

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF NO. 24 TEPIC, NAYARIT

NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE SOBRE EL EMBARAZO PRESENTAN LAS PACIENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 FRANCISCO 1. MADERO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSE CARLOS ROMERO



U.M.F. No. 24 TEPIC, NAY.

0382116



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.


NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE SOBRE EL EMBARAZO  
PRESENTAN LAS PACIENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS  
A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 2 FRANCISCO J. MADERO  
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN  
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA

DR. JOSÉ CARLOS ROMERO

AUTORIZACIONES:

  
DRA. VERONICA CANDELARIA RUIZ SANDOVAL  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN  
U.M.F N° 24, TEPIC, NAYARIT

  
DRA. VERONICA CANDELARIA RUIZ SANDOVAL  
ASESOR DE TEMA DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES

  
DRA. VERONICA CANDELARIA RUIZ SANDOVAL  
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES

  
DR. FEDERICO RAMIREZ CARRILLO  
ENCARGADO DE COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD

  
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTADIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE SOBRE EL EMBARAZO PRESENTAN LAS  
PACIENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR #2 FRANCISCO 1. MADERO  
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSE CARLOS ROMERO

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo excepcional.

NOMBRE: Ralfo Jure R

FECHA: 06/10/05

FIRMA: [Firma]

**1.-TITULO:**

Nivel de conocimientos que sobre el embarazo presentan las pacientes embarazadas adscritas a la UMF no. Francisco I. Madero.

## I. INDICE:

Titulo.....	1
I. índice General.....	2
II. Marco teórico.....	3
III. Planteamiento del problema .....	5
IV. Justificación.....	5
V. Objetivos	
a. General .....	6
b. Específicos.....	6
VI. Hipótesis.....	6
Vii. Metodología	
a. Tipo de estudio.....	6
b. Población, lugar y tipo de estudio.....	6
c. Tipo de muestra.....	6
d. Tamaño de la muestra.....	6
e. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	7
f. Información a recolectar (variables).....	7
g. Método o procedimiento para capturar la información.....	8
h. Consideraciones éticas.....	8
VII. Resultados:	
a. Descripción (análisis estadístico).....	9
b. Tablas (cuadros) y graficas.....	10
IX. Discusión (interpretación analítica).....	16
X. Conclusiones .....	16
XI. Referencias bibliográficas.....	17
XII. Anexos.....	19

## II. Marco teórico:

El nuevo modelo de la OMS en el 2003 del control prenatal no se asocia a un riesgo mayor de morbilidad de mujeres o recién nacidos, además reduce el tiempo y los recursos necesarios para el control prenatal limitando el número de visitas. Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o antes de las 12 semanas, la segunda a las 26, la 3era a las 32 y una cuarta a las 38 semanas<sup>1</sup>.

Se ha desarrollado sobre la base de la guía para la práctica del cuidado preconcepcional, brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y el niño, prevenir, diagnosticar, y tratar las complicaciones del embarazo, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, detectar enfermedades subclínicas, aliviar molestias y síntomas menores del embarazo, preparar a la embarazada psíquicamente, durante el embarazo, para el nacimiento y para la crianza del recién nacido. El control prenatal se realizara una vez cada cuatro semanas hasta la semana 28, de la 28 a la 32 cada tres semanas y de la 36 al parto una vez cada semana<sup>2</sup>.

El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimiento sistemático y periódico destinado a la prevención diagnóstico y tratamiento, de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, el control prenatal debe ser precoz, antes del 5to mes.

La frecuencia del control prenatal esta determinado por factores de riesgo detectados en esa gestación, y serán necesarios tantos controles como la patología detectada. Se efectuaran cada cuatro semanas en el primer y segundo nivel, de las 28 semanas en adelante es posible detectar patología de alta relevancia<sup>3</sup>.

No existe una política de salud reproductiva coherente y uniforme. Existe una política nacional de salud donde se establecen estrategias dirigidas a fortalecer acciones de prevención en relación a cáncer de cérvix, enfermedades de transmisión sexual y sida. El control prenatal antes de las 12 semanas es del 75%, el 97% de los partos es atendido por personal capacitado<sup>4</sup>.

