

Artículo de investigación

Riesgo obstétrico de usuarias del módulo de control prenatal en la Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud en el año 2023

Obstetric risk of users of the prenatal care module in the Comprehensive Care and Health Research Unit in 2023

Risco obstétrico das usuárias do módulo pré-natal da Unidade de Atenção Integral à Saúde e Pesquisa em 2023

Lic. María Fernanda García-Gómez¹, Lic. Alejandra Monserrat Hernández-González²,
Lic. Juana María Monjaraz-Hernández³, Lic. Aranza Ortiz-Reyes⁴, Mg. Ruth Torres-Marceleño⁵,
Mg. Lucía Guadalupe Tovar-Barrientos⁶, Mg. Omar Medina-de la Cruz⁷

RESUMEN

Introducción. La salud materna es un problema de salud pública que afecta a las familias de las personas gestantes y al recién nacido. El impacto de una muerte materna cambia la dinámica familiar, la socialización de los hijos y las necesidades de la familia. Por lo anterior, es importante realizar la clasificación del riesgo obstétrico para evitar complicaciones.

Objetivo. Identificar el riesgo obstétrico en usuarias del módulo de control prenatal en la Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud (UCIIS).

Población y métodos. Investigación cuantitativa, descriptiva; se analizó la información de 111 registros de pacientes que acudieron a la UCIIS en el periodo de enero a diciembre del año 2023. Se realizó la

1 Licenciada en Enfermería, Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0005-6590-4398

2 Licenciada en Enfermería, Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0002-7568-7268

3 Licenciada en Enfermería, Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0008-7528-5764

4 Licenciada en Enfermería, Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0009-1274-0894

5 Maestría en Administración de Hospitales y Servicios de Salud, Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0002-7349-7751

6 Maestría en Salud Pública, Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. ORCID: 0009-0000-5032-8897

7 Maestría en Ciencias, Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Departamento de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Servicios de Salud de San Luis Potosí. Hospital General de Zona No.50. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí, México. ORCID: 0000-0002-0239-7721

Correspondencia: omar.medina@uaslp.mx

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 18 de septiembre de 2024

Aceptado: 13 de mayo de 2025

categorización del riesgo obstétrico y el análisis descriptivo en el programa SPSS V.21.

Resultados. El 37,8 % (n: 42) tenían entre 19 a 23 años, el 89,1 % (n: 99) eran solteras y el 34,2 % (n: 38) presentaron infecciones vaginales. En cuanto a la clasificación del riesgo obstétrico el 58 % (n: 64) eran de bajo riesgo, el 7 % (n: 8) de mediano riesgo y el 35 % (n: 39) de alto riesgo.

Conclusiones. La clasificación del riesgo obstétrico en usuarias de la UCIIS permite poder derivarlas a un segundo nivel para recibir atención y evitar complicaciones. La atención que brinda el personal de enfermería de la unidad es fundamental a través de la educación y orientación, evaluación y seguimiento, completar esquemas de vacunación, apoyo psicológico y atención; la UCIIS es una unidad de primer nivel de atención que es operada y dirigida por personal de enfermería.

Palabras clave: complicaciones del embarazo; factores de riesgo; embarazo de alto riesgo; atención prenatal.

ABSTRACT

Introduction: Maternal health is a public health issue that affects the families of pregnant women and their newborns. The impact of a maternal death changes family dynamics, children's socialization, and family needs. Therefore, it is important to classify obstetric risk to avoid complications.

Objective: To identify obstetric risk in users of the prenatal care module at the Comprehensive Care and Health Research Unit (UCIIS, Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud).

Population and methods: This was a quantitative, descriptive study. Data from 111 medical records of patients who attended the UCIIS between January and December 2023 were analyzed. Obstetric risk categorization and descriptive analysis using SPSS v.21 were performed.

Results: 37.8% (n: 42) were aged 19 to 23 years, 89.1% (n: 99) were single, and 34.2% (n: 38) had vaginal infections. Regarding obstetric risk classification, 58% (n: 64) were at low risk, 7% (n: 8) were at medium risk, and 35% (n: 39) were at high risk.

Conclusions: Classifying obstetric risk in UCIIS patients allows for referral to a secondary level to receive care and prevent complications. The care provided by the unit's nursing staff is essential, including education and guidance, assessment and follow-up, completion

of vaccination schedules, psychological support, and care. The UCIIS is a primary level of care unit operated and managed by nursing staff.

