÉTARO.

II. Revisión de estructura

Criterios	SI	NO APLICA
1. Portada externa de la tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Portada interna	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dedicatoria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Agradecimientos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Revisión del contenido

Resumen en español

Deberá ser escrito a renglón seguido y debe presentar de forma clara y concreta el planteamiento del problema, objetivos, metodología, y principales resultados. Tendrá una extensión máxima de 350 palabras. En la parte inferior incluir de 3 a 5 palabras claves para la descripción del contenido del documento

Revisado y cumple con lo especificado en la guía

Abstract

Es la traducción del resumen en español, al igual que este deberá incluir palabras clave (*keywords*). Este resumen será revisado en corrección y estilo, por el comité de tesis

Revisado y cumple con lo especificado en la guía



Trabajo escrito con formato de tesis

El trabajo de investigación cumple con el contenido estipulado en la Facultad o documento fundamental correspondiente.

Revisado y cumple con lo especificado en la guía

Revisado en originalidad e inédito

Revisado en cuanto a integridad científica

Manifiesto no tener conflicto de interés con el alumno

Revisión con herramienta antiplagio

AGUSTÍN ENRIQUE MUNGUÍA SÁNCHEZ
DIRECTOR DE TESIS

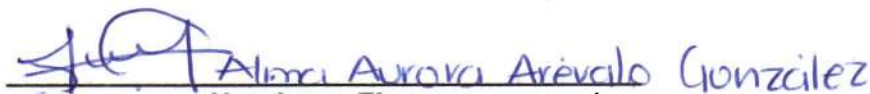
C.U. 31 de Octubre de 2023

Dr. En C.S. Nicolás Camacho Calderón
Jefe de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Querétaro
PRESENTE

Por este conducto comunico a usted que he **revisado** el trabajo de Tesis/trabajo escrito titulado:

IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F ISSSTE QUERÉTARO del (la) alumno(a) ALEJANDRO CABRERA VALENCIA de la especialidad/maestría/doctorado en MEDICINA FAMILIAR manifiesto que el trabajo es original, inédito y cumple con los requisitos de integridad científica, manifiesto no tener conflicto de intereses con el alumno y los demás sinodales, por lo cual doy **mi voto aprobatorio**.

ATENTAMENTE



MED. ESP. ALMA AURORA AREVALO GONZÁLEZ.
Secretario.

Nota: una carta por cada miembro del comité.

C.U. 01 de DICIEMBRE del 2023

Dr. En C.S. Nicolás Camacho Calderón
Jefe de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Querétaro
PRESENTE

Por este conducto comunico a usted que he **revisado** el trabajo de Tesis/trabajo escrito titulado:

IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F. ISSSTE QUERÉTARO.

del (la) alumno(a) **ALEJANDRO CABRERA VALENCIA** de la especialidad/maestría/doctorado en **MEDICINA FAMILIAR.**


manifiesto que el trabajo es original, inédito y cumple con los requisitos de integridad científica, manifiesto no tener conflicto de intereses con el alumno y los demás sinodales, por lo cual doy **mi voto aprobatorio.**

ATENTAMENTE



MED. ESP. RAQUEL MENDOZA DÍAZ
vocal.

Dra. Raquel Mendoza Díaz
MEDICINA INTEGRADA
CED. ESP. 8164006
No. EMP. 354990



Nota: una carta por cada miembro del comité.

C.U. 27 de Noviembre del 2023

Dr. En C.S. Nicolás Camacho Calderón
Jefe de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Querétaro
P R E S E N T E

Por este conducto comunico a usted que he **revisado** el trabajo de Tesis/trabajo escrito titulado:

IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F. ISSSTE QUERÉTARO.

del (la) alumno(a) **ALEJANDRO CABRERA VALENCIA** de la especialidad/maestría/doctorado en **MEDICINA FAMILIAR.**

manifiesto que el trabajo es original, inédito y cumple con los requisitos de integridad científica, manifiesto no tener conflicto de intereses con el alumno y los demás sinodales, por lo cual doy **mi voto aprobatorio.**

A T E N T A M E N T E



MTRO. OMAR RANGEL VILLICAÑA
Suplente 2

Nota: una carta por cada miembro del comité.

