



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10

**“DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD PUERPERAL EN
PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.
10 DURANTE 2021-2024.”**

TESIS PRESENTADA POR
CRISTINA RUIZ AMAYA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA. ANA LAURA SAGAÓN TÉLLEZ

CO-ASESOR:

DR. VÍCTOR MANUEL GONZÁLEZ DE LA MORA

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, 26 JUNIO DE 2025



CARTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Aguascalientes, Ags. A 24 de Junio del 2025

**COMITE DE INVESTIGACIÓN Y ETICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES**

**DR, CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes.

DRA. CRISTINA RUIZ AMAYA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD PUERPERAL EN PACIENTES CON
ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 10 DURANTE 2021-2024”**

Número de Registro: **R-2025-101-010** del Comité Local de Investigación en Salud No. 101 y Comité de Ética en Investigación No. 1018.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

La **DRA. CRISTINA RUIZ AMAYA**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.



ATENTAMENTE:

**DRA. ANA LAURA SAGAÓN TÉLLEZ
DIRECTOR DE TESIS**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



Aguascalientes, Ags. A 24 Junio del 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes.

DRA. CRISTINA RUIZ AMAYA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD PUERPERAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10 DURANTE 2021-2024”

Número de Registro: **R-2025-101-010** del Comité Local de Investigación en Salud No. 101 y Comité de Ética en Investigación No. 1018.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **DRA. CRISTINA RUIZ AMAYA**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

Carlos Alberto Prado Aguilar
ATENTAMENTE:

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018**,
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Martes, 28 de enero de 2025**

Maestro (a) ANA LAURA SAGAON TELLEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Descripción de la morbilidad puerperal en pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 durante 2021-2024** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

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

ATENTAMENTE



Doctor (a) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Miércoles, 05 de febrero de 2025**

Maestro (a) ANA LAURA SAGAON TELLEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Descripción de la morbilidad puerperal en pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 durante 2021-2024** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2025-101-010

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

ATENTAMENTE



Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 01/08/25

NOMBRE: RUIZ AMAYA CRISTINA ID 345403
 ESPECIALIDAD: EN MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ACCIDENTES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico
 DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD PUERPERAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10 DURANTE 2021-2024

TÍTULO: LOS HALLAZGOS DE ESTE ESTUDIO PERMITIERON AFIRMAR QUE LAS MUJERES CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA CONSTITUYEN UN GRUPO CON ELEVADA CARGA DE MORBILIDAD EN EL PERIODO PUERPERAL, CARACTERIZADO POR LA PERSISTENCIA DE ALTERACIONES CLÍNICAS Y METABÓLICAS QUE TRASCENDEN EL EVENTO OBSTÉTRICO, POR LO CUAL ES DE SUMA IMPORTANCIA DESARROLLAR ESTRATEGIAS PARA EL SEGUIMIENTO DE ESTE GRUPO VULNERABLE

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- NO El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (la) jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conahcyt actualizado
- NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X
 No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

[LM] Acuse de recibo del envío Recebidos



Nery Guerrero Mojica via Revistas UAA <njg@edu.uaa.mx>
para mí

mié, 25 Jun, 23:07 (Hace 8 horas) ☆ 🔍 ↶ ⋮

Cristina Ruiz Amaya

Gracias por enviar el manuscrito "DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD PUERPERAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAM NUMERO 10 DURANTE 2021-2024 ILIAR." a Lux Médica. Con el sistema de gestión de publicaciones en línea que utilizamos podrá seguir el progreso a través del proceso editorial tras iniciar sesión en el sitio web de la publicación.

URI del manuscrito: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/authorDashboard/submission/8297>
Nombre de usuario/a: cruiza_1994

Si tiene alguna duda puede ponerse en contacto conmigo. Gracias por elegir esta editorial para mostrar su trabajo.

Nery Guerrero Mojica

Lux Médica <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica>

Gobierno de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



OOAD Aguascalientes

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 10
Lic. Ignacio Garcia Téllez

Aguascalientes, Ags. 21 de julio del 2025

MCB E SILVIA PATRICIA GONZALEZ FLORES
SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
P R E S E N T E

Por medio de la presente hago constar que su servidora **C. Ana Laura Sagaón Téllez** médico adscrito y asesor de la tesis de la **C. CRISTINA RUIZ AMAYA** de la especialidad de medicina familiar adscrita al Hospital General de Zona No. 1 Aguascalientes

Su servidora previamente desde su adscripción a la unidad en marzo de 2021 ha ocupado el puesto de Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, apoyando con actividades docentes dentro de la residencia motivo por el cual se asignó como asesor de tesis y es parte del núcleo académico de la unidad, pertenece a la LGAC de Salud Materno Infantil como parte de su expertis en área de Medicina Familiar

Lo anterior para su conocimiento, sin otro particular por el momento, me despido de usted, agradeciendo su atención

ATENTAMENTE

DRA. ANA LAURA SAGAON TELLEZ

COORDINADOR CLINICO EDUCACION E INVESTIGACION UMF10

DRA. ÉRIKA CAMPOS JIMENEZ

PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN UMF10

Dra. Ana Laura Sagaón Téllez



21 JUL 2025



AGRADECIMIENTOS

Al iniciador y perfeccionador de mi fe, que en su infinito amor y misericordia me lleno de ánimo y fortaleza y me sostuvo con ternura y paciencia en los días grises.

A mis maravillosos padres, por su apoyo incondicional. A mi madre Merced, por ser mi mejor amiga y consejera; sin su amor, comprensión y ejemplo no sería la mujer en la que me he convertido. A mi padre Luis, por ser el soporte de nuestra familia, mi mayor ejemplo de perseverancia y fortaleza; por ser siempre mi lugar seguro y mi orgullo.

A mi hermanito Luis Felipe, mi mejor compañero de aventuras. Por tu amor y tierno cuidado hacia mi vida, por inspirarme y motivarme a ser mejor cada día. Te admiro y me siento orgullosa de tenerte como hermano mayor.

A mi asesora principal Ana Laura, por alentarme en todo momento a no desistir, por instruirme y corregirme, no solo en este proyecto, si no durante mi caminar en la residencia. A mi asesor clínico Victor Manuel por su asesoría, apoyo y motivación para realizar el presente trabajo.

A mi amada familia en Cristo en Aguascalientes, por ser siempre mi hogar aun estando a kilómetros de mi lugar de nacimiento. A la familia Orocio García por alimentar mi cuerpo y mi corazón cada fin de semana. Bere, Hedi, Sandy, Horte, Alonso, Oscar, Efra; su amistad y ejemplo de fe ha sido una muestra más del amor y cuidado de Dios a mi vida.

A mis mejores amigos Moni, Felipe, Kevin, Cinthya e Itzel por animarme y alegrarse con mis logros. Phill, gracias por ser mi fiel compañero de batalla, por tu oraciones, apoyo y paciencia; por hacerme a Dios y retarme a ser más como El.

A mis compañeras de residencia, Vania, Nataly, Paloma, Nadia, Dulce, Itzel, Magda, Laura. Su amistad apoyo y compañía hicieron de esta travesía toda una aventura inolvidable.

Al personal de la UMF 10, en especial a los médicos familiares; su ejemplo de vocación ha sido inspirador para poder ejercer esta noble especialidad.

DEDICATORIA

A mis padres Merced y Luis

Y a mi Dios quien ha sido mi luz y mi fortaleza en todo momento.

El presente trabajo está dedicado especialmente a mis padres que sin su apoyo, amor y entrega no habría llegado hasta este lugar. Todos y cada uno de mis logros son suyos, porque no han dejado de estar ni un solo día de mi vida, festejando conmigo cada sueño alcanzado o esforzándose conmigo dando el 200%.

Quiero dedicar este logro a ustedes, quienes han sido mi fuente de motivación y apoyo incondicional a lo largo de mi vida. Su amor, sacrificio y dedicación para nuestra familia han sido fundamentales para que yo haya podido alcanzar este momento.

Les debo no solo la vida, sino cada logro y cada paso que he dado en mi camino. Sin su comprensión y soporte jamás habría llegado hasta este momento de mi desarrollo profesional.

Gracias por creer en mí y por apoyarme en cada decisión que he tomado. Por desvelarse conmigo, por ir al fin del mundo si era necesario sin importar el clima ni la hora. Gracias por ser mis modelos para seguir y por enseñarme el valor de la perseverancia y disciplina.

Este logro es tan mío como de ustedes, y espero que se sientan orgullosos de mí como yo me siento orgullosa de tenerlos como mis padres.

Con todo mi amor, agradecimiento y admiración,

Cristina.

INDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEORICO	7
2.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN	7
2.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	9
2.3. FUNDAMENTO TEORICO	14
3. JUSTIFICACIÓN	21
3.1. MAGNITUD	21
3.2. TRASCENDENCIA	21
3.3. VULNERABILIDAD	22
3.4. FACTIBILIDAD	23
3.5. VIABILIDAD	23
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	25
5. HIPÓTESIS	25
6. OBJETIVOS	26
6.1. OBJETIVO GENERAL	26
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
7. MATERIAL Y MÉTODOS	27
7.1. LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO	27
7.2. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	27
7.3. UNIVERSO DE ESTUDIO	27
7.4. UNIDAD DE ANÁLISIS	27
7.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN	27
7.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA	27
7.7. TIPO DE MUESTREO	28
7.8. CRITERIOS DE SELECCIÓN	28
7.9. VARIABLES	29
7.10. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	34
7.11. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	35

7.12.	CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	35
7.13.	MÉTODOS DE CONTROL DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	36
7.14.	PLAN DE ANÁLISIS	36
8.	ASPECTOS ETICOS	37
8.1.	RECURSOS HUMANOS	39
8.2.	RECURSOS MATERIALES	39
8.3.	FINANCIAMIENTO	39
8.4.	FACTIBILIDAD	40
9.	CRONOGRAMA	40
10.	RESULTADOS	41
11.	DISCUSIÓN	47
11.1.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	49
12.	CONCLUSIONES	50
13.	GLOSARIO	51
14.	REFERENCIAS	53
15.	ANEXOS	57
	ANEXO A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57
	ANEXO B. CARTA DE NO INCONVENIENTE	62
	ANEXO C. EXCEPCIÓN DE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	63
	ANEXO D. MANUAL OPERACIONAL	65

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.	COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SEGÚN PRESENCIA DE MORBILIDAD	42
TABLA 2.	PREVALENCIA DE COMPLICACIONES PUERPERALES	43
TABLA 3.	TIPO DE MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA	44
TABLA 4.	DATOS DE LA SEVERIDAD DE LA PREECLAMPSIA	44

TABLA 5. COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SEGÚN PRESENCIA DE MORBILIDAD 45

TABLA 6. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y MANEJO DE COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO 46

TABLA 7. NÚMERO DE CONSULTAS EN EL PUERPERIO.....46

INDICE DE GRAFICAS

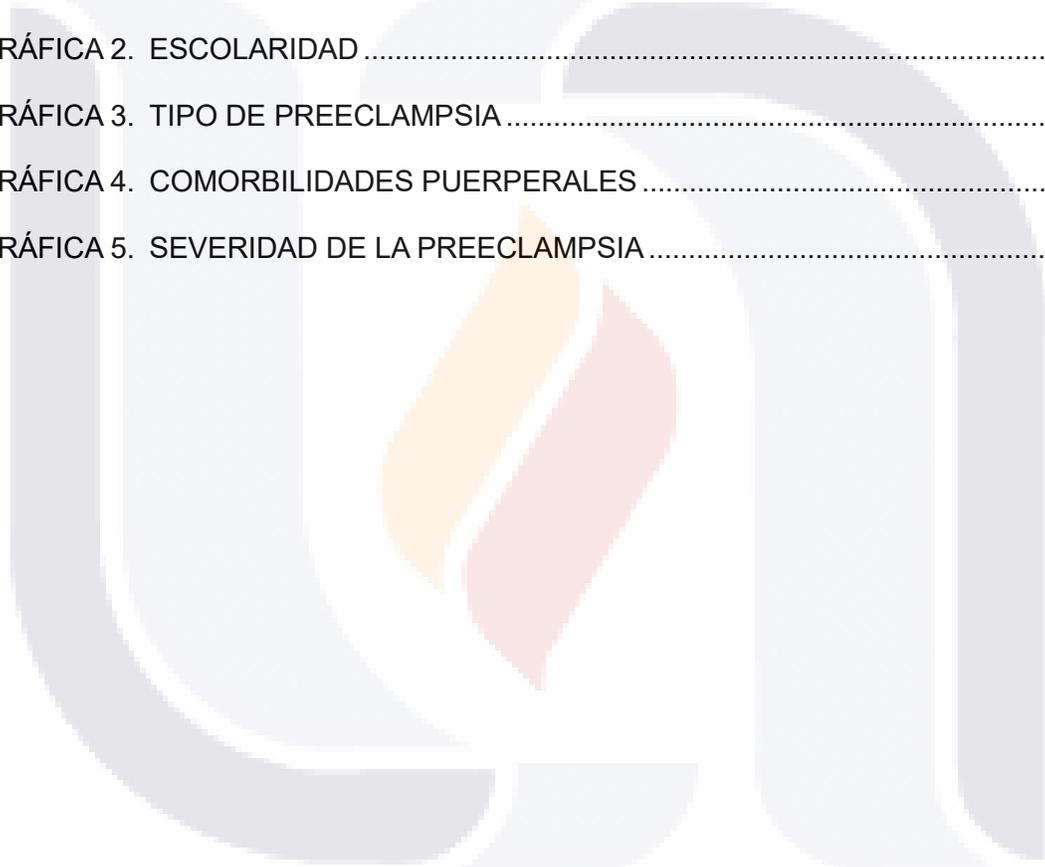
GRÁFICA 1. ESTADO CIVIL 41

GRÁFICA 2. ESCOLARIDAD 41

GRÁFICA 3. TIPO DE PREECLAMPSIA 41

GRÁFICA 4. COMORBILIDADES PUERPERALES 43

GRÁFICA 5. SEVERIDAD DE LA PREECLAMPSIA 44



RESUMEN

Antecedentes: La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo con potencial de generar complicaciones maternas persistentes durante el puerperio. La literatura internacional ha documentado riesgos incrementados de enfermedad cardiovascular, disfunción renal, alteraciones metabólicas y afectaciones en la salud mental en mujeres con antecedentes de preeclampsia. **Objetivo:** Describir la morbilidad puerperal en pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS, durante el periodo 2021–2024. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, con diseño transversal. Se incluyeron 107 expedientes clínicos de mujeres con antecedentes de preeclampsia durante el embarazo, atendidas en el puerperio. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas y de seguimiento posparto, analizadas mediante estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** La edad promedio fue de 27.3 años, con un IMC pregestacional de 28.6 kg/m². Predominó el estado civil de unión libre (44.9%) y la escolaridad secundaria (49.5%). La forma clínica más frecuente fue la preeclampsia tardía (73.8%), y la vía del parto fue cesárea en el 82.2%. La complicación más prevalente en el puerperio fue la proteinuria persistente (32.7%), seguida de hipertensión (10.3%) y dislipidemia (10.3%). También se observaron disfunción renal (6.5%), intolerancia a la glucosa (7.5%) y depresión o ansiedad (5.6%). El tratamiento más utilizado fue con bloqueadores de canales de calcio (71.3%). Las pacientes con complicaciones tuvieron mayor edad ($p = 0.012$) y mayor IMC pregestacional ($p = 0.028$). Se documentó una baja frecuencia de seguimiento posparto, con 11.2% sin consultas posteriores al parto. **Conclusiones:** Los resultados evidencian una carga significativa de morbilidad en el puerperio entre mujeres con antecedentes de preeclampsia, principalmente de tipo renal, cardiovascular y metabólico. Se resalta la necesidad de fortalecer el seguimiento clínico posparto y de implementar estrategias preventivas dirigidas a esta población de alto riesgo.

Palabras clave: Preeclampsia, Morbilidad puerperal, Atención primaria.

ABSTRACT

Background: Preeclampsia is a hypertensive disorder of pregnancy with the potential to cause persistent maternal complications during the postpartum period. International literature has documented increased risks of cardiovascular disease, renal dysfunction, metabolic disorders, and mental health problems in women with a history of preeclampsia.

Objective: To describe puerperal morbidity in patients with a history of preeclampsia treated at Family Medicine Unit No. 10 of the Mexican Social Security Institute (IMSS) during the period 2021–2024. **Materials and methods:** An observational, descriptive, and retrospective study with a cross-sectional design. One hundred seven medical records of women with a history of preeclampsia during pregnancy who were treated during the postpartum period were included. Sociodemographic, clinical, and postpartum follow-up variables were collected and analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** The mean age was 27.3 years, with a pregestational BMI of 28.6 kg/m². The most common marital status was common-law marriage (44.9%) and secondary education (49.5%). The most frequent clinical form was late preeclampsia (73.8%), and the delivery route was cesarean section in 82.2%. The most prevalent complication in the puerperium was persistent proteinuria (32.7%), followed by hypertension (10.3%) and dyslipidemia (10.3%). Renal dysfunction (6.5%), glucose intolerance (7.5%), and depression or anxiety (5.6%) were also observed. The most frequently used treatment was ACE inhibitors (54.5%). Patients with complications were older ($p = 0.012$) and had a higher pregestational BMI ($p = 0.028$). A low frequency of postpartum follow-up was documented, with 11.2% not having postpartum consultations. **Conclusions:** The results show a significant burden of postpartum morbidity among women with a history of preeclampsia, primarily renal, cardiovascular, and metabolic morbidity. The need to strengthen postpartum clinical follow-up and implement preventive strategies for this high-risk population is highlighted.

Keywords: Preeclampsia, Postpartum morbidity, Primary care.