Keywords: pregnancy complications; risk factors; high-risk pregnancy; prenatal care.

RESUMO

Introdução: A saúde materna é um problema de saúde pública que afeta as famílias das gestantes e seus recém-nascidos. O impacto da morte materna altera a dinâmica familiar, a socialização das crianças e as necessidades da família. Portanto, é importante classificar o risco obstétrico para evitar complicações.

Objetivo: Identificar o risco obstétrico em usuárias do módulo de controle pré-natal na Unidade de Cuidados Integrados e Pesquisa em Saúde (UCIIS).

População e métodos: Pesquisa quantitativa, descritiva; foram analisadas as informações de 111 registros de pacientes que compareceram à UCIIS no período de janeiro a dezembro de 2023. A categorização do risco obstétrico e a análise descritiva no programa SPSS V.21 foram realizadas.

Resultados: 37,8% (n: 42) tinham entre 19 e 23 anos, 89,1% (n: 99) eram solteiras e 34,2% (n: 38) apresentavam infecções vaginais. Em relação à classificação de risco obstétrico, 58% (n: 64) eram de baixo risco, 7% (n: 8) de médio risco e 35% (n: 39) de alto risco.

Conclusões: A classificação de risco obstétrico em usuárias de UCIIS permite que elas sejam encaminhadas para um nível secundário de atenção para receber cuidados e prevenir complicações. O cuidado da equipe de enfermagem da unidade é essencial por meio de educação e orientação, avaliação e acompanhamento, cumprimento de esquemas vacinais, apoio e cuidados psicológicos; A UCIIS é uma unidade de atendimento de primeiro nível, operada e dirigida pela equipe de enfermagem.

Palavras-chave: complicações na gravidez; fatores de risco; gravidez de alto risco; cuidados pré-natais.

doi: <https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n48.02>

Cómo citar: García-Gómez MF, Hernández-González AM, Monjaraz-Hernández JM, Ortiz-Reyes A, Torres-Marceleño R, Tovar-Barrientos LG, Medina-de la Cruz O. Riesgo obstétrico de usuarias del módulo de control prenatal en la Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud en el año 2023. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2025;48:13-23.

INTRODUCCIÓN

La salud materna es una parte importante de la salud pública que afecta el bienestar de la madre y del recién nacido. Se realizan grandes esfuerzos y se implementan estrategias para tener impacto en la reducción de la mortalidad materna a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible; una de las metas para el año 2030 es reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos.¹ Durante el 2020 de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud murieron 287 000 mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio; prácticamente el 95 % de estas muertes ocurrió en países de ingresos bajos y medianos; cabe resaltar que gran parte de estas defunciones se pudieron haber evitado.²

En México de acuerdo con la información de la Dirección General de Epidemiología, al cierre de la semana epidemiológica 52 del año 2023, la razón de mortalidad materna fue de 26,5 defunciones por cada 100 000 nacimientos. Las principales causas de defunción fueron hemorragia obstétrica (19,4 %), enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (16,2 %) y aborto (8,3 %); además las localidades con mayor número de defunciones fueron el Estado de México (n: 70), Veracruz (n: 39), Guerrero (n: 38), Chiapas (n: 37) y Jalisco (n: 32).³

En el estado de San Luis Potosí durante el 2023 se registraron 5 muertes maternas, 10 defunciones menos respecto al año 2022.⁴ Sin embargo, durante el periodo enero-diciembre 2023, de acuerdo con la Dirección General de Información en Salud a través de la plataforma de cubos dinámicos de nacimientos en el estado se registraron 36 780 nacimientos; clasificados según las semanas de gestión (SDG) hubo 7320 de pretérmino (<37 SDG), 26 914 de término (38-40 SDG) y 2546 de posttérmino (>41 SDG).⁵

El parto pretérmino no solo representa una complicación crítica en embarazos de alto riesgo, sino que también se destaca entre las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil. Sus consecuencias se extienden al aumento de los costos de atención para los recién nacidos prematuros y a posibles complicaciones a largo plazo en su desarrollo, incluyendo parálisis cerebral, deterioro sensorial, discapacidades de aprendizaje y enfermedades respiratorias.⁶ Sin embargo, el control prenatal es una forma efectiva de mejorar los resultados del embarazo, de acuerdo con la 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. Esta norma menciona que las pacientes embarazadas de bajo riesgo deben de tener por lo menos cinco consultas prenatales iniciando preferentemente en las primeras ocho SDG.⁷