C.U. 31 de Octubre de 2023

Dr. En C.S. Nicolás Camacho Calderón
Jefe de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Querétaro
P R E S E N T E

Por este conducto comunico a usted que he **revisado** el trabajo de Tesis/trabajo escrito titulado:

IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F. ISSSTE QUERÉTARO del (la) alumno(a) ALEJANDRO CABRERA VALENCIA de la especialidad en MEDICINA FAMILIAR en manifiesto que el trabajo es original, inédito y cumple con los requisitos de integridad científica, manifiesto no tener conflicto de intereses con el alumno y los demás sinodales, por lo cual doy **mi voto aprobatorio**.

A T E N T A M E N T E



Mta. Ma. Azucena Bello Sánchez
Suplente

Dra. Ma. Azucena Bello Sánchez
COORDINADOR CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD
Mat. 99234797
Céd. Esp. 9769219



Nota: una carta por cada miembro del comité.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad Medicina Familiar.

IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA CLÍNICA DE MÉDICA
FAMILIAR ISSSTE QUERÉTARO.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma/grado de
(o la)

Especialidad en Medicina Familiar.

Presenta:

Alejandro Cabrera Valencia.

Dirigido por:

Agustín Enrique Munguía Sánchez.

SINODALES.

Agustín Enrique Munguía Sánchez

Presidente

Alma Aurora Arévalo González

Secretario

Raquel Mendoza Diaz.

Vocal

Omar Rangel Villicaña

Suplente

Ma. Azucena Bello Sánchez.

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Noviembre 2023

México



A QUIEN CORRESPONDA:

La que suscribe, Directora de la Facultad de Lenguas y Letras, hace **C O N S T A R** que

CABRERA VALENCIA ALEJANDRO

Presentó y acreditó el **Examen de Comprensión de Textos en Inglés** efectuado el día veintidós de enero de dos mil veinticuatro.

Se extiende la presente a petición de la parte interesada, para los fines escolares y legales que le convengan, en el Campus Aeropuerto de la Universidad Autónoma de Querétaro, el día siete de febrero de dos mil veinticuatro.



Atentamente,
"Enlazar Culturas por la Palabra"

DRA. ADELINA VELÁZQUEZ HERRERA

AVH/thb*CL*FLL-C.-2761

REQUISITOS A PRESENTAR EN VENTANILLA DE POSGRADO

Alumno: 124995 - CABRERA VALENCIA ALEJANDRO

Carrera: EMF13 - ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Opción: PRESENTACIÓN DE TESIS Y EXAMEN DE GRADO

Fecha de Impresión: 13/02/2024 23:47

En el caso de la opción **PRESENTACIÓN DE TESIS Y EXAMEN DE GRADO:**

- Votos aprobatorios (5 votos establecidos en el reglamento de estudiantes UAQ).
- Portada de tesis en la que indica el nombre de su trabajo tal cual aparecerá en el acta de grado y los nombres de los 5 sinodales

En el caso particular de tu programa:

- Comprensión de textos en alguna lengua extranjera

Generales:

- Esta hoja.
- En caso haber vencido su tiempo para iniciar su proceso de diploma u obtención de grado integrar **Autorización de Prórroga por parte del H. Consejo Académico de su facultad.**
- Carta dirigida al H. CONSEJO UNIVERSITARIO solicitando autorización para la obtención de grado, con firma en tinta azul.
- Carta de autorización de opción para obtener diploma o grado, emitida por el Consejo Académico de su Facultad.
- Carta de liberación para obtener el diploma o grado, emitida por el Jefe (a) del Área de División de Posgrado de la Facultad.
- Recibo de reinscripción vigente (en caso de requerirlo, solicitarlo en la facultad)
- CURP (**formato actualizado verificado en la página de RENAPO no mayor a 2 meses**)

NOTA: Es importante leer en su totalidad el documento de "Instrucciones", ya que especifica todos los requisitos tanto para la integración de expediente, la ceremonia de titulación y la generación de título.

Santiago de Querétaro, Qro. a 13 de Febrero de 2024

H. Consejo Universitario

PRESENTE.

El que suscribe, CABRERA VALENCIA ALEJANDRO con número de expediente 124995, solicito de la manera más atenta que mi expediente sea revisado y turnado a las instancias correspondientes para obtener el diploma o grado de ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR que se imparte en la FACULTAD DE MEDICINA, mediante la opción de PRESENTACIÓN DE TESIS Y EXAMEN DE GRADO.

Sin más por el momento, y en espera de una respuesta favorable a mi petición, quedo de usted.

Atentamente



CABRERA VALENCIA ALEJANDRO

Domicilio: avenida de la Aurora exterior 205, interior A75, colonia el Romeral, C.P. 76915, Corregidora, Querétaro.

Teléfono: 442 7480709

Correo Electrónico: aneke4@hotmail.com



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA



QUERÉTARO, QRO., 02 AGOSTO 2023
Ref.: SAFM/488/23

C. ALEJANDRO CABRERA VALENCIA
EXPEDIENTE: 124995
FACULTAD DE MEDICINA
P R E S E N T E.

Sirva este medio para hacer de su conocimiento que en el H. Consejo Académico de la facultad de Medicina en Sesión Ordinaria de fecha 02 de agosto del 2023, fue **aprobada por unanimidad** su solicitud de opción de titulación de la Especialidad en Medicina Familiar, por defensa de **TESIS** titulada:

“IDENTIFICAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO EN LA C.M.F ISSSTE QUERÉTARO.”

Sin más por el momento agradezco su atención y le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“POR LA VIDA Y LA SALUD”



SECRETARÍA
ACADÉMICA

DR. AMADEO LUGO PÉREZ
SECRETARIO DEL H. CONSEJO ACADÉMICO FMUAQ

c.c. Archivo



Centro Universitario, a 16 de febrero de 2024

Oficio Núm:235/JDEIP/24

M. en C. Darío Hurtado Maldonado
Director de Servicios Académicos
Presente.

Por este medio informo a usted que al candidato **ALEJANDRO CABRERA VALENCIA** con expediente **124995** egresado de la Especialidad en **Medicina Familiar** con la opción de obtención de **Diploma** por **defensa de tesis y examen de grado**, cumplió con los siguientes requisitos:

- Guías y formatos establecidos por la Dirección de Investigación y Posgrado, de acuerdo con la opción autorizada.
- Liberación de Adeudos de la facultad.
- Requisitos adicionales de la facultad.

Por lo anterior, se autoriza la integración de su expediente ante la Dirección de Servicios Académicos para que sea turnado al H. Consejo Universitario.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

"Educo en la verdad y en el Honor"
"Por la vida y la salud"

Dr. Nicolás Camacho Calderón
Jefatura del área de Posgrado de la Facultad de Medicina

Cc. **ALEJANDRO CABRERA VALENCIA**. - Alumno
Archivo

[Salir](#) [Imprimir](#)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Centro Universitario Tel. 01(442) 1921200 Santiago de Querétaro Qro.

FOLIO 4628670
EXPEDIENTE 124995
NOMBRE CABRERA VALENCIA ALEJANDRO
URES 1203 POSGRADO (FACULTAD DE MEDICINA)
CONCEPTO

IMPORTE

REINS. ESP. EN MEDICINA FAMILIAR 2023-1 (EMF13-ANUAL)

7-TRABAJO DE ATENCION MEDICA III Grupo:4	\$.00
9-SEMINARIO DE INVESTIGACION III Grupo:4	\$.00
12-SEMINARIO DE EDUCACION III Grupo:4	\$.00
8-SEMINARIO DE ATENCION MEDICA III Grupo:4	\$.00
LICENCIAS DE SOFTWARE	\$ 1000.00
REINSCRIPCION	\$ 3000.00
--- TOTAL ---	\$ 4000.00

Fecha de Vencimiento:

23 Junio 2023

(2013) Referencia 1
0052599270462867038974270

Referencia 2
4628673



Generado el: 07/06/2023 19:28

Si no pagas antes de la fecha de vencimiento, perderás tus derechos como alumno NOTA: Si ud. requiere de un comprobante fiscal, favor de ingresar a la siguiente página: facturas.uaq.mx

Banco	Convenio
BANORTE	05058
HSBC	TXN-5503 3613
BBVA BANCOMER	932167
SANTANDER	4053
SCOTIABANK	3830
BANBAJIO	2154



Sello del Banco

Original: Banco
Copia: Alumno
Copia: Contabilidad

Comprobante válido solo con el sello del banco

Firma del Alumno (a)

Además del **Seguro Facultativo (SEFA)**, por ser estudiante de la UAQ VIGENTE, tienes derecho a un **Seguro contra accidentes (SEAC)**. Para mayor información consulta en:

<https://prevision.uaq.mx/>
Aplican restricciones.

Al formar parte de la comunidad universitaria, puedes acceder y hacer uso de los beneficios del paquete Office 365 en tus dispositivos personales.
Conoce más en <https://diti.uaq.mx/office>





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
CONSTANCIA DE LA CLAVE ÚNICA
DE REGISTRO DE POBLACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DEL
REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN
E IDENTIDAD



Clave:
CAVA870601HDFBLL05

Nombre
ALEJANDRO CABRERA VALENCIA



Soy México

Fecha de inscripción	Folio	Entidad de registro
14/10/1997	3595736	DISTRITO FEDERAL



109014198706083

CURP Certificada: verificada con el Registro Civil

ALEJANDRO CABRERA VALENCIA

PRESENTE

Ciudad de México, a 16 de febrero de 2024

El derecho a la identidad está consagrado en nuestra Constitución. En la Secretaría de Gobernación trabajamos todos los días para garantizar que las y los mexicanos gocen de este derecho plenamente; y de esta forma puedan acceder de manera más sencilla a trámites y servicios.

Nuestro objetivo es que el uso y adopción de la Clave Única de Registro de Población (CURP) permita a la población tener una sola llave de acceso a servicios gubernamentales, ser atendida rápidamente y poder realizar trámites desde cualquier computadora con acceso a internet dentro o fuera del país.

Nuestro compromiso es que la identidad de cada persona esté protegida y segura, por ello contamos con los máximos estándares para la protección de los datos personales. En este marco, es importante que verifiques que la información contenida en la constancia anexa sea correcta para contribuir a la construcción de un registro fiel y confiable de la identidad de la población.

Agradezco tu participación.

LUISA MARÍA ALCALDE LUJÁN

SECRETARIA DE GOBERNACIÓN



Estamos a sus órdenes para cualquier aclaración o duda sobre la conformación de su clave en **TELCURP, marcando el 800 911 11 11**

La impresión de la constancia CURP en papel bond, a color o blanco y negro, es válida y debe ser aceptada para realizar todo trámite.

TRÁMITE GRATUITO

Los Datos Personales recabados, incorporados y tratados en la Base de Datos Nacional de la Clave Única de Registro de Población, son utilizados como elementos de apoyo en la función de la Secretaría de Gobernación, a través de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identidad en el registro y acreditación de la identidad de la población del país, y de los nacionales residentes en el extranjero; asignando y expidiendo la Clave Única de Registro de Población. Dicha Base de Datos, se encuentra registrada en el Sistema Persona del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales (<http://persona.ifai.org.mx/persona/welcome.do>). La transferencia de los Datos Personales y el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deben realizarse conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados, y demás normatividad aplicable. Para ver la versión integral del aviso de privacidad ingresar a <https://renapo.gob.mx/>