En Tailandia se reporto una investigación donde el 54% de las mujeres embarazadas presentan infestación por parásitos intestinales. En el sureste asiático en mujeres embarazadas refugiadas presentaron un 65% de parasitosis intestinal, en mujeres de origen asiático atendidas en una clínica de Inglaterra reporto un 9% de prevalencia de parásitos<sup>5</sup>

El médico es la persona que se responsabiliza junto con la familia del cuidado de la salud, apoyándose en la orientación sobre los cuidados prenatales; de esta manera se contribuye a evitar en la madre y el niño los riesgos y daños obstétricos; con la prevención se favorece el desarrollo normal del embarazo evitando procedimientos que no aporten beneficios para disminuir la morbilidad materno-infantil<sup>6</sup>

La falta de control prenatal con un mínimo de consultas así como el retardo de la consulta de primera vez, permiten que no se detecten a tiempo causas y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos como en la hiperglucemia, preeclampsia, anemia, infección de vías urinarias, etc<sup>7</sup>

La mayoría de las embarazadas a término representaría un deficiencia en la referencia en forma oportuna de 1 er. a 2do. Nivel de atención. Pero hay que recordar se ha demostrado que en múltiples estudios, un gran porcentaje de pacientes no tienen control prenatal por falta de acceso a los servicios o simplemente por ignorancia. Y algunos que llevan control prenatal, lo llevan en 5 consultas como mínimo como lo marca la Norma Oficial Mexicana 007- SSA2- 1993.

Siendo difícil con este mínimo de consultas identificar el riesgo de presentar complicaciones, ya que este se encuentra en cualquier mujer embarazada<sup>8</sup>

Un alto porcentaje las pacientes con eclampsia tenían muy pocos controles prenatales, este mismo autor encontró que la mayoría no contaba con seguridad social. Del total de pacientes con eclampsia el 75% cursaba con embarazos de más de 32 semanas con las siguientes características.

- 1.- La mayoría son mujeres jóvenes.
- 2.- El mayor porcentaje corresponde a nulíparas.
- 3.- Existe una alta incidencia de bajo o nulo control prenatal.
- 4.- Afortunadamente gran parte de los pacientes tienen edad gestacional de término y muy cerca del término<sup>9</sup>

El servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de México, reporta el resultado del perfil hematológico de las mujeres embarazadas, concluye que no hay suficiente promoción de la salud a la población que nos facilite detectar en forma temprana y oportuna factores de riesgo para anemia tomando en cuenta que la mayoría de las pacientes de este estudio se encontraban en el último trimestre.

También se comprueba que las embarazadas desarrollaran anemia en un 11.6 %. A consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo que nos explican el desarrollo de la anemia: presentando alteraciones en el hierro o en la capacidad de fijación, el ácido fólico y vitaminas B12<sup>10</sup>

Independientemente de su edad o condición social, las mujeres embarazadas deben recibir una evaluación del estado fetal por ultrasonido, entre las semanas 11 y 14 del embarazo, identificando productos con riesgo y sus alteraciones<sup>11</sup>

Por otra parte, el nivel educativo de las mujeres embarazadas también influye en la asistencia a consulta médica por primera vez; ya que una persona con instrucción básica tiene más conocimientos sobre el embarazo que una que no acudió a la escuela.



Es necesario vigilar los niveles de glucosa en las primeras semanas del embarazo, tratando de evitar productos macrosómicos de 4.5kg, malformaciones congénitas, abortos espontáneos durante el primer trimestre del embarazo y entre las niñas con peso menor de 2.5kg se ha demostrado alta frecuencia de diabetes gestacional<sup>12,14</sup>

Dentro de la morbimortalidad materna sigue siendo importante la preeclampsia eclampsia, donde la prevalencia a nivel nacional es de 8 %, cifras que pueden modificarse con un control prenatal adecuado, convenciendo a la población de conocer los signos y síntomas de preeclampsia<sup>13</sup>

Se conoce que la población acostumbra a acudir a la resolución del embarazo, especialmente gestantes de zonas rurales, adolescentes y personas de bajos ingresos<sup>15</sup>

Infección de Vías Urinarias y Vaginosis Bacteriana, este tipo de infecciones se asocia con frecuencia de parto prematuro espontáneo, retraso en el crecimiento fetal intrauterino e incluso muerte fetal<sup>16</sup>

La identificación por primera vez de diabetes durante el embarazo, se conoce como diabetes gestacional y se estima que ocurre en 11,4 % de las gestantes y desaparecen al término del mismo, encontrándose con mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, años más tarde<sup>17</sup>