La importancia de acudir a las consultas de control prenatal radica en que a partir de la primera consulta se puede determinar el riesgo obstétrico de la paciente. Este se define como cualquier afección obstétrica, médica o situación sociodemográfica que, durante el embarazo, el parto y el puerperio pueda ocasionar un aumento en la morbilidad materna y fetal. Su evaluación es de ayuda en la toma de decisiones para reconocer de manera inmediata la gravedad del estado de una mujer gestante, y asegurar una atención rápida y confiable de acuerdo con el nivel de riesgo potencial.⁸

La Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, a partir del año 2006, pone en funcionamiento la Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud (UCIIS) con el objetivo de contribuir a la formación de profesionales de la salud especializados en el área. Además se encarga de brindar servicios integrales a la comunidad que lo requiere independientemente del tipo de seguridad social que tengan.⁹

La UCIIS proporciona una variedad de servicios interdisciplinarios que abarcan desde estudios comunitarios y atención médica general hasta curaciones, odontología y psicología. En cuanto a salud materno-infantil, ofrece consultas de atención al niño sano, evaluación y seguimiento nutricional, atención a la mujer, estimulación temprana, vacunas y control prenatal. Dentro de este último, el personal de enfermería brinda atención y seguimiento a las usuarias gestantes, además de realizar la clasificación del riesgo obstétrico.⁹

El objetivo de esta investigación fue identificar el riesgo obstétrico en usuarias del módulo de control prenatal en la UCIIS.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo y descriptivo. Se utilizó una base de datos que contenía la información de 111 pacientes que acudieron al módulo de control prenatal en la UCIIS en el periodo de enero a diciembre del año 2023. No se calculó el tamaño de la muestra ya que se partió del total de registros que tenía la base de datos. Para la identificación del riesgo

obstétrico de las pacientes se utilizó la “categorización de riesgo obstétrico” el cual es un instrumento que se utiliza de manera estatal derivado de la revisión de expertos en la materia (médicos con especialidad en ginecología) e implementado por los Servicios de Salud de San Luis Potosí, basándose en la 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. Este instrumento evalúa distintos indicadores de cuatro dimensiones de las pacientes: 1) antecedentes personales (edad, índice de masa corporal [IMC], escolaridad, jornada laboral, violencia intrafamiliar/habla lengua indígena), 2) historia reproductiva (gesta, aborto, antecedente de óbito, cesárea, tiempo intergestacional, características del último parto, características del último recién nacido), 3) antecedentes personales patológicos (comorbilidad previa al embarazo, consumo de sustancias psicoactivas) y 4) embarazo actual (embarazo múltiple, hemoglobina, control prenatal, etc.); dependiendo del aspecto evaluado se obtiene una puntuación que oscila entre los 0, 5 y 10 puntos. Para la clasificación del riesgo obstétrico se considera de bajo riesgo (0 puntos), mediano riesgo (5 puntos) y alto riesgo (>10 puntos) (ver Anexo 1).

Para la estadística descriptiva se utilizó el programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V.21*.

Criterios de inclusión

Registros de pacientes embarazadas que se atendieron en el módulo de control prenatal de la UCIIS en el periodo de enero a diciembre del año 2023.

Criterios de exclusión

Registros incompletos de pacientes embarazadas que se atendieron en el módulo de control prenatal de la UCIIS en el periodo de enero a diciembre del año 2023.

Consideraciones éticas y legales

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (CEIFE) con el código CEIFE-2024-484.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

En esta investigación se analizaron 111 registros de pacientes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión y no se excluyó ningún registro. El grupo de edad con mayor porcentaje (37,8 %; n: 42)

fue el de 19 a 23 años, el 89,1 % (n: 99) eran solteras, el 56,8 % (n: 63) tenían escolaridad secundaria, el 82,0 % (n: 91) eran amas de casa y el 92,8 (n: 103) eran mujeres sin seguridad social (Tabla 1).

