



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



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

**UNIDAD ACADÉMICA**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ORIENTE  
MÉXICO, DISTRITO FEDERAL**

**“TÍTULO DE TESIS”**

**DETECCIÓN DE EDAD GESTACIONAL DE INICIO DE CONTROL PRENATAL EN  
PACIENTES DERECHOHABIENTES A LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
ORIENTE ISSSTE**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. SILVIA AGUILAR ZENTENO  
RESIDENTE DE TERCER AÑO EN MEDICINA FAMILIAR**

**MÉXICO, D.F.**

**2008**

**No. de registro: 197.2007**



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.

Detección de la Edad Gestacional de Inicio del Control Prenatal en pacientes derechohabientes en la Unidad de Medicina Familiar Oriente-ISSSTE.

Aguilar Zenteno S.\* Infante Castañeda C. \*\*

\* Residente de Medicina Familiar. Clínica "Oriente"-ISSSTE.

\*\* Profesor Titular B. División de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina. UNAM.

## **RESUMEN.**

**Objetivo:** Determinar la edad gestacional más frecuente en la que inician su control prenatal las pacientes en la Unidad de Medicina Familiar Oriente-ISSSTE

**Diseño:** Estudio Transversal, Retrospectivo, Descriptivo.

**Lugar:** CMF "Oriente" ISSSTE. Ciudad de México. Agosto-Diciembre del 2006 y Enero de 2007.

**Participantes:** Pacientes embarazadas con expedientes vigentes en consulta de control prenatal.

**Material y Métodos:** Revisión de expedientes de pacientes embarazadas recabando información de la atención prenatal otorgada y características sociales de las pacientes. El análisis estadístico se realizó a través de frecuencias simples y análisis bivariados buscando asociaciones de interés.

**Resultados:** Se seleccionaron 334 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión; excluyéndose 147.

Participaron 334 pacientes en total, embarazadas con asistencia a control prenatal y derechohabiencia vigente.

De las 334 pacientes estudiadas, solo acudieron por primera vez a control prenatal el 47.4% durante el primer trimestre. El grupo de edad más frecuente fue el de 20 a 35 años (82.3%), siendo la Prueba Inmunológica de Embarazo positiva el motivo mas frecuente de consulta (38.0%). Las derechohabientes trabajadoras fueron las más numerosas con 69.8%. Al 91.3% del total se les solicitaron laboratorios en su primera consulta. Hubo un promedio de gestaciones por paciente de 2.07, y en porcentaje el 37.1% cursaba su primer embarazo. El promedio de consultas por paciente fue de 4.25. La única asociación estadísticamente significativa fue entre la edad de la paciente y el tipo de derechohabiente:  $X^2$  9.594  $p < 0.05$ .

**Conclusiones:** La asistencia a control prenatal en el primer trimestre continúa siendo baja, así como el promedio mínimo de consultas por paciente para poder considerar un adecuado control prenatal. El inicio temprano de éste es importante en cuanto a la posibilidad de detectar oportunamente factores que incrementen el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, principalmente en grupos de edad extremos y en cuyos casos influye, como pudimos apreciar, el tipo de derechohabiencia.

**Palabras Clave:** Control prenatal, Atención adecuada, Derechohabiencia.

Detection of the Age Gestacional de Inicio of the Prenatal Control in patient rightful claimants in the Familiar Medicine Unit Orient.

Aguilar Zenteno S.\* Infante Castañeda C. \*\*

\* Familiar Medicine resident. Clinic "Orients" - ISSSTE.

\*\* Professor Titular B. Division of Studies of Posgrado. Medicine faculty. UNAM.

### **SUMMARY.**

**Objective:** To determine the more frequent gestacional age in the one than the patients in the Familiar Medicine Unit initiate their prenatal control Orient

**Design:** Cross-sectional, Retrospective, Descriptive study.

**Place:** CMF "Orients" ISSSTE. City of Mexico. January and August-December 2006 of 2007.

**Participants:** Patients embarrassed with effective files in consultation of prenatal control.

**Material and Methods:** Revision of files of patients pregnant successfully obtaining social information of the granted prenatal attention and characteristic of the patients. The statistical analysis was made through simple frequencies and bivaried analyses looking for interest associations.

**Results:** 334 patients selected themselves who fulfilled the inclusion criteria; excluding 147. They altogether participated to 334 patients, pregnant with attendance to prenatal control and effective derechohabiencia.

Of the 334 studied patients, single the 47,4% went for the first time to prenatal control during the first trimester. The group of more frequent age went the one of 20 to 35 years (82,3%), being the Immunological Test of positive Pregnancy the frequent reason but for consultation (38,0%). The rightful claimants workers were most numerous with 69,8%. To the 91,3% of the total laboratories in his were asked for to them first consultation. There was an average of gestations by patient of 2,07, and in percentage the 37,1% it attended his first pregnancy. The average of consultations by patient was of 4.25. The only statistically significant association was between the age of the patient and the type of rightful claimant:  $\chi^2 9,594 p < 0.05$ .

**Conclusions:** The attendance to prenatal control in the first trimester continues being low, as well as the minimum average of consultations by patient to be able to consider a suitable control prenatal. The early beginning of this one is important as far as the possibility opportunely of detecting factors that increase the irrigation of morbidity and maternal and perinatal mortality, mainly in extreme groups of age and in whose cases it influences, as we could appreciate, the type of derechohabiencia.

**Key words:** Prenatal control, suitable Attention, Derechohabiencia.

# Agradecimientos.

Hay tanta gente a la cual agradecerle el que yo tenga hoy el lugar que tengo...

- A mi Padre. Gracias por creer en mí y no olvidar cuanto te necesito.
- A mi Madre, por permanecer a mi lado y confiar en mí incondicionalmente. Por amarme y cuidarme como solo ella ha tenido la capacidad de hacerlo.
- A mis hermanos, esos maravillosos seres que Dios y mis padres me regalaron para hacerme feliz, a sus flores y sus retoños.
- A mis profesores titulares, el Dr. Moreno, el Dr. Bazán y a la inolvidable Malena. Gracias por aguantar post-guardia mis desatinos y por su enseñanza.
- A cada uno de los médicos de la Clínica Oriente, ¡MI CASA Y MIS AMIGOS!
- A mi flaco. Gracias Omar por no dejarme creer que no puedo hacer las cosas y que por ti, vale la pena...Te amo.
- A mi asesora. Mil gracias Dra. Infante por sus desvelos y su paciencia para ayudarme hacer posible éste trabajo.
- A mis amigos de la Residencia...Nada hubiera sido de mí sin su gran apoyo y compañerismo.
- A Micaela, Salua, Erick, Jacqueline y Berenice... ¡Dios nos hizo y la Especialidad nos junto!...Gracias por tantos momentos buenos y malos, por regalarme tanto de ustedes para escribir una parte de mi historia.
- A esos cuatro hermosos seres que me enseñaron a vivir y que dejaron en mí, todo lo bello que fueron. Donde quiera que estén, a pesar de los años y de todo, nada hago si no es por ustedes.

¡A ti Dios!...Cuida a todas y cada una de estas divinas personas que pusiste en mi camino para ayudarme a ser lo que soy y que me corroboran tu existencia...  
¡Y di por favor a mi Abuela que al fin lo logramos!!!

Silvia A. Z.

## **INDICE GENERAL.**

1. MARCO TEORICO	1
1.1. Antecedentes	1
1.1.1. Atención Prenatal Adecuada: Contenido y Calidad	1
1.1.2. Componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS, Ginebra Suiza, 2003	3
1.1.3. Factores asociados al uso de servicios de atención prenatal en México	5
1.1.4. Regularidad de las Consultas de Atención Prenatal	7
1.1.5. Cambios fisiológicos en el embarazo y búsqueda de atención prenatal	9
1.1.6. Epidemiología	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	14
4. HIPÓTESIS	18
5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
6. METODOLOGÍA	19
6.1. Tipo de Estudio	19
6.2. Población, lugar y tiempo	19
6.3. Tipo y tamaño de la muestra	19
6.4. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	20
6.5. Información a recolectar (Variables)	20
6.6. Definición del Plan, Procedimiento y Presentación de la Información	21
6.7. Consideraciones éticas	22
7. RESULTADOS	23
7.1. Análisis de Frecuencias	23
7.2. Análisis Bivariados (Asociaciones)	39
8. CONCLUSIONES	51
9. GLOSARIO	55
10. REFERENCIAS	56
11. ANEXOS	58

# **1. MARCO TEORICO.**

## **1.1. ANTECEDENTES.**

### **1.1.1. Atención Prenatal Adecuada: Contenido y Calidad.**

Debe resaltarse la importancia de los servicios de salud en el problema de la mortalidad materna, ya que la mayoría de estas muertes podrían evitarse con una atención correcta y oportuna. El papel de los servicios de salud comienza antes de que se produzca el embarazo y condiciones de inaccesibilidad a servicios, tanto geográfica, económica como cultural, eleva el riesgo de muerte por embarazo, parto y puerperio.

Aún cuando no hay un consenso acerca de la definición de atención prenatal adecuada, diversos autores han tratado de definir algunos criterios para calificarla. Una de estas formas considera: el inicio de la atención y el número de consultas acumuladas, sin embargo también se establece que este último debe ajustarse de acuerdo a la edad gestacional. <sup>(1, 8)</sup>

La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones. La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como: de bajo riesgo (normal) y de alto riesgo. <sup>(1, 8)</sup>

Así en 1973, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos hizo la primera propuesta de indicadores considerando 3 variables: el inicio de la atención prenatal, el número de consultas acumuladas y se consideró que era necesario el ajuste del número de consultas prenatales de acuerdo con la edad gestacional. Ésta o algunas versiones modificadas de la original han sido utilizadas como criterios de referencia para evaluar la utilización de los servicios de atención prenatal. En 1994 Kotelchuck propuso una nueva tabla caracterizada de acuerdo a dos dimensiones: el inicio y la recepción adecuada de servicios, cada uno de los cuales considera cuatro categorías y el porcentaje del cumplimiento se evalúa con base al número de consultas ajustado por el trimestre de inicio y la semana de gestación al término del embarazo. En México, Bobadilla utilizó una versión modificada de la tabla propuesta por el Instituto de Medicina y encontró que el mayor número de consultas acumuladas no se traducían en menor riesgo de mortalidad perinatal, discute que esta relación no es causal y establece la hipótesis de que las mujeres que empiezan a tener signos y síntomas de complicación hacen un uso más frecuente de la atención prenatal. <sup>(8)</sup> A su vez, Buekens y colaboradores en un estudio publicado en 1990 acerca de la atención prenatal en América Latina<sup>(9)</sup> consideraron como indicador el porcentaje de mujeres que tuvo por lo menos una consulta de atención prenatal, las tasas de vacunación antitetánica durante el embarazo y solo en ciertos casos fueron considerados el número de consultas y el mes del embarazo de la primera consulta. En este estudio se analiza la cobertura de atención prenatal en países de América Latina, y se encontró que esta aumentó entre los años setenta y ochenta en países como República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú y disminuyeron en Bolivia y Colombia.

La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA-1993) para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, surge con la finalidad de favorecer el desarrollo normal en cada una de las etapas del proceso gestacional, mediante la aplicación de procedimientos normados para su atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas.<sup>(11)</sup> En las unidades médicas del ISSSTE que brindan servicios de salud a la población derechohabiente, se siguen los lineamientos técnicos incluidos desde 1983 en la Norma Oficial Mexicana para la atención prenatal, la cual establece que la mujer embarazada debe recibir su primera consulta por el embarazo durante el primer trimestre, y acudir por lo menos a siete consultas durante el mismo.<sup>(4)</sup>

Sin embargo, a pesar de la existencia de la norma, no se ha logrado un nivel óptimo de utilización, ya que las mujeres embarazadas reciben menos consultas (5.2 por mujer en promedio). Este mismo estudio reporta que solo el 33.4% de ellas inician la atención en el primer trimestre.<sup>(8)</sup> Otro estudio reporta más de un 80% de mujeres con conocimiento acerca del primer trimestre como periodo ideal para iniciar la atención prenatal, pero con un cumplimiento de éste menor del 50%.<sup>(9)</sup> Para algunos países se cuenta con información a nivel nacional sobre el porcentaje de mujeres que tuvo su primera consulta dentro de los 3 primeros meses del embarazo, así, durante 1981 en Cuba, el 73% de las mujeres fue atendida por primera vez durante el primer trimestre, El hecho de tener una primera consulta durante el primer trimestre del embarazo es considerado como útil pero, como ya se mencionó, diversos estudios han reportado porcentajes de elevada incongruencia entre el conocimiento que poseen las pacientes embarazadas y la asistencia por parte de las mismas a la consulta prenatal para la vigilancia y detección oportuna ante cualquier evento que pudiera alterar el curso normal de la gestación.<sup>(4)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud reportó que entre 1990 y 1995 el promedio de consultas prenatales en nuestro país se incrementó de 2,2 a 2,8; y que durante 1993 y 1995 un 86,1% de las mujeres recibió atención prenatal por personal médico. Por otra parte, se ha reportado que en México la mortalidad materna disminuyó de 5,4 a 2,7 por 10.000 nacidos vivos registrados en el período comprendido de 1990 a 2000. Lo anterior pone de manifiesto el especial interés que el Sector Salud ha puesto en el programa de salud reproductiva, dentro del marco de reforma de los servicios de salud.<sup>(4)</sup>

Las estadísticas preocupantes de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres. Tradicionalmente, en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal siguiendo los lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales. En países como Estados Unidos se estableció que la atención prenatal es adecuada o inadecuada ajustando el número de visitas por la edad gestacional. Existen estudios que mencionan que estos indicadores han sido propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para ser incluidos entre aquellos que buscan medir el desempeño y la calidad de los servicios de la atención materna. En ésta se evalúa el porcentaje de mujeres embarazadas con el inicio de su atención prenatal antes de la

semana 16 del embarazo; y el porcentaje de mujeres cubiertas por lo menos con cuatro consultas antes del parto<sup>(4)</sup>.

El nuevo modelo de control prenatal de la OMS limita el número de consultas a las clínicas y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado por medio de sólida evidencia, que mejoran los resultados maternos y/o perinatales. El componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS sólo está planeado para el manejo de mujeres embarazadas que no presentan complicaciones relacionadas con el embarazo y/o patologías médicas y/o factores de riesgo relacionados con la salud<sup>(3) (25)</sup>.

### 1.1.2. Componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS, Ginebra Suiza, 2003.

Nota: MARQUE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DONDE CORRESPONDA (CASILLEROS SIN SOMBREADO) (Utilice la edad gestacional más cercana al momento de la visita).

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_

Nº de historia clínica: \_\_\_\_\_

	Visitas			
	1º	2º	3º	4º
<p><b>PRIMERA VISITA</b> para todas las mujeres que consultan por primera vez al obstetra independientemente de la edad gestacional. Si la primera visita tiene lugar después de la fecha recomendada, realice todas las actividades necesarias hasta ese momento.</p> <p>FECHA: //</p>	<12 semanas			
Formulario de clasificación que indica elegibilidad para el componente básico del programa.				
Examen médico.				
Anemia clínicamente severa. Prueba de hemoglobina.				
Examen obstétrico: estimación de edad gestacional, altura uterina.				
Examen ginecológico (puede posponerse hasta la segunda visita).				
Medición de presión arterial.				
Peso/altura de la madre.				