### **III. Planteamiento del problema.**

La población derechohabiente de la Unidad Medica Familiar. N° 2 en un gran porcentaje era eventual temporal, cortadores de caña y del maguey. Sin embargo con el paso del tiempo esta población se fue quedando a vivir en la comunidad; Por lo que las costumbres y los niveles educativos de la población se fueron modificando. Cada año sus esposas presentaban embarazos sin control prenatal adecuado, acudiendo prácticamente a la atención del parto. Sin poder evitar las complicaciones propias del embarazo, como infecciones de vías urinarias, cervicovaginitis, anemia, preeclampsia, originando morbimortalidad tanto en el producto fetal como en la madre motivo por el cual deseamos conocer.

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el embarazo que tienen las pacientes embarazadas que acuden a control prenatal a la Unidad de Medicina Familiar N° 02 de Francisco 1. Madero, Nayarit ?

### **IV. Justificación.**

La educación de la población es fundamental para lograr disminuir los riesgos que se presentan en el embarazo tanto para la madre como para los hijos; dentro de las complicaciones en pacientes de alto riesgo tenemos la hipertensión asociada al embarazo, encontrando la morbimortalidad prenatal principalmente por productos prematuros y retardo en el crecimiento intrauterino, en un embarazo de una mujer adolescente además de lo anterior, presenta mayor morbilidad puerperal, ya que el 39.5% acudió a consulta por primera vez en el tercer trimestre<sup>18,19</sup>

Las embarazadas que acuden a control prenatal lo hacen tardíamente, en ocasiones no completan las 5 consultas mínimas 1 cada mes de acuerdo a la NOM 007-SSA2-1993, por lo que es un problema importante ya que no se alcanza a cubrir la educación necesaria de control prenatal; así como las complicaciones son difíciles de prever. El embarazo debe ser atendido por personal capacitado, en forma temprana para otorgar atención prenatal integral e identificar las pacientes con alto riesgo, ya que el 80% de las muertes maternas son previsibles, reduciendo riesgos innecesarios.

Por lo que es muy importante evaluar o conocer el nivel de conocimientos que sobre el embarazo tienen esos pacientes, para poder reforzar y mejorar las campañas adecuadas al respecto.

## **V. Objetivos:**

### **a) General**

Determinar el nivel de conocimiento que sobre el embarazo tienen las pacientes embarazadas que acuden a control prenatal adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 2 de Francisco 1. Madero Nayarit

### **b) Específicos**

Conocer el grado de escolaridad que tienen las pacientes embarazadas que asisten a la Unidad de Medicina Familiar . N° 2 de Francisco 1. Madero Nayarit.

c) Determinar cuando asistieron a consulta por primera vez, después del embarazo.

## **VI. Hipótesis.**

No es necesaria ya que se trata de un estudio descriptivo transversal

## **VII. Metodología:**

Sujetos, material y métodos.

### **a) Tipo de estudio**

Observacional, Prospectivo, Longitudinal,

### **b) Población, lugar y tiempo de estudio**

El estudio se realizara en la Unidad de Medicina Familiar. N° 2 de Fco. I Madero, Nayarit en el primer nivel de atención, donde los pacientes llegan de manera espontánea, de noviembre de 2003 a octubre de 2004.

c) Muestreo no probabilístico, por conveniencia. A todas las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal de primera vez a la UMF no. 2, febrero del 2004 a junio del 2004.

d) Criterios de inclusión:

Todas las embarazadas que acuden control prenatal.

Criterios de exclusión

Mujeres que tengan dudas de su embarazo

Criterios de eliminación:

Mujeres embarazadas que no contesten en forma completa el cuestionario.

Pacientes que no quieran participar en el estudio

e) Definición de variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Embarazo

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de conocimiento

VARIABLE DE CONFUSION:

No hay

#### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	tipo	uso	fuentes
Embarazo	Presencia de producto de la concepción dentro del útero	cualitativa	Para saber las semanas de embarazo que tiene la paciente	Encuesta o hoja de captura de datos
Nivel de conocimiento	Conocimiento que sobre el embarazo tienen las pacientes	cualitativa	Para establecer si el grado de conocimiento tiene relación con la atención oportuna del embarazo	Encuesta o hoja de captura de datos
Grado de estudios	Escolaridad con la que cuentan las pacientes embarazadas	cuantitativa	Para determinar si la escolaridad influye en el grado de conocimiento sobre el embarazo	Encuesta o hoja de captura de datos

**f) Forma de captura y validación de la información en la computadora:**

Todas las respuestas serán capturas en un formato previamente diseñado para posteriormente ser analizadas.

