



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES QUE INCIDEN EN LA FALTA DE CONTROL
PRENATAL EN LAS GESTANTES**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. NOE MICHEL GARCIA ORTIZ

Asesor:

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

Iguala de la Independencia, Gro. Agosto del 2022



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.



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES QUE INCIDEN EN LA FALTA DE CONTROL
PRENATAL EN LAS GESTANTES**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. NOE MICHEL GARCIA ORTIZ

Dirigido por:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

SINODALES

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA
Presidente

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ
Secretario

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Agosto del 2022

RESUMEN

El control prenatal es el eje inicial para la adecuada atención materna, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son una buena estrategia de reducción de la mortalidad materna. El control prenatal es un servicio de salud cuyos resultados dependen no sólo de la oferta del servicio, sino del uso adecuado que la gestante haga de él. **Objetivo.** Identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes, que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroa, Guerrero. **Método.** El estudio de investigación es descriptivo, corte transversal, cuantitativo, el universo de estudio está compuesto por 33 gestantes para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal del Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Guerrero, la muestra fue a conveniencia, se utilizó el paquete estadístico de SPSS versión 18 para analizar los datos del estudio. **Resultado.** Después de analizar los resultados obtenidos se concluye los que los principales factores o limitaciones para acceder al control prenatal fueron: el nivel de escolaridad, el status económico de las pacientes porque mencionan que no tienen dinero para poder trasladarse y son de comunidades alejadas y que se hacen mucho tiempo para llegar a su centro de salud, la ocupación porque las mujeres que trabajan. presentan problemas para asistir a su control prenatal porque les niegan el permiso para asistir, falta de tiempo disponible, falta de conocimiento sobre la importancia que tiene el control prenatal para evitar las complicaciones materno fetal, el tiempo de espera para ser atendidas por el personal que lleva a cabo su control prenatal más de 30 o más de 40 minutos. La distancia para llegar a su unidad de salud es un factor que incide en la falta de CPN en las embarazadas, más de la mitad de la muestra no cuenta con el apoyo familiar para asistir a su control prenatal, falta de conocimiento de la importancia de sus controles. **Conclusiones.** Es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud recomienda actualmente que la gestante debe de tener 8 controles prenatales para reducir el índice de morbimortalidad materna fetal.

Palabras Clave: Control prenatal, embarazo, factores que inciden en la falta de control prenatal

SUMMARY

Prenatal control is the initial axis for adequate maternal care, together with institutional delivery and newborn follow-up are a good strategy to reduce maternal mortality. Prenatal control is a health service whose results depend not only on the offer of the service, but also on the proper use that the pregnant woman makes of it. Aim. To identify the factors that affect the lack of prenatal control in pregnant women, who are treated at the General Hospital of Huitzuco de los Figueroa, Guerrero. Method. The research study is descriptive, cross-sectional, quantitative, the universe of study is made up of 33 pregnant women to identify the factors that affect the lack of prenatal control at the General Hospital of Huitzuco de los Figueroas, Guerrero, the sample was at convenience, the SPSS version 18 statistical package was used to analyze the study data. Result. After analyzing the results obtained, it is concluded that the main factors or limitations to access prenatal control were: the level of education, the economic status of the patients because they mention that they do not have money to travel and are from remote communities and that they They take a long time to get to their health center, the occupation because the women who work. they present problems to attend their prenatal control because they are denied permission to attend, lack of time available, lack of knowledge about the importance of prenatal control to avoid maternal-fetal complications, the waiting time to be attended by the personnel who you carry out your prenatal control more than 30 or more than 40 minutes. The distance to reach their health unit is a factor that affects the lack of CPN in pregnant women, more than half of the sample does not have family support to attend their prenatal control, lack of knowledge of the importance of your controls. conclusions. It is important to mention that the World Health Organization currently recommends that pregnant women should have 8 prenatal check-ups to reduce the maternal-fetal morbidity and mortality rate.

Keywords: Prenatal control, pregnancy, factors that affect the lack of prenatal control

DEDICATORIAS

Bien dicen que no hay día que no se llegue y plazo que no se cumpla.

Hoy se llegó el día de agradecer a todas esas personas que a lo largo de este trayecto me apoyaron como lo fueron mis padres, hermanos, compañeros de estudio, maestros, a mi pareja y todo aquel que pudo estar dentro de este gran círculo de personas que se tomaron parte de su día a día para brindarme su apoyo, su fe, pero sobre todo su confianza para crecer y llevar al máximo mis conocimientos.

Por ello en esta tesis se verá reflejado todo el esfuerzo y dedicación que conlleva esta carrera y sobre todo las mil bendiciones que mi padre dios y la virgen me otorgaron y me sigan otorgando con la bendiciendo para seguir este camino que aún falta por recorrer

Gracias por su apoyo y su amor.

C. NOE MICHEL GARCIA ORTIZ

AGRADECIMIENTOS

Me faltarían palabras para agradecer a todas las personas que se involucran en este proyecto.

AL Centro Universitario Iguala por darme la oportunidad de seguir superando al realizarla Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Con todo respeto doy gracias a mí Asesor y Sinodales por su paciencia apoyo al Trabajo de Investigación.

A mis maestros que merecen mi reconocimiento por apoyarme, quienes se tomaron el tiempo de transmitirme sus conocimientos para poder lograr mis metas y guiarme para ser una mejor persona y profesional.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora. pero con esfuerzo y apoyo de todos ustedes todo es más fácil, les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia el personal docente y administrativo del Centro Universitario de Iguala, Incorporado a la Universidad Nacional Autónoma de México.

C. NOE MICHEL GARCIA ORTIZ.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Reconocimientos	iv
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Justificación	5
1.3 Objetivos	6
II. Revisión de la Literatura	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Conceptos	8
2.3 Consulta preconcepcional y el cuidado previo el embarazo	10
2.4 Control prenatal	10
2.5 Consulta y atención preconcepcional	11
2.6 Factores por lo cual las gestantes abandonan o no concluyen su atención prenatal	15
2.7 Control prenatal	17
2.8 Estudios relacionados	25
III. Metodología	29
IV. Resultados y discusión	43
V. Conclusiones y sugerencias	73
VI. Bibliografía	75
Anexo "A" Consentimiento informado	80
Anexo "B" Instrumento de medición	81

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

No. De cuadro		Pág.
4.1	Edad	43
4.2	Escolaridad	44
4.3	Nivel socioeconómico	45
4.4	Ocupación	46
4.5	Número de hijos	47
4.6	Edad de inicio de su vida sexual	48
4.7	Zona de residencia	49
4.8	Usted pregunta al personal de salud, sobre sus respectivos cuidados, dudas y mitos sobre su embarazo	50
4.9	Cuenta con su carnet prenatal que demuestran las inasistencias del control	51
4.10	Utiliza algunos de los siguientes transportes para dirigirse al Centro de Salud	52
4.11	Cuánto gasta de pasaje para llegar al Centro de Salud	53
4.12	Cuanto tiempo utiliza para llegar al Centro de Salud para realizar su control prenatal.	54
4.13	Cuáles son las causas por las que usted no asiste a los controles prenatales en las fechas asignadas por el Centro de Salud.	55
4.14	Considera importante iniciar sus controles prenatales, apenas tiene conocimiento de que esta en embarazo	56
4.15	Al tomar el ácido fólico ha presentado alguna molestia (puede marcar más de una opción)	57
4.16	Durante el control prenatal, el personal de salud le brindo asesoría e información sobre la importancia de	58

	las vitaminas (ácido fólico y sulfato ferroso)	
4.17	Cuanto tiempo espera en el Centro de Salud para ser atendida por el personal que realiza su control prenatal	59
4.18	Quien lo atendió en el servicio de salud durante su control prenatal	60
4.19	¿Durante su control la persona que le atendió realizo lo siguiente? (puede marcar más de una opción.	61
4.20	A cuantos minutos se encuentra el Centro de Salud más cercano a su residencia	62
4.21	Su familia le apoya para que asista a su control prenatal al servicio de salud	63
4.22	Cuantas semanas de gestación tenía cuando fue su primer control prenatal	64
4.23	Considera que durante el embarazo puede tener alguna complicación al no asistir al control prenatal	65
4.24	¿Durante su embarazo ha presentado alguna de las siguientes molestias? (puede marcar más de una opción)	66
4.25	Ha tenido alguna complicación durante el embarazo	67
4.26	Conoce los métodos anticonceptivos	68
4.27	Tipo de métodos anticonceptivos que utiliza	69

I. INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y periodo posnatal. En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que cuando se realizan en tiempo oportuno practicas apropiados basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas (OMS, 2014).

El embarazo es tradicionalmente concebido como un evento fisiológico normal, pero debido a las complicaciones y problemas que suelen ocurrir en este período y que pueden afectar a la madre y al niño por nacer, se considera que la gestación debe ser vigilada para identificar a tiempo dichos problemas. La mejor forma de monitorear el desarrollo de un embarazo es a través del Control Prenatal. Este un servicio de salud cuyos resultados dependen no solo de su oferta, sino del uso adecuado o inadecuado que la gestante haga de él.

El control prenatal es una herramienta de prevención de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal utilizada alrededor del mundo, para realizar seguimiento de la gestación, pero sigue teniendo problemas en su cobertura y calidad. El control prenatal es el eje inicial para la adecuada atención materna, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son una buena estrategia de reducción de la mortalidad materna (Ministerio de Salud, 2009). El control prenatal es un servicio de salud cuyos resultados dependen no sólo de la oferta del servicio, sino del uso adecuado que la gestante haga de él. Es importante mencionar que existen factores que influyen en la utilización del mismo,

dentro de los que se encuentran los factores de necesidad, es decir aquellos que están mediados por las barreras percibidas para acceder al mismo, la tolerancia a la enfermedad, la percepción del estado propio de salud y los beneficios que percibe la mujer para asumir la conducta de cuidado durante la gestación (OPS, 2011)

Por lo que el abandono al control prenatal, no necesariamente lleva a no asistencia del parto institucional, pero si interrumpe las actividades preventivas y de promoción de la salud, porque limita los contactos entre el profesional de la salud y paciente. Se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales, los cuales están vinculados a factores de salud materna y a la inadecuada atención prenatal del parto y del recién nacido, teniendo como resultado casos de bajo peso al nacer, prematuros y asfixia neonatal (Ministerio de Salud, 2009).

Entre los posibles problemas que dificultan una atención prenatal de excelencia, se encuentran la precariedad de la accesibilidad de las usuarias a los servicios de prenatal, la baja calidad de la asistencia, las elevadas tasas de mortalidad materna y perinatal, además de la falta de orientaciones, principalmente en los aspectos relacionados con el parto y el nacimiento (Tomasi, 2017). La carencia de profesionales cualificados y la precaria infraestructura de los servicios que realizan control prenatal comprometen la calidad de vida de las gestantes y sus fetos, exponiéndolos a riesgos evitables (Domínguez et al, 2012).

En 2016 la OMS publicó una guía sobre cuidado prenatal para una experiencia positiva del embarazo, que incluye 49 recomendaciones para el cuidado de rutina de la gestante con la finalidad de reducir la probabilidad de complicaciones durante la gestación y mejorar el cuidado materno. Recomienda incrementar a ocho a los controles prenatales (CPN) mínimos durante la gestación, dado que este aumento está asociado con una reducción de la

probabilidad de muertes perinatales y señala que los CPN debe incluir componentes tales como la asesoría sobre dieta saludable y nutrición óptima, actividad física, información sobre consumo de tabaco y sustancias, prevención de malaria y VIH, análisis de sangre y vacunación contra tétanos, ultrasonido fetal y consejería (WHO, 2016).

1.1 Planteamiento del problema

La mortalidad materna es un problema de salud pública a nivel mundial principalmente en países de medianos y bajos ingresos donde persisten las muertes prevenibles o tratables por complicaciones gestacionales (WHO, 2017). Según el Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto (OMS, 2014); en 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo, en el parto y después de éste; casi todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (OPS, 2013).

En el 2015, se presentaron 303 000 muertes materna a nivel mundial, lo que representa un riesgo global de muerte de una por cada 180 gestantes (Alkerma et al 2016), por ello, como parte de los objetivos del Desarrollo Sostenible, se propone reducir para el 2030, la tasa de mortalidad global a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos, con apremio en los países de bajos y medianos ingresos, países donde acontece el 99% de estas muertes (WHO, 2018).

Con la detección oportuna de las alteraciones del embarazo se contribuye a reducir esta mortalidad, que para el caso de Colombia pasó de 76 por 100 000 Nacidos Vivos (NV) en 2007 a 72.8 por 1000 000 nacidos vivos en 2011 (OPS, 2011),

En Perú, la mortalidad materna ha experimentado un decrecimiento marcado en las últimas décadas, de 1990 a 2015, la cifra bajo de 265 a 68 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos (WHO, 2017). Para el 2017, se presentaron un total de 375 muertes maternas a nivel nacional (Dirección General de Epidemiología, 2017), y en cuanto a la atención prenatal, se reportó que el 97.5% de los últimos embarazos recibieron control prenatal por personal calificado, siendo además que el 88,9% de mujeres gestantes recibieron de seis a más controles (Instituto Nacional de Estadísticas e informática, 2017), que es el número mínimo de atenciones requeridas durante una gestación por la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna del Ministerio de Salud del Perú (Ministerio de Salud, 2013)

El control prenatal (CNP) tiene como meta la detección temprana de complicaciones durante el embarazo, y siendo que la mayor parte de las muertes se pueden prevenir, es necesario que todas las mujeres tengan acceso a una atención prenatal de calidad durante el embarazo (WHO, 2017). Entre 2007 y 2014, únicamente el 64% de las embarazadas asistieron al mínimo de control prenatal, recomendado por la Organización Nacional de Salud (OMS) para ese periodo [cuatro CPN] (WHO, 2016). En 2016, la Organización Nacional de salud publicó una guía sobre cuidado prenatal para una experiencia positiva del embarazo, que incluye 49 recomendaciones para el cuidado de rutina de la gestante con la finalidad de reducir las complicaciones durante la gestación y mejorar el cuidado materno (WHO, 2016).

La UNICEF a nivel mundial, estima que el 86% de las mujeres embarazadas acceden a la atención prenatal con personal de salud capacitado al menos una vez, solo tres de cada cinco (62%) reciben al menos cuatro visitas prenatales. En las regiones con las tasas más altas de mortalidad materna, como África subsahariana y Asia meridional, incluso menos mujeres recibieron al menos

cuatro visitas prenatales (el 52% y el 46%, respectivamente) (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017).

Por lo anterior expuesto es importante ¿Identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro??

1.2 Justificación.

El control prenatal es una actividad diseñada para evaluar el riesgo de morbimortalidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, a fin de intervenir los factores de riesgo de forma temprana, eficaz y efectiva para el caso de la embarazada y el producto de la gestación. Este control debe ser completo, integral, periódico, realizado en un ambiente tranquilo y acogedor y ejecutado por un profesional de la salud que conozca la evolución normal del embarazo, con la capacidad y competencia para detectar los factores de riesgo y prevenir e intervenir de forma oportuna las complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo (Ministerio de Salud Colombia, 2013).

Esta investigación sobre los factores que inciden en la falta de control prenatal aumentará el conocimiento innovador de lo que hasta el momento se conoce y dar alternativas para la aceptación de la gestante para que lleven un control prenatal adecuado durante su embarazo.

Finalmente, este trabajo de investigación resalta la relevancia del abordaje científico enfatizando la necesidad de la importancia del control prenatal para disminuir la morbimortalidad materno fetal.

Actualmente los programas y campañas de control prenatal se encuentran ampliamente difundidas en todas partes del mundo, los trabajadores en el área de la salud tienen la responsabilidad de difundir y aplicar las diversas estrategias del control prenatal y con ello mejorar la calidad de vida de la gestante.

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General.

- ✚ Identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes, que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✚ Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero.
- ✚ Conocer la tipología más predominante que incide en la falta de control prenatal en las gestantes.
- ✚ Conocer la proporción de mujeres que recibieron un control prenatal durante su último parto.
- ✚ Proponer alternativas que ayuden a la aceptación del control prenatal.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes.

La Primera clínica prenatal se estableció en 1911, iniciativa de la Sra. Willian Lowell Putnam, el primero en apoyar la atención prenatal, William J. Whitridge, describió que el 40% de las complicaciones de las pacientes que se atendían se podrían evitar. En 1954, Nicholas J. Eastman organizó y acreditó la atención prenatal por haber “hecho más para salvar vidas de madres en nuestro tiempo que cualquier otro factor”. En la década de 1960, Jack Pritchard estableció una red de clínicas prenatales, ofrecía así una mayor accesibilidad, el 95% de las mujeres que dieron a luz recibieron atención prenatal y la tasa de mortalidad perinatal fue menor. En 2001, hubo aproximadamente 50 millones de visitas prenatales, la mediana fue de 12.3 visitas por embarazos, aumentó la atención prenatal oportuna, se detectaron factores de riesgo obstétricos y complicaciones (Campo, 2015).

