



11226  
87  
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

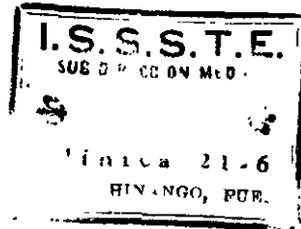
**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE 210700  
SEDE HUAUCHINANGO, PUE**



FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDIO  
DEL CONTROL PRENATAL  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE  
210700 DE LA CIUDAD DE HUAUCHINANGO, PUE.

Trabajo para obtener el diploma de especialista en medicina familiar, presenta:

**DRA MARIA ELENA NEGRETE LOPEZ**

HUAUCHINANGO, PUE.. 1999

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

281090



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDIO  
DEL CONTROL PRENATAL  
EN LA CLINICA "E" DE MEDICINA GENERAL DEL ISSSTE  
EN HUAUCHINANGO, PUEBLA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.  
PRESENTA:

MARIA ELENA NEGRETE LOPEZ.

AUTORIZACIONES



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U N A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

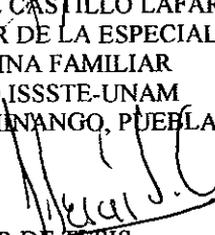
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDIO  
DEL CONTROL PRENATAL  
EN LA CLINICA "E" DE MEDICINA GENERAL DEL ISSSTE  
EN HUAUCHINANGO, PUEBLA.

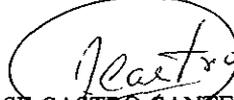
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

MARIA ELENA NEGRETE LOPEZ

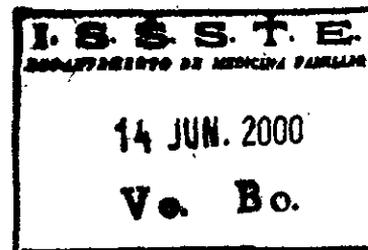
AUTORIZACIONES.

  
DR. JUAN ANGEL CASTILLO LAFARJA  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA FAMILIAR  
CONVENIO, ISSSTE-UNAM  
SEDE HUAUCHINANGO, PUEBLA.

  
ASESOR DE TESIS  
DR. JESÚS SÁNCHEZ CARVAJAL  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR  
SEDE HUAUCHINANGO, PUEBLA.

  
DR. JOSÉ CASTRO CANTE  
ASESOR DE TESIS ISSSTE

  
DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
Y EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA  
I.S.S.S.T.E



## INDICE

<b>I.</b>	<b>MARCO TEORICO CONCEPTUAL</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>9</b>
<b>III.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>10</b>
<b>IV.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>V.</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>12</b>
<b>VI.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>13</b>
<b>VII.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>15</b>
<b>VIII.</b>	<b>TABLAS Y GRAFICOS</b>	<b>17</b>
<b>IX.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>28</b>
<b>X.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>30</b>
<b>XI.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>32</b>
<b>XII.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>35</b>

## MARCO TEORICO CONCEPTUAL

### CUIDADOS PRENATALES: ASPECTOS HISTORICOS

En el siglo XVII el único tratamiento antenatal era la sangría. Se abría una vena con un corte de escalpelo o lanceta y se dejaba salir entre medio litro y un litro de sangre. Este “tratamiento” no se aplicaba solo a mujeres gestantes si no que era profusamente utilizado para tratar una gran variedad de enfermedades en ambos sexos. En algunas ciudades de Austria y Bavaria, las mujeres embarazadas eran sometidas a sangrías durante el embarazo con el fin de poner en orden el balance de humores que estaban alterados en la gestación.

La idea de un control antenatal regular y rutinario fue originaria de J.W. Ballantyne alrededor del año 1913. Ya 20 años antes había publicado importantes volúmenes sobre las enfermedades y deformidades del feto y había hecho un intento de sistematizar la patología prenatal. Sugería que debería de haber una “Residencia Pro-maternidad” primariamente para facilitar el estudio científico de la fisiología y calidad del embarazo. Solo posteriormente fue posible el control antenatal en régimen externo con la apertura de clínicas antenatales a lo largo de todo el Reino Unido. La primera Clínica de Control Antenatal en régimen externo fue abierta probablemente en Edimburgo en el año de 1915. Aunque esto se asocia con el nombre de Ballantyne la idea procedía del Dr Haig Ferguson (1862-1934)

Al comienzo del siglo XX era raro que alguna mujer fuera examinada de alguna manera por su Doctor o en el Hospital durante su embarazo. A principios de éste siglo, en Italia, las visitas antenatales se realizaban sólo dos o tres veces o incluso menos durante el embarazo.

Antes de Ballantyne virtualmente no existía ningún tipo de control antenatal, si bien la realeza y la aristocracia sí que se sometía a algún tipo de control tal como puede comprobarse a partir del libro de Hunter con relación a los cuidados de la Reina Charlotte (Hunter 1762). En 1915, el Municipal Borough de Woolwuch estableció una clínica municipal prenatal, y seis clínicas experimentales con voluntarios fueron abiertas en Inglaterra por el National League for Maternity y el Child Welfare muy poco después. La difusión de éste tipo de cuidados entre la población general a partir del trabajo del núcleo de Ballantyne en Edimburgo al principio de este siglo, se debió principalmente ala energía de la Sra Janet Campbell. Como Senior Civil Servant en el Department of Health, ella era responsable de iniciar el sistema nacional de clínicas antenatales y el patrón regular de visitas y rutinas a seguir.

Los patrones de control sugeridos por Janet Campbell en la década de los años 20 están todavía en boga por todo el mundo occidental en la actualidad. Janet

Campbell no solo estableció los patrones de control prenatal, si no que realizó una enorme cantidad de trabajo estadístico, dentro del cuál se encuentran grandes estudios sobre sepsis puerperal y la multiparidad como factor de riesgo gestacional. Janet Campbell fue una de las primeras personas en abogar que un anestésista debería de estar presente en la mayoría de los partos y que cada mujer debería tener la posibilidad de ser anestesiada si así lo deseaba; y ella advertía “ El médico que atiende a la Paciente puede no encontrar totalmente fácil el resistirse a las demandas de aquella para un alivio rápido”.

Antes del advenimiento del National Health Service en 1948, las clínicas prenatales corrían a cargo fundamentalmente de las autoridades locales. Estas analizaban los aspectos sociales, educacionales y clínicos de la mujer gestante. Cuando intervino el National Health Service, el control prenatal lo realizaban los médicos generales en sus consultas o en los hospitales clínicos y de ésta manera disminuyó en picado el número de visitas en las clínicas municipales. A finales de la década de los años 50 los médicos generales estaban realizando un gran número de controles prenatales en sus consultas y asistían a muchos partos en los propios domicilios de las pacientes. Ann Oakley (1984) ha señalado que el control prenatal en sí mismo no hizo casi nada para reducir la mortalidad materna o el índice de nacidos muertos. Gibberd mostró que el índice de actuación obstétrica se había elevado desde el 1,35% en 1863-1875, al 8,86%. Mientras que la mortalidad materna había caído en aquella época, ello no tenía que ser secundario a los cuidados prenatales ni necesariamente a la actuación obstétrica por parte de los médicos quienes por sí mismos aumentaron la incidencia de ciertos tipos de sepsis. Es más, tal como señalaba Gibberd, la mitad de todas las muertes sépticas habían sido tras partos normales, - posiblemente debido a las exploraciones vaginales -.

No resulta fácil señalar cuales de los avances científicos y estadísticos han jugado el papel más importante en la mejoría de los cuidados prenatales. Ciertamente los tres grandes estudios Ingleses llevados a cabo por el Nacional Birthday Trust Fund en 1946, 1958 y 1970, revelaron mucho acerca de las causas de mortalidad y morbilidad materna e indicaron las formas de reducirlas al igual que la mortalidad perinatal. Gradualmente el número de visitas prenatales fue aumentando hasta que se estableció una rutina en la década de los años 50 que consistía en una visita cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo, después cada dos semanas hasta la semana 36 y posteriormente cada semana. Los análisis de rutina incluían el grupo sanguíneo y Rh y la determinación de hemoglobina, y en cada visita la mujer era pesada y se analizaba la presencia de albúmina en orina. Se le hacía una exploración abdominal y una exploración interna, al menos una vez y en ocasiones dos veces durante el embarazo, la primera de ellas para detectar anomalías de la pelvis y la forma de la pelvis en sí misma y la segunda hacia el final del embarazo, para valorar el grado de descenso de la presentación de la pelvis e intentar adivinar la posibilidad de una desproporción entre la pelvis y la cabeza del feto.

En Francia era rutinario realizar una exploración vaginal en cada visita para valorar el estado del cuello, así como el nivel de la presentación.

Gradualmente se fueron introduciendo nuevos test entre los cuales estaba el test para la rubéola, el test de anticuerpos antiRh y si los anticuerpos se detectaban, la práctica de la aminocentesis. Se usó y abusó de la radiología de manera que rutinariamente se solicitaban radiografías de tórax para valorar el estado cardiaco materno, sin que esto reportara signos de anomalía alguna.

Quedó muy claro a partir de los Perinatal Mortality Surveys que la clase social, el tabaco, nutrición, evitar la violencia física, el reposo adecuado, y la posibilidad del descanso para la gestante trabajadora eran muy importantes. Por todo ello, el interrogatorio completo se convirtió en parte esencial del control prenatal. Esto especialmente después de que los estudios epidemiológicos y especialmente el National Birthday Trust Survey de 1958 demostraron el enorme papel que juega el estatus social en reducir o elevar la morbi-mortalidad perinatal.

La Historia clínica se dedicó también cada vez más a descartar antecedentes de anomalías congénitas, y genéticas familiares. Además se hizo cada vez más frecuente la educación de la gestante, de manera que después de las enseñanzas de Grantly Dick Read (Read 1942.1946) las mujeres eran instruidas acerca de lo que debían esperar en el momento del parto y sus parejas compartían cada vez más esta situación.<sup>1</sup>

## DESARROLLO HISTORICO DEL CONTROL PRENATAL EN MEXICO.

En nuestro país se cuenta con antecedentes escritos de que la primera cesárea del Nuevo Mundo fue Mexicana, habiendo sido realizada por dos frailes de santa Clara. En México la ejecución de la cesárea, hasta por los laicos, fue recomendada como deber religioso por el Virrey Bucareli en 1772, con la finalidad de disminuir las muertes fetales, conformándose a la pragmática expedida por Carlos III en 1749 y a las amonestaciones contenidas en el libro publicado por un sacerdote Napolitano en 1745.