Forma en que se describirán los datos:

Pruebas estadísticas a utilizar: Medidas de tendencia central: Media, moda, mediana y medidas de dispersión: desviación estándar, varianza .

**Recursos. Humanos:**

1 Investigador,

1 Asesor

6 miembros del comité de investigación, 2 Auxiliares de administración

1 médico de consultorio turno matutino,

**Físicos:**

1 escritorio,

1 silla

1 maquina

1 Computadora

1000 Hojas blancas

1 impresora

1 cartucho Láser tinta negra 10 discos de 3 Y2

10 lápices

10 plumas

4 borradores

1 sacapuntas

1 calculadora

1 cuaderno

2 expedientes médicos 720 hojas RAIS

**Financieros:** Serán por cuenta del investigador.

**g) Consideraciones éticas y factibilidad:**

El estudio es factible de llevar a cabo, no violando los derechos humanos aprobados en la Ley de Helsinki de 1964 y modificados en Tokio, Japón, octubre 1975 y 52 Asamblea General Edimburgo, Escocia, octubre de 2000.

## VII. Resultados:

Las características de la población fueron: una media para la edad de 27 años; con un número de hijos de 2.27; una escolaridad de 8.7 y una media de 24.52 semanas de embarazo. Cuadro 1

Las pacientes embarazadas que acuden por primera vez a consulta representan el 16.74% con un total de 36; y de las que acuden a consulta presentan una probabilidad de .3534 en la semana 30 a la 39 de gestación; mientras que en la semana 0 a 9 la probabilidad de que asistan es de 0.0604. Cuadro 2

La población estudiada presentó una escolaridad de Secundaria 95 (46%); con Preparatoria 57 (24%); con instrucción primaria 55(26%) y con otros estudios 8 (4%). Cuadro y Grafica 3

En relación con conocimientos generales sobre el embarazo 176 (82%) considera que es necesaria la participación del médico para que el embarazo llegue a buen termino y ese mismo resultado considera que si necesita la vigilancia médica Y por el contrario el 100% de las pacientes dice que no es conveniente asistir con una partera. Cuadro y Grafica 4

En lo referente a los conocimientos médicos de los pacientes sobre el embarazo 194 (90%); manifiesta que si es necesario la toma de un ultrasonido y que durante el embarazo se puede desarrollar anemia; por otra parte 178 (83%) piensa que una infección de vías urinarias puede provocar un aborto. Cuadro y Grafica 5

Al preguntar sobre sus propias creencias sobre el embarazo el 100%, dice que es importante acudir al médico al darse cuenta de que esta embarazada; sin embargo 57(27%) piensa que si acude a consulta hasta el octavo mes no tiene importancia, 192(82%) piensa que no es conveniente asistir al médico los dos últimos meses de embarazo. Cuadro y Grafica 6

Los tramites administrativos que requirieron las pacientes embarazadas fueron: 58(27%) si tuvieron dificultad para obtener el pase, en 22(10%) el pase no fue oportuno; y en 60(28%) hubo demora para obtenerlo y demasiados tramites administrativos, y también en 93(43%) no existió apoyo del patrón. Cuadro y Grafica 7

Cuadro 1.

Paciente	Media	Desviación estándar	Varianza
Edad	27	6.58	43.39
# de hijos	2.27	1.19	1.41
Escolaridad	8.7	2.44	5.90
Semanas de gestación	24.52	9.26	85.82

Cuadro 2.

Semanas de gestación	Frecuencia	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Pi
0-9	13	13	13/215	0.0604
10-19	52	65	65/215	0.2418
20-29	73	138	138/215	0.3395
30-39	76	214	214/215	0.3534
40-mas	1	215	215/215	0.0046
Total	215	215	1	0.9997

Cuadro 3.

Escolaridad	Pacientes	Porcentajes (%)
Primaria	55	26
Secundaria	95	46
Preparatoria	57	24
Otros	8	4
Total	215	100

Cuadro 4.

Sin vigilancia	Respuestas	Porcentaje (%)
Si	39	18
No	176	82
Total	215	100
Sin medico		
Si	39	18
No	176	82
Total	215	100
Con partera		
Si	0	0
No	215	100
Total	215	100

Cuadro 5.