Desde 1929 el ministerio de salud del Reino Unido recomendó el inicio del control prenatal antes de las 16 semanas, con una historia clínica que describía todos los factores socioculturales, sicosociales y clínicos, valoración clínica y examen físico exhaustivo. El control prenatal es un excelente ejemplo de medicina preventiva, en 1942 se estableció como norma las visitas prenatales, la vigilancia clínica y paraclínica, la administración de complemento vitamínico a todas las gestantes; lográndose una disminución de la mortalidad materna de 319/100.000 nacidos vivos (NV) a 15/100.000 nacidos vivos en 1985 (Campo, 2015)

La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2002) definen la atención prenatal como: “Un programa de atención integral antes del parto que implica un enfoque coordinado para la

atención médica y apoyo psicosocial que comienza de forma óptima antes de la concepción y se extiende durante el período antes del parto”. El contenido de un programa integral incluye: la atención preconcepcional, diagnóstico precoz del embarazo, la atención inicial del mismo y visitas de seguimiento prenatal (Campo, 2015).

2.2 Conceptos.

Embarazo normal.

Es un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término (Guía Práctica Clínica, 2009).

El embarazo es un proceso fisiológico que inicia con la fecundación, donde se produce la unión del gameto femenino con el gameto masculino, sin embargo, existe una polémica sobre cuando comienza el embarazo, es así que, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación del embrión en el útero, ya que, en muchos casos el óvulo es fecundado, pero no llega a implantarse y el embarazo no comienza. La implantación es un proceso que comienza unos 5 o 6 días después de la fecundación y que consiste en la adherencia del blastocito a la pared del útero, cuando el blastocito atraviesa el endometrio e invade el estroma, luego la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo (Atrash et al 2018).

Para muchos científicos, la vida empieza en el momento de la fecundación y, por lo tanto, el embarazo comienza cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo

ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, posteriormente la multiplicación celular del cigoto da lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva un nuevo ser.

Después de la fecundación inicia el desarrollo prenatal, el cual se establece con la apertura de la 4ta semana: el embrión mide 4mm, pesa 1g, inicia el crecimiento incipiente de la cabeza, hay presencia de latido cardiaco; a las 8 semanas: mide aproximadamente 3 cm y pesa 3 g, comienza el desarrollo de brazos y piernas, así como del cerebro y órganos internos; en la semana 12: mide 10 cm y pesa 45 g, desarrolla los párpados y movimientos de las extremidades; con 16 semanas: mide 15 cm y pesa 180 g. Se cubre de lanugo, el intestino comienza a llenarse de meconio, la piel es todavía muy fina, casi transparente.

A partir de la semana 20: mide 18 cm y pesa 500 g, crece el cabello, pestañas y cejas y desarrolla su sistema inmunitario; en la semana 24: mide 25 cm y pesa 1000 g, la cara ya está completamente formada, la piel se cubre de vernix caseoso, abre los ojos y se mueve mucho; semana 28: talla 30 cm y pesa 1500 g, inicia la maduración pulmonar, aumenta la grasa subcutánea. En la semana 32: alcanza 35 cm y pesa 2500 g, presenta engrosamiento de la piel, adquiriendo el tono rosáceo que tendrá definitivamente. Finalmente, a las 36 semanas: mide 50 cm y pesa aproximadamente 3000 g. Los pulmones ya están completamente formados para la vida exterior, se cae el lanugo y la piel se estira (Gabbe et al, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y periodo postnatal. La atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico y la prevención de enfermedades (OMS, 2016).

2.3 Consulta Preconcepcional y el cuidado previo al embarazo.

Son un conjunto de intervenciones que permiten identificar los riesgos biomédicos, comportamentales y sociales para la salud de la mujer en edad reproductiva y en sus embarazos futuros. Esto incluye principalmente la prevención; se hace hincapié en los problemas de salud de la mujer que requieren una acción antes de la concepción o en su defecto en el inicio del embarazo con el fin de lograr un máximo impacto sobre su salud y la de su descendencia.

2.4 Control Prenatal.

Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal (Guía Práctica Clínica, 2009).

Es el conjunto de actividades que se realizan en la embarazada con la finalidad de obtener el mejor estado de salud de esta y de su hijo (OPS, 2011). Además, es considerada por varios países como la asistencia de las gestantes a cuatro o más consultas.

El Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Chile adscrito a SEGO 2005 define al control prenatal como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal.

Los objetivos del control prenatal son:

- ✚ Lograr un embarazo que se desarrolle en los márgenes de la normalidad física, psíquica, familiar y social culminando con un recién nacido vivo, sano de buen peso y sin complicaciones maternas.
- ✚ Identificar los factores de riesgo
- ✚ Determinar la edad gestacional
- ✚ Diagnosticar la condición fetal
- ✚ Diagnosticar la condición materna
- ✚ Educar a la madre (Carvajal y Ralph, 2018).

2.5 Consulta y atención preconcepcional.

La atención es más que una sola visita a un proveedor de la salud, ya que debe involucrar todo el ámbito de los servicios de atención primaria para las mujeres antes de un primer embarazo o entre embarazos (comúnmente se conoce como la atención interconcepcional) (Sanín, 2015).

La atención prenatal, con amplia difusión en nuestro medio, por lo general comienza hacia las 8 a 12 semanas de gestación, sin embargo, el embrión es muy susceptible a desarrollar ciertos problemas del desarrollo en las primeras 4 a 10 semanas después de la concepción, por lo tanto, el inicio del control prenatal luego del primer trimestre impide realizar modificaciones sobre el estilo de vida que pudieran influir sobre las malformaciones congénitas. Aproximadamente un 30% de las mujeres no saben que están en embarazo o no buscan atención prenatal temprana hasta después de este período crítico, por lo tanto, en estas mujeres no existe la oportunidad de reducir los riesgos para su propia salud y la de su feto a menos que la intervención se inicie antes de la concepción, como es la propuesta universal para todas las mujeres en edad reproductiva (Sanín, 2015).

La población a quien se dirige principalmente la consulta preconcepcional es a las mujeres en edad reproductiva, aunque los hombres también son el blanco de varios componentes de esta atención. El objetivo general de este cuidado es proporcionar la detección de riesgos, la promoción de la salud y la educación, y las intervenciones que se destinan a abordar los riesgos que se identifican mediante la historia clínica y los exámenes de laboratorio (Sanín, 2015).

Varias intervenciones efectivas antes de la concepción como dejar de fumar, controlar la obesidad, la suplementación del ácido fólico y algunos ajustes en los medicamentos que consume la paciente por enfermedades crónicas, deben comenzar mucho antes de la concepción. En la actualidad existen una serie de medidas que demuestran ser costo-efectivas y que mejoran no sólo la salud preconcepcional, sino la salud en general, estas medidas se adaptan por el centro de control de enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), tienen difusión pública mundial e incluyen:

- ✚ La responsabilidad individual durante toda la vida. Animar a cada mujer y su pareja para que tengan un plan de vida reproductiva.
- ✚ Sensibilización de los pacientes y a los prestadores de los servicios de salud acerca de la importancia de los cuidados preconcepcionales
- ✚ Las visitas preventivas; como parte de las consultas de atención primaria, los médicos y enfermeras deben promover en mujeres en edad reproductiva las conductas saludables, con el objetivo de reducir los riesgos en relación con los resultados del embarazo.
- ✚ La modificación de conductas y factores de riesgo.
- ✚ El aseguramiento por el sistema de salud a las mujeres en edad reproductiva.

Algunas de las intervenciones específicas que demuestran mejorar el pronóstico de la gestación se enumeran a continuación:

1. Suplementación preconcepcional con ácido fólico: el ácido fólico reduce la incidencia de defectos del tubo neural y probablemente algunos otros defectos congénitos; la dosis que se recomienda es de 400 µg a 1 mg desde tres meses antes de la concepción y durante el primer trimestre de la gestación. Aunque existe fortificación de alimentos con ácido fólico en nuestro medio, su efecto aún no se cuantifica y se recomienda siempre la suplementación adicional.
2. Vacunación contra la rubéola: proporciona protección contra el síndrome de la rubeola congénita. En lo posible toda mujer debe vacunarse antes de la gestación o poseer anticuerpos protectores.
3. Optimizar el tratamiento de la diabetes: reduce sustancialmente las malformaciones congénitas que se asocian a esta enfermedad; cuando existen hemoglobinas glicosiladas inferiores a 5.5%, el riesgo de defectos congénitos es igual al de la población general.
4. Controlar adecuadamente el hipotiroidismo: ajustar la dosis de levotiroxina en pacientes con hipotiroidismo protege sobre efectos adversos en la madre como trastornos hipertensivos y mejora el desarrollo neurológico del feto. La meta preconcepcional y durante el embarazo es en lo posible tener niveles de TSH inferiores a 3.5 mUI/ml.
5. Vacunación contra hepatitis B: previene la transmisión de la infección perinatal y eliminar los riesgos a las mujeres en edad reproductiva de la insuficiencia hepática, carcinoma hepatocelular, cirrosis y la muerte debido a la infección por el VHB.
6. Detección del VIH/sida: la detección permite un tratamiento oportuno y provee a las mujeres (o parejas) información adicional que puede influir sobre la planeación de un futuro embarazo. Un tratamiento óptimo durante la gestación disminuye las posibilidades de transmisión perinatal de esta enfermedad.
7. Detección de ETS: reduce el riesgo de embarazo ectópico, infertilidad y dolor pélvico crónico que se asocian con *Chlamydia trachomatis* y

Neisseria gonorrhoeae. El tratamiento óptimo para la sífilis reduce el riesgo para el feto de muerte, parto pretérmino y discapacidades físicas y de desarrollo, incluye el retraso mental y sordera que se asocian con sífilis congénita.

8. En mujeres que consumen medicamentos potencialmente tóxicos para el feto, tales como la Warfarina, algunos antiepilépticos y la isotretinoína, se debe evitar su consumo durante el embarazo y lo ideal es cambiarlo, cuando se requiera, por un medicamento con menos capacidad teratogénica.
9. Dejar de fumar, evitar el hábito del tabaquismo o de ser fumadores pasivos: El hábito del tabaco se asocia con parto pretérmino, bajo peso al nacer y complicaciones respiratorias en el neonato e infante; por tal motivo es importante suspender su consumo antes de embarazarse.
10. Eliminar el consumo de alcohol en exceso antes y durante el embarazo previene el síndrome de alcoholismo fetal y otros defectos congénitos.
11. Control de la obesidad: Alcanzar un peso ideal saludable antes del embarazo reduce el riesgo de defectos del tubo neural, el parto prematuro, diabetes, cesárea, trastornos hipertensivos y enfermedad tromboembólica.
12. Valoración preconcepcional de futuras gestantes con antecedentes de resultado perinatal adverso o enfermedades congénitas. La valoración especializada preconcepcional en este grupo de mujeres permite asesorar a la pareja y prevenir complicaciones perinatales como las derivadas del parto pretérmino y la preeclampsia (Sanín, 2015)

En conclusión, el concepto de salud preconcepcional requiere cambios en los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, familias, comunidades e instituciones. El propósito es mejorar la salud de cada mujer antes de que ocurra un embarazo deseado para que su desenlace, ojalá favorable, impacte de manera positiva en el futuro de la mujer, su familia y la población.

2.6 Factores por lo cual las gestantes abandonan o no concluyen su atención prenatal.

Factor de riesgo: corresponde a la características biológica, social o ambiental que al estar presente se asocia con un aumento de la probabilidad de que, tanto la madre como el feto y el recién nacido, pueden sufrir un daño. Desde el punto de vista médico, el daño es la morbilidad que puede experimentar un individuo como consecuencia de la acción del factor de riesgo (Carvajal y Ralph, 2018).

La evidencia indica que existen factores personales o propios de la gestante, factores de la institución que corresponden a su organización y factores médicos propios de la interacción entre profesionales de salud y pacientes involucrados al mismo.

Factores personales o propios de la gestante.

- ✚ Primaria incompleta
- ✚ Soltera sin pareja estable
- ✚ Sin carnet de asistencia
- ✚ Concubina
- ✚ Edad entre 25 a 34 años
- ✚ Zona marginada
- ✚ Desempleo
- ✚ Trabajo pesado
- ✚ Desconocimiento sobre la importancia del control prenatal
- ✚ Dificultad para obtener permiso en el trabajo
- ✚ Dificultad para el cuidado de los hijos
- ✚ Dificultades para los quehaceres domésticos,
- ✚ Poco apoyo de la familia
- ✚ Olvido de sus citas de atención prenatal

- ✚ Actitudes de desánimo frente a las atenciones.
- ✚ Alimentación durante la espera y gastos para exámenes no disponibles (laboratorio y ultrasonido).
- ✚ Extrema pobreza

Factores de la institución que corresponden a su organización:

- ✚ Desconocimiento sobre las actividades del sistema de salud
- ✚ Ambiente inadecuado para la consulta
- ✚ Largos tiempos de espera
- ✚ No prioridad para su atención
- ✚ Inadecuada coordinación entre los diferentes servicios.
- ✚ Servicios incompletos por parte del sistema de salud
- ✚ Ubicación lejana del establecimiento de salud.

Factores médicos propios de la interacción entre profesionales de salud

- ✚ Consulta de baja calidad
- ✚ Trato inadecuado que reciben del personal que atiende
- ✚ La relación médico-paciente no satisfactoria e impersonal (Munares, 2013).

Otros factores:

Factores de riesgo biológico

- ✚ Edad materna extrema (menor a 14 años o mayor a 35 años)
- ✚ Obesidad o desnutrición materna
- ✚ Antecedentes obstétricos adversos: como aborto provocado, malformaciones congénitas, aborto recurrente, cicatriz uterina de cesárea, muerte perinatal, bajo peso al nacer, parto prematuro, rotura prematura de membranas

- ✚ Enfermedades crónicas maternas: neurológicas o psiquiátricas, HTA, DM, cardiopatías, enfermedades infecto contagiosas (ej: VIH)
- ✚ Enfermedades del embarazo actual: embarazo múltiple, colestasia intrahepática, Rh negativo sensibilizada, rotura prematura de membranas, preeclampsia, metrorragia del segundo trimestre, etc.

Factores de riesgo ambiental

- ✚ Hábitos: drogas, tabaco, entre otros.
- ✚ Actividad laboral: exposición a químicos (ej. Pesticidas las mujeres que manipulan alimentos agrícolas) o radiación ionizante (Ej. Tecnólogos médicos).
- ✚ Contaminación ambiental (aire, aguas, alcantarillas, etc.): en ciudades cercanas a faenas industriales como la minería, se ha evidenciado riesgo de exposición al plomo o arsénico (Carvajal y Ralph, 2018)

2.7 Control prenatal.

Es importante mencionar que entre las principales características del control prenatal se encuentran:

- 1) Precoz: el primer contacto debe realizarse temprano, durante el primer trimestre de la gestación (en lo posible), ello permite la identificación del riesgo y ejecución oportuna de acciones de salud, la norma establece que para cumplir con este criterio el control se debe realizar antes de la semana 13, mientras que un control tardío es aquel que se presenta luego de la semana 14.
- 2) Periódico: la frecuencia del control varía según el riesgo que presenta la embarazada siendo así para las embarazadas de Bajo Riesgo: seis

consultas como mínimo, mientras que en las de Alto riesgo el número de consultas dependerá de acuerdo al riesgo de la usuaria

El esquema de seis consultas será de la siguiente manera: 1ra. Consulta: en el transcurso de las primeras 13 semanas; 2da. Consulta: entre las 15-18 semanas; 3ra. Consulta: entre las 22-24 semanas; 4ta. Consulta: entre las 27-29 semanas; 5ta. Consulta entre las 33-35 semanas; 6ta. Consulta entre las 38-40 semanas. Después de las 38 semanas de gestación se requiere efectuar controles prenatales semanales con el objeto de detectar, prevenir y tratar factores que aumenten el riesgo materno perinatal.

- 3) Completo: los contenidos mínimos del Control Prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 4) . Amplia cobertura: Mientras mayor sea el porcentaje de embarazadas controladas, mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (Norma Oficial De Atención Prenatal para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, 2004).

El control prenatal actualmente se clasifica como bajo de riesgo obstétrico (BRO), que representa el 70% de la población obstétrica y alto riesgo obstétrico (ARO); valoración que se debe establecer desde la primera visita, antes de la semana 13 de gestación, las visitas se realizan periódicamente entre las semanas 20 a 24, 28, 36 y luego se recomienda una concentración de las visitas al final de la gestación, puesto que las complicaciones son más frecuentes en este periodo (Campo, 2015).