1. INTRODUCCIÓN

La morbilidad materna en el periodo puerperal representa una etapa crítica para la salud de la mujer, particularmente en aquellas con antecedentes de preeclampsia, una de las principales complicaciones hipertensivas del embarazo con impacto significativo tanto a corto como a largo plazo. Aunque el diagnóstico y manejo de la preeclampsia han sido ampliamente estudiados durante la gestación, existe una notoria falta de información en torno a las secuelas clínicas que pueden desarrollarse en el puerperio, especialmente dentro del contexto del primer nivel de atención. Esta brecha en el conocimiento es particularmente preocupante si se considera que diversas alteraciones cardiovasculares, renales, metabólicas y de salud mental pueden manifestarse o persistir tras el parto, condicionando el bienestar de la mujer más allá del evento obstétrico inmediato. En México, la mayoría de los esfuerzos de seguimiento posparto se centran en la atención neonatal y en el control de la presión arterial en el corto plazo, sin una estrategia sistemática de evaluación integral que contemple la evolución de posibles complicaciones derivadas de la preeclampsia. La literatura internacional ha documentado asociaciones claras entre esta entidad y un mayor riesgo de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida, sin embargo, los datos locales son escasos y fragmentados, lo que limita la capacidad de diseñar políticas de prevención y vigilancia adaptadas a nuestra población. Por ello, resulta indispensable generar evidencia contextualizada que permita describir el perfil de morbilidad puerperal en mujeres con antecedentes de preeclampsia atendidas en unidades de medicina familiar, donde se concentran los cuidados primarios y se brinda el seguimiento clínico inicial tras el alta hospitalaria. Esta información no solo resulta relevante para optimizar las estrategias de detección y manejo oportuno de complicaciones, sino también para orientar la educación médica continua, la planeación de servicios y la implementación de programas de atención materna con enfoque de riesgo. La presente investigación busca, por tanto, aportar un panorama claro y sistematizado sobre esta problemática, fortaleciendo el conocimiento clínico y epidemiológico desde una perspectiva de salud pública y equidad en el acceso a cuidados maternos de calidad.

2. MARCO TEORICO

2.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Para la búsqueda de artículos científicos sobre la morbilidad en el puerperio en pacientes con preeclampsia, se utilizaron descriptores MeSH y operadores booleanos en las bases de datos PubMed y BVS. La estrategia consistió en combinar los términos MeSH "Postpartum Period" o "Puerperium", relacionados con el periodo posparto, con "Morbidity", para incluir estudios sobre complicaciones de salud en esta etapa, y con "Preeclampsia" o "Hypertension, Pregnancy-Induced", para abarcar diferentes formas de hipertensión gestacional. Se emplearon operadores booleanos "OR" para ampliar la búsqueda entre términos relacionados y "AND" para restringir los resultados a aquellos que combinan todos los conceptos de interés, asegurando la obtención de estudios relevantes sobre la morbilidad en mujeres que experimentaron preeclampsia. Esta búsqueda se llevó a cabo en PubMed para una cobertura internacional de estudios biomédicos y en BVS, utilizando descriptores DeCS equivalentes, para incluir literatura relevante en español y portugués.

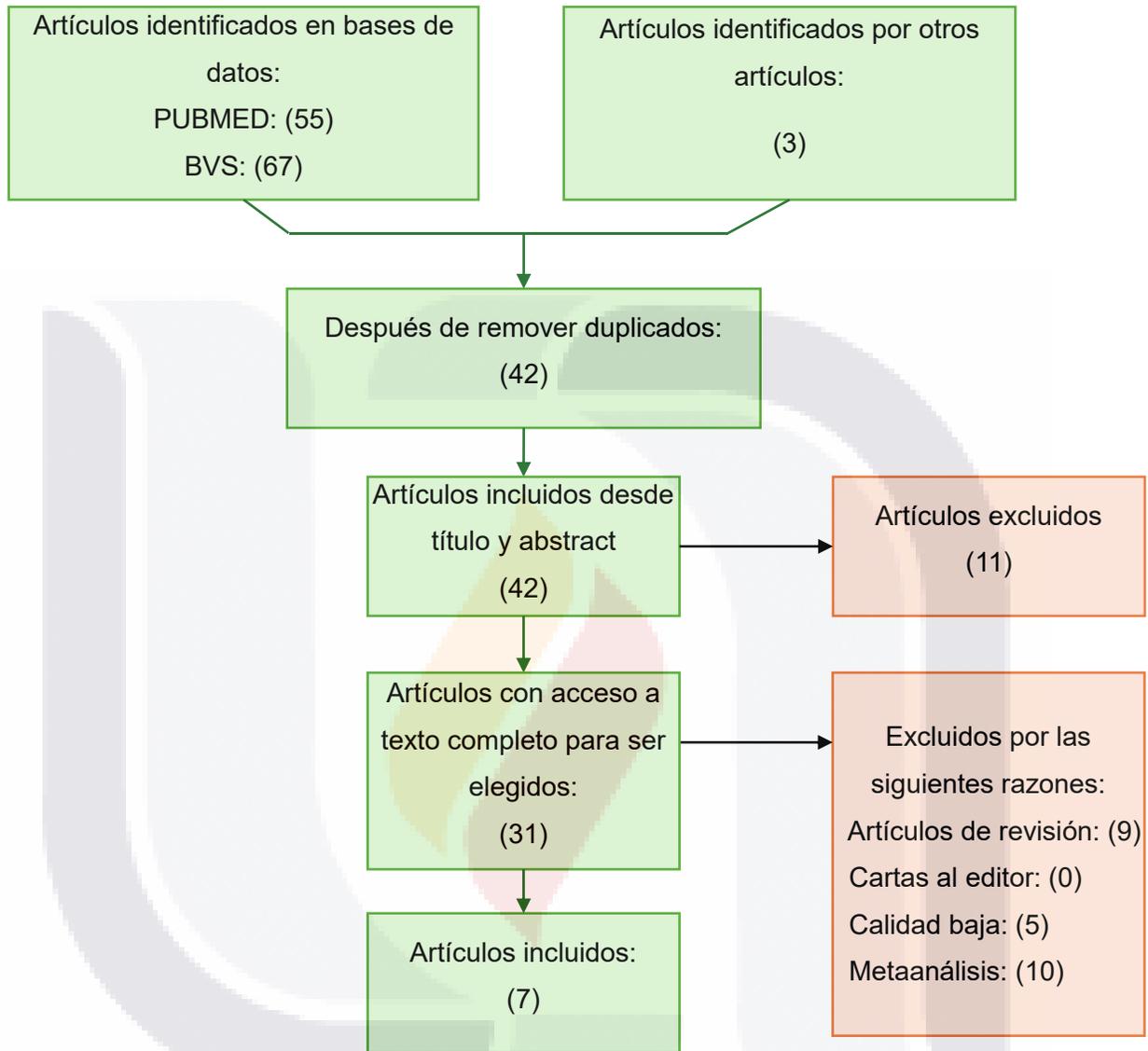
- **Sintaxis de búsqueda en PUBMED**

```
((Postpartum Period[MeSH Terms]) OR (Puerperium[MeSH Terms])) AND  
(Morbidity[MeSH Terms]) AND ((Preeclampsia[MeSH Terms]) OR (Hypertension,  
Pregnancy-Induced[MeSH Terms]))
```

- **Sintaxis de búsqueda en BVS**

```
(("Periodo Posparto" [DeCS]) OR ("Puerperio" [DeCS])) AND ("Morbilidad" [DeCS]) AND  
(("Preeclampsia" [DeCS]) OR ("Hipertensión Inducida por el Embarazo" [DeCS]))
```

Diagrama de búsqueda de artículos



Fuente: Diagrama de búsquedas sistemáticas de revisiones Cochrane.

2.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Benschop et al. (2019) realizaron un estudio titulado “Future risk of cardiovascular disease risk factors and events in women after a hypertensive disorder of pregnancy” con el objetivo de evaluar los factores de riesgo cardiovascular y su aparición en mujeres después de haber presentado trastornos hipertensivos durante el embarazo, específicamente preeclampsia, atendidas durante el puerperio en un contexto de atención primaria de salud. La metodología consistió en un análisis descriptivo de datos secundarios, utilizando registros clínicos de mujeres que habían tenido un trastorno hipertensivo del embarazo, con un enfoque particular en aquellas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) durante el periodo de 2021 a 2022. Las variables estudiadas incluyeron hipertensión crónica, dislipidemia, diabetes, y disfunción renal, todas ellas relacionadas con la morbilidad puerperal. En cuanto a los resultados específicos para la morbilidad en el puerperio de las pacientes con preeclampsia, se identificó que el 32% de las mujeres desarrollaron hipertensión crónica dentro de los primeros 10 años posteriores al parto, mientras que un 10% de las mujeres con edades comprendidas entre los 20-29 años desarrollaron esta condición en los primeros ocho años postparto. Además, se observó que la prevalencia de microalbuminuria, un marcador de disfunción renal, fue cuatro veces mayor en mujeres con antecedentes de preeclampsia, afectando a un 31% de las pacientes frente a un 7% en mujeres con embarazos no complicados. Con respecto a la dislipidemia, se encontró que las mujeres con antecedentes de preeclampsia presentaban perfiles lipídicos adversos en comparación con aquellas que habían tenido embarazos normotensos; esto incluyó niveles más elevados de colesterol total, triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad. Asimismo, se reportó una mayor incidencia de diabetes tipo 2 en mujeres con antecedentes de preeclampsia, con una prevalencia del 6.6% en comparación con un 2.5% en aquellas sin antecedentes de hipertensión durante el embarazo. Estos hallazgos sugieren una alta carga de morbilidad en el puerperio de mujeres que sufrieron preeclampsia, con un enfoque particular en la persistencia de hipertensión, alteraciones renales y metabólicas(1).

Blacher et al. (2023) realizaron un estudio titulado “Acute coronary syndrome during pregnancy and postpartum in France: the nationwide CONCEPTION study.” con el objetivo de evaluar la incidencia del síndrome coronario agudo durante el embarazo, el periparto y el puerperio. Se utilizó la cohorte nacional CONCEPTION en Francia, que incluyó a todas las mujeres de entre 15 y 49 años sin enfermedad cardíaca isquémica que dieron a luz

entre 2010 y 2018. Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Sistema Nacional de Información de Seguros de Salud de Francia. Se identificaron los casos de síndrome coronario agudo según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (ICD-10), registrados en el diagnóstico principal hospitalario. En este contexto, el estudio utilizó modelos de regresión de Poisson para estimar la incidencia cruda de síndrome coronario agudo. En cuanto a los resultados relacionados con la caracterización de la morbilidad en el puerperio de pacientes con preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) durante el periodo 2021-2022, se observó que el síndrome coronario agudo continuó siendo un problema significativo en el puerperio, con una incidencia general de 4.34 por cada 100,000 personas-año. Esta etapa del puerperio se identificó como un periodo de alto riesgo para la aparición de complicaciones cardiovasculares, particularmente en mujeres con antecedentes de trastornos hipertensivos del embarazo, como la preeclampsia. En este grupo de mujeres, la prevalencia de factores de riesgo como la obesidad, el uso de tabaco, y la hipertensión crónica contribuyó significativamente al riesgo de desarrollar síndrome coronario agudo. Asimismo, se destacó la importancia de la vigilancia durante el puerperio, ya que las complicaciones cardiovasculares no solo persistieron sino que también aumentaron, sobre todo en presencia de factores modificables. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de una atención preventiva intensificada en mujeres con preeclampsia, debido al alto riesgo de morbilidad cardiovascular en el puerperio(2).

Parker et al. (2023) llevaron a cabo un estudio titulado “De Novo Postpartum Hypertension: Incidence and Risk Factors at a Safety-Net Hospital” con el objetivo de estimar la incidencia de hipertensión de novo en el puerperio y evaluar los factores de riesgo asociados en una población diversa atendida en un hospital de seguridad social. El estudio fue un análisis de cohortes retrospectivo de 3925 partos ocurridos entre 2016 y 2018. Se tomaron medidas de presión arterial desde el embarazo hasta los 12 meses posteriores al parto, excluyendo a aquellas pacientes con hipertensión crónica o trastornos hipertensivos del embarazo. La hipertensión de novo en el puerperio (dn-PPHTN) se definió como dos mediciones separadas de presión arterial con valores de presión sistólica ≥ 140 mm Hg y diastólica ≥ 90 mm Hg al menos 48 horas después del parto. La hipertensión severa de novo fue definida como presión sistólica ≥ 160 mm Hg y diastólica ≥ 110 mm Hg. En el contexto de la caracterización de la morbilidad en el puerperio en pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de

Medicina Familiar (UMF) durante el periodo 2021-2022, los resultados mostraron que el 12.1% de las pacientes que no tenían antecedentes de hipertensión desarrollaron hipertensión de novo durante el puerperio. De estas pacientes, el 17.1% presentó hipertensión de novo severa. Los factores descriptivos mostraron que las pacientes con hipertensión de novo en el puerperio eran más propensas a tener 35 años o más, haber tenido un parto por cesárea o ser fumadoras actuales o pasadas. En particular, el riesgo de desarrollar hipertensión de novo en el puerperio fue del 29% en pacientes con todas estas características y alcanzó el 36% en pacientes no hispánicas de raza negra. Aproximadamente el 22% de los casos fueron diagnosticados después de las seis semanas posparto, lo cual resalta la importancia de continuar la vigilancia más allá del periodo de seguimiento tradicional inmediato al parto. Estos hallazgos indican la necesidad de monitorear a las mujeres con riesgo elevado durante todo el año posterior al parto para mitigar la morbilidad materna relacionada con complicaciones cardiovasculares(3).

Roberts et al. (2022) llevaron a cabo un estudio titulado “Depression, anxiety and posttraumatic stress disorder six months following preeclampsia and normotensive pregnancy: a P4 study” con el objetivo de describir la prevalencia y la gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT) a los seis meses posparto en mujeres con diagnóstico de preeclampsia en comparación con aquellas con presión arterial normal durante el embarazo. Este estudio fue parte del estudio de seguimiento P4 (Postpartum, Physiology, Psychology and Paediatric follow-up study) y se realizó en el Hospital St George en Sídney, Australia. La muestra incluyó 392 mujeres, de las cuales 90 fueron diagnosticadas con preeclampsia y 302 presentaron una presión arterial normotensa durante el embarazo. Las mujeres completaron cuestionarios estructurados como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), y la Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PDS o PDS-5) seis meses después del parto. En el contexto de la caracterización de la morbilidad en el puerperio de pacientes con preeclampsia atendidas en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) durante el periodo 2021-2022, se encontró que el 7% de las mujeres en el grupo con preeclampsia presentaron puntuaciones superiores al umbral para depresión en la EPDS, en comparación con el 2% de las mujeres en el grupo normotenso, siendo esta diferencia significativa. No se observaron diferencias significativas en la prevalencia o la severidad de los síntomas de ansiedad o

TEPT entre los dos grupos. Sin embargo, una mayor proporción de mujeres con preeclampsia describieron su experiencia de parto como un evento traumático (7% frente al 1% en el grupo normotenso). Estos resultados indican que las mujeres que experimentaron preeclampsia tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas de depresión en el puerperio, lo que sugiere la importancia de implementar una detección específica y temprana de problemas de salud mental en este grupo para mejorar la calidad del cuidado posparto (4).

Park et al. (2018) llevaron a cabo un estudio titulado “Preeclampsia increases the incidence of postpartum cerebrovascular disease in Korean population” con el objetivo de investigar la asociación entre la preeclampsia durante el embarazo y el desarrollo de enfermedad cerebrovascular en el puerperio. El estudio incluyó a 1,075,061 mujeres coreanas que dieron a luz entre enero de 2010 y diciembre de 2012, excluyendo a aquellas con riesgo de enfermedad cerebrovascular antes del embarazo. La evaluación se centró en la incidencia de enfermedad cerebrovascular dentro del primer año posparto. Se utilizó la base de datos del seguro de salud nacional de Corea, que abarca a casi toda la población del país, para obtener información sobre las características de las mujeres y la incidencia de enfermedad cerebrovascular. En el contexto de la caracterización de la morbilidad en el puerperio en pacientes con preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) durante el periodo 2021-2022, los resultados mostraron que, entre las mujeres con antecedentes de preeclampsia, la incidencia de enfermedad cerebrovascular en el puerperio fue notablemente más alta. En el análisis del primer año posparto, el 4.01% de las mujeres que desarrollaron enfermedad cerebrovascular tenían antecedentes de preeclampsia, en comparación con el 2.39% de las mujeres sin enfermedad cerebrovascular posparto que también habían tenido preeclampsia. La prevalencia total de enfermedad cerebrovascular durante los 12 meses posparto fue de 0.28%. El análisis de los datos mostró que la incidencia de enfermedad cerebrovascular fue más alta durante el primer mes después del parto, duplicando la tasa observada en los meses posteriores. Este patrón fue evidente tanto en mujeres con preeclampsia como en aquellas sin preeclampsia, lo cual indica que el riesgo de enfermedad cerebrovascular es particularmente elevado en las semanas iniciales del puerperio. Las características adicionales asociadas con un mayor riesgo de enfermedad cerebrovascular incluyeron la edad avanzada (más de 35 años), la realización de un parto por cesárea, y la presencia de tromboembolismo durante el embarazo. Estos hallazgos subrayan la importancia de

una vigilancia estrecha durante el puerperio temprano para las mujeres con antecedentes de preeclampsia, ya que están en mayor riesgo de desarrollar complicaciones cerebrovasculares, lo cual puede tener un impacto significativo en la morbilidad a largo plazo(6).