Realización inmediata del análisis de sífilis, detección de ITS sintomáticas.				
Realización de la prueba de orina (con múltiples tiras reactivas).				
Solicitud de grupo sanguíneo y factor Rh.				
Administración de vacuna antitetánica.				
Aporte complementario de ácido fólico y hierro.				
Recomendaciones para situaciones de emergencia/linea directa para emergencias.				
Ficha prenatal completa.				
<b>SEGUNDA VISITA y VISITAS POSTERIORES</b> <i>Edad gestacional – N° appox. de semanas</i>				
FECHA: / /	<b>26</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	
Examen médico para detección de anemia.				
Examen Obstétrico: Estimación de edad gestacional, altura uterina, latidos cardíacos fetales.				
Medición de presión arterial.				
Peso materno (sólo para las mujeres con bajo peso en la primera visita).				
Prueba de orina para detección de proteínas (sólo nulíparas/mujeres con antecedentes de preeclampsia).				
Aporte complementario de ácido fólico y hierro.				
Recomendaciones para situaciones de emergencia.				
Ficha prenatal completa.				
<b>TERCERA VISITA:</b> agregar a la segunda visita		FECHA: //		
Solicitud de prueba de hemoglobina.				
Administración de vacuna antitetánica (segunda dosis).				
Instrucciones para el parto/planificación del nacimiento.				
Recomendaciones para la lactancia/anticoncepción.				
<b>CUARTA VISITA:</b> agregar a la segunda y tercera visitas		FECHA: //		
Detección de presentación podálica y derivación para versión				

cefalica externa				
Ficha prenatal completa (recomendar que la lleve al hospital)				

Personal responsable del control prenatal:

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

De igual forma, la OMS ha sugerido algunos indicadores de la evaluación del avance en la estrategia de “salud para todos”, los cuales pueden utilizarse para conocer la accesibilidad, utilización y condiciones en que se brinde la atención materno-infantil de manera que ayuden a evaluar el desempeño y la calidad de los servicios, y proponer estrategias que ayuden a homogeneizar la calidad en la atención como: a) porcentaje de mujeres embarazadas con la primera consulta antes de la semana 16 del embarazo, b) porcentaje de mujeres embarazadas cubiertas con por lo menos cuatro consultas antes del parto, c) porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les tomó la presión arterial por lo menos en cuatro ocasiones, d) porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó examen general de orina por lo menos en cuatro ocasiones.<sup>(12)</sup>

Muchas investigaciones cuestionan el número y contenido de las visitas a control prenatal. La base de datos *Cochrane* que realizó una revisión de todas las pruebas controladas randomizadas en el cuidado de la salud y ha reportado que los programas que reducen las visitas de control prenatal no tienen resultados negativos. Esto puede hacer que los modelos que reducen el número de visitas de control prenatal en mujeres de bajo riesgo, como el de la OMS tenga un buen impacto en el estilo de vida de las mujeres estudiadas que ya tienen muchas conductas de prevención y son más costo-efectivas.<sup>(20)</sup>

### 1.1.3. Factores asociados al uso de servicios de atención prenatal en México.

En la utilización de servicios de atención prenatal han sido ampliamente documentados la influencia de la edad, escolaridad, trabajo, estrato social, el lugar de residencia, estado civil, la influencia paterna, la derechohabiencia a la seguridad social y en estos estudios se ha documentado la tendencia general para el estudio de la utilización de servicios ha sido la descripción de los patrones de utilización y la identificación del efecto de los obstáculos tales como la disponibilidad, la accesibilidad geográfica, económica y organizacional y es particularmente en estos últimos, donde se ha hecho mayor énfasis en la mujer como madre trabajadora<sup>(6) (22)</sup> y recordemos que una gran mayoría de las derechohabientes en el ISSSTE que acuden a la consulta de control prenatal son trabajadoras.

Otros factores reportados que se argumenta pueden modificar la probabilidad de utilizar en forma adecuada la atención prenatal notificados en la literatura se pueden clasificar en dos: las características propias de la mujer embarazada (nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, el ingreso, la edad, la ocupación, paridad, raza, estado civil, actitud frente al embarazo, estrés, los problemas en el embarazo, la red de apoyo social, la falta de

conocimiento sobre el estado del embarazo durante los primeros cuatro meses, el intervalo intergenésico, la motivación para demandar la atención, la presencia de depresión, la disponibilidad de transporte, la disponibilidad de personas para que cuiden a sus hijos, el idioma y otros factores culturales) y las de los servicios de salud (accesibilidad, disponibilidad y la calidad de la atención otorgada).<sup>(8) (20)</sup> Hay estudios que sostienen el que las mujeres que no son tratadas con respeto por el médico o el personal de recepción no son capaces de comunicarse con el médico y no sienten inclinación a buscar cuidados de salud fuera del periodo prenatal. Gran parte de este hecho está determinado por su experiencia en el control prenatal y experiencias previas en la atención del parto y en el uso de servicios de salud en general.<sup>(24)</sup>

Existe una diversidad de estudios los cuales evalúan y determinan que la utilización de la Atención Prenatal se ve modificada por distintos factores, los propios de la mujer embarazada y aquellos de los servicios de salud. Tamez y cols., mencionan en un estudio realizado en la ciudad de México utilizando una adaptación del modelo Andersen para evaluar el efecto de factores socioeconómicos en el acceso a la atención prenatal como factores predisponentes al uso de servicios la edad y el estrato socioeconómico, factores mediadores a la escolaridad, el apoyo social, la seguridad social, el pago de bolsillo y la calidad en los servicios de salud y a los factores de necesidad percibida y en este destaca el nivel socioeconómico y su intervención como predisponente de la utilización de los servicios de atención prenatal y a las variables mediadoras más importantes para el uso de servicios de atención prenatal: la escolaridad y el apoyo social. En este estudio se considera que cuando los factores predisponentes o de necesidad son los que condicionan las diferencias en el acceso, el sistema de salud es equitativo y si son los factores mediadores los que permiten explicar las diferencias, se considera que el sistema de salud es inequitativo.<sup>(10)</sup> También se ha reportado que las actitudes de la mujer hacia su embarazo se asocian al inicio inadecuado de Atención Prenatal. Por parte de los servicios de salud los tiempos prolongados entre las citas de consulta y los costos de la atención son algunas barreras para utilización de Atención Prenatal.<sup>(4)</sup>

Entre los factores que se han documentado como determinantes de los servicios de atención prenatal en México, se encuentran los reportados por un estudio realizado en Tijuana, en donde se encontró que la ausencia de control prenatal se asoció con la carencia de seguro médico, el no trabajar y el bajo ingreso. Mientras que en Chiapas, México, se documentó el efecto de la accesibilidad a los servicios de salud, ya que se reportó que la Atención Prenatal adecuada, se asocia con vivir a menos de una hora del servicio de salud<sup>(4)</sup>. Sobra decir las innumerables comunidades en nuestro país que no cuentan con un servicio de salud cercano y el efecto que esta situación tiene en la posibilidad de recibir atención médica prenatal e incluso del parto.

Asimismo, en casi todas las investigaciones que estudian la relación entre los factores socioeconómicos y la atención prenatal se ha documentado una fuerte influencia entre la situación socioeconómica y el acceso, uso y continuidad de la atención prenatal. Las mujeres que viven en extrema pobreza, que pertenecen a minorías sociales, son solteras, las que se ubican en los extremos de la edad reproductiva y son multíparas utilizan menos a este tipo de servicios de salud. De esta forma, la investigación sobre la utilización de servicios de atención prenatal coincide en señalar como determinantes de acceso a factores

como la edad, escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, lugar de residencia, paridad y acceso a los servicios de salud y la ocupación, esta última vinculada completamente al acceso a los servicios de seguridad social en nuestro país. <sup>(10) (23)</sup>

La literatura reporta la influencia de factores personales y sociales que afectan los diversos patrones de búsqueda de ayuda de atención prenatal y de ellos predominan tanto el tipo de síntomas percibidos por las mujeres por los que se puede sospechar de riesgo de algún problema en el embarazo (75 a 100% de los casos), como la influencia de las redes sociales de apoyo, ya que en México, Infante ha documentado que las mujeres embarazadas que cuentan con redes sociales consultan 3.3 veces más al médico cuando perciben un problema de salud, comparadas con aquellas que no cuentan con el apoyo de por lo menos una persona en su red social <sup>(5)</sup>.

<b>CUADRO I</b> <b>Utilización de la atención prenatal.</b> <b>Instituto Mexicano del Seguro Social, 1994</b>			
Utilización de la atención prenatal	Trimestre de inicio	Semanas de gestación	Número de consultas
Adecuada	1er. trimestre	28-29	5 y más
		30-31	6 y más
		32-33	7 y más
		34-35	8 y más
		36 y más	9 y más
Inadecuada	1er. trimestre	--	Menos de las referidas para cualquier semana
Inadecuada	2do. y 3er. trimestre	--	Menos de las referidas para cualquier semana

**Cuadro I.** Tomado de: Martínez L., Reyes S., García C., et. al. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México. 1996; 38 (5): 341-351.

#### 1.1.4. Regularidad de las consultas de atención prenatal.

La frecuencia del control prenatal está determinada por factores de riesgo detectados en esa gestación y deberán ser tantas consultas como la patología que presenta la mujer lo requiera. La Organización Mundial de la Salud ha establecido que en la paciente sin factores de riesgo, se deben realizar revisiones médicas cada cuatro semanas hasta la semana 32, cada 2 semanas hasta la semana 36 y posteriormente cada semana hasta el término. <sup>(16) (18)</sup>

El trimestre en el que inicia la atención prenatal es de vital importancia, ya que permite detectar y controlar los principales riesgos y daños a la salud materna e infantil oportunamente. La Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el

Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido considera que un control adecuado del embarazo debe iniciar en el primer trimestre de gestación. En México, en 1995-2000, el porcentaje total de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, fue de 74 %; 21.3 % inició en el segundo trimestre; y sólo 4.7 % en el tercero.<sup>(15)</sup>

Alarmante resulta el hecho de que en la actualidad el promedio nacional de consultas es bajo: 3.39 por embarazada<sup>(2)</sup>. En un estudio realizado en la ciudad de México en una institución de primer nivel se reportó un promedio de consulta de 4.8 en pacientes que recibieron su primera consulta de control de embarazo antes de la semana 20 de gestación (en promedio a la semana 12) y 2 consultas en aquellas que acudieron después de la semana 20 por primera vez (promedio a la 29.6 semanas de gestación). Este último porcentaje de mujeres que acuden por primera vez a la consulta tardíamente, limita la posibilidad de brindar una adecuada atención, con todas las posibilidades de éxito en la conclusión del embarazo, mejorando el bienestar materno-fetal.<sup>(11)</sup> En Argentina se realizó un estudio donde se detectó que cerca de 70% de las mujeres a las que se proporcionan facilidades para la atención del parto tienen un bajo número de visitas prenatales, mientras cerca del 30% del total no tienen control prenatal.<sup>(20)</sup>

Los datos obtenidos en un estudio comparativo mostraron que los niños nacidos en Estados Unidos de madres mexicanas de nacimiento tuvieron un índice de bajo peso al nacer de 3%, mientras que las madres México-americanas nacidas en Estados Unidos tuvieron un índice de bajo peso al nacimiento de 14%. Se ha comprobado que existe una fuerte asociación entre la edad materna, la educación y el trimestre de embarazo en que iniciaron el control con la prevalencia del bajo peso al nacimiento. La tasa de embarazos con altas probabilidades de complicaciones varía de un 20 a un 60%; el 45% de ellos podrá culminar en madres e hijos sanos, pero el resto corre riesgo de morbilidad y mortalidad materna, fetal o neonatal, por lo que la atención médica es primordial.<sup>(11)</sup> En un estudio de 1.1 millones de partos en mujeres México-americanas, la mortalidad infantil fue de 2.5 veces mayor entre las mujeres que no recibieron control prenatal, comparadas con aquellas que si lo recibieron.<sup>(21)</sup>

Datos similares al anterior se reportan en un estudio acerca del patrón de uso de servicios en atención prenatal en México, ya que éste concluye que menos de la cuarta parte de la población estudiada acudió a la consulta de control prenatal de acuerdo a lo establecido por la OMS, a pesar de ser derechohabientes de una institución de seguridad social.<sup>(4)</sup>

En los Estados Unidos (EUA) a pesar de los emprendedores esfuerzos para asegurar que todas las mujeres inicien su control prenatal en el primer trimestre, cada año cerca de 70,000 mujeres en los EUA no reciben atención prenatal previa al parto. Las mujeres que no reciben atención prenatal previa al parto en los EUA es más probable que se caractericen por ser añosas, de raza negra, nacidas en el extranjero, solteras, que tienen alta paridad, bajo nivel educativo y que viven en áreas urbanas.<sup>(19)(23)</sup> Nuestro país no es la excepción.

Bien documentado está el hecho de que la mujer latina en Estados Unidos también tiene un bajo índice de asistencia a control prenatal y algunos estudios han buscado conocer el por qué muchas mujeres no utilizan los recursos de atención prenatal disponibles y lo puntual de las mujeres para buscar el control prenatal.<sup>(20)</sup> En vista de la potencial disponibilidad y

percepción del conocimiento general del control prenatal y su importancia, el fracaso en obtener alguna atención previa al parto puede ser visto como un evento clave en la salud perinatal.<sup>(23)</sup>

### **1.1.5. Cambios fisiológicos en el embarazo y la búsqueda de atención prenatal.**

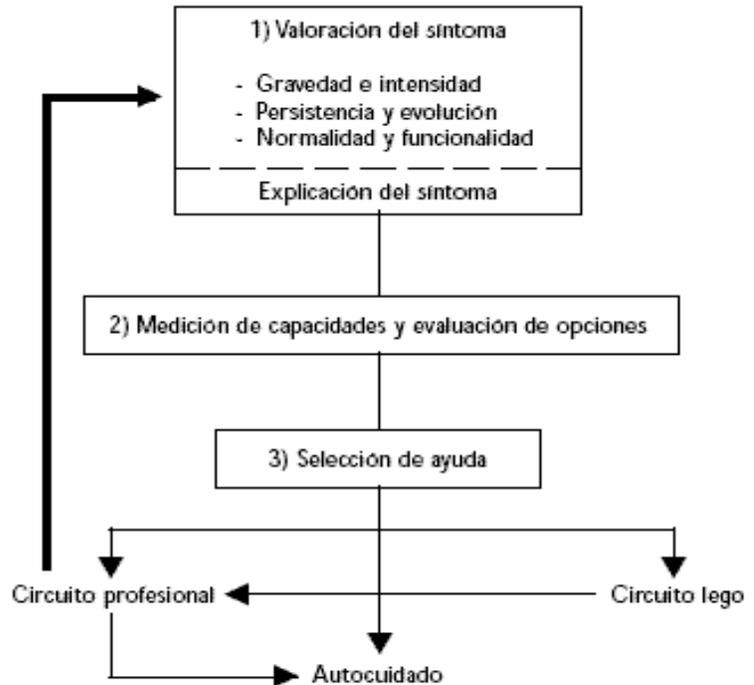
Durante el embarazo existen modificaciones funcionales, bioquímicas y anatómicas consideradas como normales; sin embargo ninguna de estas etapas esta exenta de sufrir complicaciones y desencadenar efectos adversos a la salud reproductiva.<sup>(14)</sup> Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo, colocan a las mujeres embarazadas en condiciones biológicas de gran susceptibilidad para ser afectadas por diversas causas de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente sobre el producto de la concepción.<sup>(18)</sup>

El desconocimiento en la mujer gestante de la sintomatología normal en estos periodos contribuye a producir temores, miedos o angustias. En estos casos la asistencia a cursos de educación gestacional ayudan a conocer y entender los cambios existentes y permiten el contacto con otras mujeres que atraviesan por situaciones similares; esto es de gran beneficio en combinación con el apoyo psicosocial.<sup>(14)</sup>

Es común que las mujeres embarazadas que no perciben algún signo o síntoma de riesgo inicien tardíamente, acudan con menor frecuencia o incluso no acudan a la consulta prenatal. Esto es grave desde el punto de vista en que hay una serie de problemas del embarazo que la mujer en estado grávido puede no identificar por sí misma y constituir riesgos para su salud y la de su hijo.<sup>(1)</sup> ya que muchas veces, ante un síntoma o signo las mujeres primero lo valoran, luego miden sus propias capacidades y evalúan sus opciones y, por último, seleccionan a quien pueda ayudarlas. Estas tres etapas forman parte del proceso de enfrentamiento ante un síntoma o signo y diversos estudios muestran que no existe una relación directa entre sentirse enfermo e ir al médico, ya que este fenómeno esta mediado por un proceso social en el que interviene la percepción individual y la forma en que el paciente interpreta los síntomas, y la accesibilidad a los servicios de salud.<sup>(13) (27)</sup>

También Mechanic identificó, “la atribución de causa”, y explica como su importancia radica en el hecho de que cuando el paciente encuentra o tiene una explicación para los síntomas dirige los autocuidados o el tipo de ayuda que se busca. La sola explicación del síntoma también determina si se busca ayuda o no, pues efectivamente, los datos muestran que, cuando el paciente tiene una explicación para el síntoma, no se piensa que es necesario acudir al médico.<sup>(13)</sup> El proceso de búsqueda de ayuda incluye tanto la identificación de necesidad de salud como la percepción de la gravedad de los síntomas, por lo tanto a mayor identificación de riesgo, mayores probabilidades de solicitar atención de un servicio de emergencia.<sup>(14)</sup> Estos conceptos pueden ayudarnos a entender el hecho del por que las madres que poseen mayor conocimiento y experiencia acerca del embarazo y los cuidados que deben tenerse antes, durante y posterior a la resolución del mismo, comparadas con otras madres que poseen menor conocimiento al respecto, cuidan y buscan solo lo que ellas no tienen (intervenciones de alta tecnología) y no buscan los cuidados de la salud cuando se sienten sanas y en control.<sup>(20)</sup>

**Figura 1.** Tomado de: De la Cuesta C., Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. Salud Pública de México 1999; 41 (2): 124-129.