Ultrasonido	respuestas	Porcentajes (%)
Si	194	90
No	21	10
Total	215	100
Anemia		
Si	193	90
No	22	10
Total	215	100
Infecciones urinarias		
Si	178	83
No	37	17
Total	215	100

Cuadro 6.

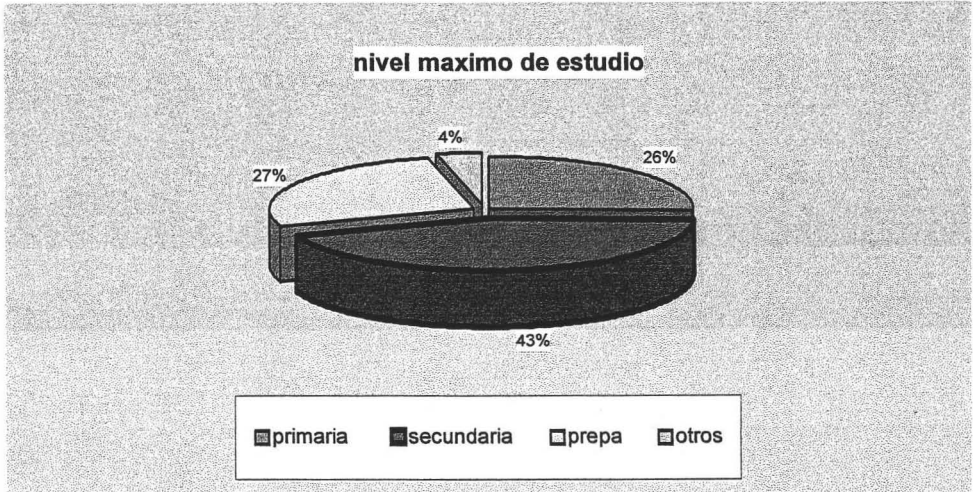
Con importancia	Respuestas	Porcentaje (%)
Si	215	100
No	0	0
Total	215	100
Sin importancia		
Si	158	73
No	57	27
Total	215	100
Hasta último		
Si	23	11
No	192	89
Total	215	100

Cuadro 7.

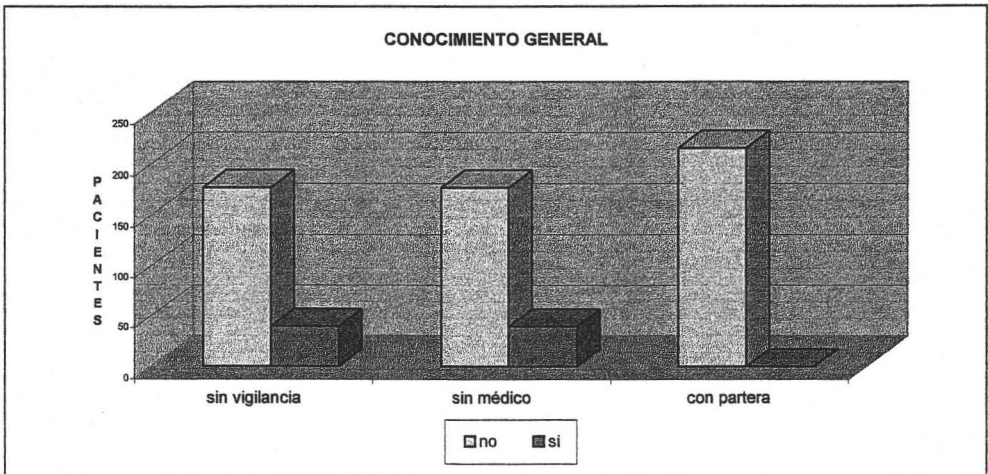
Dificultad para el pase	Respuestas	Porcentaje (%)
Si	58	27
No	157	73
Total	215	100
Oportuno		
Si	195	90
No	22	10
Total	215	100
Demora		
Si	60	28
No	155	72
Total	215	100
Burocratismo		
Si	60	28
No	155	72
total	215	100
Apoyo patrón		
Si	122	57
No	93	43
total	215	100