Las colonias (extensión con más de 2500 habitantes) que mayor porcentaje tuvieron de mujeres embara-

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes embarazadas que se atendieron en el módulo de control prenatal de la UCIIS en 2023 (n: 111)

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)		
14-18	28	25,2
19-23	42	37,8
24-28	17	12,3
29-33	15	13,5
34-38	7	6,3
Estado civil		
Soltera	99	89,1
Casada	12	10,9
Escolaridad		
Primaria	19	17,1
Secundaria	63	56,8
Preparatoria	24	21,6
Licenciatura	5	4,5
Ocupación		
Ama de casa	91	82,0
Estudiante	6	5,4
Comerciante/empresaria	4	3,6
Empleada	8	7,2
Estilista	2	1,8

Fuente: Base de datos del módulo de control prenatal en el periodo enero-diciembre 2023.

zadas atendidas en el módulo de control prenatal de la UCIS en el 2023 fueron Los Silos con 12,6 % (n: 14), Cecilia Occelli con 11,7 % (n: 13), La Libertad con 7,2 % (n: 8), Villas del Sol con 6,3 % (n: 7) y Misión del Palmar con 5,4 % (n: 6).

Comorbilidades maternas

Uno de los aspectos más importantes a evaluar en una paciente embarazada es la presencia de comorbilidades que pudieran poner en riesgo su vida y la del producto. En la *Tabla 2* se pueden observar las enfermedades que presentaron las usuarias en esta investigación.

Consumo de drogas que causan dependencia

El consumo de algunas drogas que produzcan alteración en el funcionamiento del sistema nervioso de las mujeres embarazadas puede ocasionar problemas en el desarrollo del producto, así como algunas malformaciones congénitas. En la *Tabla 3*

se muestra la frecuencia de toxicomanías que presentaron las pacientes de esta investigación.

Riesgo obstétrico

El 58 % de las pacientes que se analizaron en esta investigación presentaron bajo riesgo obstétrico, el 7 %, mediano riesgo y el 35 %, alto riesgo.

DISCUSIÓN

Identificar los embarazos de alto riesgo es una parte fundamental para garantizar la salud materna y fetal, aunque puede ser una tarea difícil debido a la complejidad y la variabilidad de los factores que se encuentran involucrados. Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de la atención prenatal y posnatal, algunas madres embarazadas y lactantes optan por no utilizar estos servicios; algunas de las razones que se han documentado es la falta de información que tienen sobre los servicios de control prenatal, percepción de falta de necesidad de utilizarlos, experiencias negativas con el personal de salud, barreras culturales, así como la falta de acceso a estos servicios.¹⁰

Aunque la tendencia a nivel mundial ha sido retrasar la maternidad hasta los 30 y en algunos casos hasta los 40 años por diversas razones como los cambios sociales y económicos, los nuevos roles de género, el deseo de autodeterminación y éxito profesional más allá del rol de madre, los períodos de educación más largos y el empleo más frecuente para las mujeres, han llevado a cambios fundamentales en la planificación familiar

Tabla 2. Comorbilidades de las pacientes embarazadas que se atendieron en el módulo de control prenatal de la UCIS en el 2023 (n: 111)

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Preeclampsia		
Sí	6	5,4
No	105	94,6
DM gestacional		
Sí	2	1,8
No	109	98,2
Infecciones vaginales recurrentes		
Sí	38	34,2
No	73	65,8
Anemia		
Sí	8	7,2
No	103	92,8
Sífilis		
Positivo	3	2,7
Negativo	108	97,3
VIH		
Positivo	0	0
Negativo	111	100

Fuente: Base de datos del módulo de control prenatal en el periodo enero-diciembre 2023. DM: diabetes mellitus; VIH: virus de inmunodeficiencia humano.

Tabla 3. Consumo de drogas de las pacientes embarazadas que se atendieron en el módulo de control prenatal de la UCIS en el 2023 (n: 111)

Toxicomanías	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	71	64,0
Alcohol	28	25,2
Tabaco	4	3,6
Marihuana	5	4,5
Cristal	1	0,9
Inhalantes	2	1,8

Fuente: Base de datos del módulo de control prenatal en el periodo enero-diciembre 2023.

individual.^{10,11} Sin embargo, en esta investigación más del 50 % de las mujeres embarazadas tenían menos de 30 años y tan solo el 19,8 % se encontraba por arriba de esta edad. De acuerdo con el estudio de Magnus et al. mencionan que la tasa de aborto espontáneo aumenta conforme la edad se va incrementado: <30 años (12 %), de 30-34 años (15 %), 35-39 años (25 %), 40-44 años (51 %) y >45 años (93 %).¹¹ La edad materna avanzada es un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales, sin embargo, en este estudio el mayor porcentaje de pacientes presentaron una edad menor; esto difiere de lo encontrado por Zhu et al. en población de China donde el mayor porcentaje de mujeres embarazadas se encontró en el grupo de edad >35 años.¹²