**FIGURA 1. PROCESO DE ENFRENTAR EL SÍNTOMA**

Una mujer gestante bien informada y educada en salud reproductiva es primordial para la conservación de su propio bienestar y el del hijo que espera, ella debe ser capaz de reconocer el peligro, de actuar y demandar evaluación médica apropiada. De igual forma el personal y equipo de salud deben tomar conciencia y responsabilidad al respecto y aprovechar la etapa del embarazo para fomentar la salud materna y perinatal.<sup>(14)</sup>

Las pacientes aprenden de su experiencia obstétrica previa y creen que acudir a control prenatal es opcional, a pesar de que es ampliamente conocido que las conductas generales de salud favorecen un buen resultado del embarazo.<sup>(23)</sup>

### 1.1.6. Epidemiología.

En 1997, en el Sistema Nacional de Salud se registraron 1,266 defunciones maternas por complicación del embarazo, parto y puerperio, con una tasa de 4.7 por 10,000 nacidos vivos registrados. El promedio nacional de consultas por embarazadas atendida fue de 3.04 consultas durante el primer semestre del año 2000, cuando debían ser, en promedio, cinco de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2-1993.3.<sup>(18)</sup>

En el periodo 2000-2002 el IMSS registró un descenso de la mortalidad materna en la población derechohabiente, la cual pasó de 3.9 por diez mil nacidos vivos a 3.0 en el periodo referido. La atención prenatal aumentó de 5.7 consultas en el año 2000 a 5.9 consultas en 2003. La proporción de embarazadas que inicia su vigilancia prenatal en el

primer trimestre de la gestación también se incrementó de 38.1 por ciento en el año 2000 a 39.6 por ciento al concluir el primer semestre de 2003. La mortalidad materna en todo el sector salud ha ido disminuyendo paulatinamente en la última década, con una aceleración en los años recientes. Los datos para el periodo 1989-1991 indican que en México se registraron 4 409 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 4 011 en el periodo 1995-1997. De acuerdo al registro oficial, en 1990 la tasa fue de 5.40 muertes maternas por 10 mil NV, bajando a 4.7 en 2000, con una reducción del 12.9 por ciento.

Si bien, el índice de atención prenatal se ha incrementado en forma constante durante la última mitad del siglo 20, existen como ejemplo datos similares a los de una evaluación de riesgo en el embarazo; los resultados de un estudio de un sistema de monitoreo del año 2000 que mostraron que solo el 57% de los nacimientos en mujeres mexicanas residentes en Oregon U.S., recibió atención prenatal en el primer trimestre comparado con el 78% de las mujeres no latinas. <sup>(21)</sup> Otros estudios reportan que el 98.9% de las mujeres en Estados Unidos recibe control prenatal, con 84.1% que inicia el control prenatal dentro del primer trimestre. Sin embargo, mujeres de raza negra, adolescentes, mujeres con adicciones y pobres son las que tienen un riesgo alto de recibir atención prenatal tardíamente o no tener atención alguna. <sup>(25) (26)</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud materna es una prioridad en el sistema de salud mexicano y a nivel internacional, por lo que es relevante la utilización de los servicios de la atención materna apropiada para las necesidades de la mujer embarazada.<sup>(4)</sup> Por su impacto en la morbilidad y mortalidad materna e infantil es de gran importancia epidemiológica y por ello, las condiciones en las que se brinda la atención prenatal y la calidad de los servicios preventivos es uno de los grandes retos en el campo de la Salud Pública.<sup>(10)</sup>

El principal objetivo del control prenatal es garantizar buenos resultados en el embarazo. Las acciones de control prenatal han evolucionado significativamente en el siglo XX cuando los avances en el conocimiento médico y la práctica contribuyeron a reducir en forma dramática los índices de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Además del monitoreo clínico, el cuidado prenatal prepara prospectivamente a los padres para el nacimiento del bebé y permite su participación activa en la toma de decisiones durante el proceso.<sup>(25)</sup>

Entre más temprano se pueda atender a la madre mediante una valoración prenatal es más probable que se tenga un bebe saludable. El retraso y/o falta de continuidad en la atención prenatal puede poner en riesgo la vida del bebe y de la madre. La mayoría de los embarazos no tienen complicaciones, sin embargo, el acudir a control prenatal en forma temprana y teniendo un seguimiento de visitas es la mejor forma de mantener un embarazo libre de complicaciones.<sup>(27)</sup>

En años recientes países como los Estados Unidos en su afán de lograr la mejoría de los programas de Atención Prenatal han cuestionado ampliamente lo que se conoce como la “Paradoja Hispánica” la cual sugiere que a pesar del bajo ingreso y educación, las mujeres hispanas aprovechan las ventajas en cuidado y atención a la salud comparativamente en una proporción mayor sobre las otras minorías<sup>(19) (21)</sup>. Lo anterior se demuestra con el hecho de que a pesar del bajo índice de control prenatal, las mujeres latinas presentan índices generalmente más favorables en cuanto al menor número de productos de bajo peso al nacer y mortalidad infantil. En un estudio de mortalidad infantil en 60 ciudades de US, el CDC 2002 estableció que el índice de mujeres latinas en las que se observó un menor número de productos de bajo peso al nacimiento y mortalidad infantil fue un 5.9 por 1000, menos que en las mujeres negras o blancas. Los hallazgos que explicación esos índices menores en las mujeres latinas respecto a la población de mujeres negras y blancas fue que la mayoría de las latinas ingieren más proteína y menos grasas saturadas, mientras evitan el cigarro, el alcohol y las drogas.<sup>(20)</sup>

La importancia del control prenatal radica primordialmente en el hecho de que las principales causas de mortalidad materna y perinatal, es decir, la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la atención prenatal temprana, periódica y de alta calidad.<sup>(18)</sup> Esto significa la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de

cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, desde el momento en que la atención prenatal adecuada se ha relacionado con ésta, durante y después del embarazo. Además de que contribuyen a brindar una atención con mayor calidez<sup>(1)(8)</sup>.

La valoración de riesgo obstétrico nos indica la probabilidad de aparición de daños a la salud para la madre, el feto o el recién nacido, y no un problema o complicación ya establecida.<sup>(1, 8)</sup> La importancia de esta evaluación se ejemplifica cuando analizamos las estadísticas en otros países, por ejemplo, las mujeres latinas en los Estados Unidos tienen una incidencia de bajo peso al nacer de 6.5%, mientras que la incidencia en México es de 9%, 10% en Perú y 13% en Guatemala, Nicaragua y El Salvador.<sup>(21)</sup>

En México, el acceso a los servicios médicos no es universal, ya que la seguridad social cubre solo 50% de la población. Esto es importante desde el punto de vista en que hay evidencia empírica de que el acceso a los servicios de seguridad social disminuye la frecuencia de enfermedad y muerte de un gran número de enfermedades en las poblaciones con empleo fijo. En los casos en que la seguridad social es mediadora entre el estado civil y el uso de los servicios, se puede apreciar que para la clase media ser casada y derechohabiente son factores que promueven el uso de los servicios de salud.<sup>(10)</sup>

### 3. JUSTIFICACIÓN.

En la actualidad, la concepción se debe considerar de alta prioridad en las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad en este de grupo de población en edad reproductiva.<sup>(18)</sup> El embarazo puede ser una experiencia maravillosa. El cuidado prenatal es el mejor camino que muestra como disfrutar de la mejor manera las primeras experiencias con el bebe. El inicio temprano del control es invaluable y debe ser para todas las mujeres embarazadas <sup>(27)</sup> ya que los daños a la salud materna tienen altas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la familia.<sup>(18)</sup>

El control prenatal es una de las actividades fundamentales en medicina familiar y forma parte esencial de los programas prioritarios de salud. Es una herramienta en la que se practica uno de los preceptos básicos de la medicina familiar: atención longitudinal y continua del paciente y la familia. La medicina preventiva en la atención prenatal cumple la función de evitar que la gestante abandone los límites fisiológicos, detectar patologías en fases iniciales y ofrecer tratamiento oportuno, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad perinatal.<sup>(11)</sup> Se debería dar más importancia a la primera consulta prenatal y la relación médico-paciente satisfactoria, éstas, fortalecerían la continuidad de la atención, esencia de la medicina familiar, además de que la atención a la embarazada se puede llevar con seguridad, eficacia y eficiencia en el primer nivel de atención; siempre y cuando se consideren los criterios normados para la atención prenatal.<sup>(11)</sup>

Es importante que las Unidades de Medicina Familiar que proporcionan atención de primer nivel conozcan los factores asociados a la utilización de los servicios de salud de los programas prioritarios por parte de la población que cubren, como es el caso del programa de atención del embarazo, ya que la Salud Materno-Infantil representa uno de los principales ámbitos de acción de la salud pública y es precisamente su campo de acción la atención primaria por el hecho de que las tasas de mortalidad materna e infantil son prevenibles<sup>(5)</sup>. La importancia de las actividades que se llevan a cabo en las unidades de Medicina Familiar radica en el hecho de la identificación de los factores de riesgo con la finalidad de prevenir los eventos que, estando al alcance del médico familiar, disminuyan la morbilidad de estos grupos y logre un adecuado conocimiento y control de estas pacientes, ya que muchas veces, el mismo médico familiar desconoce las desviaciones en la evolución del embarazo.<sup>(12)</sup>

La cobertura de la atención prenatal tiene sentido solo cuando ésta es efectiva, y la falta de atención prenatal se asocia con tasas elevadas de bajo peso al nacer y de mortalidad perinatal. Sin embargo, el estudiar la efectividad de la atención prenatal no es fácil, ya que existen muchos sesgos posibles tales como: un menor número de consultas de atención prenatal determinadas por un parto pretérmino, la causalidad de la asociación entre la atención y morbilidad o atención y mortalidad. Además, medir la cobertura por el número de embarazadas que por lo menos fueron una vez a consulta prenatal puede sobreestimar la cobertura de atención adecuada, ya que ha sido ampliamente discutido que el hecho de que las mujeres vayan a una primera consulta no es suficiente.<sup>(9)</sup>

A pesar de la insistencia en la importancia del control prenatal, existen reportes acerca de que 1 de cada 10 mujeres embarazadas no asiste al mismo. Y en otros, se menciona una incidencia menor, que señalan desde un 5,4% o incluso 0,8%, según los estudios de Ramírez y cols. y Martínez y cols. respectivamente<sup>(4)</sup>. Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud<sup>(1)</sup>.

La interacción individual entre la paciente y el médico es un elemento esencial del nuevo modelo de Control Prenatal. La instrucción debería incluir información general sobre el embarazo y el parto así como cualquier respuesta específica a las preguntas de la paciente. La información transmitida en estas visitas debería focalizarse sobre los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y cómo tratarlos, es decir, a quién debería llamar y dónde debería concurrir para su asistencia<sup>(3)</sup>.

A fin de poder brindar una mejor atención prenatal y para propiciar una adecuada continuidad en las consultas prenatales, es importante conocer qué factores facilitan u obstaculizan la utilización adecuada de servicios prenatales. Es necesario indagar estos factores en cada una de las unidades de primer nivel ya que, las características de las mujeres que acuden a cada una de las unidades son diferentes. El conocimiento de estos factores es importante para los médicos familiares ya que ellos durante su consulta diaria pueden identificar a aquellas mujeres que sospechan que tendrán una demanda irregular de atención prenatal, o bien, que pueden desarrollar algún problema que ponga en riesgo su embarazo.<sup>(13)</sup>

Los estudios que analicen la relación entre las estrategias familiares y la salud incluye trabajos que identifiquen pautas que permiten vislumbrar conexiones entre los mecanismos de sobrevivencia de los miembros de la familia y la salud; entre estos resaltan los arreglos familiares y el uso de redes sociales de apoyo para el cuidado de la salud. Los profesionales de la salud pública deben apoyar y orientar el papel del círculo familiar, de las amistades y de la comunidad en general en la atención primaria.<sup>(13)</sup> A nivel mundial existe un gran desarrollo de investigaciones sobre la relación entre las redes y el apoyo social en la salud y atención a la salud, pero en nuestro país este campo de estudio es prácticamente inexistente.<sup>(6)</sup>

El estudiar los factores personales que influyen en el proceso de utilización de servicios de atención prenatal es un proceso que incluye variables de diferente índole que influyen en el comportamiento de las mujeres embarazadas y que afectan las modalidades de la búsqueda de atención médica. Este proceso de búsqueda de ayuda incluye: la necesidad de salud, su percepción, la red social y la consulta misma.

<b>CUADRO II</b> <b>VARIABLES INCLUIDAS EN LOS INDICADORES CONSTRUIDOS</b> <b>PARA EVALUAR LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL.</b> <b>Instituto Mexicano del Seguro Social, 1994</b>	
Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienes de la vivienda tales como teléfono, automóvil, refrigerador</li> <li>• Tipo y propiedad de la vivienda</li> <li>• Ingreso económico mensual</li> <li>• Ocupación de la mujer y del cónyuge</li> <li>• Nivel de escolaridad de la mujer y del cónyuge</li> <li>• Servicios domésticos</li> </ul>
Conocimientos y conducta ante complicaciones y urgencias	Conocimiento acerca de la necesidad de acudir al médico ante la presencia de los siguientes síntomas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema de pies</li> <li>• Ver lucecitas</li> <li>• Zumbido de oídos</li> <li>• Aumento de las veces que orina normalmente</li> <li>• Disminución de los movimientos del bebé</li> <li>• Aumento de los movimientos del bebé</li> </ul>
Utilización de servicios ante la presencia de algunos de los siguientes síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver lucecitas</li> <li>• Zumbido de oídos</li> <li>• Presión alta</li> <li>• Sangrado vaginal</li> <li>• Ausencia de los movimientos del bebé</li> <li>• Edema de piernas</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Dolor de cabeza</li> </ul>
Barreras para la utilización de la atención prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geográficas               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempos de traslado mayor de 30 minutos</li> <li>- Distancia del hogar a la unidad de medicina familiar</li> </ul> </li> <li>• Económicas               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de recursos económicos para el transporte o los medicamentos</li> </ul> </li> <li>• Personales               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de tiempo por estar trabajando o ir a la escuela</li> <li>- Falta de apoyo familiar para el cuidado de los hijos</li> </ul> </li> <li>• Culturales               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de reconocimiento de la necesidad</li> <li>- Falta de confianza hacia el médico</li> <li>- Falta de apoyo laboral</li> </ul> </li> <li>• De la atención médica               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de la calidad de la atención recibida</li> </ul> </li> </ul>

**Cuadro. 2.** Tomado de: Martínez L., Reyes S., García C., et. al. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del seguro Social. Salud Pública de México 1996; 38 (5): 341-351.