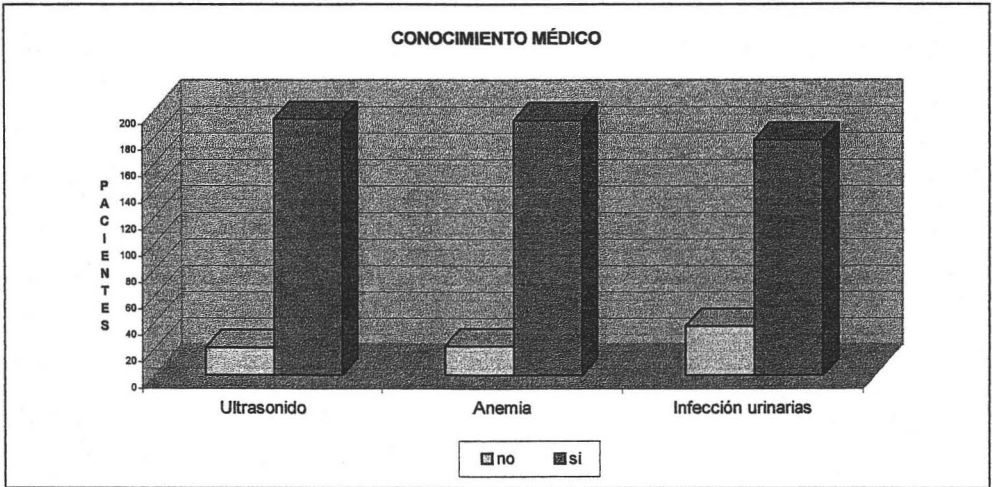
Grafica 3



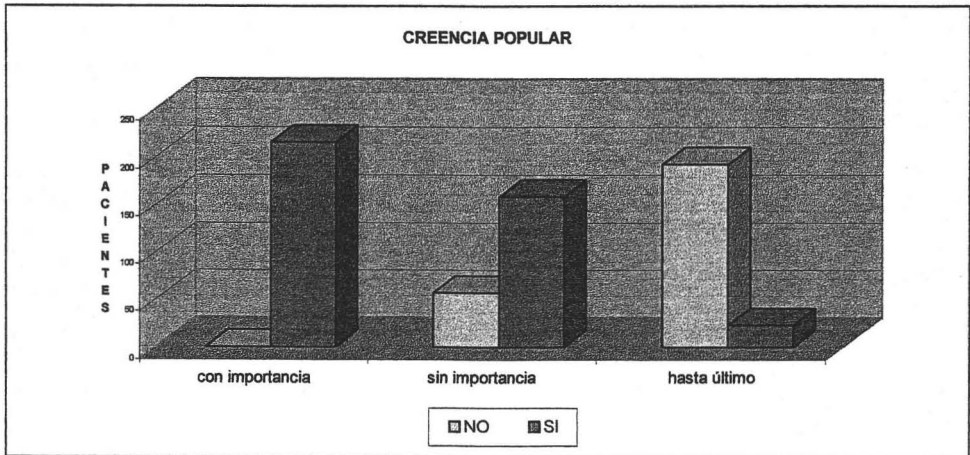
Grafica 4



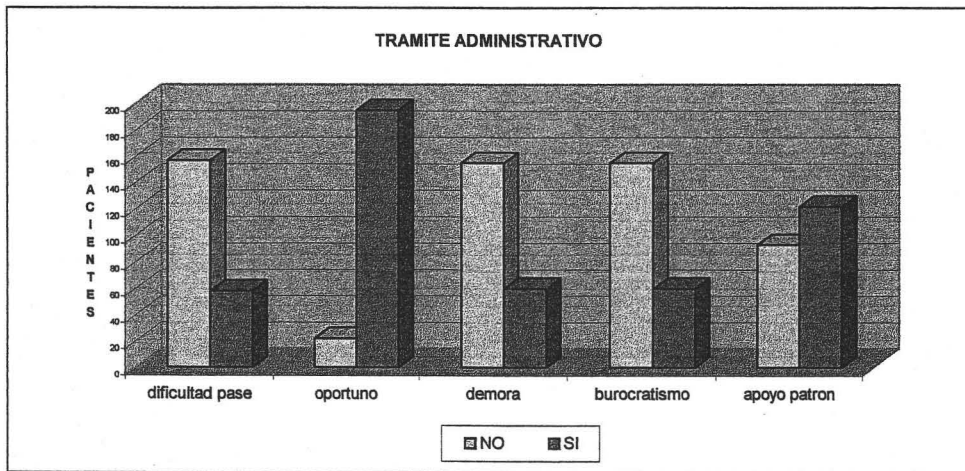
Grafica 5



Grafica 6



Grafica 7



## **IX. Discusión:**

Del presente trabajo se puede discutir que el nivel de conocimiento que sobre el embarazo presentan las pacientes es bueno; y como se planteo a inicio del trabajo este tiene relación con el nivel de estudios que presenta la comunidad estudiada. Ya que estos se consideran como altos, sobre todo por ser una comunidad rural.