Mogos et al. (2018) realizaron un estudio titulado “Hypertensive disorders of pregnancy and postpartum readmission in the United States: National surveillance of the revolving door” con el objetivo de estimar la prevalencia nacional y el costo de las readmisiones posparto en mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo en los Estados Unidos, centrándose en los primeros 42 días después del parto. Se emplearon los datos de las bases de datos Nationwide Readmissions Databases de 2013 y 2014 para analizar hospitalizaciones por parto en mujeres de entre 15 y 49 años. Se calcularon las tasas de readmisión posparto, duración de la estancia hospitalaria y los costos asociados, diferenciando entre cuatro subtipos de trastornos hipertensivos en función de la severidad y el momento de aparición de la hipertensión. En el contexto de la caracterización de la morbilidad en el puerperio en pacientes con preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) durante el periodo 2021-2022, los resultados mostraron que, entre las hospitalizaciones complicadas por trastornos hipertensivos del embarazo, la tasa de readmisión posparto dentro de los 42 días siguientes fue significativamente mayor en comparación con los embarazos normotensos. Específicamente, las tasas de readmisión variaron del 2.5% en los casos de hipertensión gestacional al 4.6% en los casos de preeclampsia/eclampsia superpuesta. Esto indica que las mujeres con preeclampsia tienen un mayor riesgo de complicaciones que requieren una nueva hospitalización durante el puerperio temprano. Los trastornos hipertensivos del embarazo resultaron en un exceso de 404,800 días de hospitalización y un costo adicional de \$731 millones para el sistema de atención médica. Estos resultados sugieren que las complicaciones hipertensivas tienen un impacto considerable tanto en términos de morbilidad materna en el puerperio como en los costos asociados al cuidado médico, lo cual subraya la necesidad de implementar intervenciones de atención transicional para identificar y monitorear a las mujeres en mayor riesgo de readmisión durante el puerperio temprano. Este enfoque preventivo podría ayudar a reducir las complicaciones asociadas y los costos relacionados con el manejo de estas pacientes(7).

2.3. FUNDAMENTO TEORICO

2.3.1. *Definición y epidemiología de la preeclampsia*

La preeclampsia es un trastorno del embarazo caracterizado por el desarrollo de hipertensión arterial y la presencia de proteinuria después de la semana 20 de gestación en mujeres previamente normotensas. Clínicamente, se define como la aparición de presión arterial elevada con cifras iguales o superiores a 140/90 mmHg en al menos dos ocasiones, acompañada de una excreción de proteínas en la orina superior a 300 mg en 24 horas. Además de la hipertensión y la proteinuria, también puede presentarse afectación de otros órganos como el hígado, los riñones, el cerebro y el sistema hematológico, lo cual contribuye a la complejidad de esta condición.(8) Existen dos formas de presentación de la preeclampsia: preeclampsia leve y preeclampsia severa. La preeclampsia leve se caracteriza por una hipertensión y proteinuria controladas sin daño significativo a los órganos maternos ni afectación fetal grave, mientras que la preeclampsia severa incluye manifestaciones más graves como hipertensión superior a 160/110 mmHg, alteraciones neurológicas (como cefalea persistente y alteraciones visuales), disfunción hepática, insuficiencia renal, o evidencia de restricción del crecimiento intrauterino(8,9).

En cuanto a la epidemiología, la preeclampsia afecta aproximadamente al 2-8% de los embarazos a nivel mundial, siendo una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal. Esta condición tiene una mayor prevalencia en países con ingresos bajos y medianos, donde las tasas de mortalidad materna debido a complicaciones como preeclampsia y eclampsia son considerablemente altas. En regiones de América Latina, la prevalencia se estima entre el 5% y el 10% de los embarazos, lo cual es consistente con los altos índices de complicaciones relacionadas con el embarazo en esta área(10,11). En México, la preeclampsia es una de las principales causas de muerte materna y su prevalencia se sitúa alrededor del 8% de los embarazos. Las estadísticas reflejan la necesidad urgente de intervenciones dirigidas a la prevención, detección y manejo temprano de la preeclampsia para reducir sus consecuencias tanto para la madre como para el feto (12). El desarrollo de la preeclampsia está asociado con varios factores de riesgo, entre los cuales se encuentran la edad materna avanzada, especialmente en mujeres mayores de 35 años, y el primer embarazo, conocido como primiparidad, que constituye un factor predisponente importante. Los antecedentes familiares de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

preeclampsia también aumentan el riesgo, lo cual sugiere un componente genético en la etiología de la enfermedad. Además, condiciones preexistentes como la obesidad, la hipertensión crónica, la diabetes mellitus y enfermedades autoinmunes, como el lupus, incrementan la probabilidad de desarrollar preeclampsia durante el embarazo. Otros factores de riesgo incluyen embarazos múltiples, la presencia de trombofilias y la utilización de técnicas de reproducción asistida. Es importante destacar que el manejo adecuado de estos factores de riesgo, mediante el seguimiento regular y la intervención temprana, puede reducir significativamente la incidencia y la gravedad de la preeclampsia, mejorando así los resultados maternos y perinatales(9,11,13).

2.3.2. Fisiopatología de la preeclampsia

La fisiopatología de la preeclampsia es compleja y está relacionada con una serie de alteraciones que afectan la interacción entre la madre, la placenta y el feto. Uno de los mecanismos principales implicados es la disfunción endotelial, que ocurre cuando el endotelio, la capa de células que recubre los vasos sanguíneos, deja de funcionar adecuadamente. En condiciones normales, el endotelio regula el tono vascular y previene la inflamación y la trombosis. Sin embargo, en la preeclampsia, este equilibrio se ve alterado debido a la liberación de sustancias provenientes de la placenta que provocan una respuesta inflamatoria sistémica, contribuyendo a un aumento de la resistencia vascular y a la disfunción en la regulación del flujo sanguíneo(14). Otro factor crucial en la fisiopatología de la preeclampsia es la insuficiente invasión trofoblástica. Durante un embarazo normal, el trofoblasto, que es el tejido responsable de formar la placenta, invade la pared de las arterias espirales del útero, lo cual permite una remodelación vascular que garantiza un adecuado suministro de sangre al feto. En la preeclampsia, esta invasión trofoblástica es insuficiente, lo que conlleva una remodelación incompleta de las arterias, causando una disminución en el flujo sanguíneo uteroplacentario. Este fenómeno crea un ambiente placentario hipóxico, que a su vez estimula la liberación de factores proinflamatorios y antiangiogénicos que perpetúan la disfunción endotelial(15).

La resistencia vascular aumentada también es una característica distintiva de la preeclampsia. Debido a la disfunción endotelial y a la insuficiencia en la remodelación de las arterias uterinas, el tono vascular se ve alterado, llevando a un aumento en la resistencia periférica. Esta resistencia elevada contribuye a la hipertensión arterial, que es

uno de los signos característicos de la preeclampsia. Posteriormente, se produce un aumento en la sensibilidad a agentes vasoconstrictores como la endotelina-1 y la angiotensina II, lo cual empeora la hipertensión y reduce el flujo sanguíneo hacia los órganos maternos, como los riñones y el hígado, lo cual agrava los síntomas clínicos(16). El estrés oxidativo también juega un papel fundamental en la fisiopatología de la preeclampsia. La hipoxia placentaria y la insuficiente invasión trofoblástica inducen un aumento en la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS). Estas ROS dañan los tejidos maternos y placentarios, contribuyendo a la disfunción endotelial y desencadenando una cascada inflamatoria. El estrés oxidativo también altera la producción de factores angiogénicos y antiangiogénicos, desequilibrando la vasculatura placentaria y exacerbando los signos y síntomas de la preeclampsia. En resumen, la fisiopatología de la preeclampsia implica una combinación de disfunción endotelial, insuficiente invasión trofoblástica, aumento de la resistencia vascular y estrés oxidativo, lo cual genera un ambiente patológico que impacta tanto a la madre como al feto, contribuyendo a la morbilidad asociada a esta enfermedad(17).

2.3.3. Periodo Puerperal: Definición y Relevancia

El periodo puerperal, o puerperio, es la etapa que comienza inmediatamente después del parto y se extiende aproximadamente durante seis semanas. Este período se considera crucial para la recuperación materna, ya que en él ocurren una serie de cambios físicos y psicológicos fundamentales para que el cuerpo de la mujer vuelva progresivamente a su estado previo al embarazo. En términos fisiológicos, el puerperio incluye procesos como la involución uterina, que es la contracción y reducción del tamaño del útero para retornar a sus dimensiones normales. También se produce la normalización de los niveles hormonales, que habían sido alterados significativamente durante el embarazo, y la recuperación de los tejidos que fueron distendidos o lesionados durante el parto, como el perineo y la musculatura abdominal(18).

Desde el punto de vista psicológico, el puerperio también es una fase de adaptación considerable para la madre. Es un momento en el que la mujer debe enfrentar nuevos retos, como el establecimiento de la lactancia materna y la formación de un vínculo con su bebé. Sin embargo, esta etapa también puede venir acompañada de cambios emocionales importantes, debido a la fluctuación hormonal y a las nuevas

responsabilidades maternas. Muchas mujeres experimentan lo que se conoce como "baby blues", caracterizado por labilidad emocional, tristeza leve y ansiedad. En algunos casos, si estos síntomas persisten y se intensifican, pueden derivar en una depresión posparto, la cual requiere intervención profesional (19). El puerperio es especialmente crítico para aquellas mujeres que han tenido un embarazo complicado por preeclampsia u otras condiciones médicas. Estas mujeres presentan un mayor riesgo de complicaciones durante esta fase, como hipertensión persistente, insuficiencia renal y riesgo aumentado de trombosis. Así mismo, la recuperación física puede ser más prolongada y complicada, requiriendo un seguimiento médico cercano para prevenir y manejar adecuadamente las posibles secuelas. Las mujeres con antecedentes de preeclampsia también tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en el futuro, por lo que el seguimiento durante el puerperio puede ser una oportunidad para establecer medidas preventivas de largo plazo. En definitiva, el puerperio no sólo es una fase de recuperación física, sino también una etapa crítica para la salud mental y el bienestar general de la madre, así como un periodo fundamental para el establecimiento del vínculo materno-infantil y la adaptación a la maternidad(18,19).

2.3.4. Morbilidad en el Puerperio Asociada a la Preeclampsia

Entre las complicaciones más comunes se encuentra la hipertensión persistente, la cual puede durar semanas o meses después del parto. De hecho, estudios han demostrado que aproximadamente el 50% de las mujeres con preeclampsia continúan presentando hipertensión durante el puerperio, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares a largo plazo. Esta hipertensión persistente puede requerir manejo farmacológico continuo y seguimiento médico riguroso para evitar complicaciones graves, como el accidente cerebrovascular(20).

Otra complicación significativa en el puerperio de mujeres con antecedentes de preeclampsia es la enfermedad cerebrovascular (21). Estas mujeres tienen un riesgo aumentado de sufrir eventos cerebrovasculares debido a la combinación de hipertensión sostenida y disfunción endotelial, condiciones que predisponen a un mayor riesgo de trombosis o hemorragia cerebral. La literatura ha documentado que el riesgo de accidente cerebrovascular es particularmente elevado durante los primeros 30 días del puerperio, que es cuando las fluctuaciones en la presión arterial suelen ser más pronunciadas.

Además, la insuficiencia renal también es una complicación recurrente en el puerperio de estas pacientes, dado que los episodios de hipertensión severa durante el embarazo pueden dañar los vasos sanguíneos renales, llevando a una disfunción renal que en algunos casos puede volverse crónica(22).

Los problemas emocionales también están altamente relacionados con el puerperio de mujeres que han padecido preeclampsia. Estas mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir ansiedad y depresión durante el periodo puerperal, influenciado por el estrés asociado a la complicación del embarazo y las preocupaciones respecto a su salud y la del recién nacido. Estudios han reportado una incidencia significativamente más alta de síntomas depresivos en mujeres que experimentaron preeclampsia, en comparación con aquellas que tuvieron un embarazo sin complicaciones. Este aspecto subraya la importancia de implementar evaluaciones psicológicas y brindar apoyo especializado durante el puerperio para identificar y tratar precozmente los trastornos del estado de ánimo(23,24).

2.3.5. Atención y Seguimiento en el Puerperio de Pacientes con Preeclampsia

La atención y seguimiento en el puerperio de pacientes con antecedentes de preeclampsia es crucial para reducir el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo. Los protocolos de atención en estas mujeres incluyen una monitorización cuidadosa de la presión arterial durante las primeras semanas posparto, dado que la hipertensión puede persistir o incluso empeorar en este periodo. Se recomienda medir la presión arterial dentro de las primeras 72 horas tras el parto, y luego repetir las mediciones entre los 7 y 10 días posparto, o antes si se presentan síntomas preocupantes. Este seguimiento es fundamental, ya que muchas mujeres con preeclampsia desarrollan hipertensión crónica y, en consecuencia, están en mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares en el futuro(25). El seguimiento clínico no se limita a la presión arterial. También se recomienda evaluar la función renal y hepática, ya que la preeclampsia puede causar daño en estos órganos. Se deben realizar exámenes de sangre para monitorear la función renal y los niveles de enzimas hepáticas, así como pruebas de proteinuria hasta que estos marcadores vuelvan a valores normales. Las mujeres con antecedentes de preeclampsia también deben ser orientadas sobre la importancia de mantener un estilo de vida

saludable, que incluya una dieta balanceada, actividad física regular y el cese del tabaquismo, para reducir su riesgo de complicaciones a largo plazo(26).

Las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) subrayan la importancia de un plan de seguimiento personalizado para cada paciente. ACOG sugiere una visita temprana entre los 7 y 10 días posparto para evaluar el control de la hipertensión y, posteriormente, una visita completa dentro de las primeras 6 semanas. En estas visitas, se debe hacer un hincapié especial en la educación de la paciente sobre los signos de alerta de complicaciones graves, como dolores de cabeza intensos, alteraciones visuales o dolor abdominal persistente, que podrían indicar una complicación hipertensiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también enfatiza la necesidad de una atención posparto integral, recomendando que todas las mujeres que han experimentado trastornos hipertensivos del embarazo reciban seguimiento durante al menos 12 semanas, con monitoreo frecuente de la presión arterial y evaluaciones para detectar posibles daños orgánicos (27) . Las estrategias para la prevención de complicaciones incluyen el uso de medicamentos antihipertensivos cuando sea necesario. Medicamentos como la nifedipina y el labetalol son frecuentemente utilizados en el puerperio para controlar la presión arterial, y su uso debe ser cuidadosamente ajustado según las necesidades individuales de cada paciente. Es fundamental también proporcionar apoyo emocional y evaluaciones de salud mental, dado que las mujeres que han sufrido preeclampsia están en mayor riesgo de desarrollar trastornos como ansiedad y depresión posparto. El acceso a recursos de apoyo y el involucramiento de la familia en el cuidado pueden ser determinantes para mejorar los resultados de salud en esta etapa tan vulnerable para la mujer(26,27).

2.3.6. Marco conceptual

1. Preeclampsia:

Preeclampsia es un trastorno del embarazo caracterizado por hipertensión y, frecuentemente, proteinuria que se desarrolla después de las 20 semanas de gestación. Puede causar daño a varios sistemas, incluyendo el cardiovascular y el renal, y es una de las principales causas de morbilidad materna y fetal. Se considera que la disfunción

endotelial y la insuficiencia en la invasión trofoblástica de las arterias espirales juegan un papel importante en su fisiopatología(28).

2. Puerperio:

El puerperio es el periodo posterior al parto que generalmente dura alrededor de seis semanas. Durante esta fase, el cuerpo de la mujer experimenta cambios fisiológicos que permiten la regresión del útero a su tamaño original y la normalización de los niveles hormonales. El puerperio se considera una etapa crítica tanto para la recuperación física de la madre como para la adaptación a la maternidad(18).

3. Morbilidad en el puerperio:

La morbilidad en el puerperio se refiere a cualquier complicación médica que afecta a la madre después del parto. Estas complicaciones pueden incluir hipertensión persistente, infecciones, hemorragias, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia renal, especialmente en mujeres que han tenido preeclampsia(29).

4. Hipertensión persistente en el puerperio:

La hipertensión persistente en el puerperio se refiere a niveles elevados de presión arterial que continúan o surgen después del parto. Es frecuente en mujeres que han padecido preeclampsia y requiere monitoreo riguroso y, en muchos casos, tratamiento farmacológico(20).

5. Insuficiencia Renal Puerperal:

La insuficiencia renal en el puerperio es una complicación que puede desarrollarse debido al daño causado a los vasos sanguíneos durante la preeclampsia. Esta afección puede presentarse con deterioro en la capacidad de los riñones para filtrar desechos y mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos(15).

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. MAGNITUD

La preeclampsia es una complicación del embarazo que afecta aproximadamente al 2-8% de los embarazos a nivel mundial, siendo una de las principales causas de morbilidad materna y neonatal. Esta condición se caracteriza por el desarrollo de hipertensión arterial y signos de disfunción orgánica después de la semana 20 de gestación, y su incidencia varía considerablemente según la región geográfica y las condiciones socioeconómicas. En países de ingresos altos, la tasa de incidencia es generalmente menor, en parte debido a mejores sistemas de salud y acceso temprano a cuidados prenatales, mientras que en países de ingresos bajos y medios, la incidencia puede alcanzar cifras cercanas al 7-8% de los embarazos. En África subsahariana y Asia del Sur, las tasas tienden a ser especialmente altas debido a la limitada disponibilidad de servicios de atención prenatal y la detección tardía de la condición(30).

En México, la incidencia de preeclampsia se estima entre el 5% y el 10% de los embarazos, dependiendo de la región y de factores como el acceso a la atención médica y la calidad de los servicios prenatales. Estudios realizados en distintas regiones del país han mostrado que las mujeres con menor acceso a servicios de salud, así como aquellas con factores de riesgo como obesidad y antecedentes familiares, tienen una mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia. La prevalencia varía incluso dentro del país, mostrando desigualdades importantes en la atención materna. La identificación temprana y el adecuado manejo de la preeclampsia son esenciales para reducir las complicaciones asociadas, que incluyen el riesgo de partos prematuros y complicaciones para el recién nacido(31).