Con los datos anteriores, resulta interesante preguntar por qué a pesar de contar con una amplia estructura en salud, recursos tecnológicos y humanos e información acerca de la importancia en el control prenatal, el promedio de consulta resulta alarmantemente baja <sup>(5)</sup>.

Durante el proceso de vigilancia de la mujer embarazada es el médico familiar (MF) quien otorga la primera consulta prenatal; la mujer embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos siete consultas y la primera de ellas preferentemente antes de la semana 14 de gestación. Las citas son programadas mensualmente (o antes, con la presencia de complicaciones o algún evento), y semanalmente a partir de la semana 36. A pesar de ello, sigue llamando la atención el bajo uso del servicio de medicina familiar como recurso para la vigilancia del control prenatal <sup>(4)</sup>. En ciertas regiones geográficas, el médico familiar puede ser el único punto de acceso al control prenatal. Para lograr el mejor resultado en el embarazo, es importante el reconocer y referir a la mujer que requiere cuidado especializado. <sup>(25)</sup>

La educación para la salud tiene como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgos, mediante la concientización a la madre y a su pareja sobre la importancia de la atención prenatal desde las primeras semanas del embarazo, además de que el equipo multidisciplinario de salud los capacite en la búsqueda intencionada de los signos y síntomas de riesgo que se pueden presentar, y evitar complicaciones durante el embarazo parto y puerperio. <sup>(18)</sup>

Como una estrategia para disminuir notablemente el riesgo para las mujeres sin cuidados, el cuidado primario debe proporcionar información a mujeres jóvenes acerca de las conductas de riesgo y apoyo psicológico y la intervención debe ofrecerse durante el periodo preconcepcional y prenatal. <sup>(19)</sup>

La realidad es que a pesar de las conductas preventivas en salud de la mujer, un estudio que identifica la epidemiología de las muertes fetales en América Latina también muestra una carencia en el control prenatal que puede ser el factor más significativo de las muertes fetales. El reto está dirigido a lograr el equilibrio entre las conductas culturales de protección y las del control prenatal para garantizar de manera segura la conducta de las mujeres. <sup>(20)</sup> El futuro debe traer nuevas estrategias para asegurar que todas las mujeres embarazadas reciban cuidado individualizado accesible y los avances médicos que reduzcan la incidencia de condiciones tales que estimulen el parto pretérmino, retraso en el crecimiento intrauterino y posible preeclampsia. <sup>(25)</sup>

#### **4. HIPÓTESIS.**

- El número de mujeres embarazadas que acuden por primera vez a consulta de control prenatal durante el primer trimestre es menor que el de las que inician el control en etapas más tardías del embarazo.
- Las mujeres embarazadas afiliadas como trabajadoras acuden con mayor frecuencia por primera vez a consulta de atención prenatal en el primer trimestre que las mujeres embarazadas que son afiliadas en la categoría de esposas de trabajador.
- Las mujeres embarazadas que acuden a consulta de primera vez después del primer trimestre de gestación lo hacen solo si perciben alguna molestia relacionada con el embarazo.

#### **5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.**

##### **General.**

- Determinar la edad gestacional más frecuente en la que inician su control prenatal las pacientes derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE.

##### **Específicos.**

- Documentar la edad gestacional más frecuente en la que inician su control prenatal las pacientes embarazadas con derechohabiencia a la UMF Oriente.
- Establecer el número promedio de consultas prenatales a las que acuden las pacientes derechohabientes a la UMF Oriente.
- Detectar la causa más frecuente del inicio del control prenatal en el primer trimestre.
- Investigar el tipo de derechohabiente que inicia la atención prenatal en el primer trimestre con mayor frecuencia.

## **6. METODOLOGIA.**

### **6.1. Tipo de Estudio.**

El estudio es retrospectivo, transversal, descriptivo.

### **6.2. Población, lugar y tiempo.**

La Unidad de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE cuenta con una población derechohabiente adscrita reportada, según datos obtenidos de la Pirámide poblacional, de la delegación estatal 35 Zona Oriente hasta Junio de 2006 de un total de 80,960 personas, correspondiente al 100%. De estos, 43,109 (53.25%) son mujeres y 37,851 (46.75%) son varones.

De la población Total de Mujeres, los grupos correspondientes a la población en edad fértil, de 10 a 49 años, aporta un total de 26,484 mujeres que corresponde al 61.44% del total de la población femenina, y al 32.71% de la población derechohabiente en general. (Véase anexo 2).

Las mujeres trabajadoras así como las esposas de los trabajadores y las hijas menores de edad tienen derecho a recibir los servicios de atención prenatal en la Unidad de Medicina Familiar a la cual le sea asignada su adscripción con base en criterios geográficos del ISSSTE.

Este trabajo incluye la revisión de los expedientes clínicos de las mujeres embarazadas con vigencia de derechos que acudieron a consulta de control prenatal durante los meses de agosto a diciembre de 2006 y enero de 2007.

### **6.3. Tipo y tamaño de la muestra.**

No se tienen un censo de pacientes embarazadas ni datos fidedignos sobre el número de consultas de atención prenatal a las mujeres en estado de gestación que acuden a la Unidad de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE por consulta de control prenatal. Por este motivo, se revisaron los expedientes de mujeres embarazadas que acudieron a consulta prenatal en dicha unidad durante los meses de agosto a diciembre del 2006 y enero de 2007, según los reportes de las hojas diarias de consulta durante los meses citados. Por éste motivo se revisaron los expedientes de pacientes derechohabientes embarazadas con vigencia de derechos que acudieron a consulta de control prenatal durante los meses de agosto a diciembre del 2006 y enero de 2007, según los reportes de las hojas diarias de consulta durante los meses citados.

Del total de las 481 pacientes que acudieron a consulta de control prenatal, según hojas de consulta diaria durante los meses de Agosto a Diciembre de 2006 y Enero de 2007, en 23

de ellas no se encontraron los expedientes en el archivo de la clínica, 19 de estas consultas se otorgaron a pacientes foráneas, es decir, derechohabientes al ISSSTE pero con adscripción en otra unidad médica de la misma institución. En 81 pacientes no se encontró el registro de la cedula que confirmara su Derechohabiencia; 14 de las pacientes reportadas con atención médica por embarazo no lo estaban, puesto que en su expediente no se halló una sola nota que confirmara el diagnóstico de embarazo actual. 5 de las pacientes no contaban con prórroga para el servicio (esta es una característica de las pacientes menores de 18 años de edad con derecho a servicio médico por parte de la afiliación de uno de los padres trabajadores bajo la denominación de Hija de trabajador, las cuales durante su embarazo cumplen los 18 años de edad y automáticamente pierden el derecho a la seguridad social). 2 de los expedientes se hallaban inactivos, es decir, no corroboraron vigencia y 3 de las pacientes se encontraban repetidas en las hojas de informe diario.

#### **6.4. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.**

- a) **Inclusión:** Pacientes derechohabientes, embarazadas con expedientes activos que acudieron a consulta de atención prenatal durante los meses de agosto a diciembre del 2006 y enero de 2007.
- b) **Exclusión:**
  - Mujeres no derechohabientes a la UMF oriente del ISSSTE.
  - Mujeres sin vigencia de derechos a la atención.
  - Mujeres que no cuenten con expediente dentro de la clínica.
  - Mujeres foráneas que acudan a consulta de control prenatal a la Unidad de manera incidental.
- c) **Eliminación:** No es un estudio longitudinal por lo que los eventos posteriores a la revisión de los expedientes no tendrán un impacto en la población incluida en el mismo.

#### **6.5. Definición de Variables.**

##### **a) Variable dependiente:**

- a) Trimestre de edad gestacional de la primera consulta prenatal.

##### **b) Variables independientes:**

- a) Edad.
- b) Tipo de derechohabiente: Mujeres trabajadoras, Esposas de trabajadores e hijas de trabajadores embarazadas con edad menor a los 18 años.
- c) Número de gestas.

- d) Causas que motivaron el acudir a la primera consulta prenatal.
- e) Número total de consultas prenatales consignadas en los expedientes clínicos.
- f) Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete en la primera consulta prenatal.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma
Edad Gestacional	Cuantitativa	Discontinua	Números consecutivos
Edad	Cuantitativa	Discontinua	Números consecutivos
Número de Gestas	Cuantitativa	Discontinua	Números consecutivos
Motivo de consulta	Cualitativa	Nominal	-Prueba de Embarazo positiva. -Ultrasonido pélvico con diagnóstico de embarazo. -Síntomas Neurovegetativos -Infección de vías urinarias -Infecciones vaginales -Sangrado transvaginal -Consulta de Rutina
Consultas totales	Cuantitativa	Discontinua	Números consecutivos
Consultas por trimestre	Cuantitativa	Discontinua	Números consecutivos
Solicitud de laboratorios en la primera consulta.	Cualitativa	Nominal	Si No
Tipo de derechohabiente	Cualitativa	Nominal	-Trabajadora -Esposa de Trabajador -Hija de trabajador

## 6.6. Definición del Plan, Procedimiento y Presentación de la Información.

La información será concentrada en una base de datos computarizada para ser procesada utilizando el programa SPSS. Se harán análisis de frecuencias simples y análisis bivariados para buscar las asociaciones de interés.

El tipo de investigación es: Aplicable, Exploratoria, del campo de la Salud pública, Transversal , Retrospectiva y Abierta.

Los datos serán recabados de los expedientes clínicos y concentrados en formato de programa SPSS versión 12 para obtener la información de las variables dependientes e independientes de las mujeres embarazadas.

## 6.7. Aspectos Éticos.

a) **Riesgo de la Investigación:** La investigación se realizara sin riesgos para las pacientes estudiadas.

b) **Bioseguridad:** Se realizara la revisión de expedientes de las pacientes que acudieron a consulta de control prenatal durante los meses de Agosto a Diciembre de 2006 y Enero de 2007, en base a los registros de asistencia de las hojas diarias de consulta, previo informe y autorización la misma por las autoridades correspondientes en la Unidad de Medicina Familiar Oriente mediante un documento de Solicitud de Permiso para realizar la revisión, informando a las mismas en qué consiste el estudio y sus objetivos. Se informará que los datos que se recaben serán registrados en forma anónima y con fines de investigación.

El presente trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Comité de Investigación de la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, así como lo contempla la Normativa Institucional para la Investigación en Salud de acuerdo a la Ley General de Salud, sin contravenir las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asamblea Medica Mundial en 1964, modificada en la 52 Asamblea General de Edimburgo en Octubre de 2002. De acuerdo a la Ley General de Salud se clasifico como investigación sin riesgo ya que no se invadió la intimidad del paciente ni hubo intervención sobre ellos.

## 7. RESULTADOS.

### 7.1. Análisis de Frecuencias.

#### Grupos de Edad.

En el análisis del Primer cuadro se aprecia una media de 29.70, Mediana: 30 y Moda de 32. Lo que significa que el promedio de edades en las pacientes estudiadas fue de 29.7 años. La edad predominante en el total de las pacientes estudiadas fue de 32 años. Sin embargo la distribución de la muestra se considera normal, ya que la variación entre media y mediana tienen es mínima.

**TABLA 1. Edades de las Mujeres Estudiadas.**

Edades	Frecuencias	Porcentajes
14	3	.9
15	2	.6
16	3	.9
17	11	3.3
18	1	.3
19	3	.9
20	4	1.2
21	6	1.8
22	4	1.2
23	4	1.2
24	13	3.9
25	10	3.0
26	20	6.0
27	12	3.6
28	30	9.0
29	28	8.4
30	19	5.7
31	24	7.2
32	32	9.6
33	13	3.9
34	18	5.4
35	23	6.9
36	15	4.5
37	9	2.7
38	10	3.0
39	8	2.4
40	5	1.5
41	1	.3
43	2	.6
44	1	.3
Total	334	100.0

### **Edades Agrupadas.**

En este rubro se agruparon las edades en las categorías: 1) 14-19, 2) 20-35, 3) 36-44. Como se observa, tres cuartas partes de las mujeres tienen entre 20 y 35 años (82.3%), el 10.8% son mayores y sólo el 6.9% tienen menos de 20 años.

**TABLA 2. Edades Agrupadas.**

Edades	Frecuencia	Porcentaje
14-19	23	6.9
20-35	275	82.3
36-44	36	10.8
Total	334	100.0

### **TIPO DE DERECHOHABIENTE.**

Los tipos de derechohabientes detectados en el estudio fueron 3 y se emplearon las mismas claves utilizadas en los códigos del ISSSTE para clasificar al tipo de derechohabiente, donde, según éstas corresponden como a continuación se detalla:

- 2. TRABAJADORA,
- 3. ESPOSA DE TRABAJADOR,
- 8. HIJA DE TRABAJADOR.

Cabe mencionar que este último rubro (8) solo tiene derecho al servicio médico por parte de alguno de los padres trabajadores hasta antes de cumplir los 18 años de edad, o bien, posterior a esta, si comprueba que se encuentra estudiando mediante los documentos que avalen dicha actividad emitidos por la institución Educativa correspondiente.

La mayoría de las mujeres estudiadas fueron trabajadoras (69.8%), el 23.1% son las esposas de los trabajadores y el 7.2% las hijas de los trabajadores.

**TABLA 3. Tipo de Derechohabiencia.**

Derechohabiencia	Frecuencias	Porcentajes
Trabajadora	233	69.8
Esposa de Trabajador	77	23.1
Hija de Trabajador	24	7.2
Total	334	100.0

## **GESTACIONES.**

En este rubro obtuvimos que promedio de embarazos por paciente fue de 2.07, sin embargo se aprecia que la mayoría (37.1%) era su primer embarazo. En del total, el 69.4% de las mujeres cursaba con su primer o segundo embarazo. A partir del tercer embarazo, las proporciones de mujeres atendidas baja significativamente.

**TABLA 4. Número de Gestaciones.**

Número de Gestaciones	Frecuencias	Porcentajes
1	124	37.1
2	108	32.3
3	70	21.0
4	25	7.5
5	4	1.2
6	2	.6
8	1	.3
Total	334	100.0

## **TRIMESTRE DE INICIO DE LA PRIMERA CONSULTA.**

Casi la mitad de las mujeres acudió a su primera consulta prenatal durante el primer trimestre (46.4%), lo cual es el momento ideal para iniciar la atención prenatal. Sólo el 8.7% de las mujeres acudió hasta el tercer trimestre, posiblemente para realizar los trámites de atención del parto e incapacidad.

**TABLA 5. Trimestre 1a. Consulta**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
1	155	46.4
2	150	44.9
3	29	8.7
Total	334	100.0

## MOTIVO DE CONSULTA.

Los motivos por los cuales acudieron las pacientes por primera vez a consulta de control prenatal detectados en este grupo de pacientes se enlistan a continuación:

1. Prueba Inmunológica de Embarazo Positiva (PIE positivo).
2. Ultrasonido pélvico con reporte de Embarazo.
3. Síntomas neurovegetativos o sintomatología propia del Embarazo.
4. Infección de Vías Urinarias.
5. Cervicovaginitis (Presencia de flujo o prurito vaginal).
6. Sangrado transvaginal.
7. Consulta de revisión rutinaria del embarazo.

Se aprecia por lo tanto que la principal causa de consulta prenatal de primera vez fue el contar con una prueba Inmunológica de Embarazo positiva. La consulta de rutina tuvo el segundo lugar de motivo de consulta que correspondió al 29.3%.

**TABLA 6. Motivo de Consulta de Primera Vez**

Motivo de Consulta.	Frecuencias	Porcentajes
Prueba de Embarazo	127	38.0
Consulta de Rutina	98	29.3
Ultrasonido	31	9.3
Infección de Vías Urinarias	22	6.6
Sangrado transvaginal	20	6.0
Síntomas neurovegetativos	18	5.4
Infección vaginal	18	5.4
Total	334	100.0

## EXAMENES DE LABORATORIO.

En este rubro se aprecia que a la mayoría de las pacientes se les solicitaron los estudios de rutina prenatales en su primer contacto con los servicios de salud (91.3%) , tal como lo estipula la NOM para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido que es el lineamiento en el cual se basa la atención prenatal en el ISSSTE.

**TABLA 7. Exámenes de laboratorio.**

Laboratorios	Frecuencias	Porcentajes
Si	305	91.3
No	29	8.7
Total	334	100.0

**NUMERO DE CONSULTAS EN CADA UNO DE LOS TRIMESTRE DE GESTACIÓN.**

**a) PRIMER TRIMESTRE.**

Según este dato observamos que, del total de las 334 pacientes estudiadas, casi la mitad (155) acudió a consulta en el primer trimestre.

De todas las embarazadas, 179 de 334 no tuvieron una sola consulta en el primer trimestre, 109 solo asistieron 1 vez, solo 29 asistieron en 2 ocasiones, 10 en 3 ocasiones, 4 pacientes con 4 consultas totales y 3 pacientes que asistieron en 5 ocasiones totales durante el primer trimestre.

El siguiente cuadro nos permite apreciar cuantas pacientes asistieron el mínimo de consultas requeridas durante el primer trimestre, que es de 3. De estas encontramos que solo 10 pacientes acudieron en 3 ocasiones, como se recomienda, la gran mayoría (138) tuvieron una asistencia menor a 3 consultas y solo 7 pacientes asistieron en más de 3 ocasiones.

**TABLA 8. Número de Consultas en el 1er. Trimestre.**

Consultas	Frecuencia	Porcentaje
0	179	53.6
1- 2	138	41.3
3	10	3.0
4 y +	7	2.1
Total	334	100.0

**TABLA 9. Número de Consultas en el Trimestre de Gestación 1.**

Consultas	Frecuencias	Porcentajes
0	179	53.6
1	109	32.6
2	29	8.7
3	10	3.0
4	4	1.2
5	3	.9
Total	334	100.0

**b) SEGUNDO TRIMESTRE**

En este cuadro podemos apreciar que 66 pacientes no acudieron a consulta durante el segundo trimestre de un total de 334, solo 268 pacientes acudieron a consulta en el segundo trimestre de gestación.

La mayoría asistieron en 2 ocasiones con un total de 98 pacientes, otras 90 asistieron en al menos 1 ocasión durante este trimestre (promedio 1.71). Sin embargo, cuantificando las consultas que se deben de reunir en el segundo trimestre, vemos que tampoco se cumple con lo estipulado, pues de las 4 consultas programadas solo 17 pacientes las reunieron. La mayoría acudió a 1 a 3 consultas con un total de 240 pacientes solo 11 pacientes acudieron en 5 ocasiones ó más y 17 acudieron en 4 ocasiones, resaltando que 66 no acudió una sola vez (media: 0.92, mediana: 1, moda: 1).

**TABLA 10. Número de Consultas en el 2o. Trimestre.**

Consultas	Frecuencias	Porcentajes
0	66	19.8
1 a 3	240	71.9
4	17	5.1
5 +	11	3.3
Total	334	100.0

**TABLA 11. Número de Consultas en el Trimestre de Gestación 2.**

Consultas	Frecuencias	Porcentajes
0	66	19.8
1	90	26.9
2	98	29.3
3	52	15.6
4	17	5.1
5	6	1.8
6	4	1.2
7	1	.3
Total	334	100.0

**c) TERCER TRIMESTRE.**

Según apreciamos en la tabla, en el tercer trimestre el total de asistencia a consulta descendió en forma muy discreta, pues en este trimestre las mujeres que no asistieron a una sola consulta del total de 334 fue de 79. Se aprecia una asistencia a consulta de hasta 6 ocasiones por paciente, pero solo fueron 2 mujeres. La mediana y moda continúan siendo las mismas que durante el segundo trimestre (media de 1.86 mediana de 2 y moda de 2). El grupo más numeroso de 93 pacientes solo asistió en 2 ocasiones, seguida de 3 consultas en total en 65 pacientes. Al contabilizar las consultas estipuladas para el tercer trimestre, vemos que igual que en el segundo trimestre no solo no se reúnen las consultas mínimas, sino que al ser este el trimestre en el que más consultas se programan (7), la media: 0.76, mediana: 1 y moda: 1, se encuentran muy por debajo de lo establecido. 255 pacientes asistieron entre 1 y 6 ocasiones y 79 pacientes no asistieron durante este tercer trimestre en una sola ocasión a consulta.

**TABLA 12. Número de Consultas en el 3er. trimestre**

Consultas	Frecuencias	Porcentajes
0	79	23.7
1	255	76.3
Total	334	100.0

**TABLA 13. Número de Consultas en el Trimestre de Gestación 3**

	Frecuencias	Porcentajes
0	79	23.7
1	55	16.5
2	93	27.8
3	65	19.5
4	28	8.4
5	12	3.6
6	2	.6
Total	334	100.0

**NUMERO DE CONSULTAS TOTALES DURANTE EL EMBARAZO.**

El total de consultas durante todo el seguimiento del embarazo muestra un promedio de 4.25 por paciente con una mediana y moda de 4, lo cual nos permite apreciar que, en la población estudiada no se alcanza siquiera a reunir lo que algunos autores consideran como el “mínimo” de consultas permitidas, en los embarazos de bajo riesgo que es de 5. Y agrupándolas, por número acumulado de consulta de acuerdo al trimestre Gestacional vemos que el promedio es aun mucho menor, con alrededor de 1 consulta por cada trimestre (media: 1.68, mediana y moda de 1). 196 pacientes tuvieron entre 1 y 4 consultas, 50 pacientes tuvieron 5 y 88 pacientes entre 6 y 14 consultas.

**TABLA 14. Número de Consultas Totales.**

Consultas	Frecuencias	Porcentajes
1	40	12.0
2	46	13.8
3	46	13.8
4	64	19.2
5	50	15.0
6	35	10.5
7	25	7.5
8	14	4.2
9	6	1.8
10	3	.9
11	3	.9
12	1	.3
17	1	.3
Total	334	100.0

**TABLA 15. Número Total de Consultas Agrupadas**

Consultas	Frecuencias	Porcentajes
1-4	196	58.7
5	50	15.0
6-14	88	26.3
Total	334	100.0

**TRIMESTRE DEL EMBARAZO POR NÚMERO SECUENCIAL DE CONSULTA PRENATAL**

**a) TRIMESTRE DE LA PRIMERA CONSULTA.**

En las 334 pacientes incluidas vemos que en promedio la asistencia a la consulta de atención prenatal de primera vez fue en la semana 15.49 perteneciente al 2º. Trimestre de gestación, con una distribución central de 13 y una moda alrededor de la 6 semana de gestación.

Aunque el promedio de asistencia a la primera consulta clasificado por semana sea en el segundo trimestre, el valor de la moda indica que el mayor porcentaje de asistencia ocurrió en el primer trimestre. Tal como se aprecia en la tabla, donde se presentan el total de consultas iniciales agrupadas por trimestre de gestación (media: 1.65, mediana de 2 y moda de 1).

**TABLA 16. Trimestre de la Consulta Inicial**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
1	155	46.4
2	150	44.9
3	29	8.7
Total	334	100.0

**b) 2ª. CONSULTA.**

El total de pacientes que asistieron a una segunda consulta de atención prenatal fue de 294 con 40 pacientes menos de las 334 iniciales. En estas, el promedio de asistencia a la consulta fue en la semana 21.6, con una distribución central en la semana 21, con una

asistencia en la mayoría, a la semana 16 (moda). Estos datos ubican la segunda consulta de control prenatal en el 2º. trimestre de gestación (media: 2.07, mediana y moda de 2).

**TABLA 17. Trimestre de la segunda Consulta.**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
1	48	14.4
2	178	53.3
3	68	20.4
Total	294	88.0
Pérdida del Sistema	40	12.0
Total	334	100.0

**c) 3ª. CONSULTA.**

Para la asistencia a una tercera consulta se contabilizaron solo 248 pacientes (86 pacientes menos del total y una pérdida de 46 más con respecto a la segunda consulta). Nuevamente la mayoría pertenecientes al segundo trimestre de gestación (media: 2.36, mediana y moda de 2), con un promedio de asistencia por semana de 25.6, con distribución central más tardía, en la semana 26.4 y la mayoría en la semana 29 (moda).

**TABLA 18. Trimestre de la tercera Consulta.**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
1	18	5.4
2	122	36.5
3	108	32.3
Total	248	74.3
Pérdida del Sistema	86	25.7
Total	334	100.0

**d) 4ª. CONSULTA.**

Para la cuarta consulta la asistencia total fue de 202 pacientes (132 menos del total). El promedio de asistencia se ubicó en la semana de 29.5, con la mediana ubicada en la semana

31 y la gran mayoría con asistencia en la semana 36, un tanto más tardía que los valores previos. Trimestralmente alcanzamos a ubicar el promedio de consulta en el segundo trimestre (media: 2.61), sin embargo, el sesgo de la mediana y la moda (valores de 3) ubican el predominio de la asistencia a la cuarta consulta prenatal en el tercer trimestre.

**TABLA 19. Trimestre de la cuarta Consulta**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
1	7	2.1
2	65	19.5
3	130	38.9
Total	202	60.5
Pérdida del Sistema	132	39.5
Total	334	100.0

**e) 5ª. CONSULTA.**

Para la 5ª consulta de control asistieron ya menos de la mitad del total de pacientes, solo 138 (196 pacientes menos), con el promedio de asistencia en la semana 31.5, donde el predominio indiscutible del tercer trimestre se hace manifiesto tanto en el reporte por semana de gestación (mediana 33.8, moda 36) como en la agrupación por trimestre (media: 2.72, con mediana y moda de 3).

**TABLA 20. Trimestre de la quinta Consulta.**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
1	3	.9
2	33	9.9
3	102	30.5
Total	138	41.3
Pérdidas del Sistema	196	58.7
Total	334	100.0

**f) 6ª. CONSULTA.**

Del total inicial solo asistieron 88 pacientes a una 6ª. consulta, nuevamente con franco predominio estadístico del tercer trimestre gestacional. El Promedio por semana fue en la número 32.6, con un centro ubicado en la semana 34.2 y apreciamos nuevamente la semana con mayor asistencia en la 36. Por trimestre Gestacional fue de 2.82, con mediana y moda de 3.

**TABLA 21. Trimestre de la sexta Consulta.**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
2	16	4.8
3	72	21.6
Total	88	26.3
Pérdidas del Sistema	246	73.7
Total	334	100.0

**g) 7ª. CONSULTA.**

Para la séptima consulta de control prenatal continua acentuándose la disminución en la asistencia, ya que fueron solo 53 pacientes con un promedio en la semana 33.4 las asistentes (mediana 35.6 y moda a la 36 semana de gestación). Por trimestre resulta indudable que se trató del tercero donde se concentró toda la asistencia: promedio de 2.85, con mediana y moda de 3. Lo anterior indica que 35 pacientes menos de las que tuvieron una sexta consulta asistieron a una séptima.

**TABLA 22. Trimestre de la séptima Consulta**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
2	8	2.4
3	45	13.5
Total	53	15.9
Pérdidas del Sistema	281	84.1
Total	334	100.0

#### **h) 8ª. CONSULTA.**

Un total de 28 pacientes consultaron por 8ª. ocasión durante el embarazo. Todas en el tercer trimestre de gestación (promedio a la semana 32.7, con distribución central en la semana 34.4 y repitiendo nuevamente el valor de las últimas 4 consultas, la mayoría en la semana 36.

**TABLA 23. Trimestre de la octava Consulta 8.**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
2	4	1.2
3	24	7.2
Total	28	8.4
Pérdida del Sistema	306	91.6
Total	334	100.0

#### **i) 9ª. CONSULTA.**

En la novena consulta se redujo a la mitad la asistencia con respecto a la consulta previa, ya que asistieron solo 14 pacientes. También se aprecia un promedio de asistencia más temprano de acuerdo a la semana de gestación respecto a las últimas 3 consultas previas: en la semana 32.3, la mayoría en la semana 34 con distribución central en esta misma, lo cual indica que aunque fueron menos las pacientes que asistieron a una novena consulta de atención prenatal, si lo hicieron antes que las pacientes con 6, 7 y 8 consultas. Se aprecia el mismo patrón predominante en el tercer trimestre. (media: 2.7, centro de distribución y moda de 3).

**TABLA 24. Trimestre de la novena Consulta.**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
2	4	1.2
3	10	3.0
Total	14	4.2
Pérdidas del Sistema	320	95.8
Total	334	100.0

**j) 10ª. CONSULTA.**

Asistieron sólo 8 pacientes. El promedio de asistencia en la semana 34, con una mediana y moda a la semana 36, correspondiente todo al tercer trimestre Gestacional (media: 2.88, mediana y moda de 3).

**TABLA 25. Trimestre de la décima Consulta.**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
2	1	.3
3	7	2.1
Total	8	2.4
Pérdidas del Sistema	326	97.6
Total	334	100.0

**k) 11ª. CONSULTA.**

Para la 11ª consulta de atención prenatal, la asistencia ya era prácticamente nula. Solo asistieron 5 pacientes de las 334 inicialmente cuantificadas. La semana promedio de asistencia se ubicó en 34.7 con el centro de la distribución en la semana 36 y la mayoría de las asistencias en la semana 24 del segundo trimestre. No obstante, por trimestre de gestación apreciamos que el 80% de las pacientes (4) acudieron el en tercer trimestre (media: 2.8, mediana y moda de 3).

**TABLA 26. Trimestre de la onceava Consulta**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
2	1	.3
3	4	1.2
Total	5	1.5
Pérdidas del Sistema	329	98.5
Total	334	100.0

### **I) 12ª. CONSULTA.**

A una consulta número 12 solo asistieron 2 pacientes, cuyo promedio y centro de la muestra se ubicó en la semana 31.8, lo cual habla de una distribución simétrica (debido al reducido número de casos), con una moda en la semana 27. Aunque la distribución por semanas de gestación ubica solo el valor de la moda en el segundo trimestre, la agrupación por trimestre ubica todos los valores en el segundo (media: 2.5, mediana: 2.5 y moda: 2). Pero recordemos que tanto por semanas como por trimestres la distribución (valores de media y mediana) son simétricos, además de que de los dos únicos casos, uno fue en el segundo y otro en el tercer trimestre.

**TABLA 27. Trimestre de la doceava Consulta.**

Trimestre	Frecuencias	Porcentajes
2	1	.3
3	1	.3
Total	2	.6
Pérdidas del Sistema	332	99.4
Total	334	100.0

### **m) 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª CONSULTA.**

A partir de la consulta 13 hasta la 17 solo hubo 1 paciente con asistencia a estas consultas subsecuentes. La única variante fue la semana de gestación en la que acude a cada cita (moda) y la cual es, obviamente, progresiva en el tiempo: 29, 32.2, 36.1, 38.2, 39.1. Por lo anterior, la media y la mediana en la distribución por semana de gestación adquieren los mismos valores (29, 32.2, 36.1, 38.2 y 39.1). Y con respecto a los mismos valores pero clasificados por trimestre Gestacional, todos adquieren invariablemente los valores de 3 para la media, mediana y moda en cada una de éstas últimas 5 consultas.

**TABLA 28. Trimestre de la treceava Consulta**

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
3	1	.3
Pérdida del Sistema	333	99.7
Total	334	100.0

**TABLA 29. Trimestre de la Consulta 14.**

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
3	1	.3
Pérdida del Sistema	333	99.7
Total	334	100.0

**TABLA 30. Trimestre de la Consulta 15.**

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
3	1	.3
Pérdida del Sistema	333	99.7
Total	334	100.0

**TABLA 31. Trimestre de la Consulta 16.**

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
3	1	.3
Pérdida del Sistema	333	99.7
Total	334	100.0

**TABLA 32. Trimestre de la Consulta 17.**

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
3	1	.3
Pérdida del Sistema	333	99.7
Total	334	100.0

## 7.2. Análisis Bivariados.

### Edad Gestacional de la primera Consulta de Acuerdo a Grupos de Edad.

**TABLA 33. Trimestre de la 1a. Consulta en relación a las Edades Agrupadas.**

Trimestre 1a. Consulta		Edades Agrupadas			Total
		14-19	20-35	36-44	
<b>1</b>	Número	7	134	14	155
	%	30.4%	48.7%	38.9%	46.4%
<b>2</b>	Número	13	117	20	150
	%	56.5%	42.5%	55.6%	44.9%
<b>3</b>	Número	3	24	2	29
	%	13.0%	8.7%	5.6%	8.7%
Total	Número total	23	275	36	334
	%	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
	% Total	6.9%	82.3%	10.8%	<b>100.0%</b>

La asistencia de primera vez a control prenatal en el primer trimestre de Gestación se observa en un 46.4% (155) del total de las pacientes cuantificadas en el estudio, para el segundo trimestre la asistencia tuvo un porcentaje menor: 44.9% (150) y en el tercer trimestre fue de solo 8.7% (29) pacientes.

Se aprecia en los porcentajes totales que fueron las mujeres de entre 20 y 35 años de edad con 82.3% (275) el que más asistió a la consulta en general, le siguió el tercer grupo de edad con 10.8% (36 pacientes) y el primero con 6.9% (23 pacientes).

Respecto a la asociación entre edad de la mujer y el trimestre de la primera consulta, es más frecuente que las mujeres de entre 20 y 35 años de edad acudan a su primera consulta en el primer trimestre (48.7%), seguidas por aquellas mayores de 35 años (38.9%) y finalmente las más jóvenes (30.4%). Eso significa que es 1.6 veces más frecuente que las mujeres de 20 a 35 años de edad acudan a su primera consulta en el primer trimestre comparadas con las jóvenes de menos de 20 años (48.7% vs 30.4%).

No hay diferencia entre los grupos de edad de la primera consulta cuando las mujeres van en el segundo trimestre del embarazo y tienen edades extremas. Es decir, menos de 20 años o más de 35 años (56.5% vs 55.6%). Es ligeramente menos frecuente que las mujeres entre 20 y 35 años vayan a la primera consulta en el segundo semestre comparadas con el resto de las mujeres (42.5% vs 56.5% y 55.6%).

Muy pocas mujeres de mujeres de menos de 20 años (3) y de más de 35 (2) fueron a la primera consulta en el tercer trimestre, pero se observa que entre las mujeres que fueron a su primera consulta en el tercer trimestre del embarazo, esto tiene una tendencia a ser una proporción menor conforme aumenta la edad: 13.0% en las menores de 20 años, 8.7% en las de 20 a 35 años y 5.6% en las de más de 35 años.

**TABLA 34. Edad Gestacional de la Primera Consulta por Trimestre del embarazo de Acuerdo al Tipo de derechohabiente.**

**Trimestre de la 1a. Consulta por Tipo de Derechohabencia**

Trimestre 1a. Consulta		Tipo de Derechohabencia			Total
		Trabajadora	Esposa de Trabajador	Hija de Trabajador	
<b>1</b>	Número	120	29	6	155
	%	51.5%	37.7%	25.0%	46.4%
<b>2</b>	Número	96	39	15	150
	%	41.2%	50.6%	62.5%	44.9%
<b>3</b>	Número	17	9	3	29
	%	7.3%	11.7%	12.5%	8.7%
Total	Número	233	77	24	334
	% Tipo de Derechohabencia	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
	% Total	69.8%	23.1%	7.2%	100.0%

$X^2$  9.594  $p < 0.05$

En los tipos de derechohabientes, el que más acudió a consulta en el primer trimestre fue el de las trabajadoras con 69.8% (233), las siguientes más frecuentes fueron las esposas de los trabajadores con 23.1% (77) y las menos frecuentes fueron las hijas de trabajador con 7.2% (24).

En la asociación entre tipo de derechohabencia y trimestre del embarazo en el que acudieron a su primera consulta, se observa que es 2.06 mas frecuente que las trabajadoras acudan a su primera consulta en el primer trimestre del embarazo, comparadas con las hijas de trabajadores (51.6% vs 25.0%), y 1.3 veces mas frecuente que las esposas de los trabajadores (51.6% vs 37.6%). Es decir, cuando el derechohabiente es la mujer embarazada es mucho más frecuente que acudan a la primera consulta en el primer trimestre comparadas con las mujeres que son las esposas o hijas de los trabajadores (51.5% vs 37.7% vs 25.0%).

Cuando la primera consulta es durante el segundo o tercer trimestre del embarazo la tendencia es lo contrario: es mucho mas frecuente que las embarazadas derechohabientes que son las mismas trabajadoras tienen una menor probabilidad de acudir a la primera consulta en el segundo y tercer trimestre que aquellas que son las esposas o hijas de los derechohabientes. En esta asociación se observa que las hijas de los trabajadores son las que están en mayor riesgo de acudir tardíamente a la primera consulta, comparadas con las derechohabientes o esposas de derechohabientes: para el segundo semestre la tendencia es: 62.5% hijas vs 50.6% esposas y 41.2% trabajadoras. Para el tercer trimestre la tendencia es: 12.5% hijas versus, 11.7% esposas, versus 7.3% trabajadoras.

En resumen, cuando la mujer embarazada es la trabajadora misma, existe una probabilidad mayor de acudir más tempranamente a la primer consulta de embarazo más tempranamente que cuando la derechohabiente es la esposa o la hija.

**TABLA 35. Asistencia a la Primera Consulta de Control Prenatal de acuerdo al Número de embarazo.**

**Trimestre 1a. Consulta según número de Gestaciones**

Trimestre 1a. Consulta		Gestaciones							Total
		1	2	3	4	5	6	8	
1	Número	52	51	36	11	3	1	1	155
	%	41.9%	47.2%	51.4%	44.0%	75.0%	50.0%	100.0%	46.4%
2	Número	60	46	30	12	1	1	0	150
	%	48.4%	42.6%	42.9%	48.0%	25.0%	50.0%	.0%	44.9%
3	Número	12	11	4	2	0	0	0	29
	%	9.7%	10.2%	5.7%	8.0%	.0%	.0%	.0%	8.7%
Total	Número	124	108	70	25	4	2	1	334
	%	<b>100.0%</b>							
	% Total	37.1%	32.3%	21.0%	7.5%	1.2%	.6%	.3%	100.0%

De acuerdo al número de gestaciones, apreciamos en la tabla que la mayoría de las pacientes cursaban con su primera gesta, con un total de 37.1% (124), le siguieron las pacientes con su segundo embarazo con 32.3% (108), y en tercer lugar las pacientes con su embarazo tres con 21% (70 casos). Las pacientes que cursaban con su gesta número cinco, seis y ocho fueron las menos frecuentes 1.2, 0.6 y 0.3% respectivamente (4, 2 y 1 casos), siendo el ocho el mayor número de embarazos reportados en las pacientes estudiadas. El cuarto lugar de la lista correspondió a la gesta número cuatro siendo de 7.5% (25 casos) del 100% (334 casos).

Aunque el número de casos en algunas celdas es muy bajo e incluso es de cero, la tendencia indica que conforme aumenta el número de gestaciones, la probabilidad de que la mujer asista a la primera consulta prenatal tempranamente es mucho mayor conforme aumenta el número de embarazos previos. Esto se observa claramente en el renglón de porcentajes correspondiente al primer trimestre del embarazo en donde las cifras van elevándose casi

sistemáticamente conforme aumenta el número de gestaciones: 41.9%, 47.2%, 51.34%, 44.0%, 75.0%, 50.0% y 100%. En forma contraria, el acudir a la primera consulta tempranamente en el tercer trimestre del embarazo disminuye conforme aumenta el número de gestaciones que ha tenido la mujer: 9.7%, 10.2%, 5.7%, 8.0%, 0.0%, 0.0% y 0.0%.

Resalta también que parece haber un número de corte específico entre la atención temprana del embarazo y el número de embarazos, ya que, como se observa en el renglón de porcentajes del primer trimestre, los porcentajes no tienen una variación importante entre la 1ra y 4ta. Gestación (41.9%, 47.2%, 51.54% y 44.0%), pero a partir del quinto embarazo, se incrementa notablemente la frecuencia de mujeres que acuden a su primera consulta prenatal en el primer trimestre: 75.0%, 50.0% y 100.0%. Exactamente lo contrario sucede en las primeras consultas prenatales en el tercer trimestre en donde es mucho más frecuente que las mujeres con menos de 5 embarazos acudan tardíamente a su primera atención prenatal (9.7%, 10.2%, 5.7% y 8.0% versus 0.0%). Esto puede estar indicando que posiblemente las mujeres perciben un riesgo mayor o por lo menos una mayor necesidad de control prenatal conforme aumenta el número de embarazo que cursan.

**TABLA 36. Asistencia a la Primera Consulta de Control Prenatal de acuerdo a Motivo de Consulta.**

**Trimestre de la 1a. Consulta según Motivo de Consulta**

Trimestre 1a. Consulta		Motivo de Consulta						Total	
		Prueba de Embarazo	Ultrasonido	Síntomas Neurovegetativos	Infección de Vías Urinarias	Infección vaginal	Sangrado transvaginal		Consulta de Rutina
<b>1</b>	Número	92	11	12	11	5	17	7	155
	%	59.4%	7.1%	7.7%	7.1%	3.2%	11.0%	4.5%	<b>100.0</b> %
<b>2</b>	Número	35	16	6	9	11	3	70	150
	%	23.3%	10.7%	4.0%	6.0%	7.3%	2.0%	46.7%	<b>100.0</b> %
<b>3</b>	Número	0	4	0	2	2	0	21	29
	%	.0%	13.8%	.0%	6.9%	6.9%	.0%	72.4%	<b>100.0</b> %
Total	Número	127	31	18	22	18	20	98	334
	%	38.0%	9.3%	5.4%	6.6%	5.4%	6.0%	29.3%	<b>100.0</b> %
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0 %

De acuerdo a los motivo por los que acudieron a la consulta de primera vez, en las pacientes estudiadas se encontrón que la principal causa por la que consultaron la primera

vez fue la existencia de una prueba de embarazo con resultado Positivo en un 38% de los casos (127); le siguió como segunda causa la consulta de rutina por embarazo sin presencia de sintomatología asociada o no al mismo con 29.3% (98 casos); el tercer lugar como causa de consulta fue la presencia de un Ultrasonido pélvico con diagnóstico de embarazo en un 9.3% de los casos (31 pacientes). A partir del cuarto lugar las causas de consulta se relacionaron a la presencia de sintomatología asociada a algún evento patológico tales como: Infección de Vías Urinarias con 6.6% (22 casos), Sangrado transvaginal en 6% (20 casos) y las Infecciones vaginales junto con los Síntomas neurovegetativos (ó sintomatología propia del embarazo: náusea, vómito, mareo) en igual porcentaje de presentación cada uno con 5.4% (18 casos), dando un total del 100% (334 pacientes).

Este cuadro se desarrolló con fines totalmente descriptivos y sin buscar asociación entre motivos de consulta y trimestre en el que se realizó la primera consulta prenatal. Utilizamos para fines descriptivos la distribución de frecuencias dentro de cada uno de los trimestres del embarazo. Los resultados que observamos son los siguientes:

Desglosados por trimestre Gestacional, en el primer trimestre se observa la Prueba de Embarazo positiva en primer lugar como causa de consulta con 59.4% del total en el mismo (92 casos) el equivalente al 72% de los motivos de consulta en este trimestre y al 27.5% del total; en este trimestre la segunda causa, a diferencia de la reportada en general, fue el Sangrado transvaginal con un 11% (17 casos), el 85% del total de pacientes reportadas con sangrado transvaginal y un 5.1% de los casos en general. El tercer lugar lo ocuparon los síntomas neurovegetativos con un 7.7% (12 casos) siendo el 66.7% de los casos presentes por esta causa y el 3.6% del total. En igual frecuencia aparecieron los casos de pacientes con Ultrasonido diagnóstico de embarazo y las Infecciones urinarias con 7.1% cada una, pero correspondientes al 35.5% y 50% respectivamente del total dentro del grupo correspondiente por causa de consulta. Del total obtuvieron el mismo porcentaje, un 3.3%. La consulta de rutina se presentó en el primer trimestre en un 4.5% (7 casos), el 7.1% del total de este motivo de consulta y 2.1% en general y por último las Infecciones vaginales con 3.2% (5 casos), el 27.8% del total de las infecciones vaginales reportadas y un 1.5% del total de las pacientes.

En el segundo trimestre de gestación, observamos como la asistencia a la consulta de rutina adquiere proporciones importantes con un 46.7% de los casos (70) casi la mitad del total en el trimestre mencionado, lo que corresponde al 71.4% del total de este motivo de consulta y al 21% del total de las mismas. Le siguió la Prueba inmunológica de embarazo positiva con la mitad de los casos respecto a la anterior: 23.3% (35 casos) y un 27.6% del total de este motivo de consulta y 10.5% del total. El Ultrasonido se reportó nuevamente en aproximadamente la mitad de los casos respecto a la causa de consulta previa con 10.7% (16 casos), aproximadamente la mitad de los casos por este motivo con 51.6% y 4.8% del total. Las infecciones vaginales se presentaron con un porcentaje que la ubicaron en el cuarto lugar como causa de consulta en este segundo trimestre con 7.3% (11 casos), el 61.1% del total de esta motivo de consulta y 3.3% del total. Con no mucha diferencia respecto a las infecciones vaginales se presentaron las infecciones urinarias con un 6% (9 casos), el 40.9% del total de las infecciones urinarias reportadas y 2.7% del total. La presencia de los síntomas neurovegetativos disminuyó importantemente en el segundo trimestre ya que se reportaron como causa de consulta únicamente un 4% (6 casos), el

33.3% de todas las pacientes que acudieron a consulta por esta causa y 1.8% del total de consulta. En último lugar se reportó la solicitud de consulta por la presencia de sangrado transvaginal con solo un 2% (3 casos) , el 15% de los casos totales de sangrado y menos del 1% (0.9%) del total de consulta en general.

El tercer trimestre se caracterizó por la consulta de rutina con 72.4% (21 casos), equivalente al 21.4% de las consultas de rutina y al 6.3% de la consulta total. Le siguió la presencia de un Ultrasonido obstétrico con un 13.8% (4 casos) del total de la consulta en este trimestre, el 12.9% de los ultrasonidos como causa de consulta y en 1.2% de la consulta total. Solo dos causas más como demanda de consulta se reportaron en este último trimestre y fueron las Infecciones de Vías Urinarias y la Infecciones Vaginales, en tercer y cuarto lugar. Ambas con un 6.9% (2 casos) del total de la demanda de consulta en este trimestre y correspondientes al 9.1 y 11.1% respectivamente de cada subgrupo como motivo de consulta y al 0.6% como causa en general.

**TABLA 37. Asistencia a la Primera Consulta de Control Prenatal con Solicitud de Exámenes de laboratorio.**

**Trimestre de la 1a. Consulta y Exámenes de laboratorio solicitados.**

Trimestre 1a. Consulta		Exámenes de laboratorio		Total
		si	no	
<b>1</b>	Número	143	12	155
	%	92.3%	7.7%	<b>100.0%</b>
	%	46.9%	41.4%	46.4%
<b>2</b>	Número	139	11	150
	%	92.7%	7.3%	<b>100.0%</b>
	%	45.6%	37.9%	44.9%
<b>3</b>	Número	23	6	29
	%	79.3%	20.7%	<b>100.0%</b>
	%	7.5%	20.7%	8.7%
Total	Número	305	29	334
	%			<b>100.0%</b>
	%	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
	% Total	91.3%	8.7%	100.0%

A la mayoría de las pacientes se les solicitaron los exámenes de laboratorio en su primer contacto con los servicios de salud durante su embarazo con un total de 91.3% (305 pacientes) y en el 8.7% (29 pacientes) no se solicitaron.

Al analizar este cuadro en términos descriptivos se observa que por trimestres de Gestación y en proporción a la asistencia en general a la consulta de primera vez, la cual predomina en el primer trimestre, es en éste en donde se observa que al 92.3% (143 pacientes) se les solicitaron sus laboratorios prenatales, lo cual equivale casi a la mitad, el 46.9% del total de pacientes a las cuales si se les solicitaron dichos estudios en la primera consulta, el 42.8% del total de las asistentes en los tres trimestres y solo al 7.7% (12) de las asistentes en el primer trimestre, 41.4% del total sin solicitud de los mismos y 3.6% de las 334 pacientes del estudio.

El segundo trimestre mostró un porcentaje muy similar y discretamente superior respecto al número de pacientes a las cuales se les solicitaron laboratorios prenatales en su primera consulta durante el primer trimestre, aunque en números totales la cifra si haya sido superior en éste último, con un total de 92.7% (139) pacientes, lo que equivale al total de 45.6% de total global de pacientes a las que si se les solicitaron laboratorios y 41.6% del total absoluto. Solo un 7.3% (11 casos) no contaron con laboratorios prenatales solicitados un su primera consulta durante el segundo trimestre de asistencia equivalentes al 37.9% del total sin dicha solicitud y 3.3% de las pacientes en general.

El tercer trimestre de gestación fue en donde, en porcentajes absolutos se mostró la menor cifra de pacientes con laboratorios solicitados 79.3% (23), correspondiente al 7.5% del grupo de pacientes con solicitud de laboratorios prenatales en su primera consulta y al 6.9% de las pacientes en total. Aquellas a quienes no se les solicitaron laboratorios durante su asistencia de primera vez en el tercer trimestre correspondieron al 20.7% (6 pacientes) el mismo 20.7% que corresponde al grupo sin laboratorios solicitados y al 1.8% del total de pacientes incluidas en el estudio.

Al analizar este cuadro en busca de asociaciones estadísticas, se observa que en el primero y segundo trimestre existe una proporción similar de casos a los cuales se les realizan exámenes de laboratorio (92.3% primer trimestre y 92.7% segundo trimestre), mientras que en el tercer trimestre la proporción baja a 79.3%, indicando que existe una tendencia a realizar más exámenes de laboratorio en los dos primeros trimestres del embarazo, comparados con el tercer trimestre.

**TABLA 38. Asistencia a la Primera Consulta de Control Prenatal en relación al total de consultas por cada trimestre.**

**Trimestre de la 1a. Consulta en relación al Total de consultas en el Primer Trimestre.**

Trimestre 1ª. Consulta		Trimestre de Gestación 1					Total	
		0	1	2	3	4		5
1	Número	0	109	29	10	4	3	155
	%	.0%	70.3%	18.7%	6.5%	2.6%	1.9%	<b>100.0%</b>
Total	Número	179	109	29	10	4	3	334
	%	53.6%	32.6%	8.7%	3.0%	1.2%	.9%	<b>100.0%</b>

En el primer trimestre de gestación se observa que las mujeres que asistieron a su primera consulta de control prenatal durante éste acudieron como máximo a 5 consultas. De éste máximo de consultas el 70.3% acudió en 1 ocasión, el 18.7% en 2 ocasiones, para las que acudieron en una tercera vez solo fue el 6.5%, en cuarta ocasión el 2.6% y a una quinta consulta el porcentaje fue de 1.9%. Se aprecia una disminución progresiva en la asistencia a las consultas subsecuentes durante éste trimestre. La más importante es un aumento de 3.7 veces más en las pacientes que acudieron a una primera consulta con respecto a la segunda (70.3% vs 18.7%). 2.8 veces más fueron las que acudieron a una segunda consulta con respecto a una tercera (18.7% vs 6.5%) y casi en la misma proporción aumentó la asistencia entre la tercera y la cuarta consulta con 2.5 veces más (6.5% vs 2.6%). La mínima variación se observó entre la asistencia a la cuarta y quinta consulta ya que el aumento entre éstas fue de 1.4 veces más (2.6% vs 1.9%).

Apreciamos que el 53.6% (179 pacientes) del total de los casos estudiados fueron las que no acudieron a una primera consulta durante el primer trimestre, 1.2 veces más con respecto a las que si asistieron, lo que representa también una asistencia de 1.6 veces menos con respecto a las que asistieron al menos a una primera consulta en éste trimestre.

**TABLA 39. Asistencia a la Primera Consulta de Control Prenatal en relación al total de consultas por cada trimestre.**

**Trimestre de la 1a. Consulta en relación al Total de consultas en el Segundo Trimestre.**

Trimestre 1a. Consulta	Trimestre de Gestación 2								Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	
2 Número	0	58	56	25	9	1	1	0	150
%	.0%	38.7%	37.3%	16.7%	6.0%	.7%	.7%	.0%	<b>100.0%</b>
Total Número	66	90	98	52	17	6	4	1	334
%	19.8%	26.9%	29.3%	15.6%	5.1%	1.8%	1.2%	.3%	<b>100.0%</b>

En el Segundo trimestre de gestación las pacientes asistieron a consulta de control durante el mismo con un máximo de consultas por paciente de 6. Del 100% (150) de las pacientes que iniciaron su control en el segundo trimestre, el 38.7% asistió solo una vez, 37.3% en 2 ocasiones, 16.7% en 3 ocasiones, el 6% en 4 ocasiones, la asistencia a 5 y 6 consultas fue en el mismo porcentaje 0.7%. De lo anterior observamos nuevamente una disminución progresiva en la asistencia, donde el patrón a seguir es que la mayoría de las pacientes acuden solo a un reducido número de consultas, lo habitual es que a mayor número de consulta, el porcentaje de asistencia disminuya. Según lo observado, la asistencia de la primera consulta respecto a la segunda tuvo una proporción de 1.03 veces más (38.7 vs 37.3%); de una segunda a una tercera consulta fue de 2.2 veces más (37.3% vs 16.7%); de la tercera a la cuarta consulta fue de 2.8 veces más (16.7% vs 6.0%) y de la cuarta con relación a la quinta y la sexta consulta el incremento fue de 8.5 veces más (6.0% vs 0.7%).

De lo anterior podemos concluir que las diferencias en la asistencia regular a consulta de control prenatal, aunque al igual que en el primer trimestre, tiende a ir en decremento, durante éste segundo trimestre son más marcadas a partir de la cuarta consulta ya que la disminución en la asistencia a partir de ésta última en adelante es de 8.5 veces menos, cuando la variación más notable durante el primer trimestre fue entre la primera y la segunda consulta (3.7 veces), y al contrario que en el primer trimestre, mientras la variación mínima durante éste fue entre la cuarta y quinta consulta (las dos últimas más frecuentes del mismo) con 1.4 veces, la mínima variación en el segundo trimestre fue entre la primera y segunda consulta con solo 1.03 veces más. El patrón de variaciones entre consultas se mantiene constante en ambos trimestres durante las consultas intermedias con variaciones mínimas que van de entre 2.5 como mínimo y 2.8 como máximo.

**TABLA 40. Asistencia a la Primera Consulta de Control Prenatal en relación al total de consultas por cada trimestre.**

**Trimestre de la 1a. Consulta en relación al Total de consultas en el Tercer Trimestre.**

Trimestre 1a. Consulta		Trimestre de Gestación 3						Total	
		0	1	2	3	4	5		6
3	Número	0	7	14	6	1	0	1	29
	%	.0%	24.1%	48.3%	20.7%	3.4%	.0%	3.4%	<b>100.0%</b>
Total	Número	79	55	93	65	28	12	2	334
	%	23.7%	16.5%	27.8%	19.5%	8.4%	3.6%	.6%	<b>100.0%</b>

Del 100% (29 consultas) totales de primera vez durante el tercer trimestre de gestación, el 24.1% asistió solo 1 vez, el 48.3% asistió en 2 ocasiones, un 20.7% asistió por tercera ocasión, y en cuatro y seis ocasiones asistió solo un 3.4%. No se reportó ninguna paciente con una asistencia en 5 ocasiones.

Respecto a las relaciones que se encuentran durante la asistencia en el tercer trimestre, se aprecia una relación de 2 veces menos de asistencia a la primera consulta con respecto a la segunda (24.1% vs 48.3%). De la segunda a la tercera consulta fue de 2.3 veces más (48.3% vs 20.7%); la relación entre la tercera y cuarta consulta fue de 6 veces más (20.7% vs 3.4%) y entre la cuarta y sexta consulta no hubo variación, la relación fue de 1 (3.4% vs 3.4%).

Para este trimestre apreciamos que las variaciones muestran un comportamiento característico. Iniciamos por el hecho de que del total de las pacientes con asistencia de primera vez en este trimestre, la mayoría lo hizo con más frecuencia a una segunda consulta que a la primera, es decir, la disminución progresiva de asistencia a consulta prenatal que se había venido observando en los 2 trimestres previos, y en las dos primeras consultas se invirtió y éste aumento fue de poco más del doble. A partir de ésta segunda consulta con respecto a la tercera la relación es al contrario y nuevamente la asistencia disminuye y aunque entre la tercera y la cuarta consulta ésta disminución continua, lo que llama la atención es la drástica disminución que se observa ya que ésta es de 6 veces. La igualdad existente de la cuarta y sexta consulta llama la atención por ser solo éste trimestre en donde se observa dicha relación, es decir, sin variaciones.

**TABLA 41. Asistencia a la Primera Consulta de Control Prenatal en relación al total de consultas por cada Trimestre.**

**Trimestre 1a. Consulta en relación al Total de consultas.**

Trimestre 1a. Consulta		Consultas Totales.												Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		17
1	Número	17	15	14	26	19	22	18	11	5	3	3	1	1	155
	%	11.0%	9.7%	9.0%	16.8%	12.3%	14.2%	11.6%	7.1%	3.2%	1.9%	1.9%	.6%	.6%	100.0%
2	Número	16	17	26	37	31	12	7	3	1	0	0	0	150	
	%	10.7%	11.3%	17.3%	24.7%	20.7%	8.0%	4.7%	2.0%	.7%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
3	Número	7	14	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	29	
	%	24.1%	48.3%	20.7%	3.4%	.0%	3.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
Total	Número	40	46	46	64	50	35	25	14	6	3	3	1	334	
	%	12.0%	13.8%	13.8%	19.2%	15.0%	10.5%	7.5%	4.2%	1.8%	.9%	.9%	.3%	.3%	100.0%
	% Consultas Totales.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% Total	12.0%	13.8%	13.8%	19.2%	15.0%	10.5%	7.5%	4.2%	1.8%	.9%	.9%	.3%	.3%	100.0%

Concentrando los datos anteriores, en esta tabla observamos que del total de las pacientes que iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre, el número máximo de consultas a las que acudieron fue de 17, aunque el porcentaje fue de 0.6%, el mínimo de pacientes (1). El 16.8% acudió a 4 consultas, 14.2% acudió a 6 consultas, y 12.3% acudió a 5 consultas siendo éstos los 3 porcentajes más altos de asistencia consulta. Las relaciones fueron de 1.2 veces más de la cuarta a la sexta consulta y la misma 1.2 veces más de la sexta a la quinta consulta según el orden de frecuencia; sin embargo si la ajustamos en el orden progresivo apreciamos que la relación entre la cuarta consulta respecto a la quinta 1.4 veces más (16.8% vs 12.3%) y de la quinta a la sexta consulta la relación disminuye en 1.1 veces (12.3% vs 13.2%). El menor número de asistencia lo observamos en las pacientes que al iniciar su control prenatal en el primer trimestre tuvieron como máximo 10, 11, 12 y 17 consultas al final de la gestación con 1.9% de las pacientes en los dos primeros casos y 0.6% en los dos últimos, con relaciones agrupadas para ambos: 10 y 11 consultas en 1.9% del total de las pacientes en el primer trimestre y 12 y 17 consultas en 0.6%.

En el segundo trimestre de gestación, el máximo número de consultas a las que asistieron las pacientes fue de 9, aunque al igual que en el primer trimestre, se trató solo del 0.7% del total. El mayor porcentaje de asistencias fue a 4 consultas, el 24.7% de las pacientes, seguido de la asistencia en 5 ocasiones (20.7% de pacientes) y en tercer lugar el porcentaje de pacientes con asistencia en 3 ocasiones (17.3%). Las relación entre las pacientes que asistieron a una cuarta y quinta consulta fue de 1.2 veces más (24.7% vs 20.7%) y entre la quinta y tercera consulta fue también de 1.2 veces (20.7% vs 17.3%). El menor porcentaje de asistencias fue a la consulta 7, 8 y 9 con 4.7%, 2.0% y 0.7% respectivamente, con relaciones de 2.4 veces más pacientes asistentes a la consulta 7 respecto a la 8, y aún mayor de la consulta 8 a la 9 con 2.9 veces más asistencia a la primera con respecto a la última.

En el tercer trimestre el número máximo de consultas fue de 6 nuevamente con solo 3.4% del total de las asistentes a este trimestre por primera vez. Sin embargo cabe aclarar que ninguna paciente acudió a 5 consultas. El mayor porcentaje de pacientes asistentes fue de 48.3% a 2 consultas, el 24.1% a 1 consulta y el 20.7% a 3 consultas. Destaca que la mayoría acudió a más de una consulta, aunque a partir de la tercera la disminución en la asistencia fue verdaderamente drástica ya que pasó de 2 veces más de la segunda a la primera consulta (48.3% vs 24.1%), a 1.2 de la primera a la tercera consulta (24.1% vs 20.7%) y a partir de ésta fue 6 veces más la asistencia con respecto a la cuarta y sexta consulta (20.7% vs 3.4%).

## 8. CONCLUSIONES.

La literatura científica ha comprobado que la atención prenatal adecuada es uno de los servicios de atención médica más importantes para reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna, especialmente a través de la detección oportuna y seguimiento de los embarazos de alto riesgo. En consecuencia, el monitoreo de la forma como las mujeres embarazadas utilizan los servicios de atención prenatal es muy importante para coadyuvar al diseño de estrategias para mejorar los servicios y para apoyar a las mujeres para que utilicen adecuadamente los servicios de atención prenatal de que disponen por ser derechohabientes del ISSSTE. El papel del médico familiar en este Programa es de fundamental importancia.

Los resultados del estudio indican que poco menos de la mitad de las mujeres, acudió a su primera consulta de control prenatal durante el primer trimestre, sin diferencia significativa con respecto al segundo trimestre pero en el tercero la disminución en la asistencia de primera vez fue notable respecto a los dos trimestres previos. Esto resulta alentador, ya que indica que la mayoría de las pacientes que acuden a consulta prenatal inician su control en el primer trimestre, aunque la poca diferencia en la asistencia de primera vez entre el primero y el segundo trimestre indica que hay que proponer estrategias para que el porcentaje de asistencias en el primer trimestre se incremente.

El promedio de edad en las pacientes incluidas en el estudio fue de 29.7 años, con un predominio de pacientes de 32 años. Es decir, la mayoría de las pacientes corresponden al grupo considerado como ~~en~~ embarazo de bajo riesgo si sólo tomamos en cuenta ~~por~~ la edad. Al agrupar las edades en tres categorías se observó que tres cuartas partes de mujeres contaban con edades entre 20 y 35 años seguida del grupo de edad con 36 años ó más y por último las pacientes menores de 20 años. Estos dos últimos grupos contribuyen importantemente a un riesgo elevado de presentar complicaciones que aumenten la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En la asociación por edades de las mujeres y el trimestre de la primera consulta, se observa el mismo predominio de asistencia a la primera consulta de control prenatal durante el primer trimestre ya que esta fue 1.6 veces más frecuente en las mujeres de 20 a 35 años de edad en comparación con las menores de 20 años, sin diferencia entre los grupos de edad de la primera consulta cuando las mujeres van en el segundo trimestre del embarazo y edades extremas (menos de 20 años y más de 35). Entre las mujeres que fueron a su primera consulta en el tercer trimestre del embarazo, se observa que la frecuencia es menor conforme aumenta la edad.

De los 3 tipos de derechohabiente del estudio, la mayoría de las pacientes estudiadas se ubicaron en el rubro de Trabajadoras, le siguieron las Esposas de los trabajadores y en menor frecuencia de asistencia las Hijas de trabajadores. Al hacer el análisis estadístico bivariado, en este caso se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $X^2$  9.594  $p < 0.05$ ) ~~En~~ la asociación entre tipo de derechohabiente y trimestre del embarazo en el que acudieron a su primera consulta. Se encontró que cuando ~~el~~ la derechohabiente es la mujer embarazada es mucho más frecuente que acudan a la primera consulta en el primer trimestre comparadas con las mujeres que son las esposas o hijas de los trabajadores (51.5% vs 37.7% vs 25.0%). Asimismo, en se observa el caso complementario: cuando la primera consulta es durante el segundo o tercer trimestre del embarazo es mucho mas frecuente que sean las esposas o las hijas de los trabajadores las que acuden a su primera consulta prenatal durante el segundo o

tercer trimestre del embarazo. Es decir, se observa que las hijas de los trabajadores son las que están en mayor riesgo de acudir tardíamente a la primera consulta.

El promedio de embarazos por paciente en el grupo estudiado fue de 2.07, sin embargo el 37.1% de las pacientes atendidas cursaban con su primer embarazo, y este fue el porcentaje más alto de pacientes de atención prenatal.

Respecto al número de gestaciones, la mayoría de las pacientes cursaban con su primera gesta, 37.1%. El mayor número de gestaciones reportados en el grupo de estudio fue de 8. Según el análisis se aprecia que conforme aumenta el número de gestaciones, la probabilidad de que la mujer asista a la primera consulta prenatal tempranamente es mucho mayor conforme aumenta el número de embarazos previos. También se observa que entre el primer y cuarto embarazo no hubo una variación importante en los porcentajes pero del quinto embarazo en adelante, hubo un incremento notable de mujeres que acuden tempranamente a su primera consulta prenatal. Esto puede estar indicando que posiblemente las mujeres perciben un riesgo mayor o por lo menos una mayor necesidad de control prenatal conforme aumenta el número de embarazo que cursan lo cual puede estar indicando que los conocimientos y la experiencia previa acumulada sobre los posibles riesgos de la multiparidad aumenta conforme su número de gestaciones se incrementa y paulatinamente la edad cronológica. Es decir, se conjugan dos factores de embarazo de alto riesgo: la multiparidad y la edad más avanzada.

Entre los tres principales motivos de consulta a control prenatal destaca el hecho de que se trataron de causas consideradas normales: 1) Prueba Inmunológica de Embarazo con resultado positivo, 2) Consulta de rutina por embarazo (es decir, que la mayoría de las pacientes acuden a control prenatal aún sin percibir síntomas de alarma que pudieran repercutir negativamente en su salud y la del bebé) y 3) Ultrasonido pélvico con diagnóstico de embarazo. A partir del cuarto lugar las causas de consulta se relacionaron a la presencia de sintomatología asociada a algún evento patológico tales como: Infección de Vías Urinarias, Sangrado transvaginal e Infecciones vaginales junto con los Síntomas neurovegetativos.

Por trimestre Gestacional, durante el primer trimestre la única variación con respecto a la presentación en los motivos de consulta fue en el segundo motivo de consulta que fue el caso del Sangrado transvaginal. Posiblemente esto es debido a la alta asociación que existe con la amenaza de aborto. El tercer lugar lo ocuparon los síntomas neurovegetativos, los cuales también cuentan con una frecuencia de presentación predominante en el primer trimestre y resulta molesto para las pacientes aunque no represente un riesgo importante para la salud materna o fetal. En el segundo trimestre de gestación, la asistencia a la consulta de rutina adquiere proporciones importantes, quizás por que ya para edad Gestacional las pacientes ya acuden con el pleno conocimiento de su embarazo y no atienden a consulta para su confirmación sino más bien acuden para asegurarse de que su curso no se salga de la normalidad.

La Prueba inmunológica de embarazo positiva se observa que es menos frecuente y generalmente es más probable que se trate de pacientes con ciclos menstruales irregulares cuya fecha de ultima menstruación nunca es confiable y por lo tanto esperan a etapas más tardías para realizarse una prueba de embarazo creyendo que se trata solo de uno retraso menstrual que ya se considera habitual. Le siguió el Ultrasonido, probablemente por las mismas causas que la Prueba Inmunológica de Embarazo en pacientes irregulares. Las

infecciones vaginales se presentaron en el cuarto lugar como motivo de consulta en este segundo trimestre con poca diferencia respecto a las infecciones urinarias. La presencia de los síntomas neurovegetativos como motivo de consulta en este segundo trimestre es menor que en el primer trimestre como sabemos debido a que estos síntomas son propios del primer trimestre de gestación en la mayoría de las pacientes. El sangrado transvaginal se presentó en pocas ocasiones posiblemente debido a que la probabilidad de que este se presente es más frecuente durante el primer y tercer trimestre de gestación.

En el tercer trimestre nuevamente predominó la consulta de rutina seguido del Ultrasonido obstétrico el cual en la mayoría de los casos se solicita por el hecho de que hay que determinar por Ultrasonografía la edad Gestacional exacta para extender la licencia médica por embarazo de 90 días, esto sobre todo en las pacientes en las que se tiene duda acerca de la edad Gestacional. Los dos motivos restantes de consulta reportados en este último trimestre fueron las Infecciones de Vías Urinarias y la Infecciones Vaginales.

Los laboratorios de rutina que forman parte del protocolo de control prenatal se solicitaron durante el primer contacto que tiene la paciente embarazada con los servicios de salud, en un 91.3% de las pacientes. En el primero y segundo trimestre existe una proporción similar de casos a los cuales se les realizan exámenes de laboratorio (92.3% primer trimestre y 92.7% segundo trimestre), mientras que en el tercer trimestre la proporción baja a 79.3%, indicando que existe una tendencia a realizar más exámenes de laboratorio en los dos primeros trimestres del embarazo, comparados con el tercer trimestre.

La asistencia a la primera consulta de control prenatal por trimestres gestacionales, indica que las pacientes acuden más a consulta en el primer trimestre y en el segundo aumenta, pero del segundo al tercero, ésta asistencia disminuye, lo cual nos indica que aunque la mayor asistencia a la primera consulta predomine en el segundo trimestre, recordemos que durante la última etapa de gestación es donde se presentan con mayor frecuencia las complicaciones tanto para el producto como para la madre y estas aumentan la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Al realizar el ajuste del número de consulta “ideales” por trimestre de gestación, los resultados nos indican que durante los tres trimestres gestacionales, el patrón habitual de asistencia, en la mayoría de las pacientes que asisten regularmente a control prenatal siempre es menor a lo estipulado para cada trimestre. De manera general, durante todo el embarazo se observó que las pacientes acuden en promedio a 4.3 consultas, lo cual indica que en la población de estudio no se alcanzó a cumplir siquiera con el mínimo de consultas estipuladas para los embarazos considerados como de bajo riesgo que es de 5.

En el análisis realizado por cada consulta se encontró que a medida que avanza el embarazo, las pacientes acuden en menos ocasiones a una consulta subsecuente, siendo el tercer trimestre el periodo de tiempo en el que acuden menos. Resalta el hecho de que a partir de la cuarta consulta, la semana de gestación en la que acuden con mayor frecuencia las pacientes es en la 36, esto probablemente se deba a un hecho muy relacionado con el tipo de derechohabiente, el cual, como previamente observamos es predominantemente la trabajadora, ya que ésta es precisamente la semana de gestación en la cual se extiende su licencia médica por gravidez de 90 días.

Respecto al número de consultas por trimestre, se observa que en el primer trimestre de gestación las mujeres que asistieron a su primera consulta de control prenatal durante éste acudieron como máximo a 5 consultas, pero con disminución progresiva en la asistencia a las consultas subsecuentes durante éste trimestre. En el Segundo trimestre de gestación las pacientes asistieron a consulta de control durante el mismo con un máximo de 6 consultas por paciente y también se observa la disminución progresiva en la asistencia subsecuente. Lo habitual es que conforme aumenta el número de consultas prenatales, el porcentaje de asistencia vaya disminuyendo.

Respecto a la asistencia a consulta durante el tercer trimestre, se aprecia que las mujeres acuden 2 veces más a una segunda consulta con respecto a la primera. Esta es una de las variaciones características en éste trimestre, pues al apreciar que del total de las pacientes con asistencia de primera vez durante éste, la mayoría lo hizo con más frecuencia a una segunda consulta con respecto a la primera, es decir, la disminución progresiva de asistencia a consulta prenatal en los 2 trimestres previos, y en las dos primeras consultas se invirtió y dicho aumento fue un poco más del doble. A partir de la segunda consulta con respecto a la tercera la relación vuelve a disminuir y aunque ésta es persistente entre la tercera y cuarta consulta, llama la atención que dicha disminución es notable. La relación entre la cuarta y sexta consulta no muestra -variaciones.

Del total de las pacientes que iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre, el número máximo de consultas a las que acudieron fue de 17. En el segundo trimestre de gestación, el máximo número de consultas a las que asistieron las pacientes fue de 9 y en el tercer trimestre el número máximo de consultas fue de 6. En los 3 trimestres, se observa que conforme aumenta el número de consultas por trimestre, es menor la proporción de mujeres que acude en múltiples ocasiones.

## 9. GLOSARIO.

Control Prenatal: Se define como un sistema de vigilancia periódica, sistemática y primordialmente clínica del estado grávido, con el apoyo de los recursos del laboratorio y gabinete. <sup>(17)</sup>

Atención Adecuada: Aquella que se inicia en el primer trimestre de embarazo y tiene como mínimo nueve consultas durante el mismo. <sup>(4)</sup>

Mujeres en Edad Fértil: Constituye a las mujeres entre los 15 y 49 años de edad. Esto se traduce como la capacidad de madurez biológica necesaria para la reproducción. <sup>(12)</sup>

Riesgo Reproductivo: Es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor. <sup>(18)</sup>

Riesgo Obstétrico: Se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto. <sup>(18)</sup>

## 10. REFERENCIAS.

1. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, México DF, 6 de enero de 1995.
2. Aguilar M.V., Muñoz S.R., Velazco V. J.L., et. al. Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Boletín Práctica Médica Efectiva 2001; 9 (3): 1-4.
3. Villar J., Bergsjö P., Khan D., et. al. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Organización Mundial de la Salud., Ginebra, Suiza., 2003.
4. Garza E.E., Rodríguez CS., Villareal R.E., et. al., Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de Seguridad Social Mexicana. Revista Española de Salud Pública 2003; 77 (2), Pag. 267-274.
5. Infante C. C. Utilización de servicios de atención prenatal: Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pública de México 1990; 32 (4): 419-429.
6. Infante C. C. Familia, Salud y Sociedad. Experiencias de Investigación en México. Salud Pública de México 1994; 1 (5): 121-123.
7. Blanco J., Hernández R., Montiel A., et. al., Mortalidad materna en el área Huichol del estado de Jalisco, México., Salud Pública de México, 1994, Vol. 36 (3), Pag. 263-268.
8. Martínez L., Reyes S., García C., et. al. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México 1996; 38 (5): 341-351.
9. Buekens P., Hernández P., Infante C., La Atención Prenatal en América Latina., Salud Pública de México., 1990, Vol. 32 (6), Pag. 673-684.
10. Taméz S., Valle R., Eibenschutz C., y cols. Adaptación del Modelo Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Pública de México 2006; 48 (5): 418-429.
11. Vásquez E., Boschetti B., Monroy C., y cols. Evaluación de la Atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7 (2): 57-60.
12. Vega G., Evaluación de la Atención Materno-Infantil en cinco unidades de Medicina Familiar., Artículo Original., Salud Pública de México., 1993; Vol. 35 (3), Pag. 283-287.
13. De la Cuesta C. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. Salud Pública de México 1999; 41 (2):124-129.
14. Saunas A., Martínez C., Pérez J. Percepción de la Sintomatología común durante Embarazo, Puerperio y Lactancia. Salud Pública de México 1991; 33 (3): 248-258.

15. Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Capítulo 5, Salud, derechos reproductivos y salud reproductiva, Pag. 179-272
16. Castelazo Rico Germán y cols., Fundamentos en Ginecología y Obstetricia., AMEHGO3 IMSS, Méndez Editores, 1ª. Edición, 2004., México, Pag. 1.71.
17. Espinosa de los Reyes S. V. M., Azcárate S. S., Cerna R. J., Programa de Actualización Continua para el Gineco obstetra., PAC-1 Ginecología y Obstetricia. Libro 1 Obstetricia., Vigilancia Prenatal, Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia., Ed. Intersistemas., 2ª. Ed. 2005, México., Pp. 498.
18. Ramírez G. M., Torres R. A., Fernández P. F., y cols. Atención del embarazo con enfoque de riesgo., Práctica Médica Efectiva., México, Volumen 2, Número 9, Septiembre 2000. Pag. 1-4.
19. Taylor C. R., Alexander G.R., Hepworth J.T., Clustering of U.S. Women Receiving No Prenatal Care: Differences in Pregnancy Outcomes and Implications for Targeting Interventions, Maternal and Child Health Journal, Vol. 9, No. 2, June 2005, Pag. 125-133.
20. Coverston C. R., Franklin C. Y., Patterson D. J., Seeking safe passage: Argentine women's perceptions of routine prenatal care, Health Care for Women International, No. 25, USA, 2004, Pag. 620-635.
21. McGlade M.S., Somnath S., Dahlstrom M.E., The Latina Paradox: An Opportunity for Restructuring Prenatal Care Delivery. American Journal of Public Health, 2004; 94 (12): 2062-2065.
22. Haghpeykar H.S., Mehta M., Posner S., et. al. Paternal Influences on the Timing of Prenatal Care Among Hispanics., Maternal and Child Health Journal, Vol.9., No. 2., June 2005., Pag. 159-163.
23. Maupin R., Lyman R, Farsis J., et. al., Characteristics of women who deliver with no prenatal care., The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2004., No. 16., Pag. 45-50.
24. Tandon S.D., Parillo M.K., Keefer M., Hispanic Women's Perceptions of Patient-Centeredness During Prenatal Care: A Mixed-Method Study. Balckwell Publishing, Birth 32, No. 4, 2005., Pag. 312-317.
25. Oyelese Y., Prenatal Care: Examining the evidence for an evolving paradigm. American Family Physician 2005; 71 (7): 1307-1316.
26. Healy A.J., et al., Early access to prenatal care: implications for racial disparity in perinatal mortality., Obstetrics and Gynecology, 2006, 107 (3)., Pag. 625-631.
27. Baker B., Prenatal Care can save a baby's life., New York Amsterdam News., Noviembre, 2005, Pag. 14.

## 11. ANEXOS.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

**DRA. SILVIA AGUILAR ZENTENO.**

**TEMA: Detección de Edad Gestacional de Inicio de Control Prenatal en pacientes derechohabientes a la Clínica de Medicina Familiar Oriente, ISSSTE.**

<u>ACTIVIDAD/ ETAPA.</u>	2006	ENE 2007	FEB 2007	MAR 2007	ABR 2007	MAY 2007	JUN 2007	JUL 2007	AGO 2007	SEP 2007	OCT 2007
Planeación del proyecto de investigación.	XXX										
Marco teórico.	XXX	XXX									
Materiales y métodos.		XXX	XXX								
Registro y autorización del proyecto.			XXX								
Etapas de ejecución del proyecto.				XXX	XXX						
Recolección de datos.				XXX	XXX						
Almacenamiento de datos.				XXX	XXX						
Análisis de datos.						XXX					
Descripción de resultados.						XXX					
Discusión de resultados.						XXX					
Conclusiones del estudio.							XXX				
Informe y revisión final.							XXX				
Reporte final.							XXX				
Autorizaciones.							XXX				
Impresión.							XXX				
Solicitud de examen de titulación.											XXX