Es importante destacar que a pesar de la información que sobre el embarazo manifiestan las pacientes ; esta acuden a consulta después de la semana 20 de gestación.

También manifiestan la importancia sobre que tiene la educación sobre el embarazo; y por ejemplo ya nadie quiere acudir con una partera.

Los tramites administrativos y el poco apoyo que tienen del patrón para una atención oportuna de estas pacientes, también en una limitante para asistir con regularidad a sus citas con el médico.

## **X. Conclusiones:**

Podemos concluir que es necesario implementar programas educativos para que la asistencia por primera vez en las primeras semanas de gestación se incrementen; ya que a pesar de que la población tiene un buen nivel de grado escolar no lo hace oportunamente.

En este caso el nivel educativo; fue un factor importante para que el nivel de conocimientos sobre el embarazo fuera aceptable.

También se puede destacar que la población prefiere la atención del médico desde el inicio del embarazo que asistir con una partera; que era una costumbre en las comunidades rurales.

## XI. Referencias Bibliográficas

1. W W W . int | reproductive - healt | publications | rhr. Estudio clínico aleatorizado multicentrico, realizado por: OMS | UNFPA | UNDP Para la investigación y desarrollo.
2. W W W . sarda, org. Ar | html 12002 htm . ARGENTINA.
3. Escuela, med,puc,cl | paginas | departamentos | obstetricia | alto riesgo | control prenatal html Guia de control prenatal embarazo normal. CHILE
4. http: || 165. 158. | 110 | english | sha |corrstp. Htm. Salud materno infantil y planificación familiar. COSTA RICA
5. RodríguezGarcía R., RodríguezGuzmán LM., SánchezMaldonado M.A, GómezDelgadoA, RiveraCedillo R. Prevalencia y factores de riesgo asociados a parasitosis intestinal en mujeres embarazadas y su relación con el peso del niño al nacer. Ginec Obstet Mex ISSN-0300-9041 VoL70 2002.,339.
6. Secretaria de Salud, Norma Oficial Mexicana (NOM. 007-SSA2-1993), Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, Criterio y procedimientos para la prestación de servicios en el diario oficial; 5.2.
7. HernándezValencia M., CarrilloPacheco A Control prenatal Asociado al número de consultas como método diagnostico de hiperglucemia. Ginec Obstet Mex. ISSN-0300-9041 VoL70 2002.,592.
8. RosalesAujang E., FelguerezFlores J.A Mortalidad Materna. Un reto del nuevo milenio. Ginec Obstet Mex. ISSN-0300-9041 VoL70, 2002., 508.
9. VigilDe Gracia., P., WinstonReyes., RodríguezMorales F., CruzBreucop R. Eclampsia en América Central. Ginec Obstet Mex|ISSN-0300-9041 VoL70, 2002. 548549.
- 10.ZaramaMárquez F.A, CruzMejia R., BuitrónGarcía R. Perfil Hematológico durante el embarazo Ginec Obstet Mex. ISSN-0300-9041 VoL70 2002.139.
11. HernandezAndrade E., GuxmanHuerta M., GarciaCavazos R., AhuedAhued JR. Diagnostico Prenatal en el Primer Trimestre, ¿a quien y cómo? Ginec Obstet Mex 2002; 70: 607.
12. LazaldeB., SanchezUrbina R., GarcideAlba GJ., RamirezDueñas ML, Diabetes Mellitus Gestacional y Malformaciones Congénitas. Ginec Obstet 2001 ;69:399.