Se conoce que cuanto más temprano se inicie el control prenatal, mayor será la probabilidad de seguridad durante la vigilancia y mayor precisión habrá en establecer la edad gestacional y la corionicidad de gestaciones múltiples; por todo

esto en la última década se describe avances en publicaciones recientes como la pirámide del control prenatal, un cambio innovador en atención prenatal con el objeto de detectar tempranamente gestaciones de riesgo alto, muchas de ellas se pueden identificar desde el primer semestre a través de una combinación de factores de riesgo maternos, familiares, marcadores bioquímicos maternos y signos ecográficos fetales; se detecta así entidades que pueden afectar el embarazo, enfermedades preexistentes en la madre, antecedentes gestacionales, evitar efectos teratogénicos de medicamentos y modificaciones de hábitos como tabaquismo, drogas, alcohol y obesidad; se establece un plan adecuado de vigilancia, se define la clasificación (BRO – ARO) para cada paciente; se genera un riesgo específico para pérdida gestacional temprana o tardía, preeclampsia, prematuridad, diabetes gestacional (DG), alteración del crecimiento fetal, cromosopatías y anomalía estructural fetal. Se establece un plan de seguimiento clínico y paraclínico por período de la gestación, para garantizar la atención integral del binomio madre-hijo; se puede así espaciar los controles en aquellas pacientes de BRO e intensificar la vigilancia en las que se clasifican como ARO. El proceso consta del siguiente esquema:

Historia Obstétrica:

- ✚ Aspectos demográficos maternos
- ✚ Embarazo actual y examen físico
- ✚ Edad gestacional
- ✚ Signos vitales
- ✚ Peso: evaluación de peso inicial de la gestación, incremento durante toda la gestación, establecer pautas de control; lo que se espera de aumento de peso es en promedio 11 a 13 Kg en toda la gestación.
- ✚ Altura uterina: permite una valoración indirecta del crecimiento fetal, estado del líquido amniótico y aumento de peso materno.

- ✚ Valoración de vitalidad fetal: establecer el valor de la fetocardia (FCF) y movimientos fetales (MF).
- ✚ Maniobras de Leopold para determinar presentación, situación y encajamiento fetal.
- ✚ Antecedentes personales (Campo, 2015).

Historia familiar.

Plan educativo materno/familiar, vacunación, prevención (dieta, suplementos vitamínicos, ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural, vacunación del toxoide tetánico, valoración odontológica, evitar o disminuir al máximo factores externos modificables que generan impacto perinatal adverso como el alcohol, nicotina y alucinógenos) (Campo, 2015).

A continuación, se expone los exámenes para el control por trimestre:

Historia				
	1 ^a	15-20	24-28	29-41
HC Completa – seguimiento	X	X	x	x
Examen físico				
Tensión arterial	X	X	v	x
Peso	X	X	x	x
Pélvico	X			x
Altura uterina	X	X	x	x
Vitalidad fetal y maniobras de Leopold	X	X	x	x
Laboratorio				
Hemoglobina y hematocrito	X			x
Clasificación sanguínea y RH	X			
Citología	X			
Gram directo flujo vaginal-cultivo	X			

Prueba de tolerancia oral a la glucosa			x	
Cultivo orina	X			x
Tamización bioquímica aneuploidías	X			
Títulos de rubéola	X			
Títulos de Toxoplasma IG M y G	X		x*	x*
Serología sífilis	X		x	x
Serología hepatitis B y C	X			x
Serología HIV	X			x
Cultivo para estreptococos B recto vaginal				x
Coombs indirecto (si Rh negativo)	X		x**	x**
Ecografía	X		X	X

*Si Ig negativa al inicio de la gestación

**Si Rh negativo

Primer semestre.

- ✚ Hemoleucograma y diferencial de glóbulos blancos: parámetros de control de anemia y sistema inmunológico materno.
- ✚ Hemoclasificación y Rh: valorar riesgo de isoimmunización Rh y anemia fetal.
- ✚ Glicemia en ayunas.
- ✚ Búsqueda infección del tracto genitourinario: causa importante de síndrome de parto pretérmino, riesgo de sepsis materna, fetal e infección puerperal.
- ✚ Pruebas no treponémica para sífilis: causa de infección congénita fetal.
- ✚ Estado serológico para rubéola y toxoplasmosis: riesgo de infección congénita fetal y resultado adverso perinatal.

- ✚ Estudio serológico para enfermedades virales: hepatitis B y C, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- ✚ Valoración fetal ecográfica para establecer el riesgo perinatal a través de la identificación de marcadores ecográficos para: aneuploidías, síndromes genéticos, alteración estructural mayor, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad (traslucencia nucal, flujo en el ductus venoso, flujo a través de válvula tricúspide, Doppler de arterias uterinas y valoración cervical materna, respectivamente).
- ✚ Idealmente realizar estudio bioquímico materno (BHCG, PAPP) de aneuploidías; análisis en conjunto como la edad materna y ecografía de tamización de primer trimestre (11 a 13+6 semanas) para obtener el resultado de riesgo a priori de cada paciente.
- ✚ Pruebas específicas de enfermedad materna crónicas o diagnóstico de enfermedad reciente en la gestación (Campo, 2015).

Segundo trimestre.

- ✚ Prueba tamización para diabetes gestacional en el segundo trimestre de la gestación.
- ✚ Citología cérvicovaginal.
- ✚ Urocultivo.
- ✚ Ultrasonido fetal para valoración anatómica fetal en detalle e identificación de marcadores ecográficos de aneuploidías.
- ✚ Pruebas específicas de enfermedad materna crónica o complicaciones en la gestación en curso (Campo, 2015).

Tercer trimestre.

- ✚ Hemograma.
- ✚ Urocultivo.

- ✚ Prueba no treponémica a la semana 28 de gestación.
- ✚ Valoración ecográfica fetal para crecimiento y bienestar.
- ✚ Pruebas específicas de enfermedad materna crónica o complicación en la gestación en curso (Campo, 2015).

Identificación de gestaciones de alto riesgo (ARO)

Búsqueda activa de factores de riesgo, así:

En la madre.

- ✚ Enfermedades crónicas en la paciente (hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, cardiopatía materna, enfermedad autoinmune).
- ✚ Enfermedades diagnosticadas durante la gestación (infección del tracto genitourinario, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones de transmisión sexual, enfermedad tromboembólica).
- ✚ Antecedentes de enfermedad materna en gestación anterior (preeclampsia, prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino).
- ✚ Exposición a medicamentos teratogénicos o tóxicos.
- ✚ Riesgo de isoimmunización por anticuerpos irregulares (Rh, Kelly, Duffy) (Campo, 2015).
- ✚ Edad menor de 18 años y mayor de 35 años
- ✚ Paridad IV gestaciones o más
- ✚ Intervalo intergenésico menor de 24 meses entre uno y otro embarazo.
- ✚ Condiciones socioeconómicas, analfabetismo materno, pobreza crítica y unión inestable.

En la gestación.

- ✚ Gestación múltiple
- ✚ Gestación molar
- ✚ Hemorragia de primer trimestre (amenaza de aborto o aborto)

- ✚ Hemorragia del tercer trimestre (placenta previa y abrupcio de placenta).
- ✚ Alteración del líquido amniótico (oligo o polihidramnios) (Campo, 2015).

En el feto.

- ✚ Anomalía estructural fetal o cromosómica (sistema nervioso central, cardiopatía fetal, trisomía 21, 18 0 13, monosomía X)
- ✚ Alteración del crecimiento fetal (restricción del crecimiento uterino, macrosomía fetal).
- ✚ Alteraciones de presentación: podálica, transversa, oblicua.

Al revisar esta revisión sistemática hace que se cumpla el protocolo establecido y se da la oportunidad de identificar las necesidades de manera individualizada, el manejo oportuno y reducción del riesgo de complicaciones y se puede impactar en disminución de morbimortalidad materna, perinatal (Campo, 2015).

La Organización Mundial de la salud (OMS) también establece una serie de recomendaciones en el contexto de la atención prenatal rutinaria como son:

- Intervenciones alimentarias: Para brindar asesoramiento sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo.
- Uso de suplementos de hierro y ácido fólico: Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro.
- Suplemento de calcio: En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5-2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia.

- d) Suplemento de vitamina A: Solo se recomienda la toma de un suplemento de vitamina A como método para prevenir la ceguera a las embarazadas de zonas donde el déficit de vitamina A sea un problema grave de salud pública.
- e) Hemograma completo: recomendado para diagnosticar la anemia
- f) Cultivo de muestras de orina para diagnosticar la bacteriuria asintomática (BA) en embarazadas. En entornos donde no es posible realizar urocultivos, para diagnosticar la BA en embarazadas se recomienda realizar in situ la tinción de Gram
- g) Para prevenir la mortalidad neonatal por tétanos se recomienda vacunar contra el tétanos a todas las embarazadas, dependiendo de su exposición previa a la vacuna antitetánica
- h) Para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos (OMS, 2014).

2.13 Estudios Relacionados.

Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. El embarazo es un proceso fisiológico que inicia con la fecundación, para dar paso a la vida. El control prenatal consiste en una serie de consultas sucesivas que tienen como finalidad disminuir la morbi-mortalidad materno fetal. Objetivo. Determinar cuáles son los factores asociados a la no adherencia al control prenatal en gestantes adscritas al ambulatorio Manuel Navas Lizardo, Capatárída Municipio Buchivacoa en el lapso agosto 2018 - enero 2019. Metodología. Estudio descriptivo, corte transversal, de campo, no experimental cuya muestra fue el total de la población, abarcando 50 gestantes, obteniendo la información a través de una ficha de recolección de datos. Conclusión. Entre los factores asociados a la no adherencia al control prenatal destacan: factor

económico, transporte, distancia del centro de salud, filas de espera, asignación tardía de la cita y deficiente nivel de conocimiento acerca del control prenatal. Por lo que es necesario promover charlas o talleres por parte del personal de salud acerca de la importancia de asistir a consulta prenatal (Betancourt, 2019).

Determinantes sociales de la salud que influyen en el control prenatal de estudiantes universitarias embarazadas. Este trabajo se enfoca en los determinantes sociales de salud que influyen en el control prenatal de estudiantes universitarias embarazadas. México es uno de los países con mayor incidencia de embarazos en adolescentes que cursan la universidad, por un inadecuado control prenatal, cuyo resultado son las complicaciones para la madre y el bebé. Por ello el asesoramiento durante las consultas es de vital para mejorar los cuidados de la mujer gestante, en aspectos nutricionales acerca de las vitaminas que deberá tomar, los signos y síntomas de alarma, la importancia de tener un esquema de vacunación completo, las pruebas rápidas de VIH y VDRL. El personal de salud debe contar con una historia clínica completa de cada paciente embarazada (Tenorio, 2018).

Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Objetivo. Describir las barreras de acceso al CPN y la calidad de atención a gestantes en Meta. Material y métodos. Se diseñó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal y se realizó encuesta que abordó aspectos como percepción de calidad de atención, barreras de acceso e integridad de la atención. Resultados. Se trabajó con 306 gestantes, cuya edad promedio fue de 24 años. El 66% tuvo una o dos gestaciones, el 15% ha tenido aborto y el 25% cesáreas. El 74.17% tuvo cuatro o más controles. Existieron factores de riesgo asociados a menos de cuatro controles, percepción de la calidad del control con Odds ratio (OR, por su sigla en inglés) 22.7, inicio del CPN en segundo trimestre con OR 5,64, nivel de ingreso bajo con OR 5.12 y baja escolaridad de la madre con OR 3.62. Conclusión. Es necesario mejorar la calidad e integridad del CPN por los

prestadores de salud como estrategia complementaria para asegurar su efecto en la reducción de la morbilidad materno y perinatal (García, 2016).

Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). Objetivo. Determinar los factores de capacidad relacionados con el uso adecuado de control prenatal en gestantes de Sincelejo (Colombia) en 2014. Materiales y métodos: Estudio analítico de corte transversal con una muestra de 730 gestantes, seleccionadas mediante muestreo por conglomerados. La información fue recolectada por medio de Encuestas Sociodemográfica y de Caracterización familiar. Escala de Apgar Familiar y escala de Satisfacción de los Servicios sanitarios. Para la tabulación de datos se usó Microsoft Excel V-2010, SPSS V-17 y para el análisis las pruebas OR y Análisis Multivariado. Resultados: El 87.7% de las gestantes asiste al control prenatal. Sobre las razones de asistencia 83.9% (598) dijo que lo hacía para detectar alteraciones y 14.6% (104) por recomendación de alguien; las 17 gestantes que no asistían al control citaron como razones: porque deben hacer mucho trámite 47.1% (8), por haber perdido la cita 23.5% (4), porque creen no necesitar el control porque habían tenido hijos sin problemas 23.5% (4), y porque creen que es muy temprano para iniciar el control 5.9% (1). Acerca del uso de control prenatal se encontró que el 75.6% (552) hace uso adecuado de este servicio. Conclusiones. Al hacer un análisis estadístico mediante razones de momios (OR), para hallar asociación con los factores de capacidad, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el uso adecuado de control prenatal y dos variables de capacidad: la afiliación a un régimen de salud y la satisfacción con los servicios de control prenatal (Miranda, 2016).

Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Objetivo: Determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a

puérperas en el Hospital nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal. Se compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuada e inadecuada. Resultados: Se incluyeron 384 puérperas, 66.05% recibieron 6 o más controles prenatales y solo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0.003$). Conclusiones: El porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada (Arispe et al, 2011).

III. METODOLOGÍA

Diseño Metodológico

El estudio de investigación es descriptivo porque tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables y proporcionar su descripción, corte transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar si incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014); cuantitativo porque los resultados se presentan con datos numéricos (Canales, 2011).

Universo y Muestra

El universo de estudio está compuesto por 33 gestantes para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal del Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Guerrero. La muestra fue a conveniencia porque se tomó en cuenta a las embarazadas que ingresaban a la consulta externa para aplicarles la encuesta.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas.
- Consentimiento informado por las embarazadas.

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas. que no deseen participar en el estudio de investigación y que no se cuente con el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición		Dimensiones	Indicador	Escala de medición
	Conceptual	Operacional			
Control prenatal	Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal	Atención que reciben todas las embarazadas de calidad durante el embarazo, parto y periodo postnatal,	Socio Demográfica (aborda los aspectos generales)	Edad	10-15 años 16-20 años 21-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años 41-45 años 46-50 años 51-55 años + de 56 años
				Escolaridad	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Universitaria
				Nivel socioeconómico	Bajo Medio Alto
				Ocupación	Labores del hogar Empleada Obrera Negocio propio Otro

				Número de hijos	1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 hijos 5 hijos 6 hijos 7 hijos Más de 7 hijos
				Edad de inicio de su vida sexual	11 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años Otra edad (especificar)
				Zona de residencia	Urbana Rural
Factores que inciden en la falta de control prenatal	Son las causas o motivos por los cuales no asisten a su control prenatal	Hace referencia a las causas de la no aceptación del control prenatal	Datos analíticos (aborda los aspectos específicos de la investigación).	Datos analíticos. Factores socio culturales y económicos. Usted pregunta al personal de salud, sobre sus respectivos cuidados, dudas y mitos sobre su embarazo	Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre
				Cuenta con su carnet prenatal	Primera 20 semanas

				que demuestran las inasistencias del control	22 - 27 semanas 28 - 33 semanas 34 - 37 semanas 38 y 40 semanas
				Utiliza algunos de los siguientes transportes para dirigirse al Centro de Salud	Caminando Transporte propio Transporte urbano Moto Bicicleta
				Cuánto gasta de pasaje para llegar al Centro de Salud	1.00 a 10.00 pesos 11.00 a 20.00 pesos 21.00 a 30.00 pesos 31.00 a 40.00 pesos 41.00 a 50.00 pesos Más de 50.00 pesos No gasta pasaje
				Cuanto tiempo utiliza para llegar al Centro de Salud para realizar su control prenatal.	De 10 a 30 minutos 31 a 45 minutos 46 a 60 minutos Más de una hora

				<p>Cuáles son las causas por las que usted no asiste a los controles prenatales en las fechas asignadas por el Centro de Salud.</p> <p>Considera importante iniciar sus controles prenatales, apenas tiene conocimiento de que esta en embarazo</p> <p>Al tomar el ácido fólico ha presentado alguna molestia (puede marcar más de una opción)</p> <p>Durante el control prenatal, el personal de salud le brindo asesoría e información</p>	<p>Falta de dinero Falta de comunicación Falta de tiempo disponible</p> <p>Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre</p> <p>Náuseas Diarrea Estreñimiento Cambio de sabor de los alimentos Vómito Dolor abdominal Ninguna molestia</p> <p>Si No</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>sobre la importancia de las vitaminas (ácido fólico y sulfato ferroso)</p> <p>Cuanto tiempo espera en el Centro de Salud para ser atendida por el personal que realiza su control prenatal</p> <p>Quien lo atendió en el servicio de salud durante su control prenatal</p> <p>¿Durante su control la persona que le atendió realizó lo siguiente? (puede marcar más de una opción).</p>	<p>Menos de 20 minutos Más de 21 a 30 minutos Más de 40 minutos</p> <p>Personal auxiliar de enfermería Personal de enfermería profesional Médico</p> <p>La llamo por su nombre La escucho con atención Le explicó con lenguaje sencillo La atendió en su idioma Le aclaro dudas Le permitió a que le acompañara su esposo o</p>
--	--	--	--	--	---

					familiar No permitió la entrada de familiares
				A cuantos minutos se encuentra el Centro de Salud más cercano a su residencia	De 5 a 15 minutos 15 a 30 minutos 45 minutos o más
				Su familia le apoya para que asista a su control prenatal al servicio de salud	Siempre Algunas veces Ninguna
				Cuantas semanas de gestación tenía cuando fue su primer control prenatal Otro	Primer control (antes de la semana 2) Segundo control (entre la Semana 22 y 27 Tercer control (28 y 33 semanas) Cuarto control (34 a 37 semanas) Quinto control (38 y 40 semanas)

				<p>Considera que durante el embarazo puede tener alguna complicación al no asistir al control prenatal</p>	<p>Si No</p>
				<p>¿Durante su embarazo ha presentado alguna de las siguientes molestias?</p>	<p>Náuseas Vomito Mareos Falta de apetito Tristeza Cansancio Rechazo al embarazo</p>
				<p>Ha tenido alguna complicación durante el embarazo</p>	<p>Nacimiento prematuro Enfermedad es de transmisión sexual Placenta previa Preeclampsia Eclampsia</p>
				<p>Conoce los métodos anticonceptivos</p>	<p>Bajo (no conoce ningún método) Medio (si conoce de 1 a 3 métodos)</p>

				Tipo de métodos anticonceptivos que utiliza	Alto (conoce más de 4 métodos) Preservativo Píldora Inyectable DIU Ritmo Ligadura de trompas Método tradicional Otros métodos modernos No los utiliza
--	--	--	--	---	--

Material y método

Instrumento (cuestionario): Fue dirigida para para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal del Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Guerrero. El cuestionario fue estructurado en 2 apartados conteniendo en la fase descriptiva 7 preguntas cerradas y en la fase analítica contiene 20 preguntas y una breve introducción de la finalidad del estudio.