Los factores ambientales sociales se han asociado en los últimos años a la salud física y mental de las personas; el bienestar psicosocial materno y el estado civil que estas tienen puede influir en el embarazo y en los recién nacidos.¹³ En esta investigación más del 89 % de las pacientes embarazadas eran solteras; esto difiere del estudio de Barr y Marugg donde el mayor porcentaje de las participantes de su estudio eran casadas, y encontraron que estas tienen menor probabilidad de tener un parto pretérmino, un recién nacido pequeño para la edad gestacional, o que requiera el ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales.¹⁴

Es importante mencionar que el estado civil y los tipos de relación de las personas gestantes han experimentado cambios significativos desde la década de 1980; sorprendentemente el matrimonio se ha identificado como un factor de estrés materno durante el embarazo, manifestándose principalmente en el bienestar psicosocial.¹³ Una posible explicación radica en el mayor grado de compromiso y responsabilidad que se espera del padre en parejas casadas con un recién nacido; además, desde la sociología se define al matrimonio como una institución social que formaliza el compromiso con el bienestar del cónyuge y de los hijos.¹⁴ Las personas casadas tienen un mayor sentido de la responsabilidad de participar en actividades de salud, sin embargo, la calidad y duración de la relación matrimonial afectan significativamente los problemas de salud mental prenatal y el nivel de apoyo social percibido por las mujeres gestantes.¹⁵

En esta investigación más del 70 % de las embarazadas tenían solamente como escolaridad la educación básica (primaria y secundaria); esto difiere con el estudio de Johnson et al. en pacientes de la India en donde el mayor porcentaje tenía nivel intermedio,

el equivalente a la preparatoria en México.¹⁶ Esta investigación también difiere de lo reportado por Kaftia et al. donde la mayor cantidad de pacientes tenían escolaridad de preparatoria (65 %); esto sugiere que a mayor conocimiento o escolaridad existe mayor comprensión sobre los signos y peligros que conlleva un embarazo.¹⁷

En este estudio una de las complicaciones identificadas en el 7,2 % de las embarazadas fue la presencia de anemia, lo cual difiere de la investigación de Kuppusamy et al. en donde el 16,7 de las embarazadas la presentaban, sin embargo, coincide con lo reportado por Zhu et al. en donde el 7,6 % de las embarazadas en una población de China tenían niveles bajos de hierro.¹⁸ El estudio de Quiao et al. menciona que mujeres que han tenido multiparidad tienen mayor probabilidad de presentar anemia en su próxima gesta. Otra posible explicación de la anemia en mujeres gestantes es que si las reservas de hierro previas al embarazo eran inadecuadas dan como resultado anemia y dificultad para corregirla durante el embarazo.¹⁹ Es importante mencionar que las comorbilidades o complicaciones relacionadas con el embarazo se asocian con un mayor riesgo de mortalidad materna.²⁰

Las infecciones vaginales son un problema de salud pública que se presenta en mujeres en edad reproductiva convirtiéndose en una de las principales causas de morbilidad en esta población, donde el embarazo se considera como un factor de riesgo para estas.²¹ En esta investigación el 34,2 % de las pacientes presentaron infecciones vaginales; esto coincide con un estudio de la Farr et al. en donde el 28 % de las embarazadas presentaron infecciones vaginales.²² Esto pudiera deberse a que, en las mujeres gestantes, una enfermedad que provoca inflamación influye en los mecanismos inmunitarios locales y las hace más susceptibles a enfermedades como las ocasionadas por las especies del género *Candida* que es una de las causas de infección vaginal.²³

Es importante hacer mención que durante el embarazo las bacterias de la microbiota vaginal se reemplazan por una población de microorganismos aeróbicos en donde la secreción de ácido láctico y la producción de bacteriocinas se ven disminuidas, lo que ocasiona un cambio en el pH ácido y con esto se favorece el desarrollo de una disbiosis vaginal.²⁴ La acumulación de factores de riesgo, la infección aguda que con el paso del tiempo se vuelve crónica y la inflamación local en el cuello uterino, pueden comprometer la integridad cervical y dar lugar a una remodelación prematura.²⁵

Es preocupante que el consumo de alcohol durante el embarazo en México siga siendo común; en esta investigación el 25,2 % de las gestantes tenían consumo de esta sustancia. Esto es alarmante ya que el consumo de alcohol es una de las causas prevenibles de malformaciones congénitas y discapacidad del desarrollo.²⁶ Las pacientes identificadas como consumidoras de alcohol eran referidas a un segundo nivel y también a los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones, especializados en brindar atención integral para la prevención, promoción de la salud y tratamiento de problemas de adicciones.