3.2. TRASCENDENCIA

La preeclampsia es una de las principales complicaciones del embarazo, con un alto impacto en la mortalidad e incapacidad tanto a nivel mundial como nacional. A nivel global, afecta entre el 2% y el 8% de los embarazos y es responsable del 10-15% de las muertes maternas(12). En regiones de bajos recursos, como África subsahariana y Asia del Sur, la situación es más grave debido al limitado acceso a servicios de salud y a una atención prenatal insuficiente, lo que aumenta las tasas de mortalidad materna. En estos contextos,

la tasa de mortalidad materna atribuida a la preeclampsia puede llegar a 500 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, comparado con cifras considerablemente menores en países desarrollados. Además, la tasa de letalidad puede superar el 3% en países con sistemas de salud deficientes, mientras que en naciones con mejor acceso se reduce a menos del 0.1%. Estas disparidades resaltan la importancia de mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud para reducir el impacto de esta enfermedad(11).

Las secuelas de la preeclampsia también tienen un impacto considerable en la calidad de vida de muchas mujeres. Complicaciones como la enfermedad cerebrovascular afectan hasta el 2.4% de las mujeres con antecedentes de preeclampsia durante el primer año posparto, y el 31% desarrolla microalbuminuria, un marcador de daño renal. También existe un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto y ansiedad (1) . En México, la preeclampsia es una de las principales causas de muerte materna, con una incidencia del 5-10% de los embarazos, dependiendo de la región. Las áreas rurales presentan mayores tasas de complicaciones graves debido al acceso limitado a la atención prenatal, llegando a tasas de mortalidad materna de hasta 70 por cada 100,000 nacidos vivos. Así mismo, el 32% de las mujeres desarrolla hipertensión crónica después del parto, y el 4% presenta eventos cerebrovasculares en el puerperio temprano. Todo esto refleja la necesidad de un seguimiento riguroso incluso después del parto, así como el costo considerable que representa para el sistema de salud debido al aumento de hospitalizaciones y readmisiones(32).

3.3. VULNERABILIDAD

Esta condición presenta una alta vulnerabilidad a ser correctamente estudiada y abordada debido a múltiples barreras, particularmente en regiones con recursos limitados. Entre estos desafíos se encuentran el acceso insuficiente a servicios de salud, la carencia de recursos diagnósticos adecuados, la falta de seguimiento prenatal, y una infraestructura sanitaria deficiente, lo cual contribuye a que los desenlaces de la preeclampsia sean desfavorables para muchas mujeres. La investigación sobre preeclampsia es particularmente compleja, ya que requiere una aproximación integral que aborde tanto los factores médicos como los determinantes sociales de la salud que afectan a las pacientes. El desenlace natural de la enfermedad puede ser grave si no se aborda de manera adecuada, y las secuelas no solo afectan la salud materna a corto plazo, sino también

incrementan los riesgos de enfermedades crónicas a largo plazo, como hipertensión e insuficiencia renal, lo que subraya la necesidad de investigaciones sólidas y específicas para mejorar la atención.

3.4. FACTIBILIDAD

La factibilidad del estudio es alta, ya que se emplearán los registros clínicos existentes y el médico residente de medicina familiar generará la base de datos. El uso de expedientes clínicos permite contar con datos completos sobre el curso de la enfermedad sin necesidad de nuevas intervenciones, reduciendo costos y tiempos de recolección. El médico residente de medicina familiar aplicará el instrumento estructurado y construirá la base de datos, lo cual contribuye a la factibilidad del estudio debido a su formación clínica para interpretar registros y la disponibilidad de tiempo para organizar la información. Al ser retrospectivo, el estudio permite analizar datos ya generados sin necesidad de seguimiento prolongado, simplificando así la investigación y optimizando recursos.

3.5. VIABILIDAD

Este estudio es viable de ser llevado a cabo ya que se alinea con las estrategias y políticas actuales del IMSS, contribuyendo a la mejora de la atención materna y preventiva. El IMSS prioriza el seguimiento integral de las mujeres durante el embarazo y el puerperio, así como la prevención de complicaciones derivadas de enfermedades hipertensivas como la preeclampsia. Este estudio busca generar evidencia para optimizar la atención en el primer nivel de salud, clave en la estrategia del IMSS.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia continúa siendo uno de los problemas más complejos y desafiantes en el ámbito de la salud materna, debido a la naturaleza multifacética de sus efectos tanto a corto como a largo plazo. A pesar de los avances en la atención prenatal, la evidencia actual sigue siendo insuficiente para llegar a una conclusión definitiva sobre los mecanismos subyacentes y las consecuencias prolongadas de la preeclampsia, especialmente en lo que respecta a la morbilidad durante el puerperio. Estudios previos han demostrado que las mujeres que han experimentado preeclampsia presentan un riesgo elevado de desarrollar complicaciones cardiovasculares, renales y metabólicas durante el puerperio y en años posteriores. Sin embargo, los datos disponibles no son lo suficientemente robustos como para formular recomendaciones de atención universalmente aplicables. Esto subraya la necesidad de realizar más investigaciones que generen una base sólida de conocimiento sobre las complicaciones puerperales de la preeclampsia, permitiendo así guiar intervenciones efectivas y específicas. En este contexto, la presente investigación tiene un valor fundamental. Basándose en investigaciones anteriores, como la de Benschop et al. (2019), se ha evidenciado que el 32% de las mujeres con antecedentes de preeclampsia desarrollaron hipertensión crónica dentro de los primeros 10 años postparto, mientras que el 31% presentó microalbuminuria, un marcador de disfunción renal significativamente más prevalente en comparación con mujeres con embarazos normotensos (1). Asimismo, Blacher et al. (2023) identificaron un aumento significativo del síndrome coronario agudo durante el puerperio en mujeres con antecedentes de preeclampsia, lo que subraya la importancia de la vigilancia cardiovascular en esta etapa (2). Parker et al. (2023) señalaron que el 12.1% de las mujeres desarrollaron hipertensión de novo durante el puerperio, lo cual resalta la necesidad de un seguimiento prolongado, más allá del periodo tradicional posparto (3). Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Ditisheim et al. (2018), quienes reportaron una persistencia significativa de la hipertensión en mujeres con antecedentes de preeclampsia durante el puerperio, reforzando la necesidad de estrategias de manejo continuo para mitigar el riesgo cardiovascular (5).

La evidencia también indica que los problemas de salud mental son prevalentes en mujeres con antecedentes de preeclampsia, como lo demostró Roberts et al. (2022), quienes identificaron un mayor riesgo de depresión posparto en este grupo (4). Además,

Park et al. (2018) y Mogos et al. (2018) resaltaron el riesgo elevado de enfermedad cerebrovascular y las altas tasas de readmisiones hospitalarias, respectivamente, en mujeres con antecedentes de preeclampsia durante el puerperio, lo cual subraya la carga continua de morbilidad y la necesidad de mejorar las estrategias de atención transicional (6,7). En conjunto, estos estudios reflejan la insuficiencia de las recomendaciones actuales y la necesidad urgente de generar evidencia específica para guiar intervenciones que mitiguen la morbilidad persistente y los riesgos asociados a la preeclampsia. El presente estudio se propone llenar estos vacíos en el conocimiento mediante una caracterización detallada de la morbilidad en el puerperio de pacientes con antecedentes de preeclampsia, específicamente en el contexto de la Unidad de Medicina Familiar (UMF). En consecuencia, la pregunta de investigación que se plantea es:

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué características presenta la morbilidad puerperal en pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 durante el periodo 2021-2024?

5. HIPÓTESIS

Este estudio no plantea hipótesis debido a la naturaleza descriptiva de este estudio.

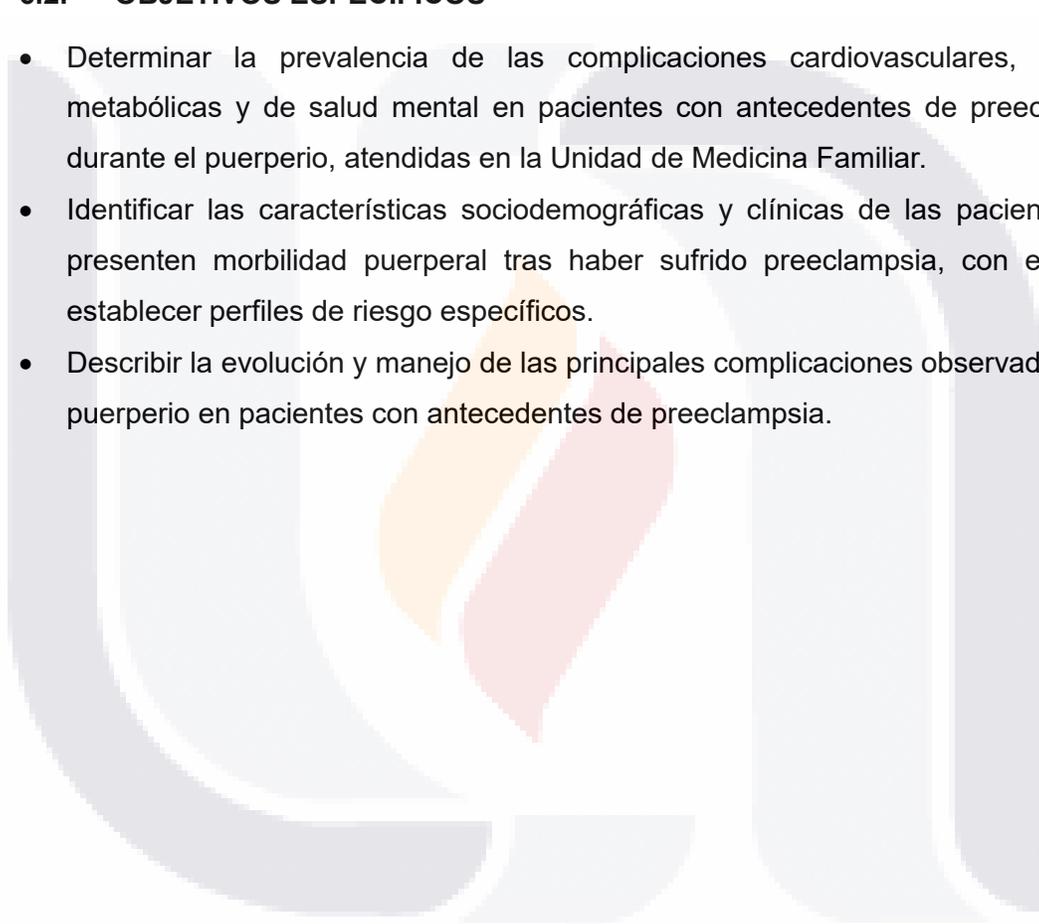
6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características de la morbilidad puerperal en pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 durante el periodo 2021-2024.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de las complicaciones cardiovasculares, renales, metabólicas y de salud mental en pacientes con antecedentes de preeclampsia durante el puerperio, atendidas en la Unidad de Medicina Familiar.
- Identificar las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes que presenten morbilidad puerperal tras haber sufrido preeclampsia, con el fin de establecer perfiles de riesgo específicos.
- Describir la evolución y manejo de las principales complicaciones observadas en el puerperio en pacientes con antecedentes de preeclampsia.



7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

7.2. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, con un diseño transversal.

7.3. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio estuvo conformado por los expedientes clínicos de todas las mujeres que fueron atendidas en la Unidad de Medicina Familiar durante el puerperio, entre los años 2022 y 2023, y que presentaron antecedentes de preeclampsia.

7.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo constituida por los datos extraídos de los expedientes clínicos de pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar durante el puerperio.

7.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

La unidad de observación fue cada expediente clínico correspondiente a una paciente con antecedentes de preeclampsia durante el periodo puerperal.

7.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para el presente estudio correspondió a la totalidad de las pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el periodo de 2021

a 2023. En total, se analizaron los expedientes clínicos de 107 pacientes que formaron parte del censo completo de mujeres atendidas en dicha unidad durante este período. Dado que la población de estudio fue el censo completo, no se realizó el cálculo de un tamaño de muestra específico.

7.7. TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo utilizado en este estudio fue no probabilístico o por conveniencia, ya que se trabajó con la totalidad de las pacientes con antecedentes de preeclampsia que formaron parte del censo de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 10 del IMSS durante los años 2021 a 2024.

7.8. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.8.1. Criterios de inclusión

- Se incluyeron mujeres con antecedentes de preeclampsia durante el embarazo que fueron atendidas en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el puerperio, entre los años 2021 y 2024.
- Se consideraron los expedientes clínicos que registraron datos relevantes y completos sobre el curso del embarazo, el parto y las complicaciones puerperales.

7.8.2. Criterios de exclusión

- Se excluyeron pacientes con enfermedades crónicas diagnosticadas antes del embarazo (como insuficiencia renal crónica, enfermedades cardiovasculares o metabólicas) que pudieran confundir el análisis de la morbilidad puerperal.
- Se excluyeron mujeres con embarazos múltiples (gemelar o más), dado que estos presentan un perfil de riesgo diferente y pueden modificar la morbilidad puerperal.
- También se excluyeron los expedientes clínicos en los que el diagnóstico de preeclampsia no fue claro o estuvo en duda por falta de registro de los criterios clínicos diagnósticos (ej. ausencia de registro de cifras tensionales y proteinuria.).

7.8.3. Criterios de eliminación

- Se eliminaron aquellos expedientes clínicos que presentaron errores administrativos significativos que imposibilitaron identificar o completar los datos de seguimiento (como registros duplicados o incongruencias en fechas).
- Se eliminaron los casos en los que no fue posible dar seguimiento al puerperio debido a transferencias de atención a otras unidades médicas o abandono del seguimiento.
- Se eliminaron los expedientes donde se detectaron datos inverosímiles o inconsistentes que afectaban el análisis, como cifras tensionales o datos metabólicos fuera de rango sin justificación médica documentada.

7.9. VARIABLES

7.9.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor o Medida
Edad (años)	Número de años vividos desde el nacimiento de la paciente.	Valor numérico indicado por la paciente en el expediente clínico.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado.
Estado Civil	Situación jurídica o social de la paciente con respecto a su relación conyugal.	Estado civil de la paciente, según se registra en su expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Soltera, 2. Casada, 3. Unión Libre, 4. Divorciada.
Nivel Educativo	Grado de educación formal alcanzado por la paciente.	Nivel educativo alcanzado por la paciente según se registra en el expediente.	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria, 2. Secundaria, 3. Preparatoria, 4. Educación Superior.
Ocupación	Actividad principal a la que se dedica la paciente.	Ocupación de la paciente al momento del registro, según el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Ama de Casa, 2. Trabajadora, 3. Desempleada, 4. Estudiante.
Paridad	Número de embarazos culminados que ha tenido la paciente.	Clasificación de la paciente según si es primigesta o multigesta.	Cualitativa	Dicotómica	1. Primigesta, 2. Multigesta.

Tipo de Parto	Modo en que se llevó a cabo el nacimiento del bebé.	Tipo de parto registrado en el expediente clínico.	Cualitativa	Dicotómica	1. Vaginal, 2. Cesárea.
Índice de Masa Corporal (IMC) Pregestacional (kg/m ²)	Relación entre el peso y la altura de la paciente antes del embarazo.	Valor calculado del IMC previo al embarazo, basado en el peso y la altura registrados.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (kg/m ²).
Índice de Masa Corporal (IMC) Durante el Puerperio (kg/m ²)	Relación entre el peso y la altura de la paciente durante el puerperio.	Valor calculado del IMC durante el puerperio, basado en el peso y la altura registrados.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (kg/m ²).
Antecedentes de Tabaquismo	Historia de consumo de tabaco por parte de la paciente.	Clasificación de la paciente según el consumo actual o pasado de tabaco.	Cualitativa	Nominal	1. Activo, 2. Exfumadora.
Edad (años)	Número de años vividos desde el nacimiento de la paciente.	Valor numérico indicado por la paciente en el expediente clínico.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado.
Estado Civil	Situación jurídica o social de la paciente con respecto a su relación conyugal.	Estado civil de la paciente, según se registra en su expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Soltera, 2. Casada, 3. Unión Libre, 4. Divorciada.
Nivel Educativo	Grado de educación formal alcanzado por la paciente.	Nivel educativo alcanzado por la paciente según se registra en el expediente.	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria, 2. Secundaria, 3. Preparatoria, 4. Educación Superior.
Ocupación	Actividad principal a la que se dedica la paciente.	Ocupación de la paciente al momento del registro, según el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Ama de Casa, 2. Trabajadora, 3. Desempleada, 4. Estudiante.
Paridad	Número de embarazos culminados que ha tenido la paciente.	Clasificación de la paciente según si es primigesta o multigesta.	Cualitativa	Dicotómica	1. Primigesta, 2. Multigesta.
Tipo de Parto	Modo en que	Tipo de parto	Cualitativa	Dicotómica	1. Vaginal, 2.