Trabajo de campo: Se programaron entrevistas previas con los responsables de la institución de salud y con las gestantes para obtener su aprobación y colaboración, así como se observó la ética y la confiabilidad de las respuestas sobre los factores que inciden en la falta de control prenatal. Se aplicó una prueba piloto para validar su validez y confiabilidad. El cuestionario fue perfeccionado a través de la validación de una prueba piloto aplicado al 10% de mujeres embarazadas para verificar si comprendieron la pregunta realizando los ajustes necesarios a los ítems, posteriormente se volvió aplicar la encuesta al mes

para validar nuevamente la pertinencia del mismo y aplicarla al universo de estudio.

La recolección de los datos de las mujeres gestantes se realizó en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro., se les explicó el propósito del estudio y participaron dando su consentimiento informado, posteriormente contestaron las preguntas, sin presiones del encuestador.

Análisis de los datos.

De acuerdo a las variables consideradas se realizará el siguiente plan de análisis.

Para para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. Se utilizó el paquete estadístico de SPSS versión 18 para analizar los datos del estudio.

Ética del estudio.

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtuvo el consentimiento informado por escrito da las gestantes que participaron en esta investigación.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la

naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I.- La justificación y los objetivos de la investigación;

II.- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

III.- Las molestias o los riesgos esperados;

IV.- Los beneficios que puedan observarse;

V.- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI.- La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII.- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII.- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX.- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X.- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI.- Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- E consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I.- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaria;

II.- Será revidado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V.- Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios –que en teoría tienen igual fuerza moral– guían la preparación responsable de protocolos de investigación.

Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente

relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

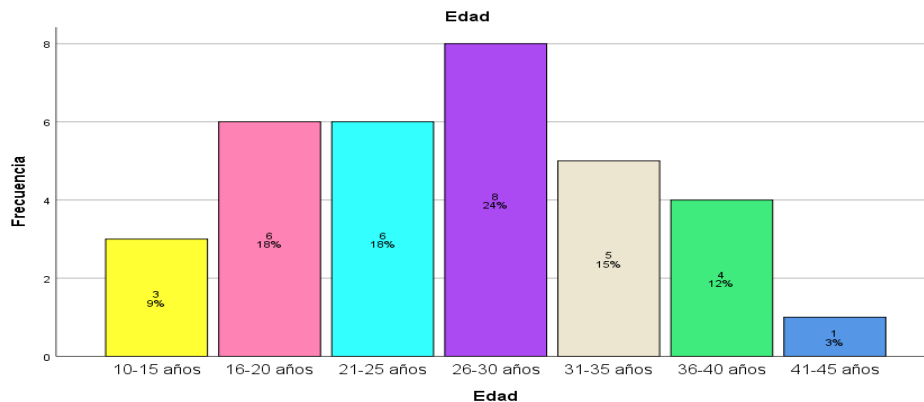
A continuación, se presentan los resultados de la encuesta para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro.

Cuadro No. 4.1 Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 10-15 años	3	9.1	9.1	9.1
16-20 años	6	18.2	18.2	27.3
21-25 años	6	18.2	18.2	45.5
26-30 años	8	24.2	24.2	69.7
31-35 años	5	15.2	15.2	84.8
36-40 años	4	12.1	12.1	97.0
41-45 años	1	3.0	3.0	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

De las mujeres embarazadas la edad más predominante fue de 26-30 años con el 24.2%, en segundo lugar, de 16-20 años y 21-25 años 18.2% y en tercer lugar de 31-35 años en un 15.2%

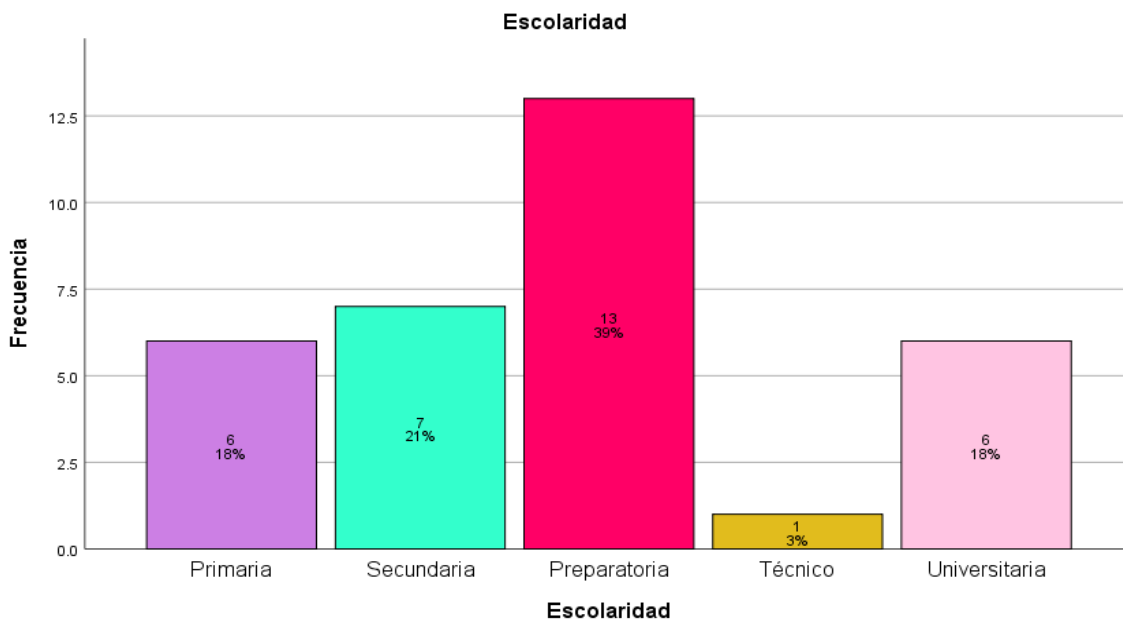


Cuadro No. 4.2 Escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	6	18.2	18.2	18.2
	Secundaria	7	21.2	21.2	39.4
	Preparatoria	13	39.4	39.4	78.8
	Técnico	1	3.0	3.0	81.8
	Universitaria	6	18.2	18.2	100.0
	Total		33	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

La escolaridad de la muestra en estudio se encontró que el 39.4% tiene preparatoria, el 21.2% Secundaria y el 18.2% primaria y universitaria respectivamente. El nivel de escolaridad es un factor que contribuye a la falta de control prenatal de las gestantes.

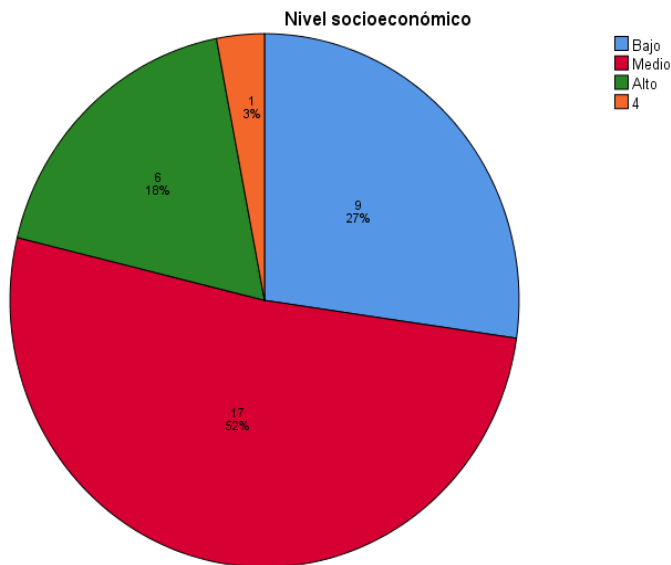


Cuadro No. 4.3 Nivel socioeconómico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	9	27.3	27.3	27.3
	Medio	17	51.5	51.5	78.8
	Alto	6	18.2	18.2	97.0
	No contesto	1	3.0	3.0	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

En relación al nivel socioeconómico las gestantes mencionaron que el 51.5 es medio, el 27.3% bajo y el 18.2% menciono que su nivel es alto. El status económico de las pacientes es un factor de riesgo que inciden en la falta de control prenatal porque mencionan que no tienen dinero para poder trasladarse y son de comunidades alejadas.

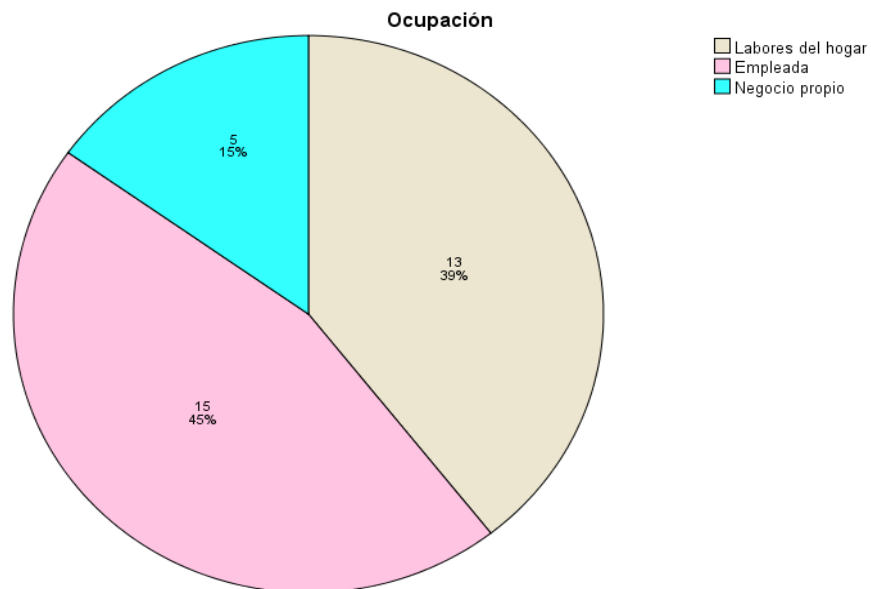


Cuadro No. 4.4 Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Labores del hogar	13	39.4	39.4	39.4
Empleada	15	45.5	45.5	84.8
Negocio propio	5	15.2	15.2	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

En relación a la ocupación el 45.5% de las mujeres gestantes son empleadas, el 39.4% se dedican a las labores del hogar y el 15.2% tiene negocio propio. Las mujeres que trabajan y no tienen quien les ayude presentan problemas para asistir a su control prenatal porque les niegan el permiso para asistir a su CPN.

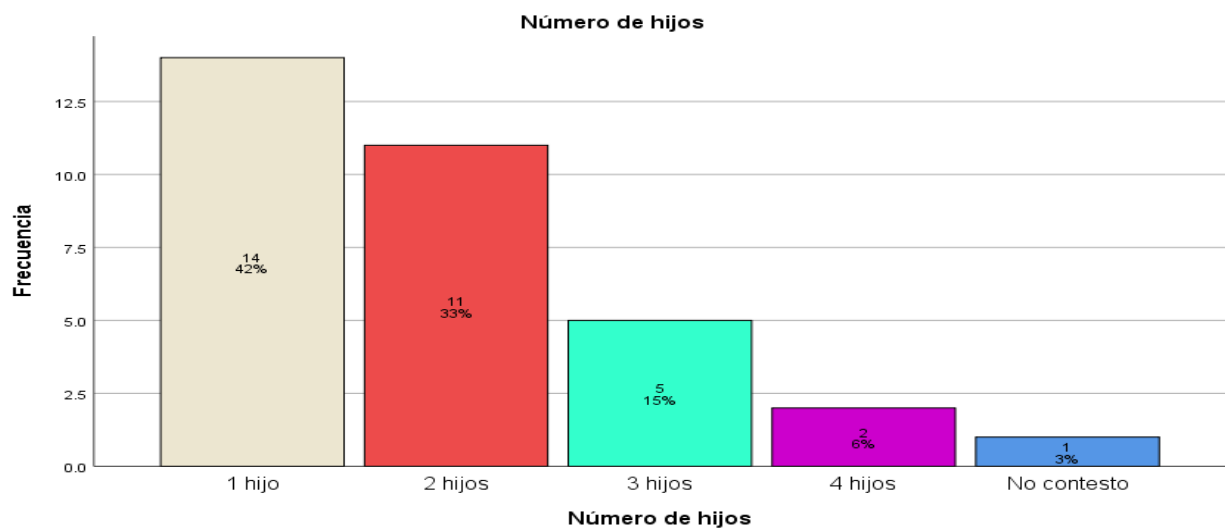


Cuadro No. 4.5 Número de hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje e válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 hijo	14	42.4	42.4	42.4
	2 hijos	11	33.3	33.3	75.8
	3 hijos	5	15.2	15.2	90.9
	4 hijos	2	6.1	6.1	97.0
	No contesto	1	3.0	3.0	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

En relación al número de hijos el 42.4% tiene uno, el 33.3% tiene 2 y el 15.2% menciona tener 3 hijos.

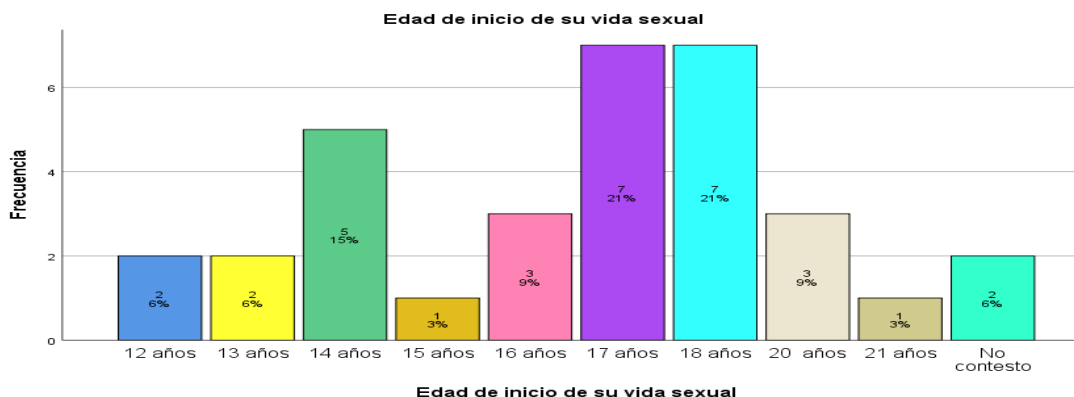


Cuadro No. 4.6 Edad de inicio de su vida sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12 años	2	6.1	6.1	6.1
	13 años	2	6.1	6.1	12.1
	14 años	5	15.2	15.2	27.3
	15 años	1	3.0	3.0	30.3
	16 años	3	9.1	9.1	39.4
	17 años	7	21.2	21.2	60.6
	18 años	7	21.2	21.2	81.8
	20 años	3	9.1	9.1	90.9
	21 años	1	3.0	3.0	93.9
	No contesto	2	6.1	6.1	100.0
Total	33	100.0	100.0		

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

En relación a la edad de inicio de su vida sexual mencionan la mayoría que fue a temprana edad y este dato es un factor de riesgo de los embarazos de alto riesgo, es necesario darle preparación adecuada de la importancia que tiene el control prenatal para detectar a tiempo cualquier alteración y disminuir los índices de morbilidad materna fetal.