En 1862, El Decreto de gobierno del 17 de Enero, destina un local para el establecimiento del Hospital de Maternidad en donde se realizan las primeras atenciones Institucionales de partos y vigilancias muy irregulares y empíricas del embarazo.<sup>2</sup>

Como resultado de los Movimientos revolucionarios, en la última etapa de lucha se mostraron propuestas significativas para el mejoramiento integral del nivel de vida de la población rural desde la promulgación del Plan de Ayala en 1911. En el capítulo sanitario los servicios rurales cooperativos tienen su propio lugar y los Principios que profesa el Departamento de Salubridad Pública a favor de la infancia señalan varios apartados relacionados con lo que ahora se denomina control prenatal. Entre ellos se encuentran el derecho a la eugenesia, a la atención durante la gestación, a la atención del parto y a la exclusividad de la lactancia materna, y a la prohibición del trabajo a la mujer durante las últimas 6 semanas de la gestación y a las 6 semanas

que siguen al parto, todos los anteriores contemplados como artículos reglamentarios en el apartado de Salud.

Durante el Primer Congreso Mexicano del Niño, celebrado en la ciudad de México del 2 al 9 de Enero de 1920, El Dr. Isidro Espinoza de los Reyes presenta una ponencia titulada "Apuntes sobre Puericultura Intrauterina". En ella destaca el valor de la puericultura que abarca "antes de la procreación, durante la gestación y después del nacimiento". Establece una relación de causa-efecto entre medidas higiénicas y sanidad tanto del producto fetal, como del recién nacido, y para dar fuerza a ésta tesis más tarde incorporada a nuestros programas de higiene pública con el nombre de "prenatal", incluyó una interesante estadística de 5 años. Entre las medidas que el Dr Espinoza de los Reyes propone existe la "profilaxis del aborto", enfatizando la importancia de los conceptos sociales y culturales durante el embarazo.

Desde entonces a la fecha se han propuesto modificaciones a la ley de salud de acuerdo a la evolución de los Gobiernos del país. De esta manera surge en 1986 la Norma Técnica número 36 para la atención del embarazo, parto y puerperio normal y complicado por toxemia, hemorragia e infección en la atención primaria a la salud, en donde se norman los procedimientos obstétricos de vigilancia prenatal y atención del parto y puerperio, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 8 de Julio de 1986.

Actualmente los Sistemas Nacionales de Salud se rigen en cuanto a éste rubro por la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-002-SSA2-1993, que se refiere a la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. En la cual se incluyen disposiciones para garantizar la salud del binomio hasta fines del periodo neonatal y del puerperio. Elaborada por la Dirección General de Atención Materno-Infantil de la Secretaría de Salud, obedeciendo a la necesidad para la salud de la población materno infantil, en lo que respecta al manejo adecuado e identificación de los riesgos obstétricos y perinatales.<sup>3</sup>

### VIGILANCIA DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO (NORMAL).

La atención médica prenatal es la vigilancia periódica, sistemática y primordialmente clínica del estado grávido, con el apoyo de laboratorio y gabinete.  
(4 . 27)

Deberá iniciarse tan pronto como se diagnostique el embarazo. La frecuencia de la consulta prenatal será mensual durante los primeros seis meses, cada quince días durante el séptimo y octavo mes y cada siete días durante el noveno.<sup>5,19</sup>

Toda embarazada deberá recibir hierro y ácido fólico desde que se diagnostica el embarazo hasta el término del mismo, con el propósito de corregir o prevenir la anemia, complicación asociada con bajo peso al nacer. Aún cuando se ha descrito reducción en la frecuencia de defectos del tubo neural en el recién nacido con la administración temprana de ácido fólico durante la gestación, este efecto protector

únicamente se logra en las primeras dos o tres semanas, por ello resulta muy difícil lograrlo en la mayoría de las embarazadas, pero debe considerarse su utilización con ése fin en las mujeres que planean un embarazo, particularmente en las que tienen antecedentes de problemas similares con otros productos.<sup>12</sup>

En todas las embarazadas deberán solicitarse los siguientes exámenes de laboratorio: biometría hemática, grupo sanguíneo y Rh (si no se conocen), glicemia basal, examen general de orina, citología cérvico-vaginal si no se ha efectuado en los últimos tres años y detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los casos de alto riesgo para éste padecimiento.<sup>5,19</sup>

En la atención institucional, después de la segunda consulta prenatal en la cual se valoran los exámenes de laboratorio, toda embarazada sin complicaciones deberá ser derivada para acciones educativas prenatales. Las acciones educativas – que serán realizadas tanto por el médico como por el resto del equipo de salud- tendrán como propósito el alentar a la continuidad en la vigilancia prenatal, la asistencia a la vigilancia puerperal y al examen del recién nacido, la lactancia al seno materno, la anticoncepción postparto, el desarrollo de hábitos y conductas favorables para la salud materna y perinatal, así como disuadir el consumo de tabaco y fármacos psicoactivos y la autoprescripción.<sup>12,26</sup>

También deberá darse atención a la explicación cuidadosa sobre los cambios fisiológicos durante las diferentes etapas del estado grávido puerperal y sobre la identificación de síntomas de alarma de las principales complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo.<sup>18</sup>

Alrededor de las semanas 18 a 20 y 32 a 34 deberá repetirse la biometría hemática para corroborar la normalidad de las cifras de hemoglobina y hematocrito. También deberá repetirse la glicemia en la semana 32 para confirmar su normalidad.

En la atención institucional, a la semana 36 del embarazo deberá elaborarse y entregarse a la paciente el envío a segundo nivel de atención para su asistencia obstétrica. Mientras tanto y hasta el fin del embarazo el médico familiar realizará revisiones semanales.<sup>5,19</sup>

Como resultado de éstas acciones a lo largo de la gestación es factible detectar y tratar oportunamente las complicaciones que surjan, antes de que se presenten lesiones o daños irreversibles.<sup>(4, 25)</sup>

### OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN PRENATAL.

La asistencia sanitaria sistemática, iniciada mucho antes del embarazo, aporta sin lugar a dudas grandes beneficios para la salud física y emocional de la futura madre, y a su vez del niño que va a nacer. Por consiguiente, lo ideal sería que la asistencia prenatal fuera la continuación de un régimen ya establecido de asistencia

sanitaria para la mujer, supervisado por el médico familiar. Como consecuencia de un programa de éste tipo, la mayor parte de las enfermedades adquiridas y de las anomalías del desarrollo, serían reconocidas antes del embarazo, tomando las medidas necesarias para erradicarlas, o al menos minimizar sus efectos deletéreos. <sup>(6)</sup>

En la actualidad se reconoce que en su mayor parte las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsible mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal; así como a través de la detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a niveles superiores de atención. Por ello la actualización constante y la aplicación de criterios y procedimientos médicos uniformes durante la vigilancia prenatal resulta indispensable para continuar la mejoría de los niveles actuales de la salud materno-infantil. <sup>(7)</sup>

En el ámbito internacional aún no existe consenso acerca de la definición de atención prenatal adecuada, algunos autores han definido los criterios en forma objetiva y otros lo han hecho de manera arbitraria. Una de las formas más comunes para calificar la atención prenatal proporcionada, considera dos indicadores: el inicio en la atención y el número de consultas acumuladas, sin embargo, se ha considerado que el número de consultas prenatales debe ser ajustado de acuerdo con la edad gestacional.

En 1973, el Instituto de Medicina de Estados Unidos propuso la primera tabla considerando las variables mencionadas, y ésta o algunas versiones modificadas de la original han sido utilizadas como criterio de referencia para la evaluación de la utilización del servicio de atención prenatal.

En el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), las mujeres embarazadas (beneficiarias o trabajadoras) tienen derecho de recibir servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio. Aún cuando no se ha probado la efectividad en éste patrón, en el IMSS se considera que la atención prenatal deberá iniciarse en el primer trimestre en todos los casos y que cada mujer deberá acumular por lo menos siete consultas al final del embarazo. A pesar de la existencia de la norma no se ha logrado un nivel óptimo de utilización ya que las mujeres embarazadas reciben menos consultas (5.2 por mujer en promedio) y sólo el 33.4% de ellas iniciaron la atención en el primer trimestre del embarazo. <sup>27</sup>

El control Prenatal hoy en día sigue siendo una preocupación en México, dado que se calcula que el 55% aproximadamente recibe atención médica prenatal, el 10% se adjudica la atención prenatal por empírica y el restante 35% no tiene ningún control. <sup>(16)</sup>

En Francia se considera Legalmente obligatorio el inicio de la atención prenatal antes del final del primer mes de embarazo. En la Unión Americana se establece como margen de oportunidad en la atención prenatal hasta las 13 semanas. En nuestro país las instituciones se rigen por la Norma Oficial Mexicana de

Emergencia referente a la Atención de la mujer durante el embarazo, el parto y puerperio, y del recién nacido, que señala: “ La embarazada de bajo riesgo debe recibir como mínimo 5 consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas” .<sup>(8...13)</sup>

Los indicadores del Instituto Mexicano del Seguro Social marcan un margen de oportunidad en la Consulta de Atención Prenatal del 60-80%. Sin embargo, un estudio realizado en tres unidades de Medicina Familiar del IMSS en Tlaxcala, observó que la población acude en la mayoría de los casos (74.3%) en forma posterior a la semana decimotercera de gestación, lo cual refleja el desconocimiento por parte de la población con relación a la atención y control prenatal y en consecuencia del riesgo obstétrico.<sup>(13)</sup>

A nivel local un análisis de la información correspondiente al año de 1997, reveló solo un 14.42% de atención prenatal oportuna y un 85.5% de Atención prenatal tardía en el Hospital General de la S.S.A.<sup>(14)</sup>

En cuanto a la Información de la Clínica de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E en Huauchinango, Puebla, un análisis de los registros reveló un 45.84% de oportunidad en la Atención prenatal y un 54.16% de atención prenatal tardía para el periodo de Enero de 1994 a Febrero de 1998.<sup>(15)</sup>

Alrededor del evento perinatal hay un conjunto de circunstancias predisponentes y condicionantes que pueden alterar la salud de la madre y/o del futuro recién nacido. Dentro de éstas, el nivel de conocimiento de la población acerca del proceso reproductivo es bajo. Se requiere incidir en la conciencia de la mujer – protagonista del evento reproductivo- y en su compañero, para hacerlos partícipes como únicos responsables del cuidado de su salud y demandar oportunamente atención médica, con el fin de dar resquicio al médico y al personal paramédico en detectar, lo más temprano posible, cualquier desviación de la normalidad y ofrecer un tratamiento adecuado.<sup>(16)</sup>

El INPer elaboró en 1983 programas de educación Pregestacional, Gestacional y para la Etapa posparto, en la que se incluyen los principales puntos a incidir en la población , posterior al desempeño del mismo, se observó gran afluencia de la población a los programas de capacitación, lo que habla de la necesidad de la población de conocer aspectos de Educación reproductiva.<sup>(16)</sup>

En cuanto a la Medicina Institucional en España, por desgracia, puesto que las embarazadas se apiñan en las Clínicas, muchas veces sin usar un sistema de cita previa, y debido a que nunca saben que profesional les atenderá la próxima vez, muchas mujeres dicen odiar sus visitas a las clínicas. Frecuentemente tienen que esperar largo tiempo para ver al médico unos minutos (igual que la mayoría de las consultas ambulatorias). Esto resulta irritante debido a que la mujer embarazada no suele sentirse mal.<sup>(17)</sup>

Los factores que pueden modificar la probabilidad de utilizar en forma adecuada la atención prenatal notificados en la literatura se pueden clasificar en dos: las características propias de la mujer embarazada y las de los servicios de salud. Entre las primeras se ha considerado el nivel de escolaridad, el estrato socio-económico, el ingreso, la edad, la ocupación, la paridad, la raza, el estado civil, el deseo de estar embarazada, el estrés y los problemas del embarazo, la red de apoyo social, la falta de conocimiento sobre el estado de embarazo durante los primeros cuatro meses, el periodo intergenésico, la motivación para demandar la atención, el estado de depresión, la disponibilidad de transporte, la disponibilidad de personas que cuiden a sus hijos, el idioma y algunos factores culturales.