	se llevó a cabo el nacimiento del bebé.	registrado en el expediente clínico.			Cesárea.
Índice de Masa Corporal (IMC) Pregestacional (kg/m ²)	Relación entre el peso y la altura de la paciente antes del embarazo.	Valor calculado del IMC previo al embarazo, basado en el peso y la altura registrados.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (kg/m ²).
Índice de Masa Corporal (IMC) Durante el Puerperio (kg/m ²)	Relación entre el peso y la altura de la paciente durante el puerperio.	Valor calculado del IMC durante el puerperio, basado en el peso y la altura registrados.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (kg/m ²).
Antecedentes de Tabaquismo	Historia de consumo de tabaco por parte de la paciente.	Clasificación de la paciente según el consumo actual o pasado de tabaco.	Cualitativa	Nominal	1. Activo, 2. Exfumadora, 3. Nunca fumó
Niveles de Colesterol Total (mg/dL)	Concentración de colesterol total en la sangre.	Valor de colesterol total medido mediante un análisis de sangre durante el puerperio.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (mg/dL).
Niveles de LDL (mg/dL)	Concentración de lipoproteínas de baja densidad (LDL) en la sangre.	Valor de LDL medido mediante un análisis de sangre durante el puerperio.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (mg/dL).
Niveles de HDL (mg/dL)	Concentración de lipoproteínas de alta densidad (HDL) en la sangre.	Valor de HDL medido mediante un análisis de sangre durante el puerperio.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (mg/dL).
Niveles de Triglicéridos (mg/dL)	Concentración de triglicéridos en la sangre.	Valor de triglicéridos medido mediante un análisis de sangre durante el puerperio.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (mg/dL).
Diabetes Mellitus Tipo 2	Enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia	Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 registrado en el expediente clínico.	Cualitativa	Dicotómica	1. Presente, 2. Ausente.

	debido a un defecto en la acción o secreción de insulina.				
Glucosa en Ayunas (mg/dL)	Nivel de glucosa en sangre después de un período de ayuno de al menos 8 horas.	Valor de glucosa medido durante el puerperio, según análisis clínico.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (mg/dL).
Diagnóstico de Depresión Postparto	Condición de salud mental que involucra síntomas depresivos después del parto.	Diagnóstico clínico de depresión postparto registrado en el expediente médico.	Cualitativa	Dicotómica	1. Presente, 2. Ausente.
Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo	Herramienta utilizada para evaluar la presencia y severidad de síntomas depresivos postparto.	Puntaje total obtenido en la escala de Edimburgo completada por la paciente.	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico registrado (puntaje).
Síntomas de Ansiedad	Presencia de síntomas de ansiedad que afectan el bienestar emocional de la paciente.	Registro de síntomas de ansiedad reportados durante el puerperio, según la evaluación clínica.	Cualitativa	Dicotómica	1. Presente, 2. Ausente.
Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático	Condición psicológica que puede presentarse después de un evento traumático, como el parto complicado.	Diagnóstico clínico de TEPT registrado en el expediente médico durante el seguimiento puerperal.	Cualitativa	Dicotómica	1. Presente, 2. Ausente.
Medicación Antihipertensiva Administrada	Tipo de medicamento utilizado para controlar la presión arterial	Tipo de medicamento prescrito para la paciente para tratar	Cualitativa	Nominal	1. Inhibidores de la ECA, 2. Betabloqueadores, 3. Antagonistas de los canales de

	alta.	hipertensión durante el puerperio.			calcio, 4. Diuréticos, 5. Otro (especificar).
Dosis de Medicación Antihipertensiva (mg/día)	Cantidad específica de antihipertensivo administrado diariamente.	Dosis diaria del medicamento antihipertensivo registrado en el expediente clínico.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (mg/día).
Medicación Antidiabética Administrada	Tipo de medicamento utilizado para tratar la diabetes mellitus tipo 2.	Tipo de medicamento antidiabético prescrito para la paciente durante el puerperio.	Cualitativa	Nominal	1. Metformina, 2. Insulina, 3. Sulfonilureas, 4. Otro (especificar).
Dosis de Medicación Antidiabética (mg/día o unidades/día)	Cantidad específica de antidiabético administrado diariamente.	Dosis diaria del medicamento antidiabético registrado en el expediente clínico.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (mg/día o unidades/día).
Tratamiento para Dislipidemia	Medicación utilizada para controlar los niveles de lípidos en la sangre.	Tipo de tratamiento prescrito para la dislipidemia durante el puerperio.	Cualitativa	Nominal	1. Estatinas, 2. Fibratos, 3. Omega-3, 4. Otro (especificar).
Dosis de Tratamiento para Dislipidemia (mg/día)	Cantidad específica de medicamento para dislipidemia administrado diariamente.	Dosis diaria del tratamiento para dislipidemia registrado en el expediente clínico.	Cuantitativa	Continua	Valor numérico registrado (mg/día).
Tratamiento Psicológico o Psiquiátrico	Tipo de intervención psicológica o psiquiátrica recibida por la paciente.	Registro del tratamiento psicológico o psiquiátrico recibido durante el puerperio.	Cualitativa	Dicotómica	1. Sí, 2. No.
Frecuencia de Intervenciones Médicas Durante el Puerperio	Número de veces que la paciente acudió a consultas o fue hospitalizada.	Clasificación de la frecuencia con la que la paciente recibió intervenciones médicas durante el puerperio.	Cualitativa	Ordinal	1. Ninguna, 2. Consulta mensual, 3. Consulta trimestral, 4. Hospitalización una vez, 5. Hospitalización recurrente.
Tipo de	Tipo específico	Registro del tipo	Cualitativa	Nominal	1. Consulta

Intervenciones Médicas	de intervención recibida por la paciente durante el puerperio.	de intervención recibida, incluyendo consultas y hospitalizaciones.		médica rutinaria, 2. Consulta especializada, 3. Hospitalización por complicaciones, 4. Urgencias, 5. Otro (especificar).
------------------------	--	---	--	--

7.10. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los procedimientos para la recolección de información fueron llevados a cabo por un equipo de investigación conformado por el médico residente asignado a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), bajo la supervisión del investigador principal. La recolección de datos se realizó durante un periodo de tres meses, a partir del inicio del estudio en 2024, y comprendió la revisión y extracción de información contenida en los expedientes clínicos de las pacientes atendidas durante el periodo 2021–2023.

La fuente de información incluyó el censo del Sistema de Información Administrativa y de Información de Salud (SIAIS) y los expedientes de primer nivel de las unidades de medicina familiar, denominados Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF). El proceso se llevó a cabo de manera presencial en las instalaciones de la UMF No. 10, donde se encontraba el archivo con los expedientes clínicos en formato físico y digital. La recolección de datos se realizó mediante un instrumento estructurado de recopilación, diseñado específicamente para este estudio, que incluyó variables sociodemográficas, antecedentes médicos, evolución del embarazo y las complicaciones presentadas durante el puerperio. El médico residente fue responsable de revisar cada expediente y completar la base de datos según las variables predefinidas, garantizando la calidad y consistencia de la información.

La extracción de datos se realizó manualmente, y se tomaron medidas para asegurar la integridad de los expedientes, tales como el manejo adecuado de los documentos físicos y la protección de la información digital mediante contraseñas de acceso restringido. Cada

expediente fue evaluado en su totalidad para identificar la información relevante, evitando omisiones que pudieran afectar la calidad de los datos recolectados.

La recolección de información se llevó a cabo en un espacio habilitado dentro de la UMF No. 10, con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos durante el proceso. Los registros fueron almacenados en una base de datos electrónica utilizando Microsoft Excel, lo cual permitió sistematizar la información para su posterior análisis estadístico.

7.11. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento utilizado en este estudio recopiló información sobre complicaciones metabólicas, cardiovasculares, renales y de salud mental en pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar. Incluyó preguntas codificadas para registrar la información de manera precisa y estandarizada. Las variables cualitativas y cuantitativas abarcaron aspectos sociodemográficos, características clínicas, evolución de complicaciones y manejo médico, permitiendo un análisis integral. La inclusión de variables sociodemográficas, antecedentes familiares y valores clínicos cuantitativos facilitó comparaciones con estudios previos y la identificación de perfiles de riesgo.

7.12. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para asegurar que el contenido del instrumento reflejara adecuadamente los aspectos clave relacionados con la morbilidad puerperal en mujeres con antecedentes de preeclampsia, se llevó a cabo un proceso de validación por un grupo de expertos utilizando la técnica Delphi. Esta metodología permitió obtener un consenso entre profesionales con experiencia en salud materna, quienes revisaron la ficha de recolección de datos en varias rondas sucesivas, proporcionando retroalimentación sobre la claridad, relevancia y exhaustividad de cada ítem hasta alcanzar un acuerdo. Además, se realizó una prueba piloto con una muestra pequeña de expedientes clínicos para identificar posibles dificultades en la aplicación del instrumento y realizar los ajustes pertinentes antes de su implementación definitiva. La prueba piloto no solo contribuyó a la detección

de inconsistencias o ambigüedades, sino que también permitió evaluar la consistencia interna del instrumento mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach. Este indicador estadístico midió el grado de fiabilidad de las respuestas obtenidas y aseguró que las diferentes secciones del instrumento estuvieran correlacionadas de manera adecuada, reflejando una medición estable y coherente de las complicaciones puerperales y sus características asociadas.

7.13. MÉTODOS DE CONTROL DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Para garantizar la calidad de la información en este estudio, se implementaron diversos métodos de control destinados a evitar sesgos de selección y de información, asegurando la precisión y consistencia de los datos. Se aplicó un manual operacional para estandarizar la recolección de información, con el fin de que todos los involucrados en el proceso siguieran las mismas directrices y procedimientos, lo cual minimizó las variaciones en la recopilación de datos y garantizó la homogeneidad en el registro de la información. También se llevó a cabo un proceso de captura-recaptura, que consistió en volver a capturar la base de datos después de haber realizado la primera captura, utilizando los expedientes clínicos nuevamente para identificar y corregir posibles errores de captura.

7.14. PLAN DE ANÁLISIS

Las variables cuantitativas, como la edad, el índice de masa corporal (IMC), los niveles de presión arterial, la glucosa en sangre, los valores de perfil lipídico y otros indicadores numéricos, fueron evaluadas mediante el uso de estadísticos de tendencia central y de dispersión. En particular, se calcularon la media, la mediana y la moda para proporcionar una descripción detallada del comportamiento central de cada variable. Adicionalmente, se emplearon medidas de dispersión como la desviación estándar y el rango intercuartílico para evaluar la variabilidad de los datos y comprender la distribución de cada una de las variables cuantitativas. Para identificar las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes con morbilidad puerperal, se realizaron comparaciones descriptivas entre los distintos subgrupos de pacientes (por ejemplo, según la presencia o ausencia de complicaciones). Esto permitió establecer perfiles de riesgo específicos y facilitar la identificación de factores asociados con una mayor probabilidad de presentar complicaciones. Las variables fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas, así como con medidas de tendencia central y de

dispersión, sin aplicar pruebas de hipótesis para determinar asociaciones significativas. Por último, para describir la evolución y el manejo de las complicaciones en el puerperio, se llevaron a cabo análisis longitudinales mediante la revisión de los valores registrados en diferentes momentos del puerperio. Estos análisis permitieron comprender los cambios en las variables clínicas a lo largo del tiempo, así como evaluar el impacto de las intervenciones realizadas. Se utilizaron gráficos de tendencias y tablas para representar estos cambios y facilitar la interpretación visual de la evolución clínica de las pacientes.

8. ASPECTOS ETICOS

El protocolo de investigación implementado integró de manera exhaustiva el cumplimiento de los aspectos éticos establecidos por el IMSS y los lineamientos internacionales, incluyendo el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe de Belmont. Estos principios garantizaron la protección y el respeto de los derechos de los sujetos involucrados en el estudio. Conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el estudio fue clasificado como investigación SIN RIESGO, al utilizar una metodología retrospectiva basada en la revisión de expedientes clínicos sin realizar intervenciones directas sobre las participantes. Esta clasificación aseguró que no se realizó ninguna modificación en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las participantes, cumpliendo con el artículo 17 del reglamento y garantizando que no existiera ninguna afectación a su salud.

El cumplimiento del Código de Nuremberg se garantizó al mantener el respeto absoluto por la dignidad humana, evitando cualquier tipo de coacción o intervención que pusiera en riesgo la salud de los sujetos. Al tratarse de un estudio retrospectivo, la revisión de expedientes clínicos se realizó sin involucrar a las participantes en intervenciones experimentales, asegurando que la información utilizada fuera obtenida sin riesgo ni perjuicio para las personas involucradas. Este enfoque fue clave para respetar los principios de autonomía y no maleficencia. La Declaración de Helsinki también se cumplió mediante la realización del estudio bajo estrictos principios éticos aplicables a la investigación médica. El protocolo tuvo como objetivo mejorar la atención en salud y ampliar el conocimiento sobre la morbilidad puerperal en pacientes con antecedentes de preeclampsia, asegurando que los beneficios potenciales del estudio superaran cualquier riesgo, que en este caso fue inexistente. La protección de la confidencialidad se mantuvo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mediante la anonimización de los datos antes de su análisis, minimizando así el riesgo de divulgación de información personal. Esto también reforzó el principio de beneficencia, al buscar un impacto positivo sin poner en riesgo la privacidad de las participantes. La información recopilada fue resguardada de manera digital durante cinco años por el asesor del estudio y el médico tesista, garantizando así la seguridad y protección continua de los datos.

El Informe de Belmont estableció principios fundamentales como el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia. Este protocolo aseguró el cumplimiento de dichos principios al garantizar que la selección de los sujetos fuera equitativa y justa, sin discriminación basada en edad, sexo, nivel socioeconómico o cultura. La recopilación de datos a partir de los expedientes clínicos de la UMF No. 10 se realizó de manera equitativa, incluyendo a todas las pacientes con antecedentes de preeclampsia durante el período 2021–2023, asegurando así que la investigación fuera representativa y que todos los grupos tuvieran igual oportunidad de ser considerados. Además, se garantizó la confidencialidad y la protección de los datos, reflejando un profundo respeto por las personas involucradas y minimizando cualquier riesgo potencial.

Este estudio también cumplió con los principios fundamentales de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. La autonomía se respetó ofreciendo a las participantes la posibilidad de excluirse mediante una carta de excepción de consentimiento informado, debido al carácter retrospectivo del estudio. La justicia se estableció mediante la selección equitativa de las pacientes con antecedentes de preeclampsia durante el período de estudio, sin discriminación alguna. La beneficencia se aseguró al maximizar los beneficios potenciales de la investigación, que incluyeron la mejora en la comprensión de las complicaciones puerperales y el desarrollo de mejores estrategias de prevención y atención. Por último, la no maleficencia se cumplió garantizando que el estudio no causara daño alguno a las participantes, ya que se limitó al uso de datos secundarios y no implicó intervenciones directas. La carta de excepción de consentimiento informado fue considerada en lugar del consentimiento informado convencional, debido al carácter retrospectivo del estudio y al hecho de que se trabajó con expedientes clínicos ya existentes. Este procedimiento cumplió con las normativas del Reglamento de la Ley General de Salud y respetó los principios establecidos en el Código de Nuremberg y la

Declaración de Helsinki, asegurando que la información recopilada se utilizara exclusivamente con fines de investigación y que la privacidad y la dignidad de las participantes fueran protegidas en todo momento. Estos procedimientos garantizaron que el estudio se llevara a cabo de forma responsable y ética, contribuyendo a la generación de conocimientos sin causar daño ni riesgos para las personas cuyas historias clínicas fueron objeto de revisión. RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

8.1. RECURSOS HUMANOS

El equipo de investigación estuvo conformado por el Investigador Principal, Dr. Víctor Manuel González De la Mora, adscrito al Hospital General de Zona No. 3, cuya función fue supervisar, asesorar y evaluar el desarrollo del estudio para asegurar el cumplimiento de estándares científicos y éticos.

La Investigadora Asociada, Dra. Cristina Ruiz Amaya, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 10, se encargó de la recolección y análisis de datos, así como de la redacción de informes y la presentación de resultados bajo la guía del asesor.

8.2. RECURSOS MATERIALES

Nombre del Insumo	Precio Unitario (MXN)	Cantidad Requerida	Costo Total (MXN)
Computadora portátil	\$15,000.00	1	\$ 15,000.00
Software de análisis estadístico	\$ 3,720.00	1	\$ 7,000.00
Paquete de 100 hojas (bond)	\$ 204.00	1	\$ 204.00
Paquete de lápices	\$ 37.00	1	\$ 37.00
Total Presupuesto Estimado			\$ 22,241.00

8.3. FINANCIAMIENTO

Los gastos para la realización de este estudio fueron cubiertos por el médico tesista.

8.4. FACTIBILIDAD

La factibilidad de este estudio fue alta, dado que se utilizaron datos retrospectivos de expedientes clínicos disponibles en la Unidad de Medicina Familiar, lo que minimizó los costos y evitó la necesidad de intervención directa con pacientes. Los registros de 2021 a 2023 permitieron acceder a información suficiente para caracterizar la morbilidad puerperal.

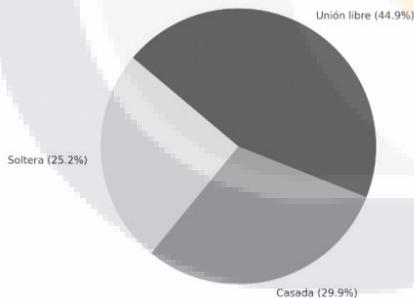
9. CRONOGRAMA

Actividad	2024			2025					
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Elaboración de manuscrito	XX								
Acopio de la literatura	XX	XX							
Revisión de la literatura	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Diseño del protocolo	XX	XX							
Planteamiento del problema	XX	XX							
Antecedentes		XX							
Justificación		XX							
Introducción		XX	XX						
Hipótesis			XX						
Material y métodos			XX						
Envío de protocolo a SIRELCIS			XX						
Registro y aprobación ante comité de ética			XX	XX					
Registro y aprobación ante comité de investigación			XX	XX					
Acopio de la información				XX	XX	XX			
Captura y tabulación de la información					XX	XX			
Análisis de la información						XX			
Elaboración del informe de tesis final						XX	XX	XX	
Discusión de resultados								XX	XX
Presentación de resultados									XX

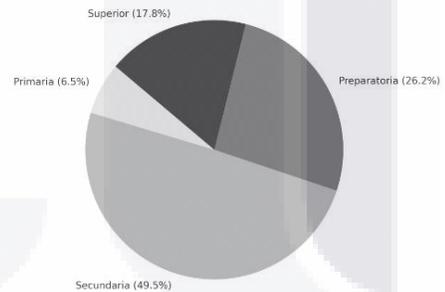
10. RESULTADOS

En la **Tabla 1** se observa que la edad promedio de las pacientes fue de 27.26 años, con un IMC pregestacional de 28.55 kg/m² y un IMC en puerperio de 31.53 kg/m². La media de semanas de gestación al nacimiento fue de 36.12. En cuanto al estado civil, 44.9% vivían en unión libre, 29.9% estaban casadas y 25.2% eran solteras, distribución que también se representa en la **Gráfica 1**, donde se visualiza claramente la predominancia del estado de unión libre. La mayoría tenía escolaridad de nivel secundaria (49.5%), seguida por preparatoria (26.2%), superior (17.8%) y primaria (6.5%), lo cual se refleja en la **Gráfica 2**, en la que la categoría secundaria muestra la mayor proporción dentro del total. El 81.3% de las mujeres se desempeñaban como trabajadoras y 18.7% eran amas de casa. En relación con la paridad, 61.7% eran multigestas y 38.3% primigestas. El tipo de parto fue predominantemente cesárea (82.2%), mientras que el vaginal representó 17.8%. Finalmente, la mayoría de los casos correspondieron a preeclampsia tardía (73.8%), frente al 26.2% de preeclampsia temprana, diferencia que se muestra de forma clara en la **Gráfica 3**, donde la categoría de preeclampsia tardía ocupa la mayor parte del gráfico circular.