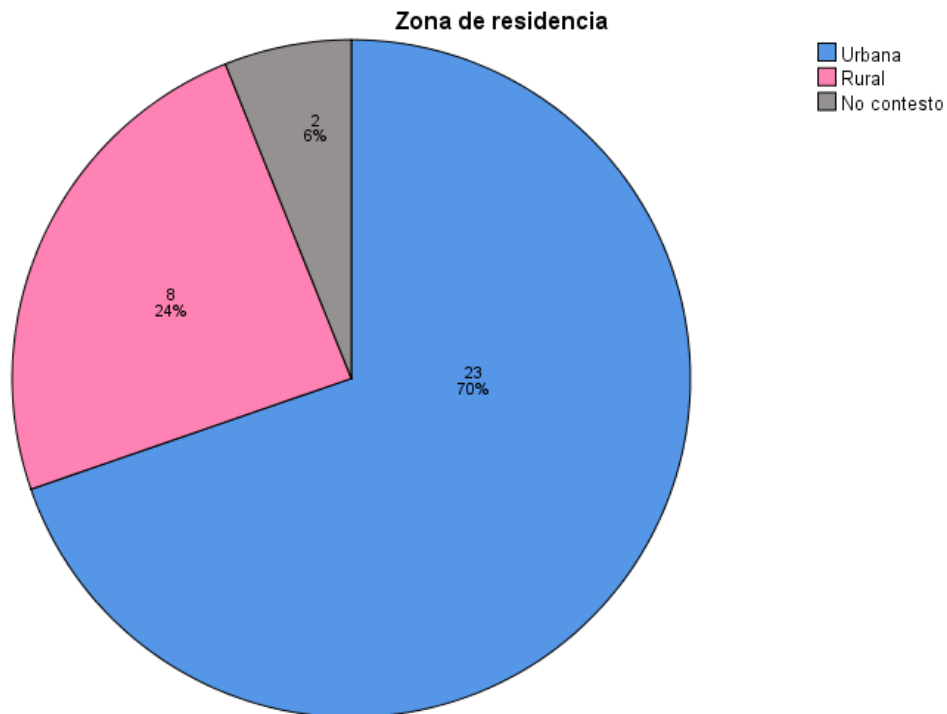


Cuadro No. 4.7 Zona de residencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbana	23	69.7	69.7	69.7
	Rural	8	24.2	24.2	93.9
	No contesto	2	6.1	6.1	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

El 69.7% de las gestantes mencionan que su zona de residencia es urbana y el 24.2% en la zona rural.



Datos analíticos

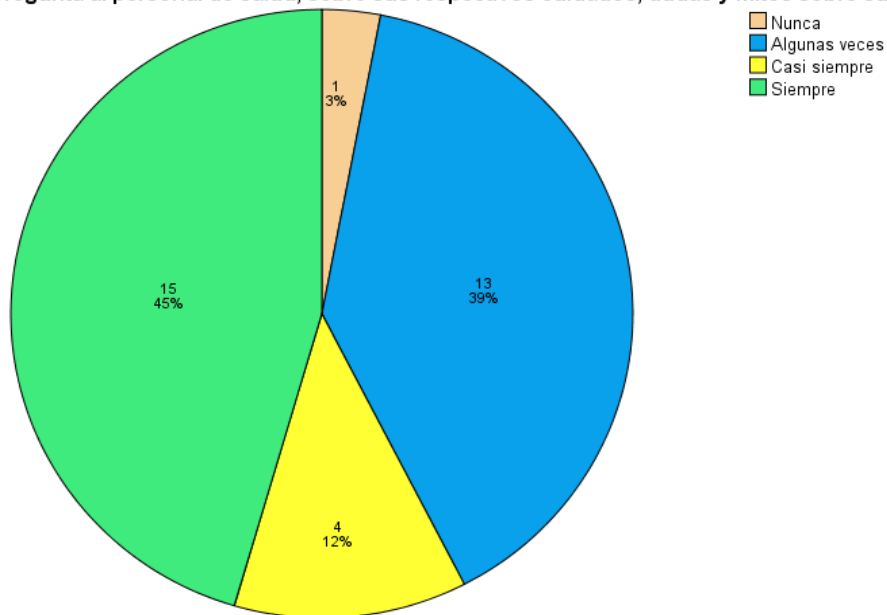
Cuadro No. 4.8 Usted pregunta al personal de salud, sobre sus respectivos cuidados, dudas y mitos sobre su embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	1	3.0	3.0	3.0
Algunas veces	13	39.4	39.4	42.4
Casi siempre	4	12.1	12.1	54.5
Siempre	15	45.5	45.5	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

El 45.5% de las gestantes mencionan que preguntan sus dudas, cuidados sobre su embarazo, y el 59.4% solo algunas veces. Es importante que todas las embarazadas cuenten con los conocimientos necesarios sobre el embarazo.

Usted pregunta al personal de salud, sobre sus respectivos cuidados, dudas y mitos sobre su embarazo

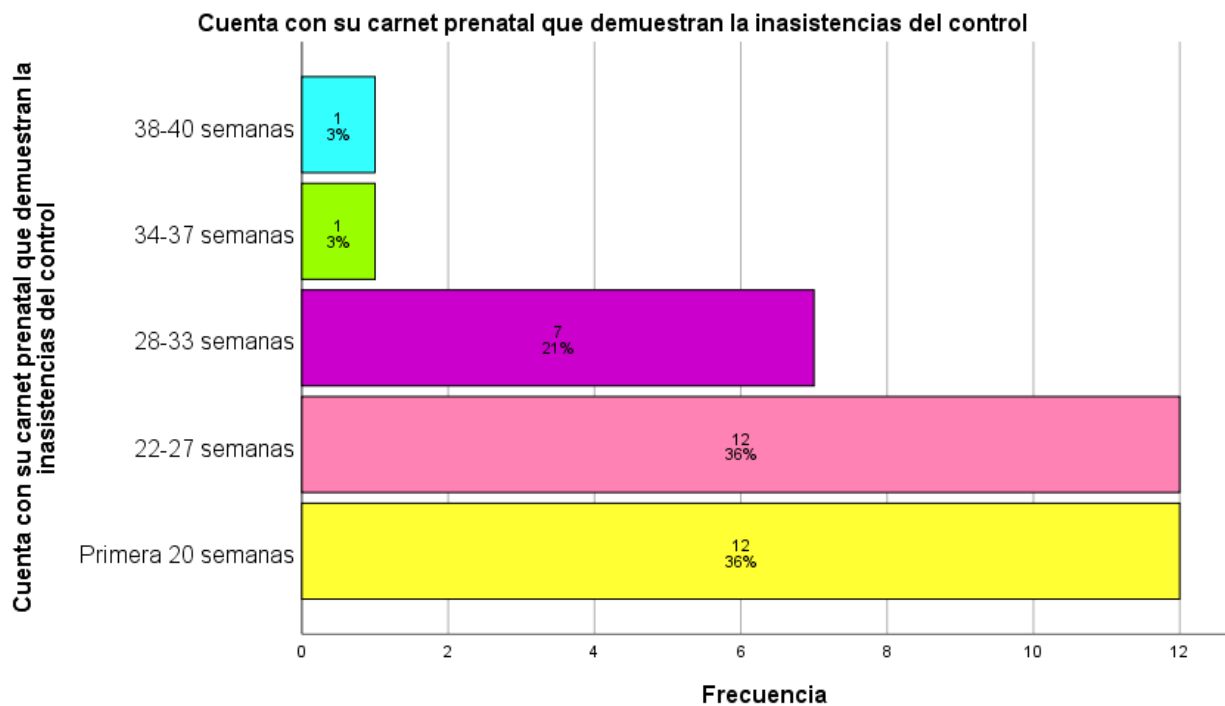


Cuadro No. 4.9 Cuenta con su carnet prenatal que demuestran la inasistencias del control

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Primera 20 semanas	12	36.4	36.4	36.4
22-27 semanas	12	36.4	36.4	72.7
28-33 semanas	7	21.2	21.2	93.9
34-37 semanas	1	3.0	3.0	97.0
38-40 semanas	1	3.0	3.0	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

El 100% de las gestantes mencionaron que cuentan con su carnet prenatal.

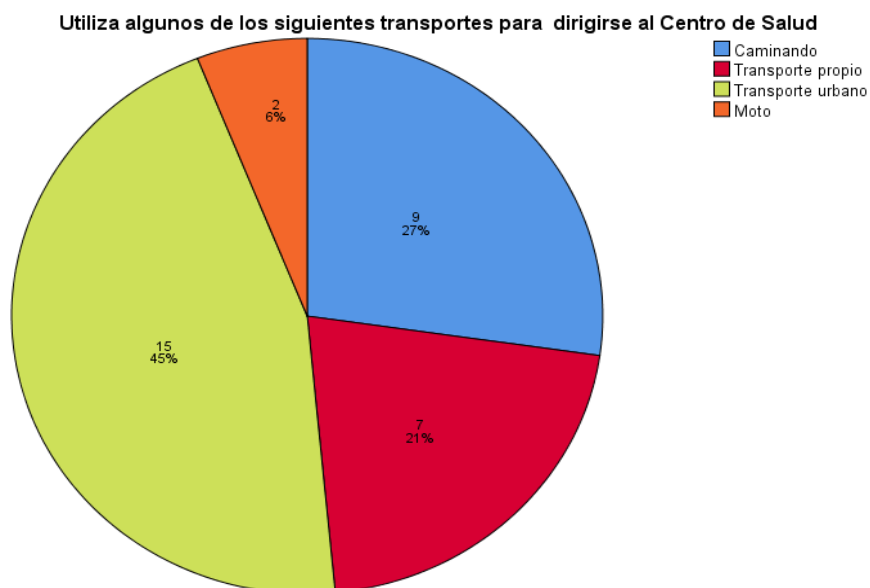


Cuadro No. 4.10 Utiliza algunos de los siguientes transportes para dirigirse al Centro de Salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Caminando	9	27.3	27.3	27.3
Transporte propio	7	21.2	21.2	48.5
Transporte urbano	15	45.5	45.5	93.9
Moto	2	6.1	6.1	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

En relación al tipo de transporte que utilizan para dirigirse al Centro de Salud, el 45.5% utiliza el transporte urbano, 27.3% caminando y el 21.2% en su vehículo. La falta de recursos económicos es un factor que incide en la falta de control prenatal

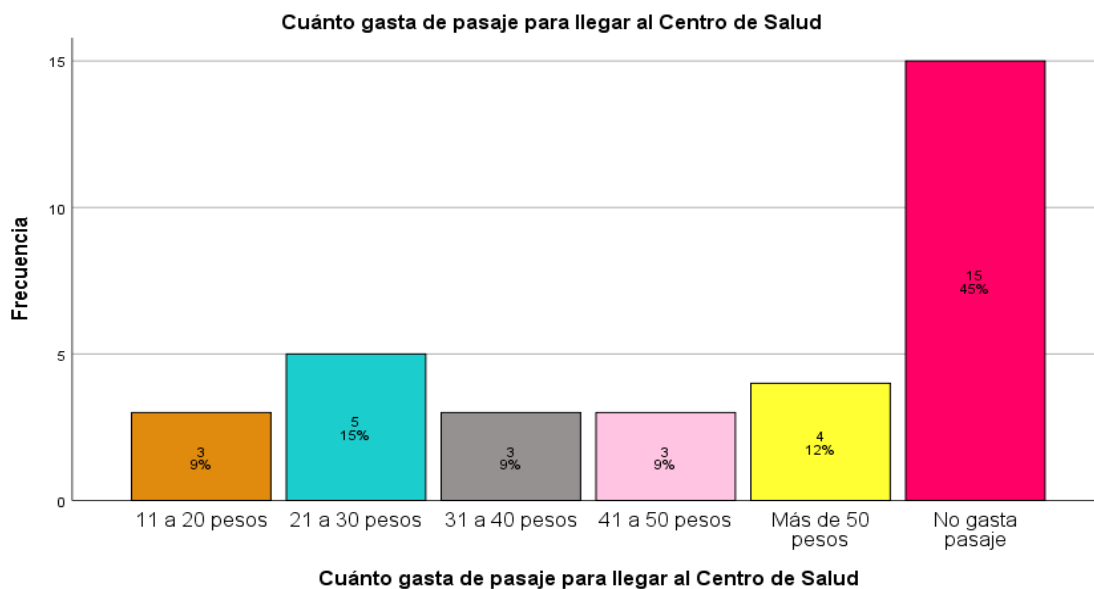


Cuadro No. 11 Cuánto gasta de pasaje para llegar al Centro de Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	11 a 20 pesos	3	9.1	9.1	9.1
	21 a 30 pesos	5	15.2	15.2	24.2
	31 a 40 pesos	3	9.1	9.1	33.3
	41 a 50 pesos	3	9.1	9.1	42.4
	Más de 50 pesos	4	12.1	12.1	54.5
	No gasta pasaje	15	45.5	45.5	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

Más de la mitad de las gestantes mencionan que gastan en el pasaje para acudir a su consulta de control prenatal. Y que en ocasiones no acuden por no tener el dinero para transportarse a la unidad medica

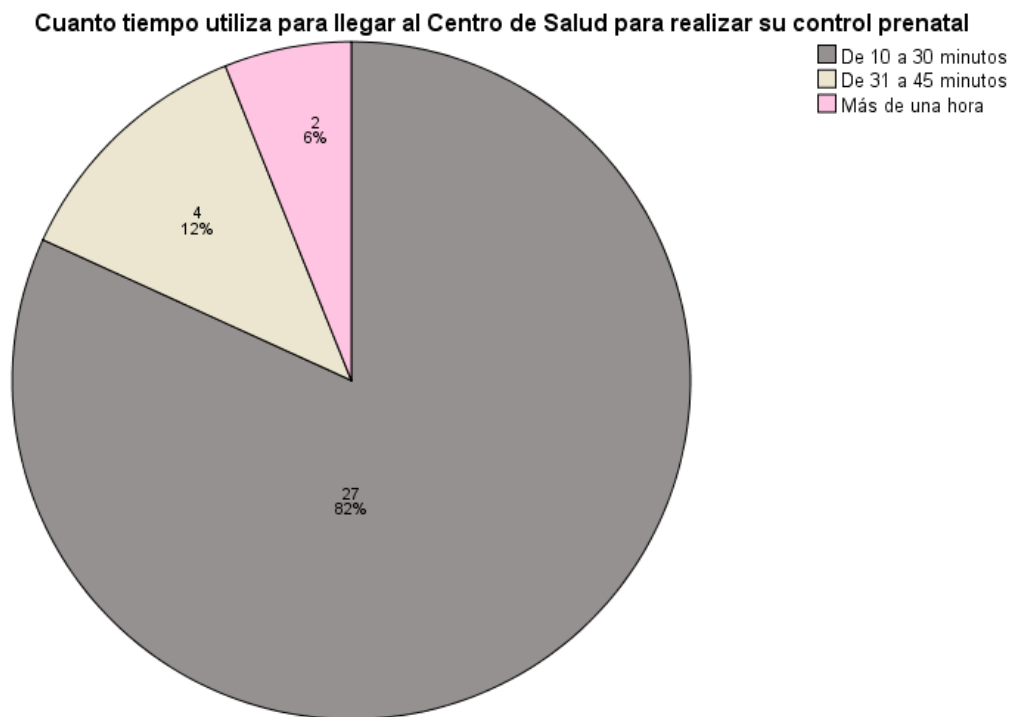


Cuadro No. 4.12 Cuanto tiempo utiliza para llegar al Centro de Salud para realizar su control prenatal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido De 10 a 30 minutos	27	81.8	81.8	81.8
De 31 a 45 minutos	4	12.1	12.1	93.9
Más de una hora	2	6.1	6.1	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

El 12.1% de las embarazadas menciono que para llegar al Centro de Salud se hacen de 31 a 45 minutos y el 6.1% más de una hora.



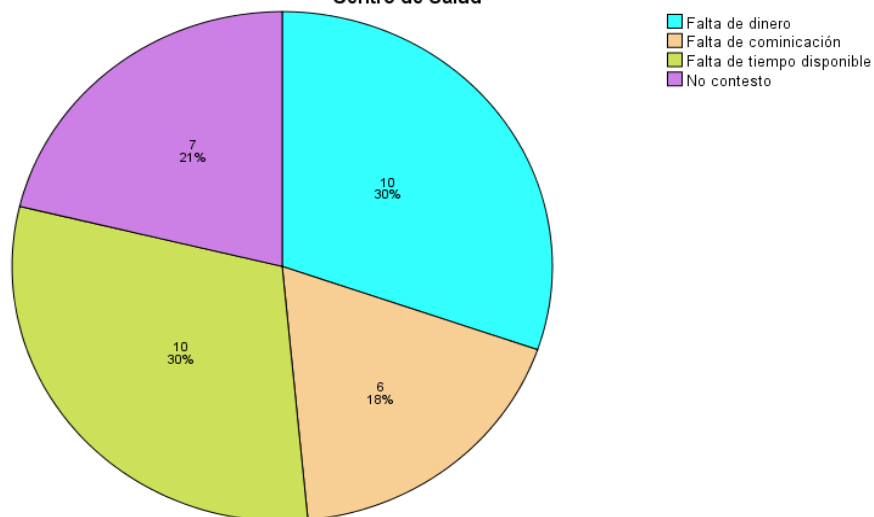
Cuadro No. 4.13 Cuáles son las causas por las que usted no asiste a los controles prenatales en las fechas asignadas por el Centro de Salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Falta de dinero	10	30.3	30.3	30.3
Falta de comunicación	6	18.2	18.2	48.5
Falta de tiempo disponible	10	30.3	30.3	78.8
No contesto	7	21.2	21.2	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

En relación a los motivos por los cuales no asiste a su CPN en las fechas asignadas por el Centro de Salud son: Falta de dinero y falta de tiempo disponible en un 30.3% respectivamente y por falta de comunicación en un 18.2%.