El alcohol es un teratógeno y su consumo durante el proceso de gestación se relaciona con los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF); su consumo además se relaciona con muerte fetal, aborto espontáneo, parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino y bajo peso al momento del nacimiento.^{27,28}

La UCIIS es una unidad multidisciplinar que en su mayor parte es atendida por pasantes de la Licenciatura en Enfermería asesorados por un docente de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, los cuales tienen a su cargo el módulo de control prenatal en donde se realiza la clasificación de riesgo obstétrico. La identificación de los embarazos de alto riesgo es fundamental para garantizar la salud materna y fetal, aunque puede ser una tarea difícil debido a la complejidad y variabilidad de los factores de riesgo que pueden presentar las pacientes. En esta investigación el 35 % de las pacientes tuvieron un riesgo obstétrico alto.²⁹

En la revisión bibliográfica se encontró solamente una tesis de la especialidad en ginecología y obstetricia que se enfoca en la clasificación del

riesgo obstétrico en el estado de San Luis Potosí; sin embargo, el instrumento para la clasificación de riesgo obstétrico difiere del utilizado en esta investigación el cual se implementa a nivel estatal. El acceso de las pacientes obstétricas a una atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio es fundamental para la disminución de la mortalidad y morbilidad materna, aunque existen algunas barreras como la pobreza y la desigualdad de género que afectan la demanda y acceso de los servicios de salud.³⁰

Algunos factores estructurales afectan la capacidad que tienen las mujeres para la toma de decisiones respecto a dónde buscar atención sanitaria para mejorar su estado de salud durante la gestación. Aunado a esto, vivir con ingresos bajos afecta la asistencia a las consultas del control de la niña y el niño sano una vez que están en el periodo del puerperio, ya que en la asistencia a las unidades de salud se les brinda información sobre los cuidados esenciales en los recién nacidos que deben de realizar.^{30,31}

CONCLUSIÓN

La clasificación del riesgo obstétrico en las unidades de primer nivel de atención es importante, porque contribuye a la reducción de la mortalidad materna al permitir la identificación oportuna de mujeres que requieren atención especializada y seguimiento puntual. Además, se destaca el rol del personal de enfermería de la UCIIS en la realización de esta categorización, la educación para la salud de las pacientes y el establecimiento de planes de cuidados de enfermería. Es importante continuar con la clasificación del riesgo obstétrico como una herramienta para mejorar la salud materna, la cual depende del personal médico, así como del personal de enfermería.

REFERENCIAS

1. Togunwa TO, Babatunde AO, Abdullah KU. Deep hybrid model for maternal health risk classification in pregnancy: synergy of ANN and random forest. *Front Artif Intell*. 2023 Jul 5;6:1213436.
2. Souza JP, Day LT, Rezende-Gomes AC, Zhang J, Mori R, Baguiya A, et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *Lancet Glob Health*. 2024 Feb;12(2):e306-e316.
3. Dirección General de Epidemiología. Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas 2023. [Internet]. [Consulta: 18 de junio de 2025]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2023>