13. RoizHernandez J" Jiménezlopez J. Preeclampsia-eclampsia. Experiencia en el Centro Medico Nacional de Torreón. Ginec Obstet Mex 2001. 69: 341.
14. HernandezValencia M., Zarate A, El Riesgo de Diabetes Gestacional se Establece desde la Vida Fetal y Posnatal. Ginec Obstet Mex 2003,71.60-5.
15. TenaTamayo C., AhuedAhuedJR., Recomendaciones Generales para Mejorar la Calidad de la Atención Obstetrica. Ginec Obstet Mex 2003,71.409-420.
16. VelascoMurillo V., Prevencion y Tratamiento del Parto Pretermino. Rev Med IMSS 2001 ;39(5):417-427
17. CaraveoEnriquez VE., et al. Evaluacion de un Desayuno como Prueba de Tamiz para la Deteccion de Diabetes Gestacional. Ginec Obstet Mex 2002;70:112
18. RomeroGutierrez G., AguilarBarajas 1. , ChavezCuriel A, Poncedeleon AL., Prediccion del Bienestar Fetal Mediante el Perfil Flujométrico Doopler en embarazadascon hipertensión. Ginec Obstet Mex 2001 ;69:480.
19. SimonPereira L. et al. Morbilidad Materna en la Adolescente Embarazada. Ginec Obstet Mex 2002,70:270.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

**XII. Anexo 1**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. GRAFICA DE GANTT**

TAREAS A DESARROLLAR	RESPONSABLE	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
Búsqueda de información	Investigador	x											
Elaboración de proyecto	Investigador	x											
Registro de proyecto	Comité de investigación		x										
Inicio de proyecto	investigador			x									
Recolección de la información	Investigador				x	x	x	x	x				
Análisis de resultados	Investigador							x	x	x	x		
Presentación	Investigador										x		
Elaboración de tesis	Investigador											x	x
Publicación.													x

**Anexo 2**

**PRESUPUESTO DEL ESTUDIO**

<b>CATEGORIA</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>FACTOR</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
		<b>MUL TIPLICADOR</b>	
<b>9. PERSONAL</b>	<b>GASTO DIARIO</b>	<b>NUMERO DE OIAS PERSONAS</b>	<b>TOTAL</b>
Entrevistadores	no	2	No
<b>10. Transporte</b>	<b>Costo por Km.</b>	<b>Numero de Km.</b>	
Automóvil	0.50	2800	\$1400
<b>11. Materiales</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Numero</b>	
Plumas	\$3.00	5	\$15.00
Cuestionarios	\$0.30	20	\$06.00
Lápices	\$3.00	10	\$30.00
Computadora	-----	1	-----
		<b>TOTAL</b>	<b>\$1451.00</b>



Anexo 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD  
UMF NO 2. FRANCISCO I. MADERO

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DEL CONTROL PRENATAL TARDIO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
SEMANAS DE GESTACION \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ TIPO DE SEGURO \_\_\_\_\_  
MODALIDAD DE ASEGURADO \_\_\_\_\_

1. ¿Conoce usted la importancia del control prenatal?

Si ( ) No ( )

2. ¿Considera que el embarazo es tan común que no necesita vigilancia médica?

Si ( ) No ( )

3. ¿Considera que su embarazo llegará a feliz termino con o sin el medico?

Si ( ) No ( )

4. ¿Cree que es mejor acudir con una partera?

Si ( ) No ( )

5. ¿Piensa que seria conveniente una educación acerca del embarazo?

Si ( ) No ( )

6. ¿Considera imprescindible la toma de un ultrasonido?

Si ( ) No ( )

7. ¿Considera que es mejor acudir a control los últimos dos meses de su embarazo?

Si ( ) No ( )

8. Sabe que durante el embarazo puede desarrollar anemia?

Si ( ) No ( )

Hoja 2

9. ¿Sabe que una infección de vías urinarias puede provocarle un aborto?

Si ( ) No ( )

10. ¿Cree importante acudir al medico cuando se da cuenta que está embarazada?

Si ( ) No ( )

11. ¿Si acude a control hasta el octavo mes considera que no tiene importancia?

Si ( ) No ( )

12. ¿Es difícil conseguir un pase para acudir a control prenatal?

Si ( ) No ( )

13. ¿En el transcurso de su embarazo, cuando le dieron su primer pase para acudir a la U.M.F?

Oportuno ( ) Tardío ( )

14. ¿Usted cree que se demora la obtención de este pase?

Si ( ) No ( )

15. ¿Cada vez que acude a consulta necesita un pase?

Si ( ) No ( )

16. ¿Los patrones los apoyan inmediatamente con el pase para acudir a consulta?

Si ( ) No ( )

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD  
UMF NO 2. FRANCISCO 1. MADERO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

La señora \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad autoriza al Dr. José Carlos Romero que aplique su cuestionario en mi persona, ya que esto no representa ningún daño para mi, ni para mi hijo.

Atentamente

---