Cuáles son las causas por las que usted no asiste a los controles prenatales en las fechas asignadas por el Centro de Salud



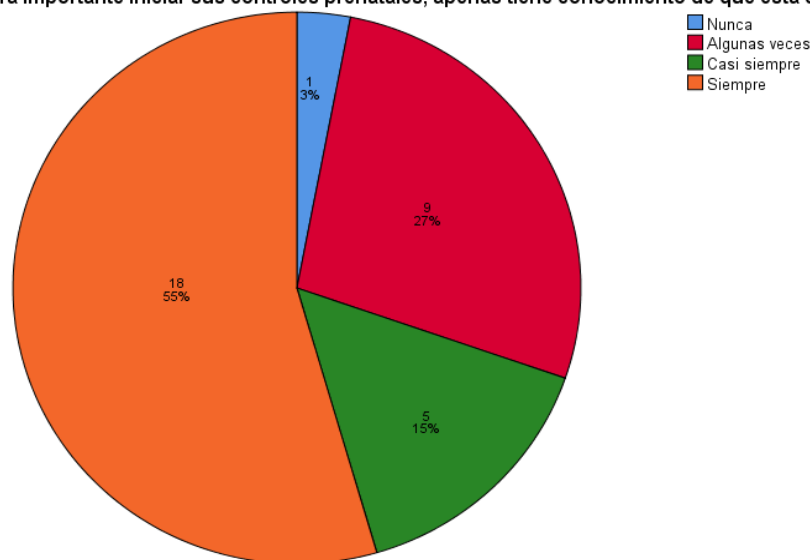
Cuadro No. 4.14 Considera importante iniciar sus controles prenatales, apenas tiene conocimiento de que esta en embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	1	3.0	3.0	3.0
Algunas veces	9	27.3	27.3	30.3
Casi siempre	5	15.2	15.2	45.5
Siempre	18	54.5	54.5	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

En relación a la importancia que tiene iniciar el control prenatal cuando tienen conocimiento de que están embarazadas solo el 54.5% menciona que sí, el resto menciona que no o que algunas veces lo consideran importante. El CPN es de suma importancia para poder detectar a tiempo los embarazos de mediano o alto riesgo para garantizar una adecuada calidad de vida para las gestantes.

Considera importante iniciar sus controles prenatales, apenas tiene conocimiento de que esta en embarazo

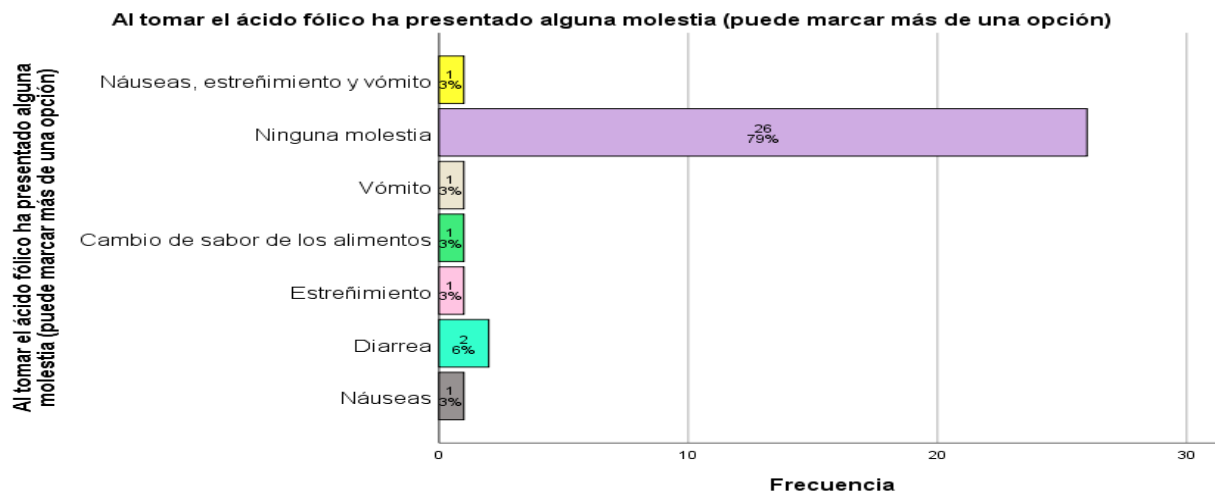


Cuadro No. 4.15 Al tomar el ácido fólico ha presentado alguna molestia (puede marcar más de una opción)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Náuseas	1	3.0	3.0	3.0
Diarrea	2	6.1	6.1	9.1
Estreñimiento	1	3.0	3.0	12.1
Cambio de sabor de los alimentos	1	3.0	3.0	15.2
Vómito	1	3.0	3.0	18.2
Ninguna molestia	26	78.8	78.8	97.0
Náuseas, estreñimiento y vómito	1	3.0	3.0	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

El 100% de las embarazadas mencionaron que han presentado molestias cuando han tomado el ácido fólico,



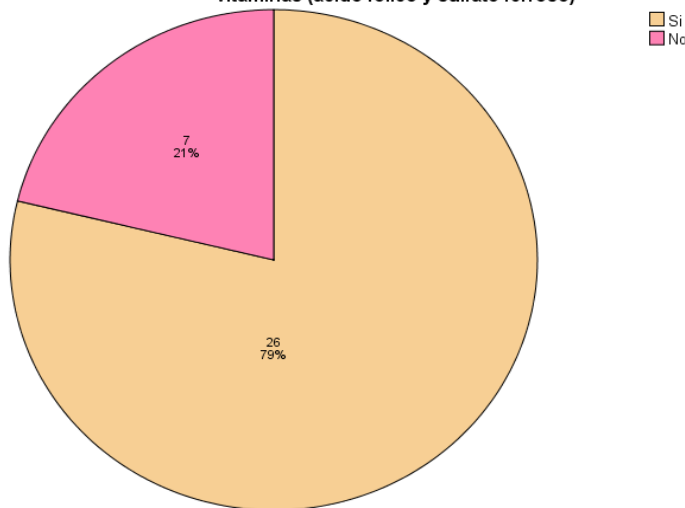
Cuadro No. 4.16 Durante el control prenatal, el personal de salud le brindo asesoría e información sobre la importancia de las vitaminas (ácido fólico y sulfato ferroso)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	26	78.8	78.8	78.8
No	7	21.2	21.2	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

El 78.8% de las gestantes han recibido asesoría e información sobre la importancia del uso del ácido fólico y el sulfato ferroso y el 21.2% menciono que no le han dado esta información. Es importante la consejería a las mujeres para evitar complicaciones fetales como son las malformaciones o lesión en el conducto neural del recién nacido.

Durante el control prenatal, el personal de salud le brindo asesoría e información sobre la importancia de las vitaminas (ácido fólico y sulfato ferroso)



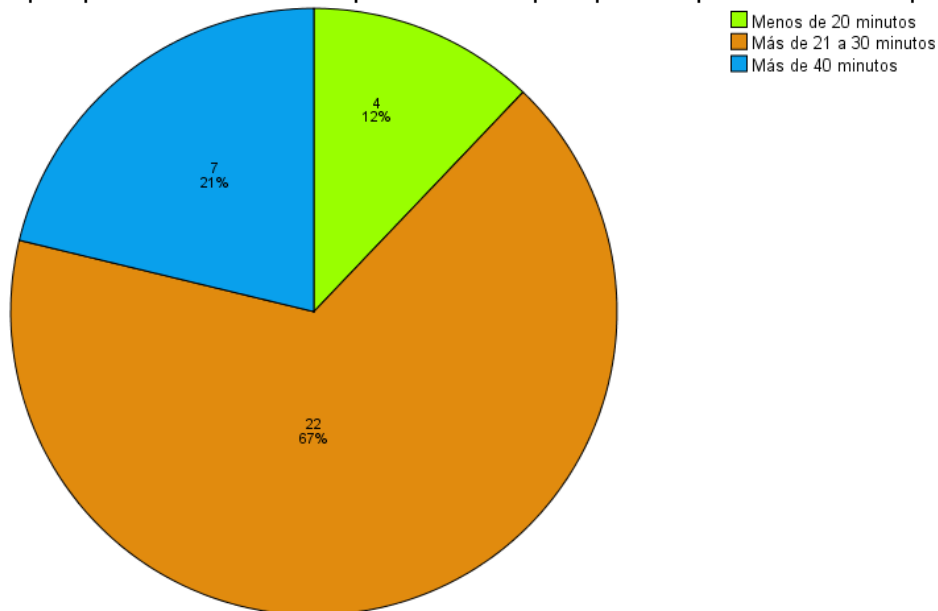
Cuadro No. 4.17 Cuanto tiempo espera en el Centro de Salud para ser atendida por el personal que realiza su control prenatal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Menos de 20 minutos	4	12.1	12.1	12.1
Más de 21 a 30 minutos	22	66.7	66.7	78.8
Más de 40 minutos	7	21.2	21.2	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

El tiempo de espera para ser atendidas por el personal que lleva a cabo su control prenatal más de 21 a 30 minutos es el 66.7%, más de 40 minutos el 21.2% y solo el 12.1% refiere que menos de 20 minutos. Esto es un factor que incide en el abandono del CPN.

Cuanto tiempo espera en el Centro de Salud para ser atendida por el personal que realiza su control prenatal

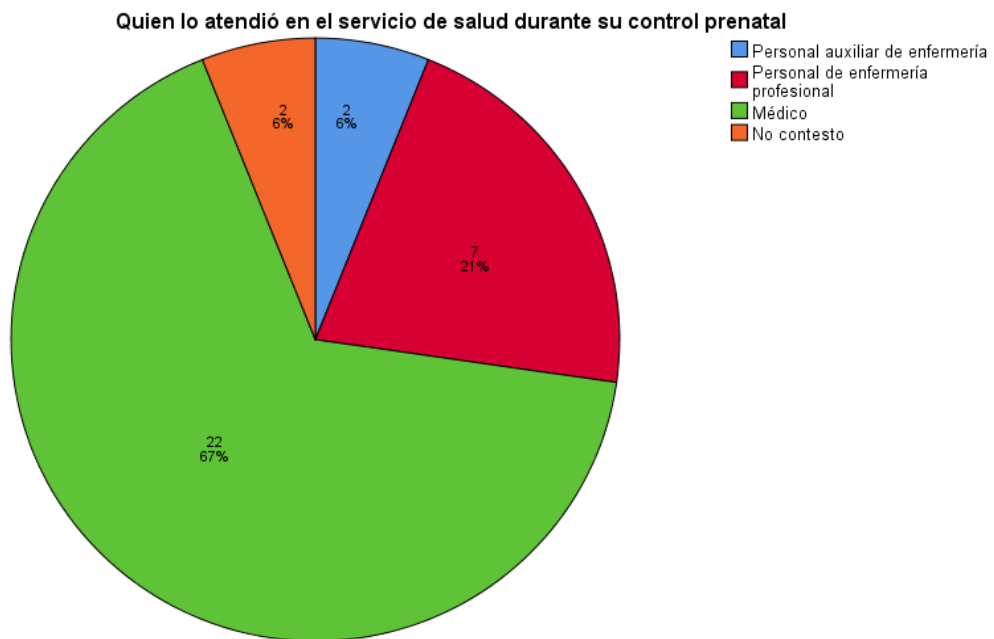


Cuadro No. 4.18 Quien lo atendió en el servicio de salud durante su control prenatal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Personal auxiliar de enfermería	2	6.1	6.1	6.1
Personal de enfermería profesional	7	21.2	21.2	27.3
Médico	22	66.7	66.7	93.9
No contesto	2	6.1	6.1	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

El 66.7% que atiende a las gestantes son el personal médico y el 21.2% el personal de enfermería.

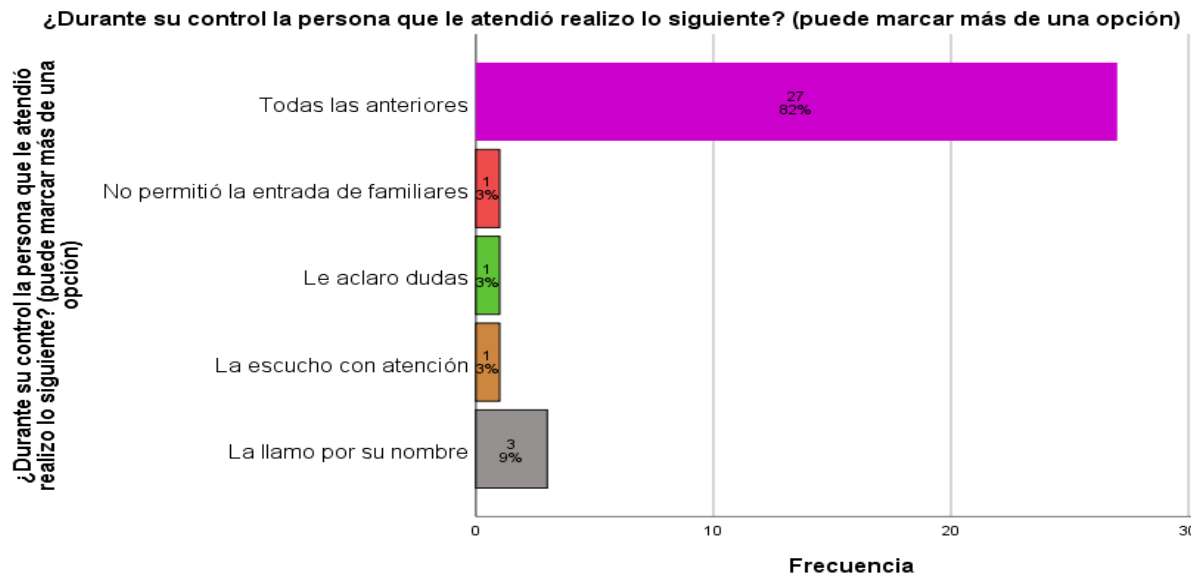


Cuadro No. 4.19 ¿Durante su control la persona que le atendió realizó lo siguiente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido La llamo por su nombre	3	9.1	9.1	9.1
La escucho con atención	1	3.0	3.0	12.1
Le aclaro dudas	1	3.0	3.0	15.2
No permitió la entrada de familiares	1	3.0	3.0	18.2
Todas las anteriores	27	81.8	81.8	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

El 100% de las embarazadas refiere haber tenido una buena atención de calidad.

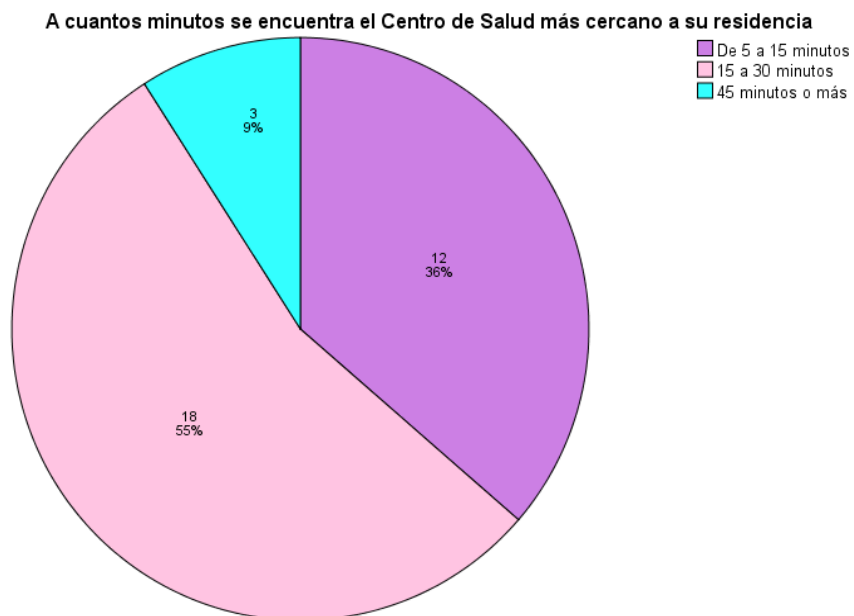


Cuadro No. 4.20 A cuantos minutos se encuentra el Centro de Salud más cercano a su residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido De 5 a 15 minutos	12	36.4	36.4	36.4
15 a 30 minutos	18	54.5	54.5	90.9
45 minutos o más	3	9.1	9.1	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

El 54.5% de las gestantes refieren que para llegar al centro de salud donde son atendida tarda en llegar de 15 a 30 minutos, el 9.1% tarda de 45 o más minutos en llegar. La distancia para llegar a su unidad de salud es un factor que incide en la falta de CPN en las embarazadas.

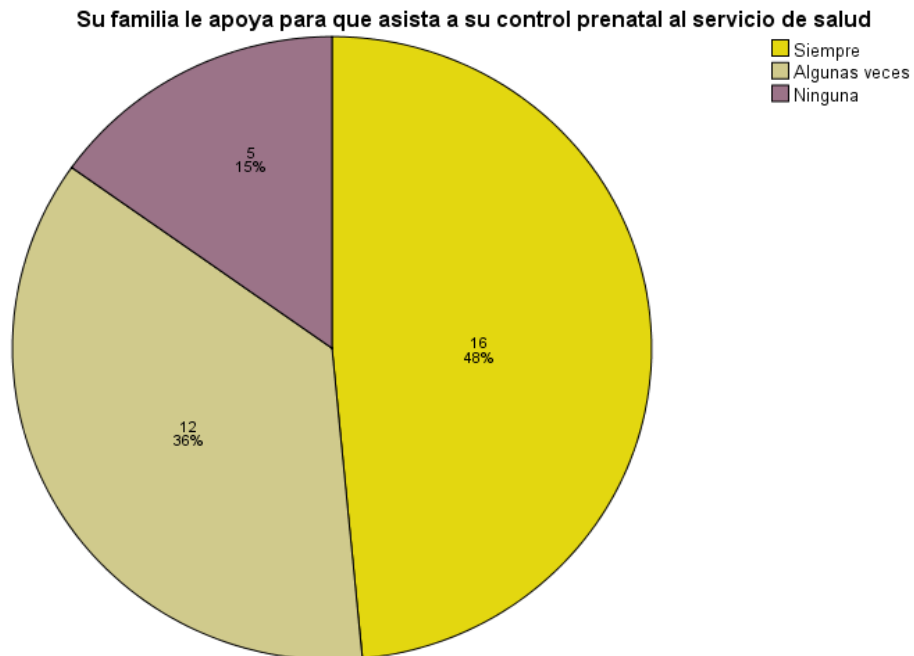


Cuadro No. 4.21 Su familia le apoya para que asista a su control prenatal al servicio de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	16	48.5	48.5	48.5
	Algunas veces	12	36.4	36.4	84.8
	Ninguna	5	15.2	15.2	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

En relación al apoyo que reciben de su familia para asistir a su control prenatal el 36.4% menciona que solo algunas veces, el 15.2% nunca y solo el 48.5% reciben el apoyo familiar. Este problema es un factor que incide en la falta de CPN en las gestantes.

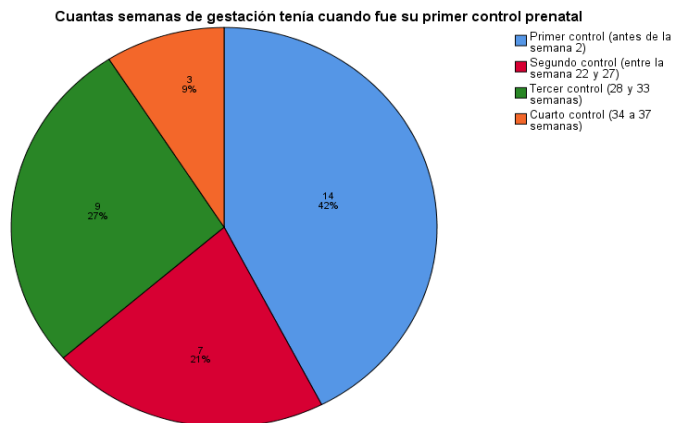


Cuadro No. 4.22 Cuantas semanas de gestación tenía cuando fue su primer control prenatal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Primer control (antes de la semana 2)	14	42.4	42.4	42.4
Segundo control (entre la semana 22 y 27)	7	21.2	21.2	63.6
Tercer control (28 y 33 semanas)	9	27.3	27.3	90.9
Cuarto control (34 a 37 semanas)	3	9.1	9.1	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

En relación a número de semanas de gestación que tenía cuando fue su tercer control prenatal el 27.3% tenía entre 28 y 32 semanas, el segundo control el 21.2 % entre la semana 22 y 27, el cuarto control el 9.1% entre las 34 a 37 semanas. La Organización Mundial de la Salud recomienda actualmente que la gestante debe de tener 8 controles prenatales para reducir el índice de morbilidad materna fetal.



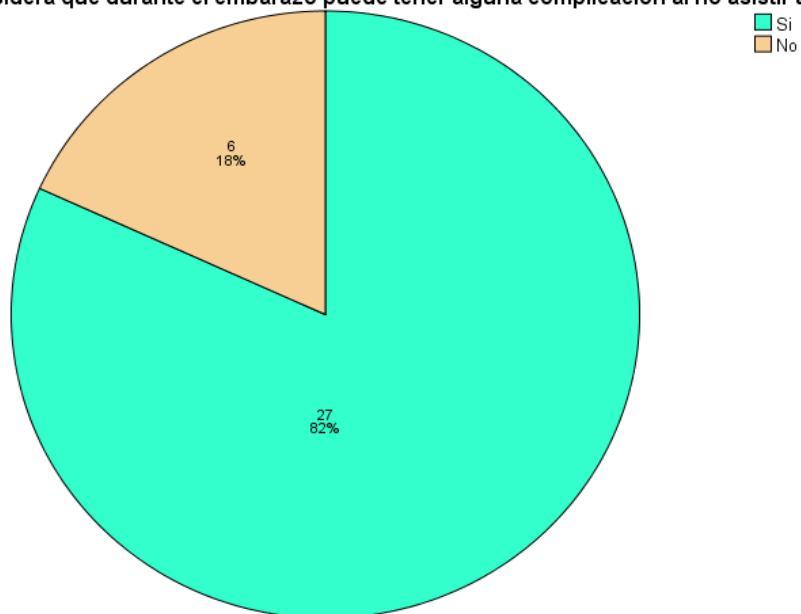
Cuadro No. 4.23 Considera que durante el embarazo puede tener alguna complicación al no asistir al control prenatal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	27	81.8	81.8	81.8
No	6	18.2	18.2	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

En relación al conocimiento que tienen las gestantes sobre la importancia que tiene el control prenatal el 18.2% refiere no saber sobre las complicaciones que pueden presentar al no asistir al CPN durante su embarazo.

Considera que durante el embarazo puede tener alguna complicación al no asistir al control prenatal

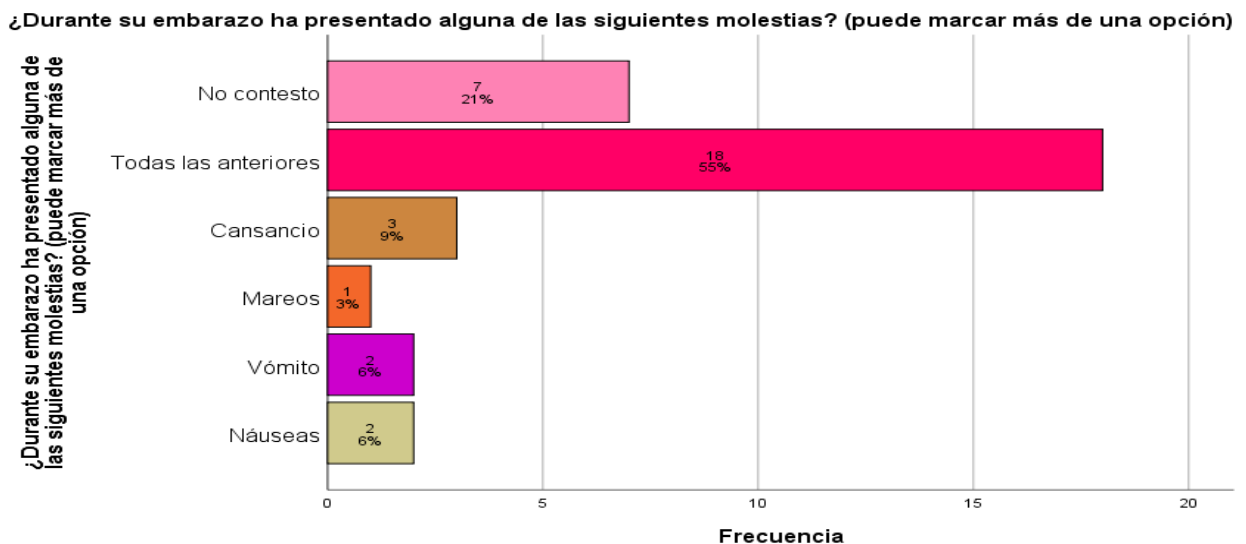


Cuadro 4.24. ¿Durante su embarazo ha presentado alguna de las siguientes molestias?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Náuseas	2	6.1	6.1	6.1
Vómito	2	6.1	6.1	12.1
Mareos	1	3.0	3.0	15.2
Cansancio	3	9.1	9.1	24.2
Todas las anteriores	18	54.5	54.5	78.8
No contesto	7	21.2	21.2	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. N=33

De la muestra en estudio mencionan el 78.8% de las embarazadas que han presentado molestias durante el embarazo como son náuseas, vomito, mareos cansancio y el 21.2% no contesto.

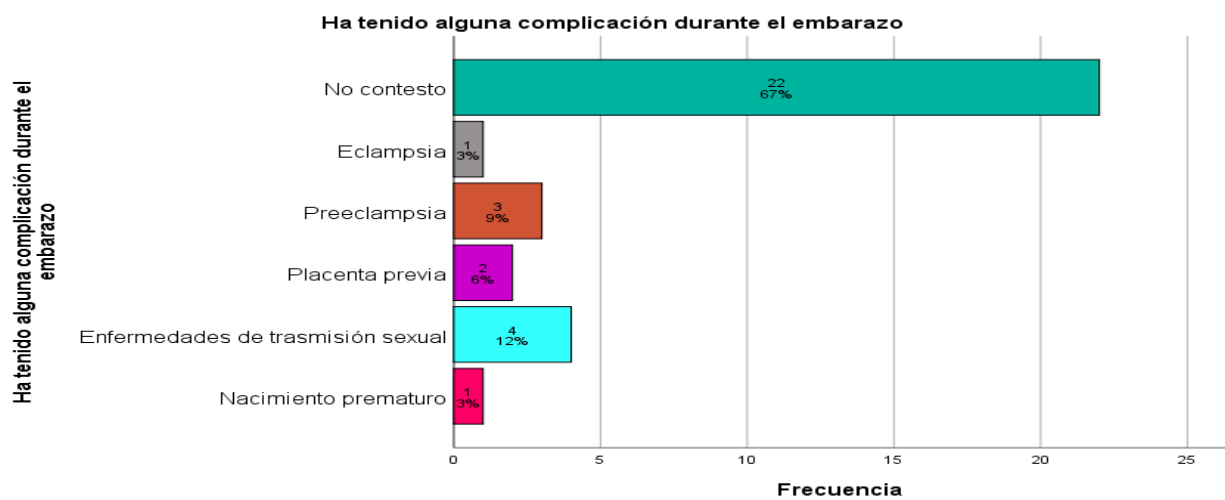


Cuadro No. 4.25 Ha tenido alguna complicación durante el embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nacimiento prematuro	1	3.0	3.0	3.0
Enfermedades de transmisión sexual	4	12.1	12.1	15.2
Placenta previa	2	6.1	6.1	21.2
Preeclampsia	3	9.1	9.1	30.3
Eclampsia	1	3.0	3.0	33.3
No contesto	22	66.7	66.7	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

El 12.1% refiere haber presentado enfermedades de transmisión sexual, el 9.1% preeclampsia, 6.1% placenta previa, así como nacimiento prematuro y eclampsia en un 3.0% respectivamente. El Control Prenatal es importante para poder detectar las complicaciones durante el embarazo.

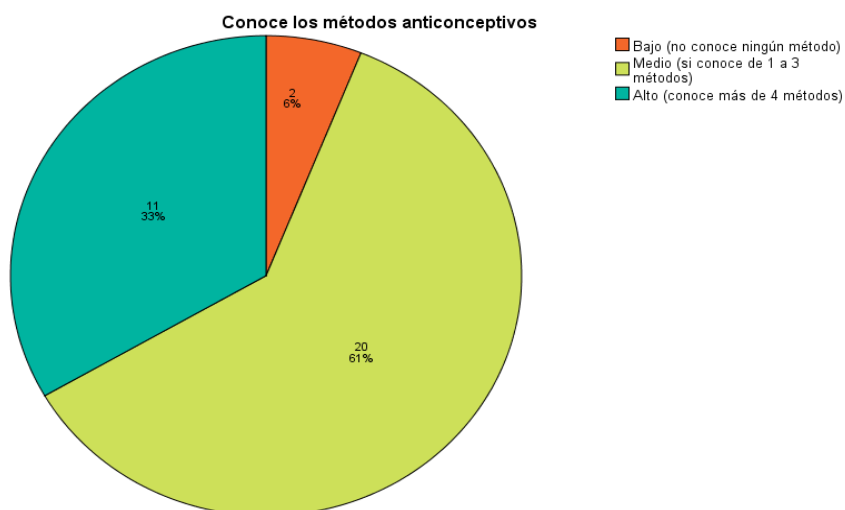


Cuadro No. 4.26 Conoce los métodos anticonceptivos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo (no conoce ningún método)	2	6.1	6.1	6.1
Medio (si conoce de 1 a 3 métodos)	20	60.6	60.6	66.7
Alto (conoce más de 4 métodos)	11	33.3	33.3	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

En relación a los métodos anticonceptivos el 60.6% tiene un conocimiento medio (conoce de 1 a 3 métodos), el 33.3% tiene un conocimiento alto (conoce más de 4 métodos) y el 6.1% no tiene conocimiento de los métodos anticonceptivos. Es importante proporcionarles pláticas sobre este tema para que conozcan los métodos que pueden utilizar para evitar los embarazos no deseados.

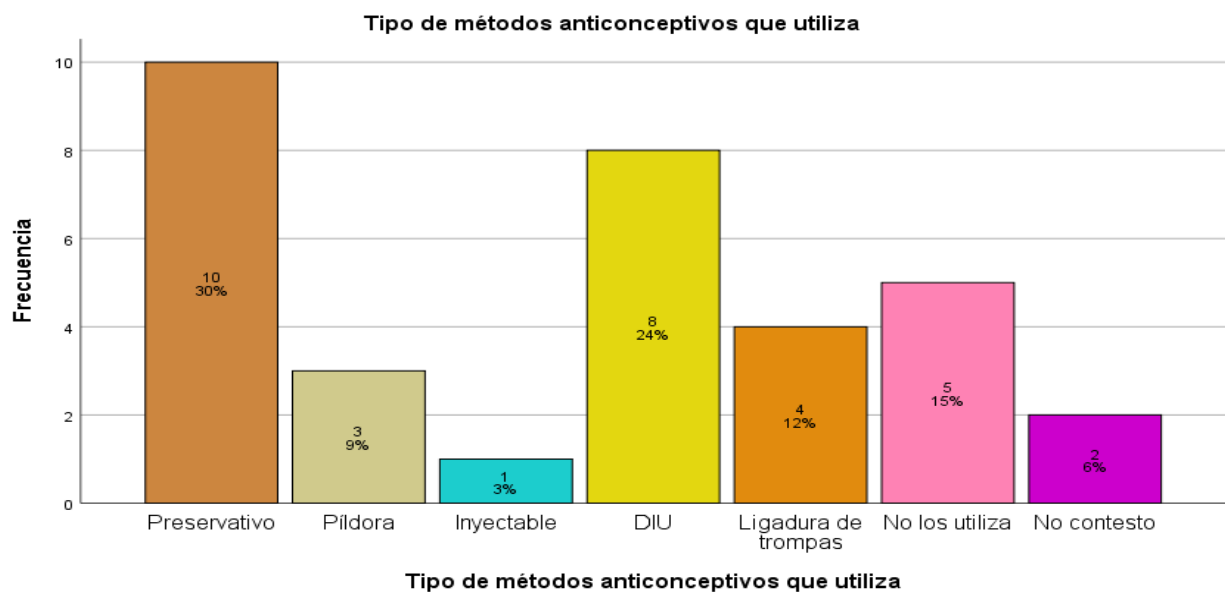


Cuadro No. 4.27 Tipo de métodos anticonceptivos que utiliza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Preservativo	10	30.3	30.3	30.3
	Píldora	3	9.1	9.1	39.4
	Inyectable	1	3.0	3.0	42.4
	DIU	8	24.2	24.2	66.7
	Ligadura de trompas	4	12.1	12.1	78.8
	No los utiliza	5	15.2	15.2	93.9
	No contesto	2	6.1	6.1	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroas, Gro. N=33

De la muestra en estudio el 15.2% no utiliza los métodos anticonceptivos y el 6.1% no contesto. El resto de las gestantes mencionan que si los utilizan.



Discusión.

La escolaridad de la muestra en estudio se encontró que el 39.4% tiene preparatoria, el 21.2% Secundaria y el 18.2% primaria y universitaria respectivamente, nivel socioeconómico las gestantes mencionaron que el 51.5 es medio, el 27.3% bajo y el 18.2% menciona que su nivel es alto; la ocupación el 45.5% de las mujeres gestantes son empleadas, el 39.4% se dedican a las labores del hogar y el 15.2% tiene negocio propio; el 69.7% de las gestantes mencionan que su zona de residencia es urbana y el 24.2% en la zona rural. El 100% de las gestantes mencionaron que cuentan con su carnet prenatal.

En relación al tipo de transporte que utilizan para dirigirse al Centro de Salud, el 45.5% utiliza el transporte urbano, 27.3% caminando y el 21.2% en su vehículo; el 12.1% de las embarazadas menciona que para llegar al Centro de Salud se hacen de 31 a 45 minutos y el 6.1% más de una hora; en relación a los motivos por los cuales no asiste a su CPN en las fechas asignadas por el Centro de Salud son: Falta de dinero y falta de tiempo disponible en un 30.3% respectivamente y por falta de comunicación en un 18.2%; importancia de iniciar el control prenatal cuando tienen conocimiento de que están embarazadas solo el 54.5% menciona que sí, el resto menciona que no; el tiempo de espera para ser atendidas por el personal que lleva a cabo su control prenatal más de 21 a 30 minutos es el 66.7%, más de 40 minutos el 21.2% y solo el 12.1% refiere que menos de 20 minutos; El 66.7% que atiende a las gestantes son el personal médico y el 21.2% el personal de enfermería; en relación al apoyo que reciben de su familia para asistir a su control prenatal el 36.4% menciona que solo algunas veces, el 15.2% nunca y solo el 48.5% reciben el apoyo familiar. Este problema es un factor que incide en la falta de CPN en las gestantes.

En el estudio realizado por Betancourt (2019), encontró que los factores asociados a la no adherencia al control prenatal destacan: factor económico,

transporte, distancia del centro de salud, filas de espera, asignación tardía de la cita y deficiente nivel de conocimiento acerca del control prenatal.

Miranda (2016), Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). El 87.7% de las gestantes asiste al control prenatal. Sobre las razones de asistencia 83.9% (598) dijo que lo hacía para detectar alteraciones y 14.6% (104) por recomendación de alguien; las 17 gestantes que no asistían al control citaron como razones: porque deben hacer mucho trámite 47.1% (8), por haber perdido la cita 23.5% (4), porque creen no necesitar el control porque habían tenido hijos sin problemas 23.5% (4), y porque creen que es muy temprano para iniciar el control 5.9% (1). Acerca del uso de control prenatal se encontró que el 75.6% (552) hace uso adecuado de este servicio.

En relación al conocimiento que tienen las gestantes sobre la importancia que tiene el control prenatal el 18.2% refiere no saber sobre las complicaciones que pueden presentar al no asistir al CPN durante su embarazo; el 78.8% de las gestantes han recibido asesoría e información sobre la importancia del uso del ácido fólico y el sulfato ferroso y el 21.2% menciona que no le han dado esta información. Tenorio (2018) en su estudio sobre los determinantes sociales de la salud por un inadecuado control prenatal, cuyo resultado son las complicaciones para la madre y el bebé. Por ello el asesoramiento durante las consultas es de vital para mejorar los cuidados de la mujer gestante, en aspectos nutricionales acerca de las vitaminas que deberá tomar, los signos y síntomas de alarma, la importancia de tener un esquema de vacunación completo, las pruebas rápidas de VIH y VDRL

En relación a número de semanas de gestación que tenía cuando fue su tercer control prenatal el 27.3% tenía entre 28 y 32 semanas, el segundo control el 21.2 % entre la semana 22 y 27, el cuarto control el 9.1% entre las 34 a 37

semanas. La Organización Mundial de la Salud recomienda actualmente que la gestante debe de tener 8 controles prenatales para reducir el índice de morbimortalidad materna fetal. En el estudio sobre Barreras de acceso y calidad en el control prenatal realizado por (García, 2016) el 74.17% tuvo cuatro o más controles. Existieron factores de riesgo asociados a menos de cuatro controles, percepción de la calidad del control con Odds ratio (OR, por su sigla en inglés) 22.7, inicio del CPN en segundo trimestre con OR 5,64, nivel de ingreso bajo con OR 5.12 y baja escolaridad de la madre con OR 3.62. (Arispe et al, 2011) en su estudio Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia, el 66.05% recibieron 6 o más controles prenatales y solo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0.003$).

El 12.1% refiere haber presentado enfermedades de transmisión sexual, el 9.1% preeclampsia, 6.1% placenta previa, así como nacimiento prematuro y eclampsia en un 3.0% respectivamente; el 60.6% tiene un conocimiento de los métodos anticonceptivos medio (conoce de 1 a 3 métodos), el 33.3% tiene un conocimiento alto (conoce más de 4 métodos) y el 6.1% no tiene conocimiento de los métodos anticonceptivo; el 15.2% no utiliza los métodos anticonceptivos y el 6.1% no contesto. El resto de las gestantes mencionan que si los utilizan.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El control prenatal es un indicador relevante de la conducta preventiva que toda mujer embarazada debe de realizar para garantizar un desarrollo normal del mismo y para detectar y tratar las complicaciones que puedan presentarse. Después de analizar los resultados obtenidos se concluye los que los principales factores o limitaciones para acceder al control prenatal fueron: el nivel de escolaridad, el status económico de las pacientes porque mencionan que no tienen dinero para poder trasladarse y son de comunidades alejadas y que se hacen mucho tiempo para llegar a su centro de salud, la ocupación porque las mujeres que trabajan. presentan problemas para asistir a su control prenatal porque les niegan el permiso para asistir, falta de tiempo disponible, falta de conocimiento sobre la importancia que tiene el control prenatal para evitar las complicaciones materno fetal,

El tiempo de espera para ser atendidas por el personal que lleva a cabo su control prenatal más de 30 o más de 40 minutos. La distancia para llegar a su unidad de salud es un factor que incide en la falta de CPN en las embarazadas, más de la mitad de la muestra no cuenta con el apoyo familiar para asistir a su control prenatal, falta de conocimiento de la importancia de sus controles. Es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud recomienda actualmente que la gestante debe de tener 8 controles prenatales para reducir el índice de morbilidad materna fetal.

Por último, se lograron los objetivos planteados del estudio realizado en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroa, Guerrero.

Sugerencias.

- ✚ Promover en el personal de salud estrategias que permitan agilizar la documentación y asignación oportuna de las citas
- ✚ Citarlas media hora antes de su cita para el Control Prenatal
- ✚ Realizar visitas domiciliarias a embarazadas de bajos recursos económicos para llevar su control prenatal
- ✚ Crear un Club de Embarazadas para brindar información y atención y recreación de psicoprofilaxis obstétrica.
- ✚ Implementar pláticas sobre Control Prenatal a las gestantes y a las mujeres en edad reproductiva.
- ✚ Concientizar a las embarazadas sobre la importancia que tiene el CPN desde el momento que se embaraza para reducir las complicaciones y reducir los índices de morbilidad materna-fetal.
- ✚ Concientizar a las mujeres en edad reproductiva de la atención preconcepcional para prepararlas para los futuros embarazos sin riesgos.
- ✚ Mejorar la calidad e integridad del CPN por los prestadores de salud como estrategia complementaria para asegurar su efecto en la reducción de la morbilidad materno y perinatal
- ✚ Consejería a la mujer embarazada sobre la dieta saludable y nutrición óptima, actividad física, información sobre el consumo de tabaco y sustancias nocivas, vacunación contra el tétanos, ultrasonido fetal y problemas sobre enfermedades de transmisión sexual

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Alkema L, Chou D, Hogan D, ZHANG s, Moller AB, Gemmill A, et al. Global regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet (London Englant)*, 2016: 387(10017); 462-74
- Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. *Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality*, 2018
- Betancourt RAM, Van GA, Garcia MY. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Salud y Vida*, 2020, 4(7): 74-96
- Campo C, MN. Atención prenatal. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) *Obstetricia y Ginecología*, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015 pp. 119-122.
- Canales H. F. *Metodología de la Investigación*. 1ra. Edición. México: Editorial Limusa; 2011 pág. 327
- Castillo AIY, Arias CLS, Cueto PEY, Ledesma BY, Luna GTM, Morom ML et al. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cattagena, 2011. En: XIX Congreso Nacional de Enfermería de la ANEC, 2012. p. 29-32
- Carvajal AJ, Ralph TC. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Novena Edición, 2018

Dirección General de Epidemiología. Número de Muertes maternas Perú 2000-2018 Lima, DGE; 2017

<http://www.gde.gob.pe/portaldocs/vigilancia/sala/2018/SE02/mmaterna.pdf>

Domínguez RMSM, Hartz ZMA, Días MAB, Leal MC. Avaliacao da adequacao da assistência pré-natal na rede SUS do Municipio do Rio de Janeiro. Cuadernos de Saúde Pública, 2012; 28(3):425-37

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017

<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/#>

Gabbe Sg, Niebyl JR, Simpson JI, Obstetrics-Normal and Problem Pregnancies, 5 edición. 2018

García BC. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev. Fac. Med. 2016; 65(2); 301-10

Guía Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de R. México: Secretaría de Salud: 2009. Disponible en: <http://www.conetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>,

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES, 2017. Lima: INEI; 2017

Jorge AC, Ralph TC. Manual de Obstetricia y Ginecología. Novena edición, 2018: 59-64

Hernández S. R. Metodología de la Investigación, 6ta edición. México: Editorial MC.-Graw-Hill; 2014 pág. 600

Ministerio de Salud Norma Técnica de salud para la Atención Integral de Salud.
Lima MINSA; 2013

Ministerio de Salud Colombia. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales
y Derechos Reproductivos 2013. Bogota DC: Ministerio de Salud Colombia;
2013

Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad
materna perinatal 2009-2015. Dirección General de Salud de las Personas.
Estrategias Sanitarias de salud Sexual y Reproductiva, 2009

Miranda MC. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en
gestantes de Sincelejo (Colombia). Rec. Salud Uninorte, 2016; 32(3):436-
451

Organización Mundial de la Salud (OMS), Recomendaciones de la OMS sobre
atención prenatal: para una experiencia positiva del embarazo, 2016
www.who.int/reproductivehealth

Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Mortalidad materna. Nota
descriptiva N° 348. 2014
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2012 y 2013.
Situación de salud de las Américas. P. 1-12
http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Atención prenatal en atención primaria
de la salud. Protocolo 1. Paraguay. Ministerio de salud Pública y Bienestar
Social. 2011, pp 5

http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&id=1028:manuales-atención-primaria-salud&Itemid=213

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2011. Situación de salud en Colombia. P. 1-32

República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de salud y Desarrollo Social, "Norma Oficial Atención Prenatal para la atención integral de la salud sexual y reproductiva# Tomo III: manual de procedimientos, Atención prenatal Caracas: MSDS; 2004.

Sanin B JE. Consulta y Atención Preconcepcional. Botero J, Júbiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología, CIB Fondo Editorial Medellín. 9ª edición, Colombia 2015. pp 115-122

Tenorio LIL. Determinantes sociales de la salud que influyen en el control prenatal de estudiantes universitarias embarazadas. Rev. Conexión de Salud, número 11; 2018:19-27

Tomasi E. et al. Qualidades de atencao pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cadernos de Saúde Pública. 2017;33 (3)

World Health Organization. Maternal Mortality. Geneva: WHO; 2018.

<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

World Health Organization. Maternal Health World Organization Geneva: WHO; 2017.

http://www.who.int/topics/maternal_health/en/

World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: World Health Organization 2016

http://www.who.int/topics/maternal_health/en/

WHO, UNICEF, UNFRA. World Bank Group and the United Nations Population División. Trends in Maternal Mortality 1990 to 2015: INEI; 2017.

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/9789241565141_eng.pdf

ANEXO "A": CONSENTIMIENTO INFORMADO.



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación para identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroas, Gro. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo será registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que estamos de acuerdo en participar y expresamos nuestro consentimiento firmando esta carta.

Firma de la adolescente

Nombre y firma del investigador

FECHA: _____

ANEXO “B” INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FOLIO

El presente cuestionario tiene la finalidad “Identificar los factores que inciden en la falta de control prenatal en las gestantes, que son atendidas en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroa, Guerrero”. Por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con toda sinceridad, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

I. Datos sociodemográficos.

Lea atentamente las preguntas antes de contestar. Subraye la pregunta, lo que corresponda a sus características:

1. Edad

- a) 10-15 años
- b) 16-20 años
- c) 21-25 años
- d) 26-30 años
- e) 31-35 años
- f) 36-40 años
- g) 41-45 años
- h) 46-50 años
- i) 51-55 años
- j) + de 56 años

2. Escolaridad

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Preparatoria

- e) Técnico
 - f) Universitaria
3. Nivel socioeconómico
- a) Bajo
 - b) Medio
 - c) Alto
4. Ocupación
- a) Labores del hogar
 - b) Empleada
 - c) Obrera
 - d) Negocio propio
 - e) Otro: _____
5. Número de hijos
- a) 1 hijo
 - b) 2 hijos
 - c) 3 hijos
 - d) 4 hijos
 - e) 5 hijos
 - f) 6 hijos
 - g) 7 hijos
 - h) Más de 7 hijos
6. Edad de inicio de su vida sexual
- a) 11 años
 - b) 12 años
 - c) 13 años
 - d) 14 años
 - e) 15 años
 - f) 16 años
 - g) 17 años
 - h) 18 años
 - i) Otra edad (especificar): _____
7. Zona de residencia
- a) Urbana
 - b) Rural

Datos analíticos.

8. Usted pregunta al personal de salud, sobre sus respectivos cuidados, dudas y mitos sobre su embarazo

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Casi siempre
- d) Siempre

9. Cuenta con su carnet prenatal que demuestran las inasistencias del control

- a) Primera 20 semanas
- b) 22 - 27 semanas
- c) 28 - 33 semanas
- d) 34 - 37 semanas
- e) 38 y 40 semanas

Factores socio culturales y económicos.

10. Utiliza algunos de los siguientes transportes para dirigirse al Centro de Salud

- a) Caminando
- b) Transporte propio
- c) Transporte urbano
- d) Moto
- e) Bicicleta

11. Cuánto gasta de pasaje para llegar al Centro de Salud

- a) 1.00 a 10.00 pesos
- b) 11.00 a 20.00 pesos
- c) 21.00 a 30.00 pesos
- d) 31.00 a 40.00 pesos
- e) 41.00 a 50.00 pesos
- f) Más de 50.00 pesos
- g) No gasta pasaje

12. Cuanto tiempo utiliza para llegar al Centro de Salud para realizar su control prenatal.

- a) De 10 a 30 minutos
- b) 31 a 45 minutos
- c) 46 a 60 minutos
- d) Más de una hora

13. Cuáles son las causas por las que usted no asiste a los controles prenatales en las fechas asignadas por el Centro de Salud.

- a) Falta de dinero
- b) Falta de comunicación
- c) Falta de tiempo disponible

14. Considera importante iniciar sus controles prenatales, apenas tiene conocimiento de que esta en embarazo
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
15. Al tomar el ácido fólico ha presentado alguna molestia (puede marcar más de una opción)
- a) Náuseas
 - b) Diarrea
 - c) Estreñimiento
 - d) Cambio de sabor de los alimentos
 - e) Vómito
 - f) Dolor abdominal
 - g) Ninguna molestia
16. Durante el control prenatal, el personal de salud le brindo asesoría e información sobre la importancia de las vitaminas (ácido fólico y sulfato ferroso)
- a) Si
 - b) No
17. Cuanto tiempo espera en el Centro de Salud para ser atendida por el personal que realiza su control prenatal
- a) Menos de 20 minutos
 - b) Más de 21 a 30 minutos
 - c) Más de 40 minutos
18. Quien lo atendió en el servicio de salud durante su control prenatal
- a) Personal auxiliar de enfermería
 - b) Personal de enfermería profesional
 - c) Médico
19. ¿Durante su control la persona que le atendió realizo lo siguiente? (puede marcar más de una opción.)
- a) La llamo por su nombre
 - b) La escucho con atención
 - c) Le explicó con lenguaje sencillo
 - d) La atendió en su idioma
 - e) Le aclaro dudas
 - f) Le permitió a que le acompañara su esposo o familiar
 - g) No permitió la entrada de familiares

20. A cuantos minutos se encuentra el Centro de Salud más cercano a su residencia
- e) De 5 a 15 minutos
 - f) 15 a 30 minutos
 - g) 45 minutos o más
 - h)
21. Su familia le apoya para que asista a su control prenatal al servicio de salud
- a) Siempre
 - b) Algunas veces
 - c) Ninguna
22. Cuantas semanas de gestación tenía cuando fue su primer control prenatal
- a) Primer control (antes de la semana 2)
 - b) Segundo control (entre la Semana 22 y 27)
 - c) Tercer control (28 y 33 semanas)
 - d) Cuarto control (34 a 37 semanas)
 - e) Quinto control (38 y 40 semanas)
 - f) Otro _____
23. Considera que durante el embarazo puede tener alguna complicación al no asistir al control prenatal
- a) Si
 - b) No
24. ¿Durante su embarazo ha presentado alguna de las siguientes molestias?
(puede marcar más de una opción)
- a) Náuseas
 - b) Vomito
 - c) Mareos
 - d) Falta de apetito
 - e) Tristeza
 - f) Cansancio
 - g) Rechazo al embarazo
25. Ha tenido alguna complicación durante el embarazo
- a) Nacimiento prematuro
 - b) Enfermedades de transmisión sexual
 - c) Placenta previa
 - d) Preeclampsia
 - e) Eclampsia
26. Conoce los métodos anticonceptivos
- a) Bajo (no conoce ningún método)
 - b) Medio (si conoce de 1 a 3 métodos)

c) Alto (conoce más de 4 métodos)

27. Tipo de métodos anticonceptivos que utiliza

- a) Preservativo
- b) Píldora
- c) Inyectable
- d) DIU
- e) Ritmo
- f) Ligadura de trompas
- g) Método tradicional
- h) Otros métodos modernos
- i) No los utiliza

Gracias por su colaboración.