4. Observatorio de mortalidad materna. Mapa de la semana epidemiológica 52 de 2023. [Consulta: 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://public.tableau.com/app/profile/observatorio.mortalidad.materna.en.mexico.omm/viz/MMMapasemana52de2023/MMMapasemana52de2023>
5. Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos de nacimientos (SINAC) 2023. [Internet]. [Consulta: 18 de junio de 2025]. Disponible en: <http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/nacimientos/cubonacimientos2023.htm>
6. Mohammadi S, Shojaei K, Maraghi E, Motaghi Z. The Effectiveness of Prenatal Care Programs on Reducing Preterm Birth in Socioeconomically Disadvantaged Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2023 Jan 27;28(1):20-31.
7. Diario Oficial de la Federación. NOM-007-SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida". Secretaría de Salud. 07 de abril de 2016. [Internet]. [Consulta: 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
8. Aranda JM, de la Revilla L, de D Luna J. Riesgo obstétrico: evaluación de índices y criterios existentes. *Aten Primaria*. 1998;22(4):205-14.
9. Facultad de Enfermería y Nutrición. Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud. [Internet]. [Consulta: 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.enfermerianutricion.uaslp.mx/Paginas/UCI-IS/2807#gsc.tab=0>
10. Prasad RD, Arora S, Salve PS, Goli S, James KS, Pallikadavath S, et al. Why there is underutilization of four and more antenatal care services despite the colossal rise in institutional deliveries in Bihar, India. *J Soc Econ Dev*. 2022;24:355-378.
11. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *BMJ*. 2019 Mar 20;364:l869.
12. Zhu C, Zhang S, Shen L, Ye L, Zhan M, Cai S, et al. Changes in the characteristics and outcomes of high-risk pregnant women who delivered prior to and after China's universal two-child policy: a real-world retrospective study, 2010–2021. *BMC Public Health*. 2024 Jan 31;24(1):336.
13. Zhang P, Shama N, Shama A, Lederman S. Potential Association between Marital Status and Maternal and Neonatal Complications and Placental Pathology in Singleton Pregnancy. *Reprod Med*. 2023;4(1):28-33.
14. Barr JJ, Marugg L. Impact of Marriage on Birth Outcomes: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2012–2014. *Linacre Q*. 2019 May;86(2-3):225-230.
15. Bedaso A, Adams J, Peng W, Xu F, Sibbritt D. An examination of the association between marital status and prenatal mental disorders using linked health administrative data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Oct 1;22(1):735.
16. Johnson A, Vaithilingan S, Ragunathan L. Quantifying the Occurrence of High-Risk Pregnancy: A Comprehensive Survey. *Cureus*. 2024 Apr 26;16(4):e59040.
17. Kiftia M, Rizkia M, Ardhia D, Darmawati S. The correlation among pregnant woman's education level with knowledge and behavior on readiness toward COVID-19 pandemic. *Enferm Clin*. 2022 Aug;32:S35-8.
18. Zhu X, Niu H, Wang H, Li X, Qi T, Ding W, Han L, et al. High risk pregnancy associated perinatal morbidity and mortality: a second birth population-based survey in Huai'an in 2015. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:224.
19. Qiao Y, Di J, Yin L, Huang A, Zhao W, Hu H, et al. Prevalence and influencing factors of anemia among pregnant women across first, second and third trimesters of pregnancy in monitoring areas, from 2016 to 2020: a population-based multi-center cohort study. *BMC Public Health*. 2024 Apr 22;24(1):1100.

20. Kuppusamy P, Prusty RK, Kale DP. High-risk pregnancy in India: Prevalence and contributing risk factors - a national survey-based analysis. *J Glob Health*. 2023 Sep 15;13:04116.
21. Medina-de la Cruz O, Romo-Báez AS, Torres-Marceleño R, Tovar-Barrientos LG, Barajas-Mendiola MA, Gallegos-García V, et al. Infecciones Vaginales: Un Problema de Salud Pública en México. *Rev Med UAS*. 2024;14(1):71-86.
22. Farr A, Kiss H, Hagmann M, Marschalek J, Husslein P, Petricevic L. Routine Use of an Antenatal Infection Screen-and-Treat Program to Prevent Preterm Birth: Long-Term Experience at a Tertiary Referral Center. *Birth*. 2015 Jun;42(2):173-80.
23. Rosta K, Mazzucato-Puchner A, Kiss H, Malik V, Mandl P, Petricevic L, et al. Vaginal microbiota in pregnant women with inflammatory rheumatic and inflammatory bowel disease: A matched case-control study. *Mycoses*. 2021 Aug;64(8):909-917.
24. Son KA, Kim M, Kim YM, Kim SH, Choi SJ, Oh SY, et al. Prevalence of vaginal microorganisms among pregnant women according to trimester and association with preterm birth. *Obstet Gynecol Sci*. 2018 Jan;61(1):38-47.
25. Tantengco OAG, Menon R. Breaking Down the Barrier: The Role of Cervical Infection and Inflammation in Preterm Birth. *Front Glob Womens Health*. 2022 Jan 18; 2:777643.
26. Dejong K, Olyaei A, Lo JO. Alcohol Use in Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2019 Mar;62(1):142-155.
27. Taylor A, Whittaker A, Chandler A, Carnegie E. Accounts of women identified as drinking at 'high risk' during pregnancy: A meta-ethnography of missing voices. *Int J Drug Policy*. 2023 Jul;117:104061.
28. Lopes CS. Alcohol consumption during pregnancy: the result of a risky consumption trajectory? *Cad Saude Publica*. 2023 Aug7;39(8):e00129523.
29. Musana J, Cohen CR, Kuppermann M, Gerona R, Wanyoro A, Aguilar D, et al. Obstetric risk in pregnancy interacts with hair cortisone levels to reduce gestational length. *Front Glob Womens Health*. 2022 Jul 22;3:878538.
30. Gutiérrez-Peláez K, Aranda Z, Jiménez-Peña A, Mata-González H. How inequity threatens the lives of pregnant women: barriers to accessing health services during an incomplete miscarriage in rural southern Mexico. *BMJ Case Rep*. 2022 May 23;15(5):e248819.
31. Duarte-Maldonado YZ, Rivas-Luna JM, Santos-Juárez CR, Vázquez-Bravo MF, Romo-Báez AS, Díaz-Díaz MR, et al. Evaluación de conocimientos sobre algunos cuidados esenciales del recién nacido en puérperas primerizas. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2024;45:7-21.