Las características de los servicios de salud que se han estudiado son la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad en la atención otorgada, la actitud del personal que recibe a los pacientes, la satisfacción del personal no médico que labora en las instituciones y el esquema de financiamiento.<sup>27</sup>

En nuestro país no existe bibliografía que recolecte y analice los factores que promueven o impiden la utilización adecuada de los servicios para la atención prenatal y las causas por las que las pacientes no acuden a Control Prenatal de Manera oportuna, aún en Instituciones en donde se atiende inclusive a Profesionistas.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Enero de 1994 se inició en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Huauchinango, Puebla, el registro y control de embarazadas derechohabientes. En Enero de 1996 se realizó un corte y análisis porcentual para detectar la oportunidad en la atención prenatal, tomando como base los marcadores de la Norma Oficial Mexicana-EM-002-SSA-1993, encontrando que el 54.14% de las pacientes (de 336) acudió a su primera consulta de Control prenatal después del margen establecido como oportuno.

¿ Cuáles son las causas por las que la paciente embarazada, derechohabiente del ISSSTE en Huauchinango, Puebla, acude a Control Prenatal en forma tardía ?

## JUSTIFICACION

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), concede *alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna*, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar, como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de ese sector de la población derechohabiente.

En lo que respecta a su magnitud, de 29,902 consultas otorgadas durante 1996 por el servicio de Medicina General (Aún no se contaba con médicos Familiares), 1754 (5.86%) correspondieron a atenciones prenatales, lo que coloca al Control prenatal en el sexto lugar en referencia a las 10 principales causas de atención médica para el año designado. Bajo éste mismo análisis conviene señalar que dentro de las diez principales causas de ingreso hospitalario, el *primer lugar lo ocupa la atención del parto*, y el sexto lugar la atención de abortos.

En cuanto a su trascendencia, los daños a la salud materna tienen profundas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la salud general del núcleo familiar.

Finalmente en términos de vulnerabilidad en la actualidad se reconoce que en su mayor parte las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsible mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y control de los *principales factores de riesgo obstétrico* y perinatal, así como la detección oportuna de complicaciones para su tratamiento o referencia oportunos. Si el Instituto cuenta con Normas y procedimientos precisos en Salud Reproductiva, y se desarrolla el programa de atención Materno-Infantil y no obstante no se ha logrado que la paciente derechohabiente demande la atención de forma adecuada, es necesario conocer los factores que influyen para el establecimiento del uso inadecuado de los Servicios en el rubro del Control Prenatal para posteriormente implementar estrategias que modifiquen estas conductas.

## OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas que determinan el Control Prenatal Tardío en pacientes derechohabientes que acuden a la Clínica "E" de Medicina Familiar del ISSSTE en Huauchinango, Puebla.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer la influencia que pudieran tener el lugar de residencia, sobre la oportunidad de la atención prenatal.
2. Determinar la influencia de la edad de la embarazada, sobre la oportunidad de la atención prenatal.
3. Determinar como influye la ocupación de la mujer en la oportunidad de la atención prenatal.
4. Conocer si el grado de escolaridad pudiera relacionarse con el control prenatal de inicio tardío.
5. Averiguar si el tipo de derechohabiencia de la mujer es un factor que determine el inicio tardío de la atención prenatal.
6. Investigar si las pacientes encuestadas conocen el concepto y los Beneficios del Control Prenatal.
7. Precisar el concepto que tienen las mujeres entrevistadas sobre oportunidad de la atención prenatal.
8. Conocer las causas por las que la mujer embarazada derechohabiente al ISSSTE en la UMF de Huauchinango, Puebla, no acude a Control Prenatal de manera oportuna.
9. Determinar si las mujeres derechohabientes encuestadas que han estado embarazadas, han iniciado su control prenatal de manera oportuna y lo han seguido regularmente.

## HIPÓTESIS

EL TIPO DE ESTUDIO NO REQUIERE FORMULACION DE HIPOTESIS

## METODOLOGÍA

### 1. TIPO DE ESTUDIO:

*Prospectivo, descriptivo, analítico, observacional a través de encuestas*

### 2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Se encuestó a 150 mujeres mayores de 15 años derechohabientes que acuden a consulta a la clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Huauchinango, Puebla, mientras se encontraban en la sala de espera, ya sea antes o después de su consulta o trámite en la Unidad. En el periodo de tiempo desde el 12 de Agosto, hasta el 17 de septiembre de 1999, completando 150 encuestas llenas y legibles.

### 3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: Muestreo No probabilístico aleatorio por cuotas hasta un total de 150.

### 4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

**A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Toda derechohabiente, mayores de 15 años que se encontró en la sala de espera de la clínica, en ambos turnos, que sepa leer y escribir, durante el periodo de tiempo especificado hasta completar 150.

**B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Mujeres no derechohabientes, menores de 15 años y mujeres que no aceptaron llenar la encuesta o no saben leer y escribir.

**C. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:** Mujeres no derechohabientes al ISSSTE y mujeres que entregaron la hoja de encuesta en blanco o con llenado incompleto o ilegible.

## 5. VARIABLES DE MEDICION.

VARIABLE	TIPO
RESIDENCIA	CUALITATIVA NOMINAL
EDAD	CUANTITATIVA CONTINUA
OCUPACION	CUALITATIVA NOMINAL
ESCOLARIDAD	CUANTITATIVA CONTINUA
TIPO DE DERECHOHABIENTE	CUALITATIVA NOMINAL
CONOCEN EL CONCEPTO CONTROL PRENATAL	CUALITATIVA NOMINAL
INICIO DE CONTROL PRENATAL OPORTUNO	CUANTITATIVA CONTINUA
CONOCEN LOS BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL	CUALITATIVA NOMINAL
CAUSAS POR LAS QUE NO ACUDEN A CONTROL PRENATAL DE MANERA OPORTUNA	CUALITATIVA NOMINAL
CONTROL PRENATAL DE LAS ENCUESTADAS QUE HAN ESTADO EMBARAZADAS	CUALITATIVA ORDINAL

## 6. PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION

Se realizó encuesta auto aplicada piloto de 100 ejemplares para determinar la utilidad de la hoja de encuesta, y se seleccionaron las causas por las que no acuden a control prenatal mismas que las pacientes propusieron. Una vez identificadas se incluyeron como propuestas de respuesta para el nuevo muestreo.

Una vez elaborado el nuevo formato, la paciente contestó libremente siguiendo el método de obtención de datos directo a través de la aplicación de formatos de entrevista, los datos proporcionados por cada formato se vaciaron en la cedula de captura general y se sometieron a cálculos porcentuales.

## 7. CONSIDERACIONES ETICAS:

Previo al llenado de formatos se entregó a las pacientes una hoja de Introducción a la entrevista en donde se explica a las mismas la finalidad del estudio, y se aclara que no se atenta contra su integridad siendo el formato de llenado voluntario sin implicaciones de ningún tipo.

## RESULTADOS

Se realizó una encuesta piloto de 100 ejemplares (Formato de Entrevista 1) que incluyó datos personales de los participantes, datos relativos a su filiación en el ISSSTE, conocimientos generales sobre el Control prenatal y se incluyó la pregunta con espacio para respuesta abierta acerca de las causas por las que no acuden las pacientes al Control prenatal de manera oportuna.

Los resultados obtenidos de la primera encuesta revelaron que las mujeres encuestadas no incluían su nombre y dirección, hubo que especificar algunas preguntas y omitir abreviaturas del formato. Se identificaron las causas por las que no acuden las pacientes a Control Prenatal y se observó que de 100 encuestas se obtuvieron solo 9 causas diferentes, mismas que se incluyen en la segunda encuesta como opciones de respuesta, del mismo modo se omitieron datos personales, se modificó la formulación de algunos reactivos, (Formato de Entrevista 2) y se aplicaron 182 ejemplares, de los cuales se eliminaron 12 que se encontraron sin respuestas, 16 llenados por no derechohabientes y 4 con llenado incompleto.

Del total de las mujeres encuestadas 80.67% son residentes de Huauchinango y 19.33% de residencia fuera de la Ciudad (Tabla y gráfico No. 1).

De las encuestas recolectadas con respuesta de residencia fuera de la ciudad, 17 (58.62%), argumentaron que las pacientes no acuden a Control Prenatal de manera oportuna "porque tienen que esperar largo tiempo para pasar a consulta", 5 (17.24%), "Porque ignoran que la Unidad cuenta con dicho servicio", 4 más (13.79%), "Porque la Clínica queda muy lejos".

En relación a los grupos de edad (Tabla y gráfica 2), 69 encuestas (46%) fueron llenadas por mujeres entre 29 y 35 años (Grupo 2), de éste grupo, 55 (79.71%), optaron por la respuesta #2 ("Porque tienen que esperar largo tiempo para pasar a consulta"), 9 (13.04%) por la respuesta #8 ("Porque ignoran que la Unidad cuenta con dicho servicio") y 5 (7.24%) eligieron la respuesta "Porque la Clínica queda muy lejos".

Como dato curioso no se recolectaron encuestas que pertenecieran al grupo de edad número 4 (mujeres entre 46 y 55 años de edad).

En relación a la ocupación de las encuestadas, se formaron 5 grupos (Tabla y gráfico 3) observando los siguientes datos, 73 (49%) son Empleadas, 27 (18%) Profesionistas, 26 (17%) se dedican a las Labores del Hogar, 19 (13%) son estudiantes y 5 (3%) son secretarías

En cuanto a la escolaridad de las participantes (Tabla y gráfico 4), 87 de ellas (58%) estudiaron hasta el nivel Profesional, 31 (21%) estudiaron hasta el nivel Técnico, 22 (15%) estudiaron hasta la Educación Secundaria, 8 (5%) son Analfabetas, y 2 (1%) la Educación Primaria.

Identificando el tipo de derechohabiente encuestada (Tabla y gráfico 5), Encontramos 112 trabajadoras (75%), 19 esposas de trabajador (13%), 13 Hijas de trabajador (9%), 5 Abuelas de trabajador (3%), y 1 Pensionista (0.7%).

En cuanto al conocimiento del significado del concepto "Control Prenatal" (Tabla y gráfico 7), al leer las respuestas a una pregunta abierta se determinó que 136 de las encuestadas (90.67%) identifican plenamente el concepto y 14 (9.33%) lo confunden con la Planificación Familiar o no lo conocen.

Al revisar las encuestas, en el rubro de las "Causas por las que no acuden al Control Prenatal en forma oportuna" (Tabla y gráfico 8), se observó que 139 (92,67) señalaron una sola opción, y 11 (7.33%) señalaron más de una opción como respuesta. Tomando en cuenta éste aspecto se cuantificaron 169 respuestas (19 más al número de encuestadas) entre ellas 114 (67%) se refieren a la opción "Porque tienen que esperar largo tiempo para pasar a consulta, 28 (17%) a la opción "Porque las pacientes ignoran que la Unidad cuenta con el servicio de Atención Prenatal", 7 (4.5%) eligieron la opción "Porque no se sienten mal", 6 (4%) marcaron la respuesta "Porque la clínica queda muy lejos", 5 (3%) "Otra causa", misma que no se especificó, 3 (2%) "Porque no saben qué médico les atenderá", 3 más (2%) "Por el gasto que implica el viaje", 2 (1%) "Porque se atienden con Particular", y 1 (0.77%) "Porque no es necesario".

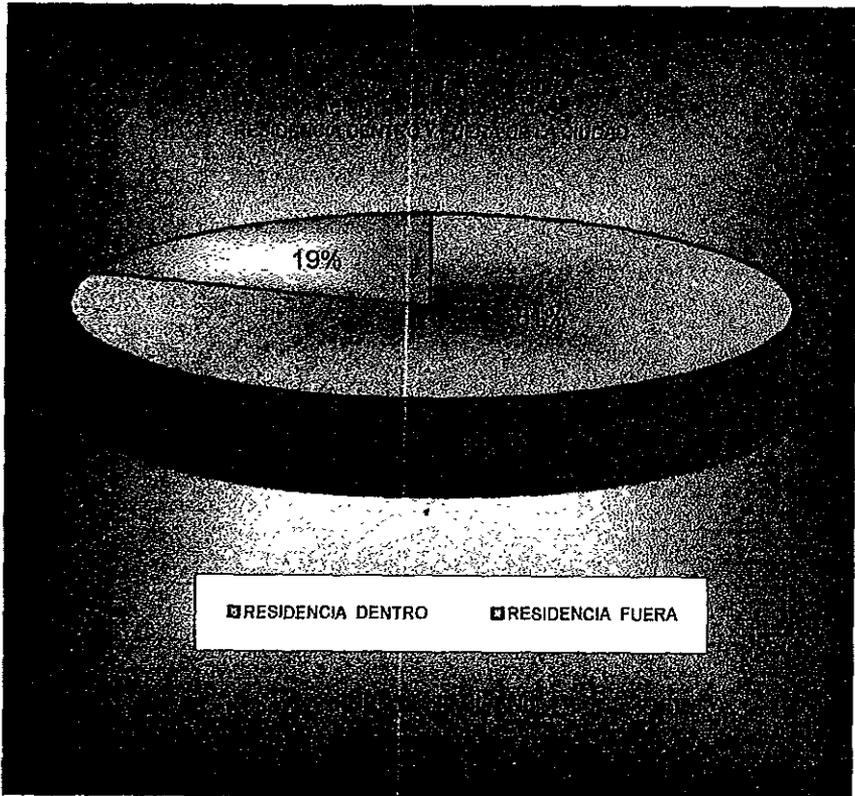
Una vez recolectados los datos anteriores, se descubrió que 104 de las encuestadas (69.33%) alguna vez han estado embarazadas, y 46 (30.67%) nunca se han embarazado (Tabla y gráfico 10). De las pacientes que han estado embarazadas, 77 (51.33%) tuvieron Control Prenatal Oportuno y regular y 27 (18%) tuvieron nulo o irregular control Prenatal (Tabla y gráfico 11).

# TABLAS Y GRAFICOS

**TABLA Y GRAFICO N° 1**  
**CLINICA "E" DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE HUAUCHINANGO, PUEBLA**  
**PACIENTES ENTREVISTADAS.**  
**RESIDENCIA DENTRO Y FUERA DE LA CIUDAD**

RESIDENCIA	%	RESIDENCIA	%	TOTAL	%
DENTRO		FUERA			
121	80.67	29	19.33	150	100

FUENTE: HOJAS DE ENCUESTA



**TABLA Y GRAFICO No. 2**  
**CLINICA "E" DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE HUAUCHINANGO, PUEBLA.**  
**PACIENTES ENTREVISTADAS**  
**GRUPOS DE EDAD**

GRUPO 1	%	GRUPO 2	%	GRUPO 3	%	GRUPO 4	%	GRUPO 5	%	TOTAL	%
38	25.333	69	46	33	22	0	0	10	0.0667	150	100

GRUPO 1: DE 15 A 25 AÑOS

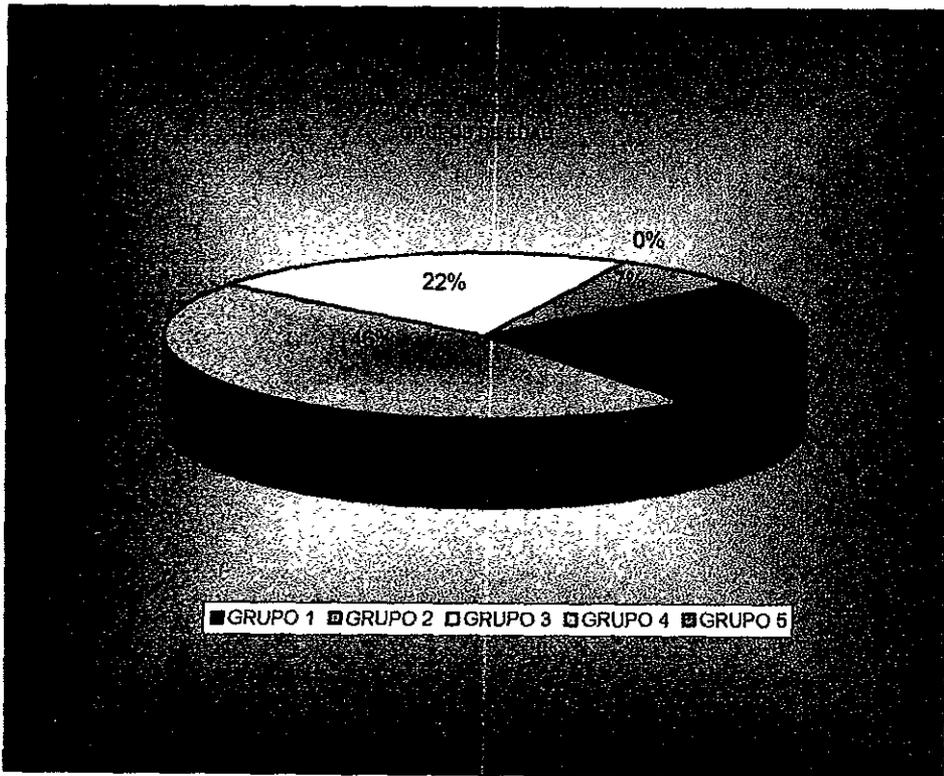
GRUPO 2: DE 26 A 35 AÑOS

GRUPO 3: DE 36 A 45 AÑOS

GRUPO 4: DE 46 A 55 AÑOS

GRUPO 5: DE 56 AÑOS Y MAS

FUENTE: HOJAS DE ENCUESTA

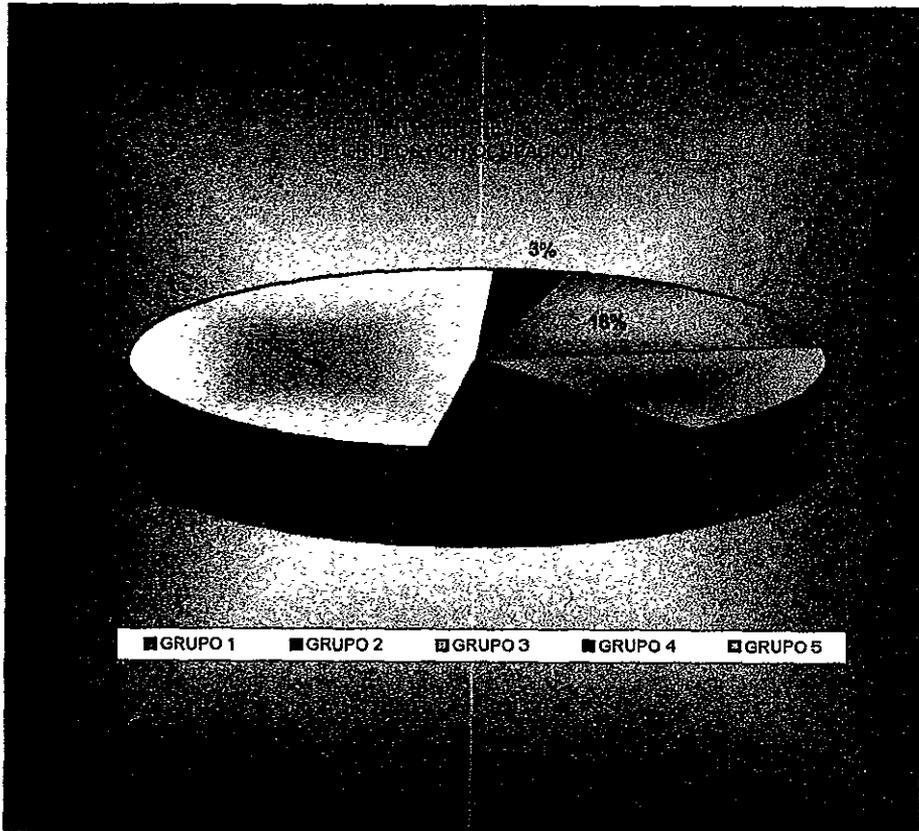


**TABLA Y GRAFICO No. 3**  
**CLINICA "E" DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE HUAUCHINANGO, PUEBLA.**  
**PACIENTES ENTREVISTADAS**  
**GRUPOS POR OCUPACION**

GRUPO 1	%	GRUPO 2	%	GRUPO 3	%	GRUPO 4	%	GRUPO 5	%	TOTAL	%
28	17	19	13	73	49	5	3	27	18	150	100

GRUPO 1: LABORES DEL HOGAR  
 GRUPO 2: ESTUDIANTES  
 GRUPO 3: EMPLEADAS  
 GRUPO 4: SECRETARIAS  
 GRUPO 5: PROFESIONISTAS

FUENTE: HOJAS DE ENCUESTA

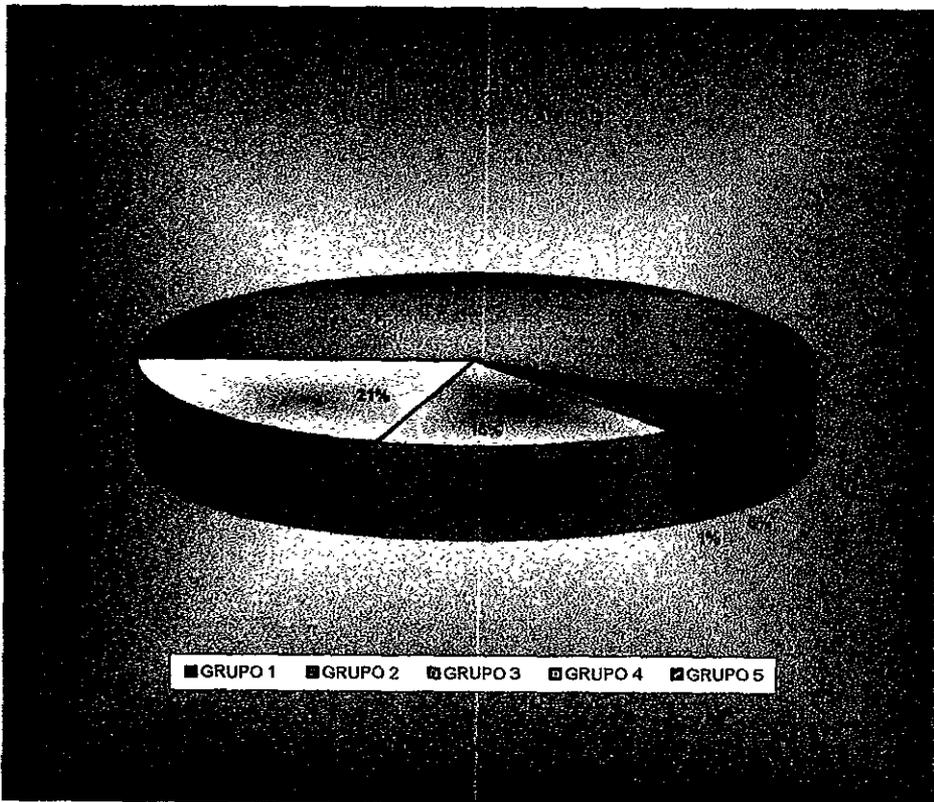


**TABLA Y GRAFICO No. 4**  
**CLINICA "E" DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE HUAUCHINANGO, PUEBLA**  
**PACIENTES ENCUESTADAS**  
**GRUPOS POR ESCOLARIDAD**

GRUPO 1	%	GRUPO 2	%	GRUPO 3	%	GRUPO 4	%	GRUPO 5	%	TOTAL	%
8	5	2	1	22	15	31	21	87	58	150	100

GRUPO 1: NINGUNA  
 GRUPO 2: PRIMARIA  
 GRUPO 3: SECUNDARIA  
 GRUPO 4: TECNICA  
 GRUPO 5: PROFESIONAL

FUENTE: HOJAS DE ENCUESTA

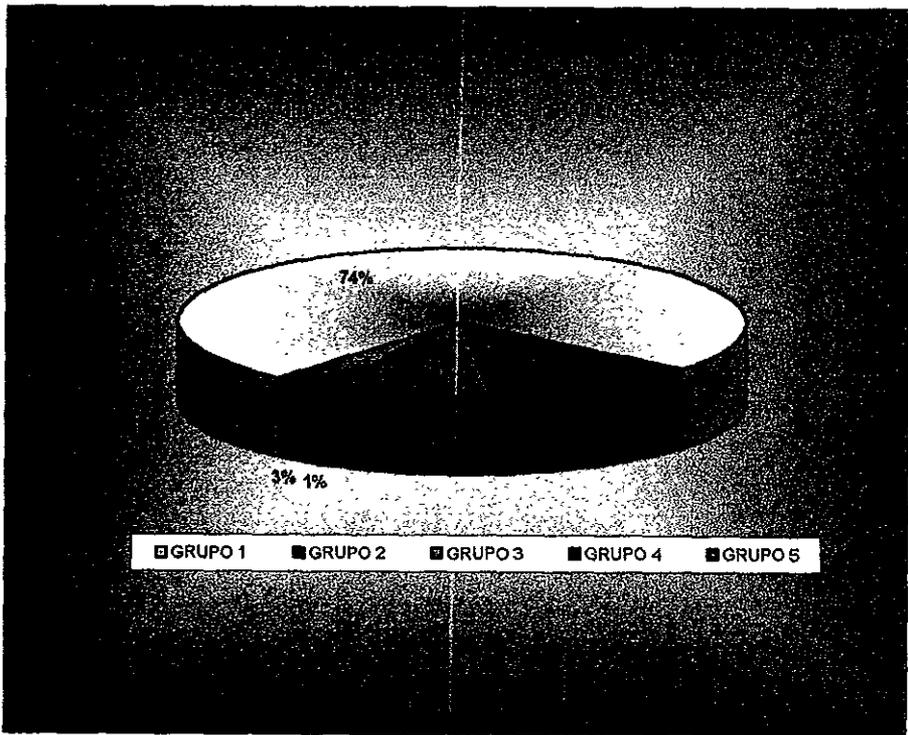


**TABLA Y GRAFICO No. 5**  
**CLINICA "E" DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE HUAUCHINANGO, PUEBLA.**  
**PACIENTES ENTREVISTADAS**  
**GRUPOS POR TIPO DE DERECHOHABIENTE**

GRUPO 1	%	GRUPO 2	%	GRUPO 3	%	GRUPO 4	%	GRUPO 5	%	TOTAL	%
112	75	19	13	13	9	1	0.7	5	3	150	100

- GRUPO 1: TRABAJADORA
- GRUPO 2: ESPOSA DE TRABAJADOR
- GRUPO 3: HJA DE TRABAJADOR
- GRUPO 4: PENSIONISTA
- GRUPO 5: ABUELA DE TRABAJADOR

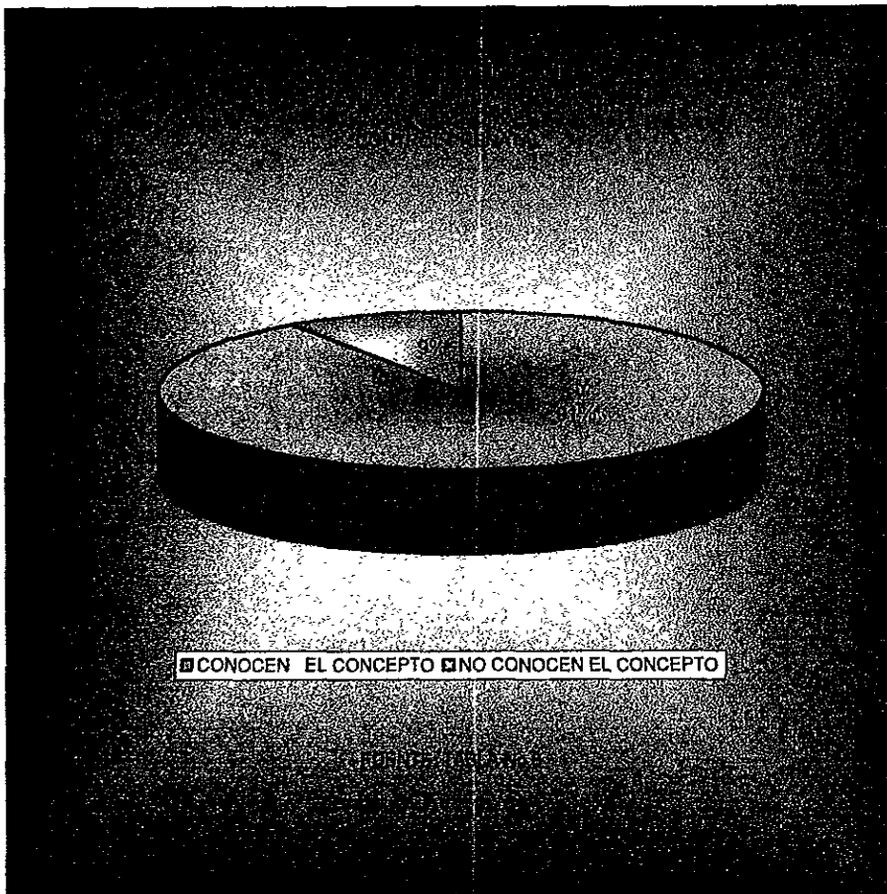
FUENTE: HOJAS DE ENCUESTA



**TABLA Y GRAFICO N° 6**  
**CLINICA "E" DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE HUAUCHINANGO, PUEBLA**  
**PACIENTES ENTREVISTADAS.**  
**CONOCEN EL CONCEPTO CONTROL PRENATAL**

CONOCEN	%	NO CONOCEN	%	TOTAL	%
EL CONCEPTO		EL CONCEPTO			
136	90.67	14	9.33	150	100

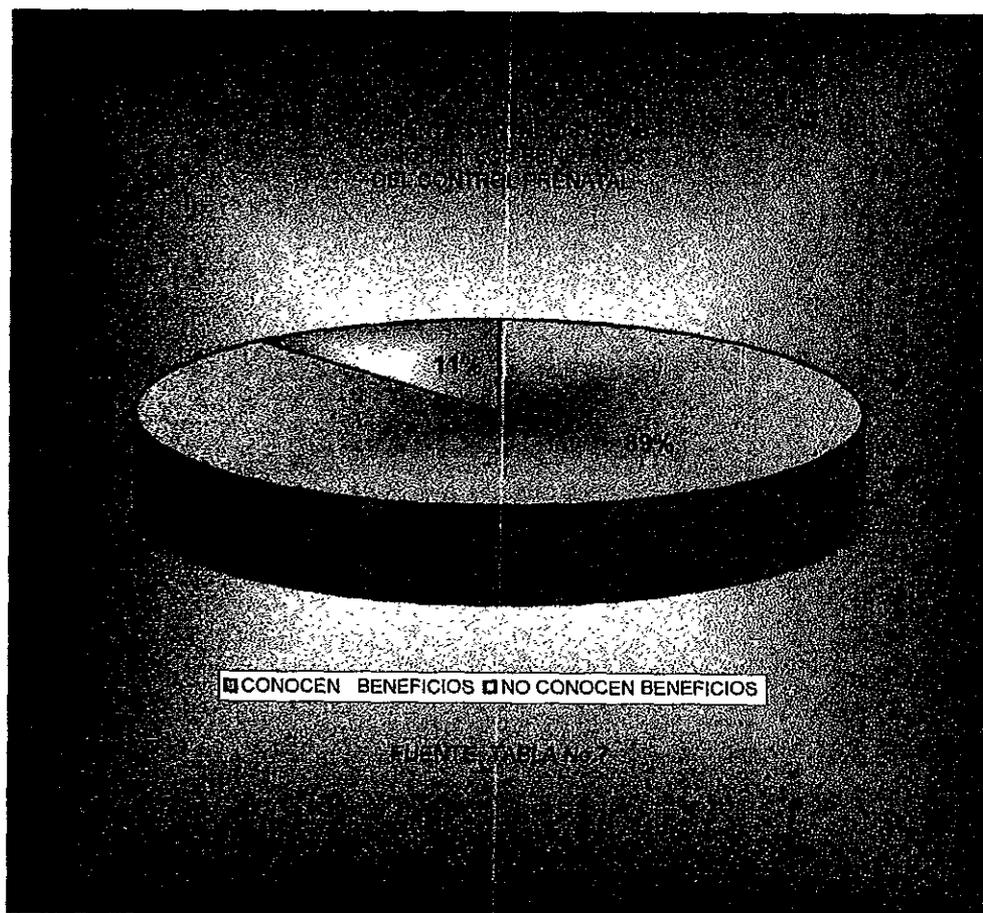
FUENTE: HOJAS DE ENCUESTA



**TABLA Y GRAFICO N° 7**  
**CLINICA "E" DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE HUAUCHINANGO, PUEBLA.**  
**PACIENTES ENTREVISTADAS.**  
**CONOCEN LOS BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL**

CONOCEN	%	NO CONOCEN	%	TOTAL	%
BENEFICIOS		BENEFICIOS			
133	88.67	17	11.33	150	100

FUENTE: HOJAS DE ENCUESTA



**TABLA Y GRAFICO N° 8**  
**CLINICA "E" DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE HUAUCHINANGO, PUEBLA**  
**PACIENTES ENTREVISTADAS.**  
**CAUSAS POR LAS QUE NO ACUDEN AL CONTROL PRENATAL**

UNA SOLA CAUSA	%	MAS DE UNA CAUSA	%	TOTAL	%
139	92.67	11	7.33	150	100

FUENTE: HOJAS DE ENCUESTA

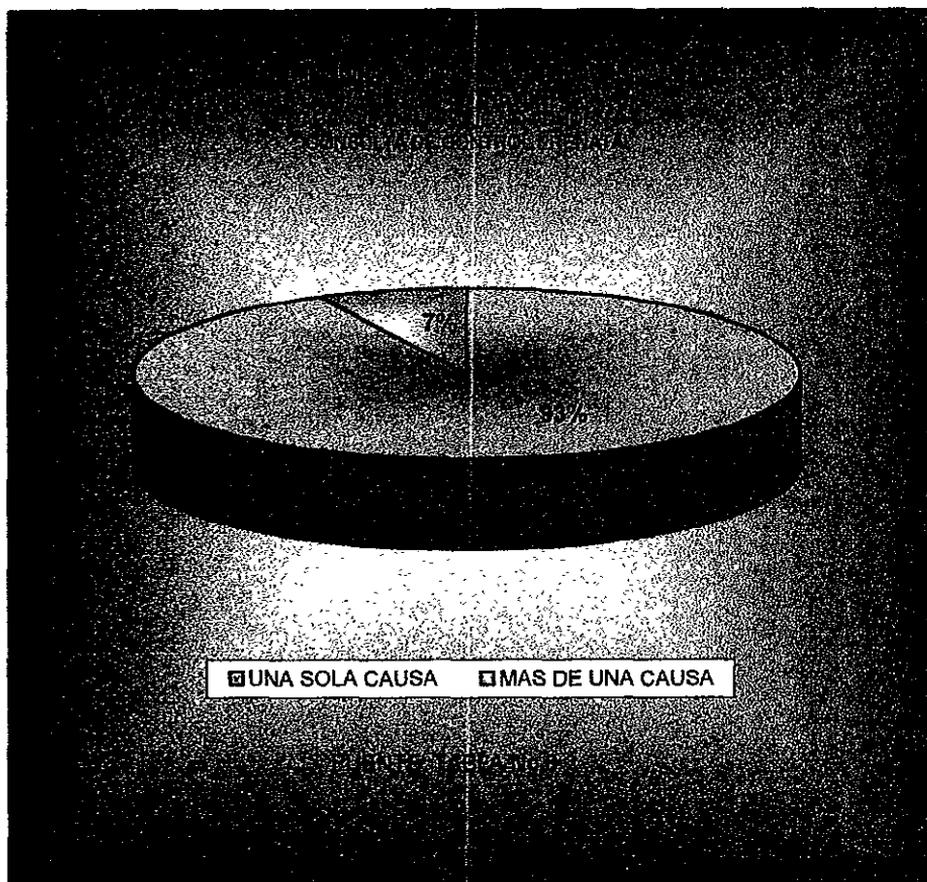


GRAFICO No. 9  
 CLINICA "E" DE MEDICINA GENERAL ISSSTE HUAUCHINANGO, PUE.  
 PACIENTES ENCUESTADAS  
 CAUSAS POR LAS QUE NO ACUDEN A CONTROL PRENATAL

grupo 1	%	grupo 2	%	grupo 3	%	grupo 4	%	grupo 5	%	grupo 6	%	grupo 7	%	grupo 8	%	grupo 9	%	TOTAL	%
3	1.78	114	67.46	7	4.14	1	0.59	6	3.55	2	1.18	3	1.78	28	16.57	5	2.96	169	100

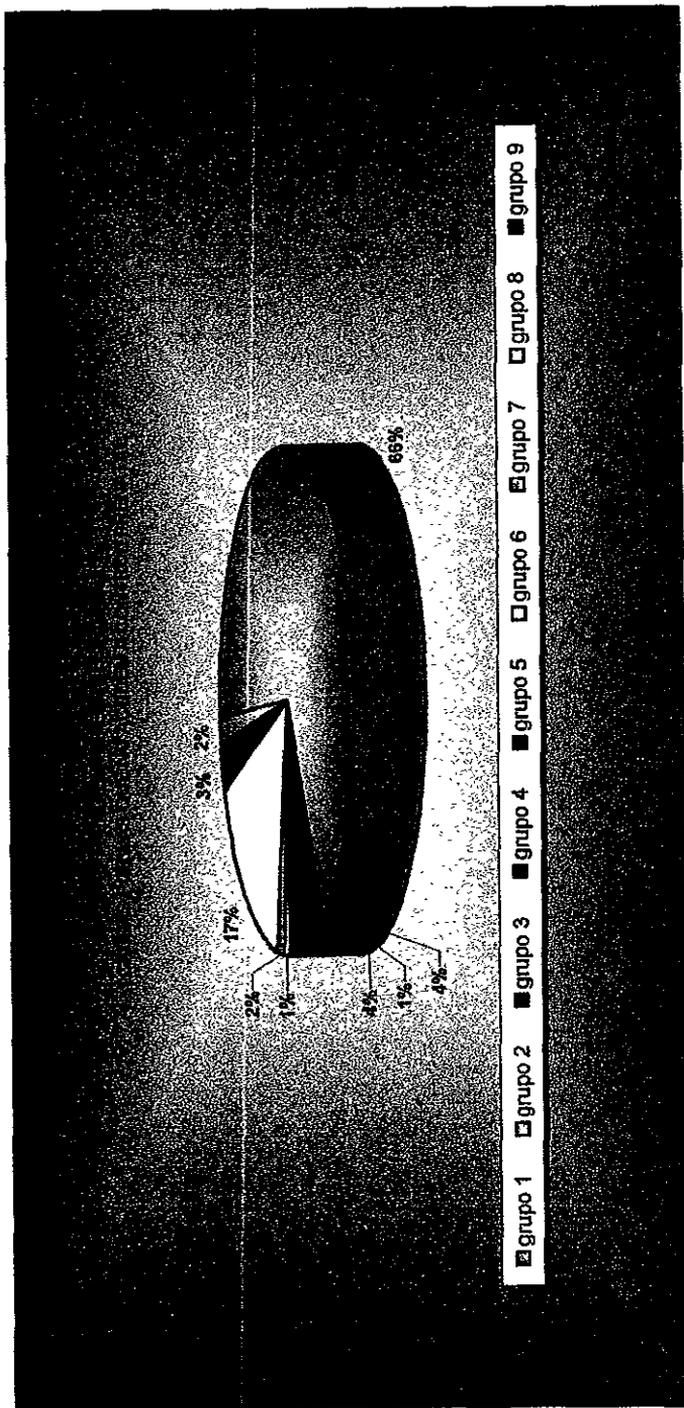
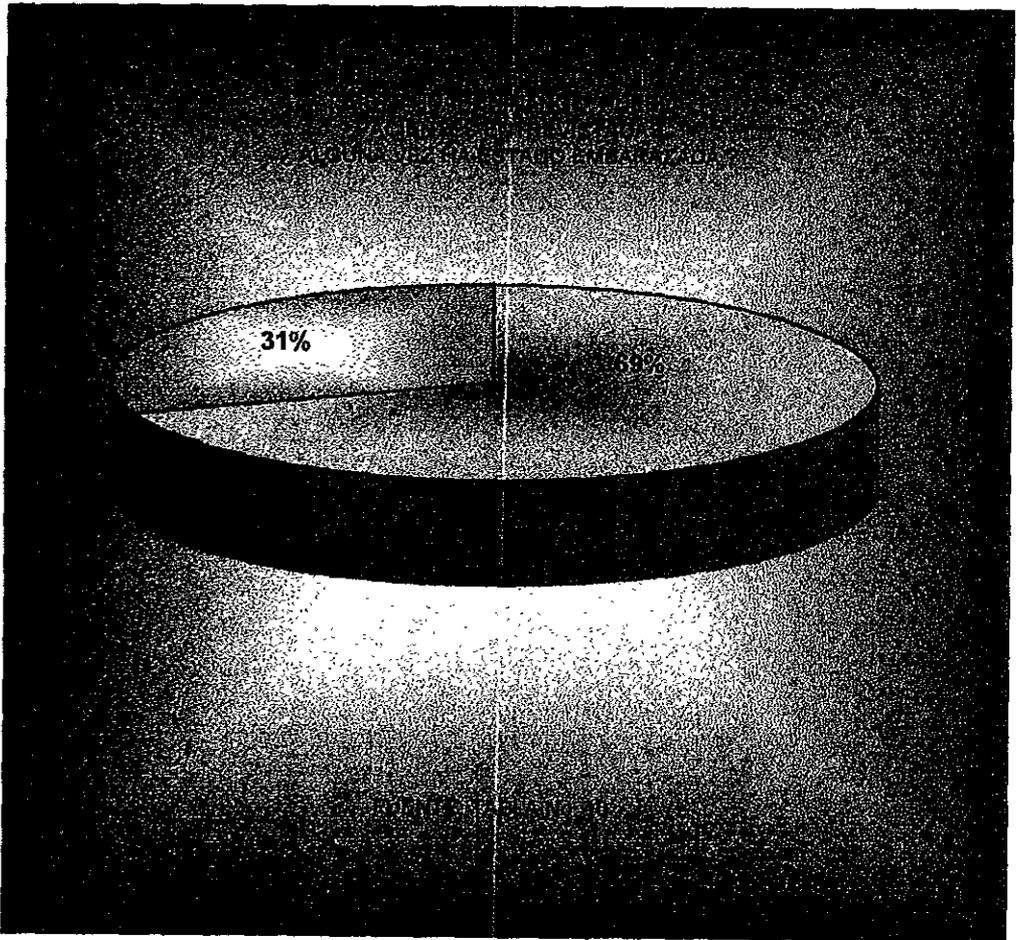


TABLA Y GRAFICO N° 10  
 CLINICA "E" DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE HUAUCHINANGO, PUEBLA  
 PACIENTES ENTREVISTADAS.  
 ¿ ALGUNA VEZ HA ESTADO EMBARAZADA ?

SI	%	NO	%	TOTAL	%
104	69.33	46	30.67	150	100

FUENTE: HOJAS DE ENCUESTA

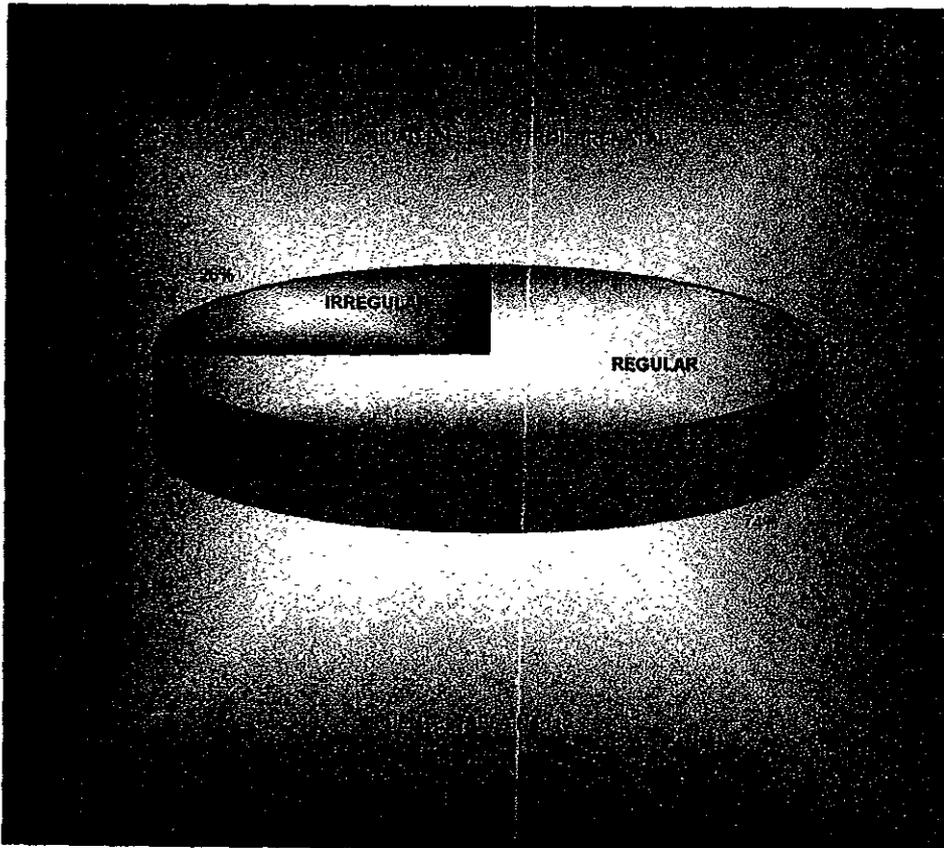


**TABLA Y GRAFICO N° 11**  
**CLINICA "E" DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE HUAUCHINANGO, PUEBLA.**  
**PACIENTES ENTREVISTADAS QUE HAN ESTADO EMBARAZADAS**  
**REGULARIDAD EN EL CONTROL PRENATAL**

REGULAR	%	IRREGULAR	%	TOTAL	%
77	51.33	27	18.00	104	69.33333333

46 Pacientes encuestadas, nunca han estado embarazadas 41 %

FUENTE: HOJAS DE ENCUESTA



## DISCUSIÓN

Dentro de las respuestas obtenidas a la pregunta abierta del primer formato de entrevista “¿Cuál creé usted que sea la causa por la que las mujeres embarazadas derechohabientes del ISSSTE acudan a la clínica a control del embarazo después del tercer mes?”, las mujeres entrevistadas no incluyeron factores socio-culturales que correspondieran a las pacientes, sin embargo se detectó a través de las entrevistas, que a pesar de que solo el 5% son analfabetas, el 9% no conocen el concepto de “Control Prenatal” y el 11% no conocen los beneficios del control Prenatal. Lo anterior aunque denote bajos porcentajes revela el echo de que aún faltan acciones para la difusión de la Salud reproductiva en acuerdo con Martínez y cols del Instituto Nacional de Perinatología y otros autores.<sup>6,7,17,13</sup>

En referencia a la difusión de los servicios que otorga el instituto a sus derechohabientes, resulta sorprendente el 17% que obtuvo la opción “Porque no saben que la Unidad cuenta con dicho servicio”. Esto se traduce en una deficiencia en la difusión por parte de la Unidad a los Programas Prioritarios que implementa el Instituto y la misma Secretaría de Salud a nivel Nacional.

La mayoría de las pacientes entrevistadas (67%) eligieron la opción “Porque tienen que esperar largo tiempo para su consulta”. Ante lo cual se revela la imperativa necesidad de implementar un sistema de consulta ordenada y cita programada, reduciendo el tiempo de espera para la misma, siguiendo tal vez los modelos de atención que implementa la Norma Oficial Mexicana respectiva y algunos otros autores.<sup>4,5,7, 11,12,13,16,27</sup>

El resto de los porcentajes, referentes a las opciones que no se han mencionado nos indican que la cobertura de atención a las derechohabientes de tipo foráneo que acuden a la unidad no es del todo adecuada, y requiere de una revisión detallada de cada caso, si tomamos en cuenta que el 29% de las entrevistadas son foráneas, el 75% derechohabientes trabajadoras y el 93.33% se encuentran en edad reproductiva. Sin embargo se denotó, por desgracia, lo siguiente: Que las embarazadas acuden a las Clínicas pequeñas, con gran cantidad de derechohabientes en espera de su consulta, muchas veces sin un sistema de cita previa, no saben que profesional les atenderá y frecuentemente tienen que esperar largo tiempo para ver al médico algunos minutos sin que se extienda un justificante suficiente para las ausencias laborales, hechos que resultan irritantes debido a que la mayoría no se sienten mal y les parece estar perdiendo tiempo, las anteriores fueron observaciones que las entrevistadas incluyeron en el reverso de sus formatos y que coinciden con la literatura española consultada.<sup>17</sup>

Uno de los Objetivos de la Atención Prenatal consiste en la Educación de la embarazada, mediante la cual la paciente adquiere conocimientos sobre la alimentación, el peso, las medidas higiénicas, los hábitos y costumbres los viajes y la actividad sexual. Si se toma en cuenta que la Unidad Médica del ISSSTE en

Huachinango, Puebla, no ha sido contemplada aún como Unidad de Medicina Familiar, y por tanto no cuenta con la infraestructura para las acciones propias de Médicos Familiares, es difícil convencer a la embarazada de la importancia de la asistencia prenatal, si cuando entra al consultorio lleva una sobrecarga de estrés secundaria a la espera. <sup>(13-17)</sup>

## CONCLUSIONES

Las respuestas obtenidas a la pregunta :“¿Cuál creé usted que sea la causa por la que las mujeres embarazadas derechohabientes del ISSSTE acudan a la clínica a control del embarazo después del tercer mes?”, fueron las siguientes:

La mayoría de las pacientes entrevistadas (67%) eligieron la opción “Porque tienen que esperar largo tiempo para su consulta”. Y posteriores a ésta respuesta se encontraron algunas otras como : “Porque no saben qué médico les atenderá”, “Porque la Clínica queda muy lejos”, “Porque se atienden con Particular”, etc.

Se denota en el presente estudio la influencia que tiene el hecho de que la mujer embarazada sea foránea, ya que el 58.62 pacientes contestaron “Porque tienen que esperar largo tiempo para su consulta “ y 13.79% “Porque la Clínica queda muy lejos”

De igual manera el grupo de edad mayoritario (29-35 años) proporciona las mismas opciones como respuesta.

Se detectó a través de las entrevistas, que a pesar de que solo el 5% son analfabetas, el 9% no conocen el concepto de “Control Prenatal” y el 11% no conocen los beneficios del control Prenatal lo cual nos dice que a pesar del grado de escolaridad predominante de la Institución, aún existe un porcentaje de la población que desconoce el concepto y los beneficios del control prenatal.

Por otra parte, no se denotó influencia del tipo de derechohabiente de la entrevistada sobre el inicio tardío del control prenatal.

## COMENTARIOS.

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en México concede alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud perinatal, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar, como para la salud de la población en general.

En la actualidad se reconoce que en su mayor parte las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal; así como a través de la detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a niveles superiores de atención.

Ante tales expresiones el ejercicio de la Medicina Familiar como tal debe prestar atención al hecho de que de 150 mujeres entrevistadas, el 93.33% se encuentran en edad reproductiva, el 75% son derechohabientes trabajadoras, el 29% derechohabientes foráneas y el 69.33% sean madres de familia.

Los resultados obtenidos dictan la necesidad de implementar acciones de Educación referente a Salud reproductiva, extensiva a derechohabientes en edad reproductiva, tanto locales como foráneas y al público en general, en primer término. De igual manera, se requiere difusión a la derechohabiencia sobre los Programas Prioritarios de Salud y los Servicios con los que cuenta la Unidad Médica y resulta imperativo implementar un sistema de consulta ordenada y cita programada, tal vez dando prioridad a la mujer embarazada que acude a Control Prenatal, tanto residente de la ciudad como foránea.

Si tomamos en cuenta que las Normas y Manuales de Procedimientos para la atención del embarazo, parto y puerperio ya existen, entonces habría que considerar que también es necesaria la difusión de tales documentos, haciéndola extensiva al personal paramédico y administrativo de la unidad.

El proceso de transformación de Médicos Generales en Médicos Familiares que en convenio realizan el ISSSTE y la UNAM representa uno de los principales pasos en dichos procesos educativos, el de preparar al personal médico. Lo vital es de vital trascendencia para la población derechohabiente. Sin embargo también se requiere contar con la infraestructura para el ejercicio de la Medicina Familiar, para la capacitación al personal administrativo y paramédico y con el tiempo disponible para escuchar a las pacientes que muchas veces eligen otro tipo de servicio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Historia de la Ginecología y la Obstetricia. Cuidados prenatales y Diagnóstico precoz del embarazo. 1ª. Ed. Barcelona España: Salvat editores, S.A. 1994: 1-3.
2. Alvarez Amezquita J, Bustamante E. M., López Picazos A, Hernández del Castillo F. Historia de la Salubridad y la Asistencia en México Tomo I. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Talleres gráficos de la Nación.- México 1960: 157-159, 273-274.
3. Alvarez Amezquita J, Bustamante E. M., López Picazos A, Hernández del Castillo F. Historia de la Salubridad y la Asistencia en México Tomo II. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Talleres gráficos de la Nación.- México 1960: 157-159, 273-274.
4. Cardona JA, Ruiz R, Avila R, Madrazo M. La Salud Reproductiva en la seguridad social, un enfoque integral ante la reforma del Sector Salud en México. Distrito Federal, México: Piensa; 1996.
5. Instituto Mexicano del Seguro social, Dirección de Prestaciones Médicas. Norma Técnica para la vigilancia materno-infantil. Distrito Federal, México: IMSS; 1995.
6. Pritchard JA. Williams-Obstetrics. 3a. ed. Barcelona, España: Salvat Editores, 1994:237- 255.
7. Atención Prenatal en Medicina Familiar. Guía diagnóstico-Terapéutica. Rev. Med IMSS, 1998; 36 (1): 45-60
8. Giraud JR-Tournaire M. Surveillance et. Therapeutiques Obstetricales. Editorial MASSON S.A., Paris Francia, 1981\_43
9. Sholtis-Brunner L. The Lippincott Manual of nursing practice. 4a. ed. Nueva Editorial Interamericana, Barcelona 1991: 1112.
10. Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-002-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud, 23 de Octubre de 1993: 92-109.
11. Sección de Obstetricia. Atención Médica Prenatal, Méx. D.F. INPer, 1998. (Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología 1998) N.O.M.6.

12. Pernoll M, Taylor C. Embarazo normal y Cuidados Prenatales. En: Cherney AH, Pernoll ML. Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos. Distrito Federal, México: El Manual Moderno; 1997. pp. 217-240.
13. Sandoval-Priego A, Andrade-Hernández MJ, Cordero-Sánchez G, Bravo-Acosta M. Calidad en el proceso de la información en Atención Prenatal. Rev Med IMSS (Mex) 1996; 34 (2): 165-168.
14. Sistema de Información en Salud para Población Abierta SISPA 1997. Hospital General de Huauchinango, pue (Mex), Jurisdicción Sanitaria No. 1 Puebla.
15. Registro de Embarazadas que acuden a Control Prenatal. Servicio: Trabajo Social T.M. Clínica "E" de Medicina General del ISSSTE en Huauchinango, Puebla, En 94-Feb 98.
16. Martínez-Sánchez Carlos, Karchmer Samuel. Educación a la comunidad en Perinatología: Una Experiencia Institucional. Perinat Rep Hum. Instituto Nacional de Perinatología Vol. 1; En-Mar 1997: 32-37.
17. Kitzinger S. Pregnancy and Childbirth. Editora Importécnica, S.A , 1982: 44.
18. Ortigosa Corona D, Karchmer Krivitzky S. Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecol Obstet Mex 1996, 64: 90-95.
19. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas. Manual de procedimientos para la vigilancia materno-infantil. México, 1995.
20. Instituto Mexicano del Seguro Social, Sistema Unico de Información. Subsistema 10 "Población y Servicios". Distrito Federal, México: IMSS; 1997.
21. Pattison NS, Sadler L, Mullins P. Obstetric risk factors: can they predict fetal mortality and morbidity? N Z Med J 1990;103 (891): 257-259.
22. Caunes F, Alexander GR, Berchel C, Guengant JP, Papiernick E. Anamnestic pregnancy risk assessment, Int J Gynaecol Obstet 1990; 33 (3): 221-227.
23. Knox AJ, Sadler L, Pattison NS, Mantell CD, Mullins P. An obstetric scorin system: its development and application in obstetric management. Obstet Gynecol 1993; 81 (2): 195-199.
24. Stones RW, Patterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric hemorrhage, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993; 48 (1): 15-18.
25. Mabie WC. Placenta previa. Clin Perinatol 1992; 19 (2): 425-435.

26. Robertson SI. *Maternal smoking during pregnancy: its effect on the children.* *J Diag Med Sonogr* 1995, 11 (4): 189-192.

27. Martínez González L, Reyes Frausto S, García Peña MC. *Utilización adecuada de la Atención Prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social.* *Salud Pública de México*, vol 38 (5): 341-351.

# ANEXOS

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

I.S.S.S.T.E.  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA  
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA  
U.M.F. I.S.S.S.T.E. HUAUCHINANGO, PUEBLA.

ANEXO I

INTRODUCCIÓN A LA ENTREVISTA  
PARA RECOLECCION DE DATOS.

Buenos días (tardes), tal vez Usted me conoce, soy la Dra. Ma. Elena Negrete López, soy Médico General eventual de ésta Clínica desde 1994 y me encuentro dentro de un curso de Especialización en Medicina Familiar que realizan en Convenio La Universidad Nacional Autónoma de México y el I.S.S.S.T.E a nivel Nacional.

*La finalidad de Molestarla es para pedir su participación en un proyecto de Investigación que consiste en realizar entrevistas y determinar a través de ellas las causas por las que las mujeres embarazadas acuden a Control Prenatal de manera tardía. Al llenar éste formato de entrevista usted no adquiere más que el compromiso de contestar sinceramente a las preguntas sin dañar o involucrar su integridad personal, en el formato no se incluyen datos personales y Usted no será molestada posterior a su participación.*

Una vez terminada la investigación se estudiará la posibilidad de corregir posibles errores del personal de la Unidad Médica para mejorar su atención, hecho que beneficiará a todas las derechohabientes adscritas a la misma.

POR SU AMABLE PARTICIPACIÓN.....GRACIAS

I.S.S.S.T.E.  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA  
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA  
U.M.F. I.S.S.S.T.E. HUAUCHINANGO, PUEBLA.

ANEXO II

FORMATO DE ENTREVISTA I

NUM. PROGRESIVO: \_\_\_\_\_ CEDULA R.F.C.: \_\_\_\_\_

NOMBRE. \_\_\_\_\_

DOMICILIO. \_\_\_\_\_

LOCALIDAD. \_\_\_\_\_

SI VIVE FUERA DE LA CIUDAD DE HUAUCHINANGO, ¿CUÁNTO TIEMPO LE LLEVA TRASLADARSE DEL LUGAR A DONDE VIVE A LA CLÍNICA DEL ISSSTE?  
\_\_\_\_\_

SI VIVE EN LA CIUDAD DE HUAUCHINANGO, PUEBLA, ¿QUÉ TIEMPO SE LLEVA EN EL TRASLADO DE SU DOMICILIO A LA CLINICA DEL ISSSTE?  
\_\_\_\_\_

NIVEL EDUCATIVO \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

TIPO DE DH \_\_\_\_\_

NUMERO DE EMBARAZOS \_\_\_\_\_

¿ QUE ES EL CONTROL PRENATAL ¿

USTED EN QUE MES DEL EMBARAZO CONSIDERA QUE UNA MUJER DEBE ACUDIR A SU PRIMERA CITA DE CONTROL.

CUALES CREE USTED QUE SEAN LOS BENEFICIOS DE ACUDIR CON SU MEDICO FAMILIAR A VIGILANCIA DEL EMBARAZO

**I.S.S.S.T.E.**  
**SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA**  
**DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA**  
**U.M.F. I.S.S.S.T.E. HUAUCHINANGO, PUEBLA.**

CUAL CREE USTED QUE SEA LA CAUSA POR LA QUE LAS MUJERES  
EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE ACUDAN A LA CLINICA A  
CONTROL DEL EMBARAZO DESPUÉS DEL TERCER MES.

**I.S.S.S.T.E.  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA  
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA  
U.M.F. I.S.S.S.T.E. HUAUCHINANGO, PUEBLA.**

**ANEXO III**

**FORMATO DE ENTREVISTA II**

NUM PROGRESIVO \_\_\_\_\_

1. LUGAR DE RESIDENCIA
2. EDAD
3. OCUPACION
4. ESCOLARIDAD
5. TIPO DE DERECHOHABIENTE (SEÑALE LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA)
A. TRABAJADORA
B. ESPOSA DE TRABAJADOR
C. HIJA DE TRABAJADOR
D. PENSIONADA
E. ABUELA DE TRABAJADOR
6 QUE ES EL CONTROL PRENATAL
7. EN QUE MES DEL EMBARAZO SE DEBE ACUDIR A LA PRIMERA CONSULTA DE CONTROL (SEÑALE LA RESPUESTA QUE CREA CONVENIENTE)
A. ANTES DE TENER 3 MESES
B. ENTRE 4 Y 5 MESES
C. ENTRE 6 Y 7 MESES
D. CUANDO TENGA DOLORES O SANGRADO
E. NO ES NECESARIO ACUDIR A CONTROL DEL EMBARAZO
8. CUALES SON LOS BENEFICIOS DEL CONTROL DEL EMBARAZO

I.S.S.S.T.E.  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA  
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA  
U.M.F. I.S.S.S.T.E. HUAUCHINANGO, PUEBLA.

9. PORQUE LAS DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE NO ACUDEN A CONTROL DE EMBARAZO EN FORMA OPORTUNA

A. PORQUE NO SABEN QUE MEDICO LAS ATENDERA

B. PORQUE TIENEN QUE ESPERAR LARGO TIEMPO PARA SU ATENCIÓN

C. PORQUE NO SE SIENTEN MAL

D. PORQUE NO ES NECESARIO

E. PORQUE LA CLINICA ESTA MUY LEJOS

F. PORQUE SE ATIENDEN CON PARTICULAR

G. POR EL GASTO QUE IMPLICA IR A LA CLINICA

H. PORQUE NO SABEN QUE LA CLINICA CUENTA CON EL SERVICIO

I. OTRO (CUAL)

10. SI USTED ESTA EMBARAZADA O HA TENIDO HIJOS- A LOS CUANTOS MESES ACUDIO A SU PRIMERA CONSULTA DE CONTROL-