Gráfica 1. Estado civil



Gráfica 2. Escolaridad



Gráfica 3. Tipo de preeclampsia



Tabla 1. Comparación de características según presencia de morbilidad

	Subcategoría	Valor (Media ± DE)	Porcentaje (%)
Edad (años)	—	27.26 ± 5.59	—
IMC pregestacional (kg/m²)	—	28.55 ± 4.28	—
IMC en puerperio (kg/m²)	—	31.53 ± 5.28	—
Semanas de gestación al nacimiento	—	36.12 ± 3.06	—
Estado civil	Soltera	27	25.2
	Casada	32	29.9
	Unión libre	48	44.9
Nivel educativo	Primaria	7	6.5
	Secundaria	53	49.5
	Preparatoria	28	26.2
	Superior	19	17.8
Ocupación	Trabajadora	87	81.3
	Ama de casa	20	18.7
Paridad	Primigesta	41	38.3
	Multigesta	66	61.7
Tipo de parto	Vaginal	19	17.8
	Cesárea	88	82.2
Tipo de preeclampsia	Tardía	79	73.8
	Temprana	28	26.2

Fuente: Expediente clínico

En la **Tabla 2** se presenta la distribución de las principales complicaciones puerperales identificadas en las pacientes con antecedentes de preeclampsia. La alteración más prevalente fue la proteinuria superior a 0.3 g/24 h, con una frecuencia de 32.7%, lo que representa aproximadamente un tercio de la muestra. Le siguen, con porcentajes menores pero clínicamente relevantes, la hipertensión persistente y la dislipidemia, ambas con una prevalencia del 10.3%, lo que evidencia la continuidad del compromiso cardiovascular y metabólico más allá del embarazo. La intolerancia a la glucosa se observó en 7.5% de los casos, mientras que la disfunción renal, definida por niveles de creatinina superiores a 1.2 mg/dL, afectó al 6.5% de las pacientes. En el ámbito de la salud mental, tanto la depresión posparto como los cuadros de ansiedad o trastorno de estrés postraumático se documentaron en 5.6% de la población estudiada, lo que subraya la necesidad de evaluación psicológica en el seguimiento posnatal. El evento isquémico

agudo fue la manifestación menos frecuente, reportándose en 4.7% de las mujeres. Estos datos se representan visualmente en la **Gráfica 4**, donde se aprecia de forma proporcional la magnitud de cada tipo de complicación, destacando de manera notoria la predominancia de la afectación renal en forma de proteinuria, seguida por las alteraciones cardiovasculares y metabólicas, con menor presencia de complicaciones en el ámbito neuropsicológico.

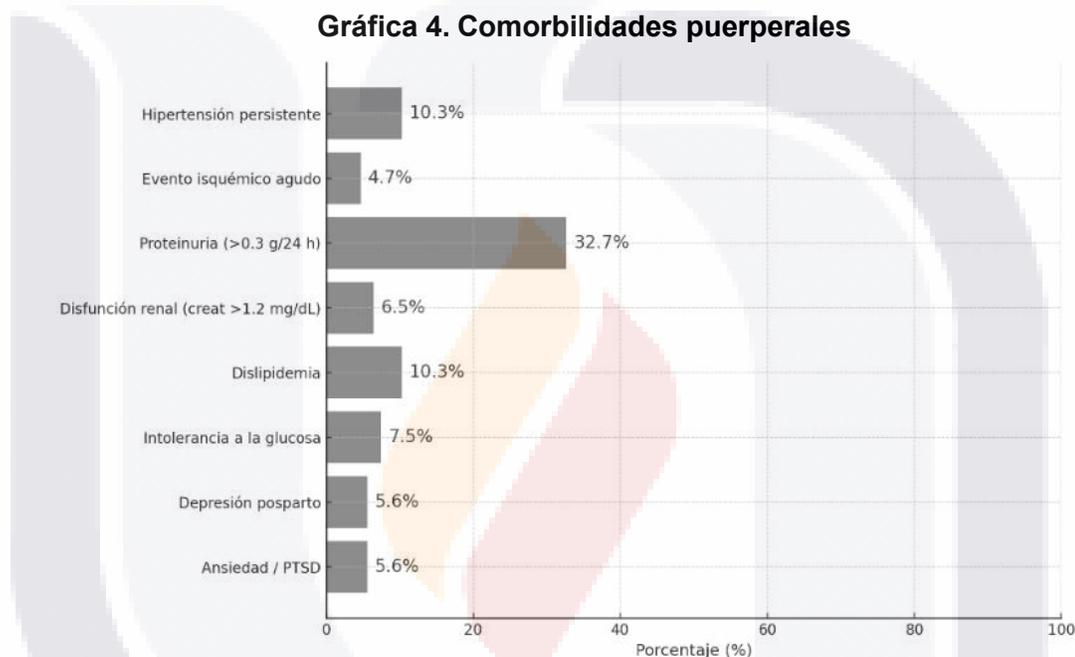


Tabla 2. Prevalencia de complicaciones puerperales

Complicación		n	%
Cardiovasculares	Hipertensión persistente	11	10.3
	Evento isquémico agudo	5	4.7
Renales	Proteinuria (> 0.3 g/24 h)	35	32.7
	Disfunción renal (creat > 1.2 mg/dL)	7	6.5
Metabólicas	Dislipidemia	11	10.3
	Intolerancia a la glucosa	8	7.5
Salud mental	Depresión posparto	6	5.6
	Ansiedad / PTSD	6	5.6

Fuente: Expediente clínico

Según lo registrado en la **Tabla 3**, el grupo de bloqueadores de canales de calcio fue el más utilizado con un 71.3 %, seguido de los betabloqueadores con 14.8 %, los inhibidores de la ECA con 11.1 % y, en menor proporción, los diuréticos con apenas 1.9 %.

Tabla 3. Tipo de medicación antihipertensiva

	n	%
Inhibidores de la ECA	12	11.1%
Betabloqueadores	16	14.8%
Bloqueadores de canales de calcio	77	71.3%
Diuréticos	2	1.9%

Fuente: Expediente clínico

Según los datos de la **Tabla 4**, el 80,4 % de las pacientes cursaron con preeclampsia con datos de severidad, mientras que el 19,6 % no presento criterios de severidad, tal como se aprecia en la **Gráfica 5**.

Gráfica 5. Severidad de la preeclampsia

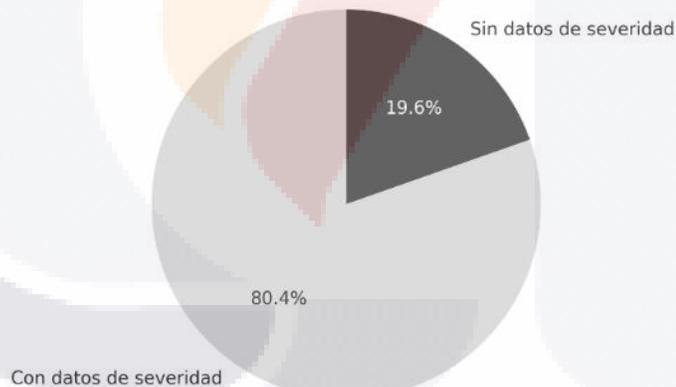


Tabla 4. Datos de la severidad de la preeclampsia

	Frecuencia	Porcentaje
Con datos de severidad	86	80.4
Sin datos de severidad	21	19.6
Total	107	100.0

Fuente: Expediente clínico

En la **Tabla 5** se observa que las pacientes con complicaciones presentaron una edad media significativamente mayor en comparación con las que no desarrollaron morbilidad (28.5 ± 5.0 vs. 25.5 ± 5.8 años; $p = 0.012$). De igual forma, el IMC pregestacional fue superior en el grupo con complicaciones (29.5 ± 4.0 kg/m² frente a 27.2 ± 4.2 kg/m²; $p = 0.028$). En cuanto a las semanas de gestación, las pacientes con complicaciones tuvieron en promedio un menor número de semanas al momento del nacimiento, aunque sin alcanzar significancia estadística (35.5 ± 2.8 vs. 36.9 ± 3.1 ; $p = 0.065$). La proporción de mujeres primigestas fue significativamente mayor entre quienes no presentaron complicaciones (48.8% frente a 31.3%; $p = 0.045$). No se encontró diferencia significativa en la proporción de casos con preeclampsia tardía entre ambos grupos ($p = 0.18$).

Tabla 5. Comparación de características según presencia de morbilidad

	Sin complicaciones (n = 43)	Con complicaciones (n = 64)	p-valor
Edad, años (media ± DE)	25.5 ± 5.8	28.5 ± 5.0	0.012
IMC pregestacional, kg/m ² (media ± DE)	27.2 ± 4.2	29.5 ± 4.0	0.028
Semanas de gestación (media ± DE)	36.9 ± 3.1	35.5 ± 2.8	0.065
Primigesta, n (%)	21 (48.8%)	20 (31.3%)	0.045
Preeclampsia tardía, n (%)	34 (79.1%)	45 (70.3%)	0.18

Fuente: Expediente clínico

En la **Tabla 6** se documenta un descenso progresivo de la presión arterial sistólica, con una media de 135 ± 15 mmHg en la visita a las 6 semanas, 130 ± 12 mmHg a las 12 semanas y 125 ± 10 mmHg a las 24 semanas, bajo tratamiento con Bloqueadores de Canales de calcio o IECA. Los niveles de creatinina sérica mostraron una disminución de 1.00 ± 0.20 mg/dL a 0.90 ± 0.20 mg/dL en la segunda visita y se mantuvieron en 0.90 ± 0.10 mg/dL en la tercera. La glucosa en ayunas pasó de 95 ± 10 mg/dL a 92 ± 8 mg/dL y posteriormente a 90 ± 7 mg/dL, con manejo basado en dieta y metformina. Los casos de depresión posparto también se redujeron durante el seguimiento, registrándose 6 casos (5.6%) en la primera visita, 5 (4.7%) en la segunda y 4 (3.7%) en la tercera, con abordaje psicoterapéutico y tratamiento con ISRS.

Tabla 6. Evolución clínica y manejo de complicaciones en el puerperio

Indicador / Complicación	Visita 1 (6 sem)	Visita 2 (12 sem)	Visita 3 (24 sem)	Manejo aplicado
PA sistólica, mmHg (media ± DE)	135 ± 15	130 ± 12	125 ± 10	IECA / ARA II
Creatinina, mg/dL (media ± DE)	1.00 ± 0.20	0.90 ± 0.20	0.90 ± 0.10	—
Glucosa en ayunas, mg/dL (media ± DE)	95 ± 10	92 ± 8	90 ± 7	Dieta / Metformina
Depresión posparto, n (%)	6 (5.6%)	5 (4.7%)	4 (3.7%)	Psicoterapia / ISRS

Fuente: Expediente clínico

En la **Tabla 7** se observa que el mayor porcentaje de pacientes acudió a una sola consulta durante el puerperio, representando el 37.4% del total. Le siguen aquellas que asistieron a dos consultas con un 23.4%, y quienes acudieron de tres a cuatro veces con un 18.7%. Un 9.3% asistió a más de cinco consultas. Finalmente, el 11.2% de las pacientes no acudió a ninguna consulta posparto.

Tabla 7. Número de consultas en el puerperio

	n	%
Ninguna	12	11.2
1	40	37.4
2	25	23.4
3–4	20	18.7
>5	10	9.3

Fuente: Expediente clínico

11. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten delinear con claridad el perfil clínico y sociodemográfico de las mujeres con antecedentes de preeclampsia atendidas en el puerperio en una unidad de atención primaria. La edad promedio, el predominio de pacientes multigestas, el IMC elevado en etapas pregestacional y posparto, así como la vía de nacimiento mayoritariamente por cesárea y la forma tardía de presentación de la preeclampsia, aportan información relevante sobre los factores que pueden influir en la evolución clínica tras el embarazo. En este contexto, la alta frecuencia de complicaciones, encabezada por la proteinuria persistente (32.7%), la hipertensión (10.3%), y las alteraciones metabólicas y emocionales, refuerza la idea de que la preeclampsia no es una entidad limitada al embarazo, sino una condición con repercusiones sistémicas prolongadas.

La prevalencia de proteinuria y disfunción renal identificada en este estudio guarda estrecha concordancia con lo reportado por Benschop et al., quienes observaron microalbuminuria en el 31% de las mujeres con antecedentes de preeclampsia, en comparación con el 7% en mujeres con embarazos no complicados, así como un incremento en la incidencia de disfunción renal y enfermedad cardiovascular a largo plazo en este grupo (1). Esta similitud refuerza la hipótesis de que el daño endotelial inducido por la preeclampsia puede persistir y progresar más allá del embarazo, manifestándose clínicamente en el puerperio inmediato o en etapas posteriores.

En lo referente a la hipertensión posparto, los datos de este estudio —que muestran hipertensión persistente en el 10.3% de los casos— se encuentran dentro del rango reportado en la literatura. Parker et al. identificaron una incidencia de hipertensión de novo en el puerperio del 12.1%, con casos severos en un 17.1% de esa subpoblación, lo que sugiere que tanto mujeres con como sin antecedentes hipertensivos pueden desarrollar esta condición, aunque aquellas con preeclampsia previa constituyen un grupo particularmente vulnerable (3). La identificación temprana de estos casos es esencial para prevenir desenlaces adversos, especialmente considerando que Blacher et al. hallaron una incidencia significativa de síndrome coronario agudo en el puerperio, incluso en pacientes jóvenes, muchas de ellas con antecedentes de trastornos hipertensivos del embarazo (2). Los eventos isquémicos agudos reportados en este estudio en un 4.7% de los casos, aunque poco frecuentes, reflejan esta vulnerabilidad cardiovascular persistente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

que ya ha sido documentada a nivel internacional. En cuanto a las alteraciones metabólicas, se observó dislipidemia en el 10.3% e intolerancia a la glucosa en el 7.5% de las pacientes, lo cual es consistente con los perfiles lipídicos alterados y la mayor prevalencia de diabetes tipo 2 en mujeres con antecedentes de preeclampsia descritos por Benschop et al. (1). Esta convergencia refuerza la importancia de monitorear el eje metabólico como parte del seguimiento posparto integral.

La salud mental también emergió como un componente crítico en el presente estudio, con una prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad o estrés postraumático del 5.6% cada uno. Roberts et al. reportaron una prevalencia de depresión clínicamente significativa del 7% en mujeres con antecedentes de preeclampsia, frente a solo un 2% en embarazos normotensos, sin diferencias relevantes en ansiedad o TEPT (4). Si bien las cifras son similares, el subregistro en contextos de atención primaria podría explicar ligeras discrepancias. Aun así, ambos estudios coinciden en señalar la necesidad urgente de implementar tamizajes sistemáticos en salud mental durante el puerperio, especialmente en pacientes con antecedentes obstétricos de alto riesgo. Por otra parte, el presente estudio identificó que la edad materna y el IMC pregestacional fueron significativamente mayores en las pacientes que presentaron complicaciones, lo cual concuerda con lo planteado por Park et al., quienes encontraron que mujeres mayores de 35 años y con cesárea previa presentaban mayor riesgo de enfermedad cerebrovascular en el primer año posparto, particularmente si habían tenido preeclampsia (6). Este hallazgo reafirma la necesidad de una evaluación integral que contemple no solo los antecedentes obstétricos inmediatos, sino también factores de riesgo crónicos y modificables.

Un dato relevante de este estudio es el seguimiento longitudinal documentado en tres puntos del puerperio, donde se observó una evolución clínica favorable en presión arterial, función renal y metabolismo de la glucosa, lo cual sugiere que las intervenciones implementadas —incluyendo el uso de Bloqueadores de canales de calcio/IECA y manejo dietético/farmacológico— fueron efectivas. Sin embargo, también se evidenció que el acceso al seguimiento fue limitado: solo el 9.3% de las mujeres tuvo más de cinco consultas posparto, mientras que el 11.2% no acudió a ninguna. Este fenómeno ha sido discutido por Mogos et al., quienes reportaron tasas elevadas de reingreso hospitalario en mujeres con preeclampsia y subrayaron la importancia de modelos de atención transicional posparto para mejorar la continuidad del cuidado (7).

En suma, los resultados de este estudio no solo son coherentes con lo reportado por investigaciones internacionales, sino que aportan evidencia contextualizada al ámbito de la atención primaria en salud en México. Esta información resulta útil para fortalecer la práctica clínica al proporcionar elementos para la identificación de perfiles de riesgo, priorización de recursos, planificación de seguimiento diferenciado y diseño de intervenciones integradas que respondan tanto a la dimensión física como emocional de la morbilidad puerperal. Además, refuerza la importancia de implementar vigilancia estructurada en el primer nivel de atención para mujeres con antecedentes de preeclampsia, así como estrategias de prevención secundaria y educación para la salud que permitan reducir la progresión hacia enfermedades crónicas.

11.1. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo y a la dependencia exclusiva de expedientes clínicos, lo que puede haber generado sesgos de información por registros incompletos o variables no documentadas. La ausencia de un grupo control comparativo impide establecer relaciones causales o estimar riesgos relativos con precisión. Asimismo, el muestreo por conveniencia y el hecho de haberse realizado en una sola unidad de medicina familiar limitan la generalización de los hallazgos. Se recomienda que futuras investigaciones adopten un diseño prospectivo, multicéntrico y con un mayor periodo de seguimiento, incorporando indicadores de salud mental validados y variables psicosociales, así como estrategias para evaluar la efectividad de intervenciones clínicas y educativas dirigidas a esta población de alto riesgo.

12. CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio permiten afirmar que las mujeres con antecedentes de preeclampsia constituyen un grupo con elevada carga de morbilidad en el periodo puerperal, caracterizado por la persistencia de alteraciones clínicas y metabólicas que trascienden el evento obstétrico. El perfil clínico identificado revela una tendencia hacia la obesidad, un predominio de cesáreas y una alta frecuencia de preeclampsia tardía, lo cual configura un patrón de riesgo acumulado que se proyecta en complicaciones cardiovasculares, renales, metabólicas y de salud mental posteriores al parto. La elevada prevalencia de proteinuria persistente, junto con la presencia de hipertensión, dislipidemia e intolerancia a la glucosa, confirma que estas pacientes requieren un seguimiento sistemático, no solo para prevenir desenlaces adversos a corto plazo, sino también como estrategia preventiva de enfermedad crónica a mediano y largo plazo.

El análisis comparativo entre pacientes con y sin complicaciones evidenció una asociación entre mayor edad materna e índice de masa corporal con la presencia de morbilidad, así como una menor proporción de primigestas en el grupo con complicaciones, lo que sugiere una relación entre estos factores y la recurrencia o severidad del daño endotelial. El seguimiento longitudinal mostró una respuesta terapéutica favorable, reflejada en la reducción progresiva de cifras tensionales, mejoría en los valores de creatinina y control glucémico, lo que destaca el impacto positivo de un abordaje clínico estructurado durante el puerperio. No obstante, se documentó una baja adherencia al seguimiento médico en esta etapa, lo que constituye un área crítica de mejora en la práctica clínica.

En conjunto, los resultados obtenidos delimitan con claridad la magnitud y naturaleza de las complicaciones posparto en mujeres con antecedentes de preeclampsia dentro del contexto de atención primaria, y evidencian la necesidad de establecer rutas de atención integradas, oportunas y personalizadas que contemplen no solo la vigilancia biomédica, sino también el abordaje de dimensiones psicosociales. Este estudio aporta evidencia sustancial que contribuye a la comprensión de la morbilidad materna en el puerperio y plantea la base para futuras intervenciones dirigidas a mejorar la continuidad y calidad del cuidado en esta población vulnerable.

13. GLOSARIO

Preeclampsia: Trastorno hipertensivo del embarazo caracterizado por cifras tensionales elevadas ($\geq 140/90$ mmHg) después de la semana 20 de gestación, acompañadas de proteinuria u otros signos de daño a órganos blancos, como disfunción hepática, trombocitopenia o alteraciones neurológicas.

Puerperio: Periodo posterior al parto que abarca aproximadamente seis semanas, durante el cual el organismo materno experimenta cambios fisiológicos y anatómicos para regresar a su estado pregestacional.

Morbimortalidad materna: Conjunto de enfermedades (morbilidad) o muertes (mortalidad) que ocurren durante el embarazo, el parto o el puerperio. En este estudio, se enfoca en las complicaciones médicas presentadas durante el puerperio.

Unidad de Medicina Familiar (UMF): Centro de atención médica del primer nivel dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se brinda atención preventiva, curativa y de seguimiento a derechohabientes.

IMC (Índice de Masa Corporal): Parámetro antropométrico que relaciona el peso con la talla del individuo (kg/m^2), utilizado para clasificar el estado nutricional y el riesgo metabólico.

Proteinuria: Presencia anormal de proteínas en la orina, considerada un indicador de daño renal. En el contexto de la preeclampsia, se define como >0.3 g/24 h.

Dislipidemia: Alteración en los niveles de lípidos plasmáticos (colesterol, triglicéridos, LDL o HDL), asociada con mayor riesgo cardiovascular.

Depresión posparto: Trastorno afectivo que puede surgir después del parto, caracterizado por tristeza persistente, anhedonia, fatiga y alteraciones del sueño, entre otros síntomas.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT): Condición psicológica que puede desarrollarse tras experiencias traumáticas, incluyendo un parto complicado, y que se manifiesta por reexperimentación, hipervigilancia y evitación.

Hipertensión persistente: Elevación sostenida de la presión arterial después del parto, que puede representar el inicio de hipertensión crónica o un estado transicional pospre eclámptico.

IECA (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina): Fármacos antihipertensivos que actúan bloqueando el sistema renina-angiotensina-aldosterona, utilizados frecuentemente en el manejo de hipertensión y daño renal.

ARA II (Antagonistas del Receptor de Angiotensina II): Medicamentos que inhiben la acción de la angiotensina II sobre su receptor, empleados como alternativa a los IECA en el control de la presión arterial.

Estudio observacional descriptivo: Tipo de estudio que no interviene sobre las variables sino que observa y describe características o eventos en una población, en este caso, de forma retrospectiva y transversal.

Muestreo no probabilístico por conveniencia: Técnica de selección de sujetos basada en la accesibilidad y disponibilidad de estos, sin aplicar criterios de aleatoriedad.

Síndrome coronario agudo: Conjunto de signos y síntomas clínicos relacionados con la obstrucción súbita del flujo sanguíneo coronario, que puede manifestarse como angina inestable o infarto agudo al miocardio.

Censo clínico: Recolección completa de datos sobre todos los casos que cumplen con los criterios definidos en un periodo y lugar determinados, sin aplicar muestreo estadístico.

Seguimiento clínico: Evaluación periódica de una paciente con el fin de monitorear la evolución de una condición médica o la respuesta a un tratamiento.

14. REFERENCIAS

1. Benschop L, Duvekot JJ, Roeters Van Lennep JE. Future risk of cardiovascular disease risk factors and events in women after a hypertensive disorder of pregnancy. Vol. 105, Heart. 2019.
2. Blacher J, Lailier G, Gabet A, Grave C, Regnault N, Deneux-Tharaux C, et al. Acute coronary syndrome during pregnancy and postpartum in France: the nationwide CONCEPTION study. Am J Obstet Gynecol MFM. 2023;5(1).
3. Parker SE, Ajayi A, Yarrington CD. De Novo Postpartum Hypertension: Incidence and Risk Factors at a Safety-Net Hospital. Hypertension. 2023;80(2).
4. Roberts L, Henry A, Harvey SB, Homer CSE, Davis GK. Depression, anxiety and posttraumatic stress disorder six months following preeclampsia and normotensive pregnancy: a P4 study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1).
5. Ditisheim A, Wuerzner G, Ponte B, Vial Y, Irion O, Burnier M, et al. Prevalence of Hypertensive Phenotypes After Preeclampsia: A Prospective Cohort Study. Hypertension [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2024 Oct 12];71(1):103–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29133363/>
6. Park Y, Cho GJ, Kim LY, Lee TS, Oh MJ, Kim YH. Preeclampsia increases the incidence of postpartum cerebrovascular disease in Korean population. J Korean Med Sci. 2018;33(6).
7. Mogos MF, Salemi JL, Spooner KK, McFarlin BL, Salihu HH. Hypertensive disorders of pregnancy and postpartum readmission in the United States: National surveillance of the revolving door. In: Journal of Hypertension. 2018.
8. American College of Obstetricians, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. In: Obstetrics and gynecology. 2013.
9. Vadhera RB, Simon M. Hypertensive emergencies in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2014;57(4).
10. Roberts JM, Pearson G, Cutler J, Lindheimer M. Summary of the NHLBI Working Group on research on hypertension during pregnancy. Hypertension. 2003;41(3 I).

11. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6).
12. Duley L. The Global Impact of Pre-eclampsia and Eclampsia. Vol. 33, *Seminars in Perinatology*. 2009.
13. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Vol. 2015, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015.
14. Roberts JM, Hubel CA. The Two Stage Model of Preeclampsia: Variations on the Theme. *Placenta*. 2009;30(SUPPL.).
15. Redman CWG, Sargent IL. Placental Stress and Pre-eclampsia: A Revised View. *Placenta*. 2009;30(SUPPL.).
16. Burton GJ, Redman CW, Roberts JM, Moffett A. Pre-eclampsia: pathophysiology and clinical implications. Vol. 366, *The BMJ*. 2019.
17. Myatt L, Roberts JM. Preeclampsia: Syndrome or Disease? Vol. 17, *Current Hypertension Reports*. 2015.
18. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. *Williams Obstetrics* 26th ed. Williams Obstetrics, 26e. 2022.
19. Maresh MJA. Maternal Fetal Medicine. Principles and Practice. *Arch Dis Child*. 1989;64(10).
20. Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed PT, Poston L, Chappell LC. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *BMJ (Online)*. 2014;348.
21. Bucher V, Mitchell AR, Gudmundsson P, Atkinson J, Wallin N, Asp J, et al. Prediction of adverse maternal and perinatal outcomes associated with pre-eclampsia and hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine [Internet]*. 2024 Oct 1 [cited 2024 Oct 12];76. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2589537024004401/fulltext>
22. Brohan MP, Daly FP, Kelly L, McCarthy FP, Khashan AS, Kublickiene K, et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term risk of maternal stroke-a systematic

review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2024 Oct 12];229(3):248–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36990309/>

23. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019;70.
24. Stewart DE, Vigod SN. Annual Review of Medicine Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med* 2019. 2024;70.
25. Chalas E. The American College of Obstetricians and Gynecologists in 2020. *Obstetrics & Gynecology*. 2020;135(6).
26. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva; 2013 Jan.
27. Sibai BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(6).
28. ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin No. 202. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;133(1).
29. MBRRACE. Saving Lives, Improving Mothers' Care Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2014–16. Maternal, Newborn and Infant Clinical Outcome Review Programme. 2018.
30. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics and Gynecology*. 2020;135(6).
31. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en segundo y tercer nivel de atención. México; 2017.
32. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en segundo y tercer nivel de atención. . México; 2020.
33. Decreto PEF. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. 2007.
34. The Nuremberg Code. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1996;276(20).

35. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA [Internet]. 2013 Nov 27 [cited 2023 Apr 10];310(20):2191–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24141714/>
36. Eticos Directrices Para La Proteccion De PY, John Ryan K, Boston Joseph Brady M V, Robert Cooke HE, Jonsen AR, Patricia King F, et al. Informe Belmont.
37. Carlson R V., Boyd KM, Webb DJ. The revision of the Declaration of Helsinki: Past, present and future. Vol. 57, British Journal of Clinical Pharmacology. 2004.



15. ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad (años)

- Indicar el valor numérico registrado: _____

Estado Civil

- 1. Soltera
- 2. Casada
- 3. Unión Libre
- 4. Divorciada

Nivel Educativo

- 5. Primaria
- 2. Secundaria
- 3. Preparatoria
- 4. Educación Superior

Ocupación

- 5. Ama de Casa
- 2. Trabajadora
- 3. Desempleada
- 4. Estudiante

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Paridad

- 1. Primigesta
- 2. Multigesta

Tipo de Parto

- 3. Vaginal
- 2. Cesárea

Índice de Masa Corporal (IMC) Pregestacional (kg/m²)

- Indicar el valor numérico registrado: _____

Índice de Masa Corporal (IMC) Durante el Puerperio (kg/m²)

- Indicar el valor numérico registrado: _____

Antecedentes de Tabaquismo

- 1. Fumadora activa
- 2- Exfumadora
- 3- Nunca fumó

Historia Familiar de Hipertensión o Diabetes

- 2. Presente
- 2. Ausente

Tratamientos Recibidos Durante el Embarazo y Puerperio

- 3. Medicación Antihipertensiva
- 2. Insulina
- 3. Suplementos de Hierro/Folato
- 4. Medicación para la Diabetes
- 5. Otro (especificar)

COMPLICACIONES

- Ninguna complicación

Complicaciones Cardiovasculares

Hipertensión Crónica

- 1. Presente
- 2. Ausente

Insuficiencia Cardíaca

- 3. Presente
- 2. Ausente

Síndrome Coronario Agudo

- 3. Presente
- 2. Ausente

Complicaciones Renales

Presencia de Proteinuria

- 1. Positivo
- 2. Negativo

Microalbuminuria

- Indicar el valor cuantitativo registrado (mg/g): _____

Tasa de Filtración Glomerular (ml/min)

- Indicar el valor numérico registrado: _____

Diagnóstico de Insuficiencia Renal

- 1. Presente
- 2. Ausente

Complicaciones Metabólicas

Dislipidemia

- Niveles de Colesterol Total (mg/dL): _____
- Niveles de LDL (mg/dL): _____
- Niveles de HDL (mg/dL): _____
- Niveles de Triglicéridos (mg/dL): _____

Diabetes Mellitus Tipo 2

- 1. Presente
- 2. Ausente

Glucosa en Ayunas (mg/dL)

- Indicar el valor numérico registrado: _____

Complicaciones de Salud Mental

Diagnóstico de Depresión Postparto

- 1. Presente
- 2. Ausente

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

○ Puntaje registrado: _____

Síntomas de Ansiedad

- 1. Presente
- 2. Ausente

Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático

- 3. Presente
- 2. Ausente

TRATAMIENTO

Medicación Antihipertensiva Administrada

• **Tipo de Medicación**

- 1. Inhibidores de la ECA
- 2. Betabloqueadores
- 3. Antagonistas de los canales de calcio
- 4. Diuréticos
- 5. Otro (especificar): _____

• **Dosis (mg/día):** _____

Medicación Antidiabética o Tratamiento para Dislipidemia

• **Tipo de Medicación Antidiabética**

- 1. Metformina
- 2. Insulina
- 3. Sulfonilureas
- 4. Otro (especificar): _____

• **Dosis (mg/día o unidades/día):** _____

• **Tratamiento para Dislipidemia**

- 1. Estatinas
- 2. Fibratos
- 3. Omega-3
- 4. Otro (especificar): _____

• **Dosis (mg/día):** _____

Tratamiento Psicológico o Psiquiátrico

- 1. Sí
- 2. No

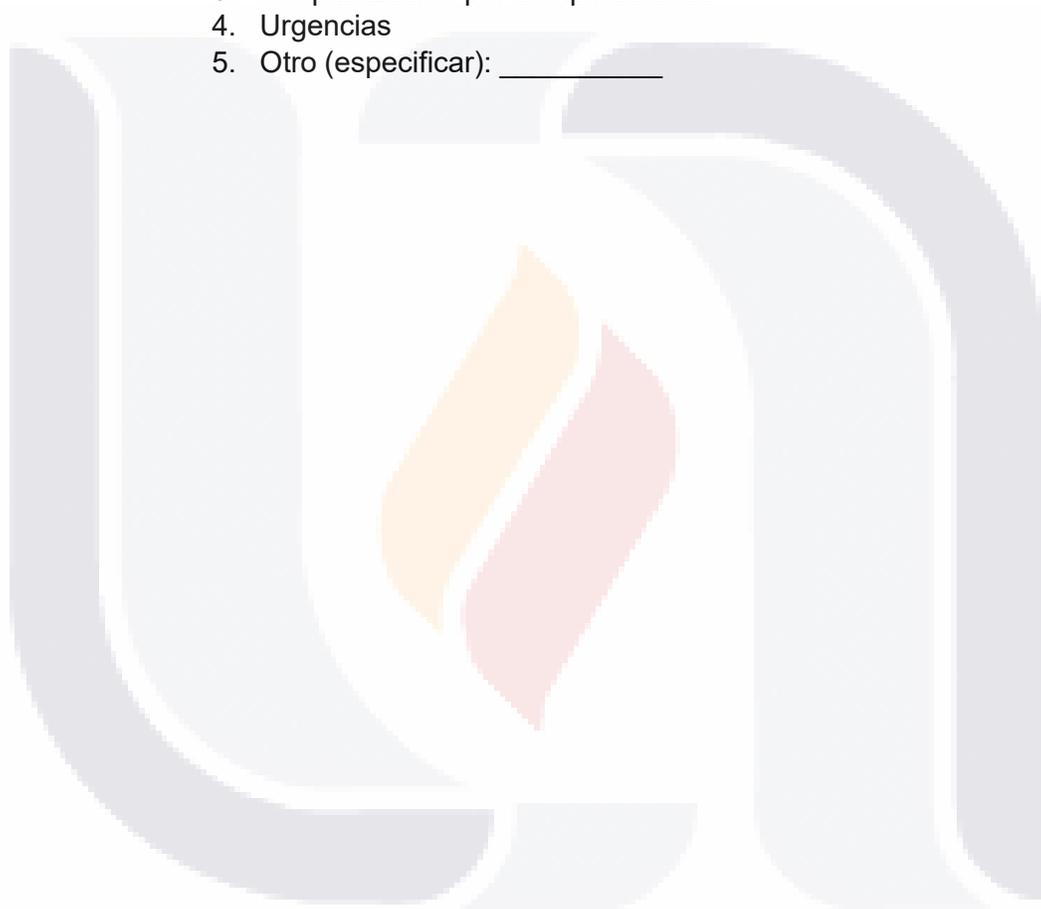
Frecuencia y Tipo de Intervenciones Médicas Durante el Puerperio

- **Frecuencia de Intervenciones**

- 1. Ninguna
- 2. Consulta mensual
- 3. Consulta trimestral
- 4. Hospitalización una vez
- 5. Hospitalización recurrente

- **Tipo de Intervenciones**

- 1. Consulta médica rutinaria
- 2. Consulta especializada (cardiología, nefrología, endocrinología, etc.)
- 3. Hospitalización por complicaciones
- 4. Urgencias
- 5. Otro (especificar): _____



ANEXO B. CARTA DE NO INCONVENIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



OOAD Aguascalientes
Comité Local de Investigación en Salud 101

Aguascalientes, Ags., a 14 de enero de 2025

Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro
Presidente
PRESENTE.

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este medio manifiesto que **NO TENGO INCONVENIENTE** para que la **Dra. Ana Laura Sagaón Téllez** con matrícula 99207883 Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 10 investigadora principal, el **Dr. Víctor Manuel González De la Mora**, investigador asociado (asesor clínico), con matrícula 991433233 adscrito al Hospital General de Zona No. 3 con el protocolo de investigación titulado "**Descripción de la morbilidad puerperal en pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 durante 2021-2024**". El cual es un protocolo del médico residente **Cristina Ruiz Amaya** con matrícula 98012858 asignada al Hospital General de Zona No. 1.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Dra. Fabiola Evangelina Santos Matus
MÉDICO FAMILIAR
DIRECTORA U.M.F. 10
MAT 9911596-2
CED PROF. 4247124
CED. ESP. 7292995
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE AGUASCALIENTES

Dra. Fabiola Evangelina Santos Matus
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 10



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Av. De la Convención de 1914 Nte. No. 102, col. Industrial, C.P. 20030, Aguascalientes, Ags. Tel. 4499145051
www.imss.oob.mx

ANEXO C. EXCEPCIÓN DE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Gobierno de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



OOAD Aguascalientes
Unidad de Medicina Familiar No. 10
"Lic. Ignacio García Téllez"

Aguascalientes, Ags., a 17 de enero de 2025

Dra. Virginia Verónica Aguilar Mercado
Comité de Ética 1018
Presidente
PRESENTE.

SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 OOAD Aguascalientes que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación "**Descripción de la morbilidad puerperal en pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 durante 2021-2024**" es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- a) Aspectos sociodemográficos
- b) Antecedentes clínicos
- c) Comorbilidades
- d) Tratamiento

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Av. De la Convención de 1914 Nte. No. 102, col. Industrial, C.P. 20030, Aguascalientes, Ags. Tel. 4499145051
www.imss.oob.mx



Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **"Descripción de la morbilidad puerperal en pacientes con antecedentes de preeclampsia atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 durante 2021-2024"** cuyo propósito es producto comprometido de protocolo de investigación.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente

Dra. Ana Laura Sagaón Téllez



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Av. De la Convención de 1914 Nte. No. 102, col. Industrial, C.P. 20030, Aguascalientes, Ags. Tel. 4499145051
www.imss.gob.mx

ANEXO D. MANUAL OPERACIONAL

A continuación, se presentan instrucciones precisas para la recolección de información sobre las características sociodemográficas y clínicas de los expedientes de las pacientes. Cada variable se indica con su ubicación primaria en el expediente clínico, otras opciones de búsqueda y un ejemplo de cómo codificar la información en el instrumento. El objetivo es estandarizar el proceso y asegurar la consistencia de los datos recopilados.

Edad (años)

La edad de la paciente puede encontrarse en la sección de "Notas de Consulta de Medicina Familiar" al inicio del expediente, usualmente dentro de la información general del paciente. Si no se encuentra aquí, otra opción es revisar el "Resumen de Historia Clínica" o los "Registros Administrativos del Paciente". Ejemplo: En el expediente de la paciente María López, se indica que nació el 12 de mayo de 1985, y la consulta actual es en 2023. La edad debe registrarse como 38 años.

Estado Civil

El estado civil generalmente se encuentra en la sección de "Notas de Consulta de Medicina Familiar", específicamente en la nota de antecedentes personales no patológicos. Si no se encuentra allí, puede revisarse el "Resumen de Historia Clínica" o el "Cuestionario Inicial de Evaluación". Ejemplo: En el expediente se registra a la paciente como "casada". Esto debe codificarse en el instrumento como 2 (casada).

Nivel Educativo

El nivel educativo es comúnmente registrado en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar", en la parte correspondiente a antecedentes personales. Si no aparece, puede buscarse en el "Resumen de Historia Clínica" o en el "Cuestionario de Evaluación Socioeconómica". Ejemplo: La paciente tiene educación hasta secundaria. Esto se codifica como 2 (secundaria).

Ocupación

La ocupación de la paciente puede encontrarse en la sección de "Notas de Consulta de Medicina Familiar", bajo antecedentes no patológicos. En caso de no encontrarse aquí, puede buscarse en el "Resumen de Historia Clínica" o en el apartado "Notas de Trabajo

Social" si se cuenta con este registro. Ejemplo: En el expediente, la ocupación registrada de la paciente es "ama de casa". Esto se codifica como 1 (ama de casa).

Paridad

La paridad se encuentra generalmente en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar", específicamente en los antecedentes gineco-obstétricos. Otra opción es buscar en el "Historial Obstétrico" o en la sección de "Notas de Control Prenatal" si están disponibles. Ejemplo: La paciente ha tenido un embarazo previo y es multigesta. Esto se codifica como 2 (multigesta).

Tipo de Parto

El tipo de parto se puede encontrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar", también en la sección de antecedentes gineco-obstétricos. En caso de no encontrarse, se puede revisar el "Historial Obstétrico" o las "Notas de Egreso Hospitalario" del último parto. Ejemplo: El tipo de parto de la paciente fue vaginal. Esto se codifica como 1 (vaginal).

Índice de Masa Corporal (IMC) Pregestacional (kg/m²)

El IMC pregestacional generalmente está calculado en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" o en el "Control Prenatal Inicial". En caso de no encontrarlo, se puede calcular a partir de los datos de peso y altura en el "Resumen de Historia Clínica". Ejemplo: La paciente tiene un peso pregestacional de 70 kg y una altura de 1.65 m, lo cual resulta en un IMC de 25.7. Esto se debe registrar como un valor numérico de 25.7 kg/m².

Índice de Masa Corporal (IMC) Durante el Puerperio (kg/m²)

El IMC durante el puerperio puede encontrarse en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" o en las "Notas de Consulta Puerperal". También se puede calcular si se encuentran los datos de peso y altura en las "Notas de Control Postnatal". Ejemplo: La paciente tiene un peso puerperal de 75 kg y una altura de 1.65 m, resultando en un IMC de 27.5. Esto se debe registrar como un valor numérico de 27.5 kg/m².

Antecedentes de Tabaquismo

Los antecedentes de tabaquismo generalmente se registran en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar", bajo antecedentes personales no patológicos. Si no se encuentra aquí,

otra opción es buscar en el "Resumen de Historia Clínica" o en el "Cuestionario de Evaluación Socioeconómica". Ejemplo: En el expediente se indica que la paciente dejó de fumar hace cinco años. Esto se codifica como 2 (exfumadora).

Historia Familiar de Hipertensión o Diabetes

Esta información se puede encontrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar", bajo la sección de antecedentes familiares. Si no se encuentra aquí, puede revisarse el "Resumen de Historia Clínica" o las "Notas de Trabajo Social". Ejemplo: En el expediente de la paciente, se registra que la madre tiene diabetes. Esto se debe codificar como 1 (presente).

Tratamientos Recibidos Durante el Embarazo y Puerperio

La información sobre los tratamientos se encuentra habitualmente en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" o en las "Notas de Control Prenatal" y "Notas de Consulta Puerperal". Si no está registrada en estas secciones, puede consultarse la "Hoja de Evolución Médica". Ejemplo: La paciente recibió suplementación de hierro y folato durante el embarazo. Esto se codifica como 3 (suplementos de hierro/folato).

Hipertensión Crónica

Este dato se encuentra en la sección de "Notas de Consulta de Medicina Familiar", específicamente en los antecedentes personales patológicos. Si no se encuentra, puede buscarse en el "Resumen de Historia Clínica" o las "Notas de Consulta Puerperal". Ejemplo: En el expediente se registra que la paciente presenta hipertensión crónica. Esto se codifica como 1 (presente).

Insuficiencia Cardíaca

La presencia de insuficiencia cardíaca puede estar registrada en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" o en el "Resumen de Historia Clínica". Otra opción es revisar las "Notas de Hospitalización" si la paciente ha tenido hospitalizaciones por causas cardíacas. Ejemplo: La paciente no tiene antecedentes de insuficiencia cardíaca registrados. Esto se codifica como 2 (ausente).

Síndrome Coronario Agudo

Esta complicación se suele registrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" o en el "Resumen de Historia Clínica", especialmente si la paciente ha tenido un episodio reciente. Otra opción es buscar en las "Notas de Urgencias" si fue atendida por este problema. Ejemplo: No hay registro de un síndrome coronario agudo. Esto se codifica como 2 (ausente).

Presencia de Proteinuria

Este dato se encuentra en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" dentro de los resultados de análisis de laboratorio. Si no se encuentra allí, puede buscarse en las "Notas de Control Prenatal" o en la "Sección de Estudios de Laboratorio". Ejemplo: Se registró proteinuria en un análisis de laboratorio de la paciente. Esto se codifica como 1 (positivo).

Microalbuminuria

Los valores de microalbuminuria se pueden encontrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" bajo los resultados de laboratorio. También se puede buscar en la "Sección de Estudios de Laboratorio" o en las "Notas de Hospitalización" si fue realizada en el contexto de un internamiento. Ejemplo: La paciente tiene un valor de microalbuminuria de 45 mg/g registrado en el expediente. Esto se debe anotar tal cual en el instrumento, como 45 mg/g.

Tasa de Filtración Glomerular (ml/min)

Este valor se encuentra generalmente en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" bajo los estudios de laboratorio realizados. Otra opción es revisar la "Sección de Estudios de Laboratorio" o las "Notas de Hospitalización". Ejemplo: La paciente tiene una tasa de filtración glomerular de 90 ml/min. Esto se debe registrar como un valor numérico de 90 ml/min.

Diagnóstico de Insuficiencia Renal

El diagnóstico de insuficiencia renal se puede encontrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar", generalmente en los antecedentes personales patológicos o en las notas de seguimiento. Si no se encuentra allí, se puede buscar en el "Resumen de Historia Clínica" o en las "Notas de Hospitalización" si la paciente ha sido internada por

insuficiencia renal. Ejemplo: En el expediente de la paciente se indica que tiene insuficiencia renal crónica. Esto se codifica como 1 (presente).

Niveles de Colesterol Total (mg/dL)

El nivel de colesterol total se encuentra en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" bajo los resultados de los estudios de laboratorio. En caso de que no se encuentre aquí, otra opción es revisar la "Sección de Estudios de Laboratorio" o el "Historial de Consultas Externas". Ejemplo: El análisis de sangre muestra un colesterol total de 220 mg/dL. Esto se debe registrar tal cual en el instrumento como 220 mg/dL.

Niveles de LDL (mg/dL)

Los niveles de LDL se registran en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" en los estudios de laboratorio. Si no está disponible, puede buscarse en la "Sección de Estudios de Laboratorio" o en los "Resultados de Pruebas Especializadas". Ejemplo: El valor de LDL de la paciente es de 150 mg/dL, según el análisis de laboratorio. Esto se debe registrar como 150 mg/dL.

Niveles de HDL (mg/dL)

El valor de HDL se puede encontrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" dentro de los resultados de laboratorio. También se puede buscar en la "Sección de Estudios de Laboratorio" o en el "Resumen de Historia Clínica". Ejemplo: En el expediente se reporta un HDL de 55 mg/dL. Esto debe registrarse tal cual, como 55 mg/dL.

Niveles de Triglicéridos (mg/dL)

Los triglicéridos se registran comúnmente en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" bajo los estudios de laboratorio. Otra opción es revisar la "Sección de Estudios de Laboratorio" o los "Registros de Resultados Clínicos". Ejemplo: El expediente indica un nivel de triglicéridos de 180 mg/dL. Esto se codifica como 180 mg/dL.

Diabetes Mellitus Tipo 2

La presencia de diabetes mellitus tipo 2 se encuentra en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" dentro de los antecedentes personales patológicos. Si no se encuentra allí, se puede revisar en el "Resumen de Historia Clínica" o en las "Notas de Evolución

Médica". Ejemplo: La paciente tiene registrado un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Esto se codifica como 1 (presente).

Glucosa en Ayunas (mg/dL)

El valor de glucosa en ayunas se puede obtener de las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" en los estudios de laboratorio. También se puede buscar en la "Sección de Estudios de Laboratorio" o en el "Historial de Pruebas Especializadas". Ejemplo: En el expediente se reporta una glucosa en ayunas de 110 mg/dL. Esto se debe registrar como 110 mg/dL.

Diagnóstico de Depresión Postparto

El diagnóstico de depresión postparto se encuentra en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" o en las "Notas de Salud Mental". Si no se encuentra aquí, puede buscarse en las "Notas de Seguimiento Puerperal" o en el "Historial de Intervenciones Psicológicas". Ejemplo: La paciente ha sido diagnosticada con depresión postparto. Esto se codifica como 1 (presente).

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Puntaje)

El puntaje de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se encuentra en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" si se ha aplicado la escala. Si no se encuentra allí, se puede buscar en la "Sección de Evaluación Psicológica" o en las "Notas de Salud Mental". Ejemplo: La paciente obtuvo un puntaje de 14 en la escala. Esto se debe registrar como 14 puntos.

Síntomas de Ansiedad

La presencia de síntomas de ansiedad puede estar registrada en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar", específicamente en las notas de salud mental. Si no se encuentra allí, otra opción es revisar las "Notas de Salud Mental" o el "Resumen de Historia Clínica". Ejemplo: En el expediente se indica que la paciente presenta síntomas de ansiedad. Esto se codifica como 1 (presente).

Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

El diagnóstico de TEPT puede estar registrado en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" o en las "Notas de Salud Mental". Otra opción es revisar la "Sección de

Evaluación Psicológica" o el "Historial de Salud Mental". Ejemplo: La paciente no presenta TEPT. Esto se codifica como 2 (ausente).

Tipo de Medicación Antihipertensiva Administrada

La información sobre la medicación antihipertensiva se puede encontrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar", donde se describen los tratamientos prescritos a la paciente. Si no está en esta sección, se puede revisar el "Historial de Medicación" o las "Notas de Hospitalización". Ejemplo: La paciente está recibiendo betabloqueadores. Esto se codifica como 2 (betabloqueadores).

Dosis de Medicación Antihipertensiva (mg/día)

La dosis de la medicación antihipertensiva debe estar especificada en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" junto a la medicación. Si no se encuentra, se puede revisar la "Hoja de Evolución Médica" o el "Resumen de Tratamientos Actuales". Ejemplo: La dosis registrada es de 50 mg/día. Esto se debe codificar como 50 mg/día.

Tipo de Medicación Antidiabética o Tratamiento para Dislipidemia

La información sobre la medicación antidiabética se encuentra en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar", en el apartado de tratamientos farmacológicos. En caso de no encontrarse, se puede buscar en el "Historial de Medicación" o en las "Notas de Consulta Puerperal". Ejemplo: La paciente está recibiendo insulina. Esto se codifica como 2 (insulina).

Dosis de Medicación Antidiabética (mg/día o unidades/día)

La dosis se puede encontrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" junto con la prescripción del medicamento. Otra opción es buscar en la "Hoja de Evolución Médica" o en el "Resumen de Historia Clínica". Ejemplo: La paciente recibe 10 unidades de insulina diarias. Esto se debe registrar como 10 unidades/día.

Tratamiento para Dislipidemia

El tratamiento para la dislipidemia se encuentra generalmente en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" o en las "Notas de Evolución Médica". Si no está allí, se puede buscar en el "Historial de Medicación" o en las "Notas de Consulta Especializada".

Ejemplo: La paciente está en tratamiento con estatinas. Esto se codifica como 1 (estatinas).

Dosis del Tratamiento para Dislipidemia (mg/día)

La dosis del tratamiento para la dislipidemia se puede encontrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar". Si no se encuentra, revisar la "Hoja de Evolución Médica" o el "Resumen de Historia Clínica". Ejemplo: La dosis es de 20 mg/día de estatinas. Esto se debe registrar como 20 mg/día.

Tratamiento Psicológico o Psiquiátrico

La presencia de tratamiento psicológico o psiquiátrico puede estar registrada en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" o en las "Notas de Salud Mental". Otra opción es revisar el "Resumen de Historia Clínica" o las "Notas de Trabajo Social". Ejemplo: La paciente ha recibido terapia psicológica. Esto se codifica como 1 (sí).

Frecuencia de Intervenciones Médicas Durante el Puerperio

La frecuencia de intervenciones médicas se puede encontrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar", donde se registran las consultas. Si no se encuentra, se puede revisar la "Hoja de Evolución Médica" o el "Historial de Consultas". Ejemplo: La paciente tuvo consultas mensuales durante el puerperio. Esto se codifica como 2 (consulta mensual).

Tipo de Intervenciones Médicas Durante el Puerperio

El tipo de intervenciones médicas recibidas se puede encontrar en las "Notas de Consulta de Medicina Familiar" o en las "Notas de Hospitalización". Si no se encuentra, se puede revisar el "Historial de Consultas Especializadas". Ejemplo: La paciente recibió una consulta médica rutinaria. Esto se codifica como 1 (consulta médica rutinaria).