ANEXO I

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

	Característica	0 puntos	5 puntos	10 puntos
Antecedentes personales	Edad (años)	20-29	17-19 30-35 <17 o >35 sin comorbilidad	<17 o >35 con comorbilidad
	Índice de masa corporal	20-29	≥30 o ≤19	
	Escolaridad	Secundaria o más	Primaria o menos	
	Jornada laboral pesada	No	Sí	
	Violencia intrafamiliar/ habla lengua indígena		Positiva	
Historia reproductiva	Gesta	2 a 4	Primigesta o >4	
	Abortos	0	1 a 2	3 o más
	Antecedentes de óbito fetal	No	Sí	
	Cesáreas	0	1 o 2 previas	≥3 previas*
	Intervalo entre el último parto (aborto) y el embarazo actual	25-60 meses	<25 meses o >60 meses	
	Parto anterior traumático (desgarro, uso de fórceps, etc.)	No		Sí
	Antecedente de cerclaje o istmo cervical	No		Sí
	Polihidramnios	No		Sí
	Sangrado en el tercer trimestre	No		Sí
	Parto pretérmino/ ruptura prematura de membranas	No	Sí	
	Recién nacido >4000 g	No	Sí	
	Bajo peso al nacer <2500 g	No	Sí	
	Malformación congénita	No	Sí	
	Muerte fetal tardía	No		Sí
	Incompatibilidad sanguínea materno-fetal (Rh negativo)	No	Sí (no sensibilizada)	Sí (sensibilizada)
	Acretismo placentario	No		Sí
	Displasia o cono previo/ condilomatosis	No	Sí	
Antecedentes personales patológicos	Hipertensión arterial crónica	No	Sí	
	Diabetes <i>mellitus</i>			
	Cardiopatía	No		Sí
	Nefropatía			
	Enfermedad inmunológica			
	Epilepsia			
	Enfermedad neoplásica			
	Enfermedades endocrinológicas			
	Enfermedad tiroidea			
	Neumopatía			
	Psiquiátrica			

	Cirugía pélvica uterina/ miomatosis uterina/ malformaciones urogenitales/ malformación uterina	No	Sí
	Preeclampsia Eclampsia	No	Sí
	Infecciones de vías urinarias a repetición	No	Sí
	Alcoholismo/ tabaquismo	Negativo	Positivo
	Otra farmacodependencia	Negativo	Positivo
Embarazo actual	Embarazo múltiple	No	Sí
	Hemoglobina (g/dl)	>11	8 a 10 <8
	Presentación pélvica	No	Sí
	VDRL/VIH	Negativo	Positivo
	Hemorragia del 2 ^{do} y 3 ^{er} trimestre	No	Sí**
	Preeclampsia- eclampsia	Negativo	Positivo**
	Pielonefritis	Negativo	Positivo**
	Embarazo prolongado >41 semanas de gestación	Negativo	Positivo***

* REFERIR AL 3^{ER} NIVEL DE ATENCION (HOSPITAL CENTRAL)

**REFERIR A URGENCIAS GO

PACIENTE = 5 puntos evaluación por Gineco-Obstetra (1^{er} nivel, Hospital Básico Comunitario o 2do nivel).

TOTAL DE PUNTOS: