



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

TÉSIS:
(REGISTRO R-2008-2104-10)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 PUEBLA PUE.

**“INICIO TARDÍO DEL CONTROL
PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. RICARDO ALEJANDRO RICAÑO OLMEDO

PUEBLA, PUEBLA 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“INICIO TARDÍO DEL CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. RICARDO ALEJANDRO RICAÑO OLMEDO

AUTORIZACIONES:

DR. EDUARDO VÁZQUEZ CRUZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS
GENERALES EN PUEBLA

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. JUÁN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

MÉDICO FAMILIAR
PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN
DOCENTE (CIEFD) PUEBLA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. EDUARDO VÁZQUEZ CRUZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS
GENERALES MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZÁLEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

PUEBLA, PUEBLA 2008

“INICIO TARDÍO DEL CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. RICARDO ALEJANDRO RICAÑO OLMEDO

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

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

DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS.

AL GRAN ARQUITECTO DEL UNIVERSO.

Gracias por dejarme seguir adelante.
Que la luz de tu sabiduría continúe iluminando mi camino...

A MI ESPOSA.

Por tu amor, apoyo y confianza.
Por ser la causa de mis logros y de mi felicidad.
Te amo.

A MI MADRE.

Por todos los sacrificios que hiciste para que pudiéramos salir adelante.
Gracias por estar siempre cuando te necesitamos.

A BÁRBARA Y RICARDO.

Por sus risas y alegrías que se transforman en la energía que me impulsa a ser mejor cada día.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

Manuel, Martín, Ana María, Anastasio y Delfino.

Por estos tres años que compartimos penas y alegrías.

A MIS MAESTROS

Por todo su apoyo desinteresado,

y colaborar con su experiencia y conocimientos.

Gracias por forzarnos a crecer y por intentar obtener lo mejor de nosotros.

2.- ÍNDICE GENERAL

1.- TÍTULO	1
2.- ÍNDICE GENERAL	4
3.- MARCO TEÓRICO	5
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
5.- JUSTIFICACIÓN	20
6.- OBJETIVOS	22
6.1 GENERAL	22
6.2 ESPECÍFICOS	22
7.- METODOLOGÍA	23
7.1 TIPO DE ESTUDIO	23
7.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	23
7.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	23
7.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR	24
7.6 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN	28
7.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
8.- RESULTADOS	29
8.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS Y TABLAS	29
9.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	35
10.- CONCLUSIONES	37
11.- ANEXOS	38
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

3. MARCO TEÓRICO

La atención médica en la mujer embarazada es una instancia fundamental para lograr uno de los preceptos básicos de la medicina familiar: la atención longitudinal y continua del paciente y la familia. La práctica del médico de familia con relación en la atención de la mujer embarazada y del parto dependerá en mayor o menor medida de la formación del médico, del lugar donde ejerza, del número y de las características de los obstetras, las costumbres y preferencias de los pacientes y el tipo de organización institucional.

Hay evidencia de que los médicos familiares están capacitados para realizar el control prenatal y la atención de las embarazadas de bajo riesgo con la misma calidad que los obstetras. Varios estudios observaron que la calidad de la atención no difería en gran medida. Las mujeres embarazadas refirieron sentirse más cómodas si eran atendidas durante su control prenatal por los médicos que siempre las habían atendido en forma rutinaria en la consulta externa de medicina familiar¹.

Una ventaja de los médicos familiares es, que tienen la posibilidad de ver a las pacientes antes de que decidan un embarazo y de esta manera, pueden ser mas eficaces para instaurar las prácticas preventivas preconcepcionales.¹

El control prenatal en la mujer embarazada ha ocasionado de una manera significativa no solo la disminución de las tasas de morbi-mortalidad materna, sino una mejor calidad de vida y existencia más prolongada, que beneficia al mismo tiempo al núcleo social del cual forma parte, así mismo ha repercutido en la vida y supervivencia del producto de la concepción.^{1,2}

Nuestra civilización indígena, se adelantó a muchas épocas de nuestro país en lo referente a cuidados pre y posnatales y en el alto concepto que tenían de la función de la mujer en cuanto a la maternidad se refiere, teniendo como objetivo

garantizar los rasgos esenciales de la estirpe, el fortalecimiento de la raza y cuidar de la madre, considerada como elemento importante en la organización familiar.

Entre los Aztecas la atención de las mujeres embarazadas era proporcionada únicamente por mujeres, las cuales vigilaban los embarazos y asistían los partos y puerperios, estas mujeres adquirían mucho respeto y estimación dentro de la sociedad y eran conocidas como Tlamatquicitl.

La Ticitl tenía un papel importante entre su pueblo, ya que se encargaba de aconsejar y vigilar a la mujer durante su gravidez, asistir el parto y el puerperio, dictaba las medidas más prudentes de orden higiénico para que no existieran complicaciones durante el embarazo y el parto.

En el último trimestre del embarazo también se encargaba de que la embarazada tomara baños de vapor en el Temazcalli, el cual preparaba ella misma, efectuando un rito religioso, durante este baño practicaba a la grávida palpación abdominal con objeto de "acomodar al producto" y cuando era necesario practicaba maniobras para lograr la versión externa.

Con la llegada de los españoles en 1521, se produjeron muchos cambios, sin embargo la Ticitl, siguió realizando su cometido, aunque en forma clandestina debido a que el nuevo culto impuesto por los conquistadores, perseguía a los que intentaban celebrar actos de invocación a los dioses de la gentilidad, lo cual ocasionó la gradual desaparición de la partera nahuatlaca.²

A pesar de no existir datos fidedignos, es de suponer que los cuidados prenatales se tornaron deficientes, aumentando así la mortalidad materna debido al descuido, ignorancia y negligencia para difundir toda la experiencia adquirida por cientos de años y de esta manera educar a las personas dedicada a la atención de las mujeres durante el embarazo parto y puerperio.

Los médicos de la Colonia veían casi con horror la asistencia de los partos y ni siquiera los médicos llamados romancistas tenían a bien dedicarse a la obstetricia; en consecuencia se puede pensar que desaparecieron los cuidados prenatales y por lo tanto la morbi-mortalidad materno fetal debió ser muy elevada, puesto que las Ticitl, con todos sus defectos no habían sido sustituidas por alguien, ni siquiera que las igualara.

El 16 de marzo de 1768, el real colegio de Cirugía fue fundado y para la obstetricia tuvo importancia este acontecimiento, porque los cirujanos no desdeñaron el ejercicio de los partos, sino muy por el contrario, casi hicieron monopolio de esta práctica; sin embargo poco o nada se mencionaba de la atención prenatal y su importancia.

En 1774 se conocen los primeros indicios de atención obstétrica hospitalaria, al anexar al Hospicio de Pobres un departamento de partos Ocultos, destinado a mujeres españolas y criollas que se embarazaban fuera del matrimonio y en el cual eran atendidas con gran sigilo. En 1840 se estableció un curso especial para parteras en la Escuela de Medicina y hasta 1888 habían recibido el título 140 mujeres. En 1921 se inicia en México una etapa importante de protección a la mujer durante el estado grávido y puerperal, con el establecimiento de normas y acciones tendientes a disminuir las elevadas cifras de morbi-mortalidad materno infantil, informándose por esa fecha una mortalidad materna de 90 por 10 000 nacidos vivos².

En el IMSS, hacia 1957 se tenía una mortalidad materna de 18 al 19 por 10 000 nacidos vivos y en la actualidad se reporta 4.5. Un paso trascendente sucedió en 1960, al lograr que el IMSS ubicara la atención de maternidad en tres Hospitales de Ginecología y Obstetricia, este logro culminado para el año de 1964.

En 1973 el IMSS reformó su ley, con objeto de extender la seguridad social a la población campesina, con lo cual se instituyeron los servicios de solidaridad social y

se fundaron unidades rurales para prestar entre otras acciones atención materna, pero con la participación de parteras rurales. A finales de 1976, se informó que se habían adiestrado a 5048 parteras y el programa fue reforzado, pues la Secretaría de Salud también se sumó a la atención de la mujer embarazada en el medio rural y urbano de baja condición, teniendo esto una gran relevancia histórica en relación a la atención prenatal.²

Antes del desarrollo de la medicina moderna, muchas madres y sus productos de concepción no sobrevivían durante el periodo de gestación y a los procesos de nacimiento durante el parto eutócico o quirúrgico y el alumbramiento, en la actualidad el buen cuidado prenatal puede mejorar significativamente la calidad del embarazo y el pronóstico tanto para el producto de la concepción como para la gestante, este periodo extraordinariamente largo del desarrollo humano está determinado y modificado por una amplia variedad de factores personales, sociales, culturales y biológicos.^{2,3}

A través de ciertas medidas, como la terapéutica hormonal e inseminación artificial, también es posible provocar embarazos deseados que de otro modo no ocurrirían, sin embargo, el uso de estas tecnologías para prevenir o facilitar el embarazo son discutibles y plantean cuestionamientos a las costumbres sociales, la ética, las creencias religiosas y otras, por lo que la atención médica hacia la mujer embarazada ha evolucionado implementando nuevos estándares y criterios del control prenatal, tratando de no lesionar estas costumbres tanto sociales como religiosas y culturales, favoreciendo una evolución del embarazo adecuada y sin complicaciones, entendiendo a la mujer embarazada y al producto como una unidad, ya que una alteración o patología en la gestante puede dañar fatalmente al producto, así mismo alguna alteración con el producto podría ocasionar algún daño materno tanto fisiológico como psicológico, de ahí la importancia de ver como unidad a la mujer en gestación y al producto de la concepción, para identificar factores de riesgo, evitar o detectar y controlar situaciones o patología que pongan en riesgo al binomio.³

Otro aspecto importante es la educación materna, ésta tarea corresponde al médico y es básica para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada a la futura madre, la importancia de llevar un buen control prenatal, haciendo énfasis en los signos y síntomas de alarma obstétrica para que sea capaz de reconocer y diferenciar las molestias propias de la gestación de aquellas que sean una emergencia obstétrica y por lo tanto, acudir oportunamente al servicio médico donde recibirá atención obstétrica.^{2,3}

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia tanto del grupo familiar al que pertenece como a ella misma cuando se cumplen las 40 semanas de gestación y no se ha producido el trabajo de parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 42 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal y debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias al servicio médico.³

La evaluación de la condición materna es el siguiente aspecto de la vigilancia médica de la mujer en gestación, la cual se inicia con la elaboración de una historia clínica, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación, los antecedentes obstétricos previos que generen riesgo de afectación al binomio, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas; también es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral, etc. Se practicará un examen físico general con fines de diagnosticar patologías asintomáticas. Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación

nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.^{3, 4}

La unidad de salud en medicina familiar debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras doce semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

- a) Primera consulta: en el transcurso de las primeras doce semana.
- b) Segunda consulta: entre la semana 22 y 24.
- c) Tercera consulta: entre la semana 27 y 29.
- d) Cuarta consulta: entre la semana 33 y 35.
- e) Quinta consulta: entre la semana 38 y 40.⁴

En un estudio de casos y controles se analizaron 407 expedientes del Hospital General Regional No. 6 del IMSS, Ciudad Madero, Tamaulipas durante el año 2000, los cuales cubrieron los criterios de inclusión de la población de mujeres embarazadas que llevaron atención prenatal institucional en las unidades de medicina familiar de adscripción, se concluyo que el control prenatal adecuado (mas de cinco consultas, con inicio en el primer trimestre del embarazo) impacta en la prevención de alteraciones en el recién nacido como insuficiencia respiratoria, peso bajo al nacimiento, prematuridad y asfixia.⁵

Las doce primeras semanas del embarazo son de vital importancia tanto para la madre como para el producto ya que es en este tiempo durante el cual se va a llevar a cabo la organogénesis, tiempo en el que además se deben de tratar de identificar los factores de riesgo.^{2, 3}

El primer trimestre del embarazo comienza cuando el óvulo fertilizado se implanta en el útero de una mujer, lo cual ocurre alrededor de 7 días después de la fertilización, hasta las 12 semanas de gestación o alrededor de 14 semanas desde el primer día del último período menstrual normal.^{3,6}

En el primer mes es recomendable evitar factores de riesgos que la mujer deje de fumar, no ingerir bebidas alcohólicas, ni automedicarse, se evitarán, en la medida de lo posible las vacunas y la exposición a cualquier tipo de radiaciones.

Durante el segundo mes de gestación comienzan a aparecer los primeros cambios hormonales, se producen síntomas propios de este período como los trastornos del aparato digestivo, se pierde la coordinación entre el sistema nervioso vagal y el simpático, presentándose los primeros vómitos y náuseas, esta situación suele ir acompañada de abundantes salivaciones (ptialismo) y a veces, de ligeros desvanecimientos, puede ocurrir que los vómitos sean excesivos (hiperémesis gravídica), llegándose a crear un estado de desnutrición. Si los vómitos y las sensaciones de náuseas son frecuentes, es recomendable que la ingestión de alimentos sea más frecuente y en pequeñas cantidades, los alimentos sólidos o espesos reducen estos trastornos más que los líquidos, la mucosa bucal y las encías sufren modificaciones desde el inicio de la gestación, debido a la acción hormonal se produce una gingivitis, lo cual puede favorecer la aparición de caries o el empeoramiento de las ya existentes. Para eliminar posibles infecciones es imprescindible una cuidadosa higiene buco-dental y la atención por el odontólogo.

La glándula mamaria sufre modificaciones, aumentando de tamaño y al palparla se notan pequeños nódulos, la areola del pezón se hace más oscura y aumenta la sensibilidad mamaria, también, a causa de la acción hormonal, la glándula tiroides puede aumentar su tamaño y provocar un ligero ensanchamiento de la base del cuello.

Durante el tercer mes de gestación se tiene una mayor frecuencia de infecciones del tracto urinario, las probabilidades de abortar son mayores por lo que es importante tomar ciertas precauciones como evitar el esfuerzo físico, así como estar más alerta de los datos o alteraciones que sugieran anormalidad, como son pérdidas transvaginales (sangre, líquido amniótico), ausencia o disminución en los

movimientos fetales, presencia de contracciones, síntomas vasoespasmódicos en la madre propiamente (cefalea, acufenos, fosfenos, etc.).

Además de evaluar la evolución de la mujer en gestación, es imprescindible tomar en cuenta la evolución del producto para evaluar también el desarrollo de este in útero.^{3, 6}

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- a) Latidos cardíacos fetales.
- b) Movimientos fetales.
- c) Tamaño uterino.
- d) Estimación clínica del peso fetal.
- e) Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos, los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.^{5,6}

En resumen y de una manera cronológica podemos describir los cambios que aparecen con el embarazo tanto en la madre como en el producto:

En el primer mes respecto al producto de la concepción del primer día o fecundación, hasta aproximadamente el 4to día cuando el huevo o cigoto llega al útero, para implantarse totalmente aproximadamente hasta el séptimo día. Se inicia la formación del tubo neural y esbozos de médula espinal, se empieza a diferenciar la cabeza, aproximadamente hasta el día 25 comienza a latir su corazón el cual se conoce como embrión, midiendo 9 mm. y pesando aproximadamente 0.5 grs.

En cuanto a la mujer gestante, durante este primer mes encontramos que la pared uterina aumenta su espesor y su vascularización, la placenta y el cordón umbilical comienzan a formarse. Se segrega gonadotrofina coriónica.^{2,3,6}

El embrión durante el segundo mes flota en el saco lleno de líquido amniótico, sigue teniendo cambios, se perfila la cara, se forman los ojos y tiene párpados, crecen los brazos y piernas, los órganos internos y el cerebro se van desarrollando, mide 4 cms. y pesa aproximadamente 5 grs.

En el útero materno el cordón umbilical tiene su forma definitiva. El líquido amniótico protege al embrión, manteniendo constante la temperatura y facilitando sus movimientos.

En el tercer mes de la gestación el producto toma el nombre de feto, midiendo 10 cm. y pesando 20 grs. aproximadamente.

La cavidad uterina tiene líquido amniótico que se renueva constantemente, la placenta es pequeña pero cumple su función de intercambio de nutrientes y productos de desecho y secreción de estrógenos y progesterona, la mujer embarazada podrá sentir mareos y vómitos, cansancio, molestias en la pelvis y necesidad de orinar mas frecuentemente. Notará un aumento de tamaño en las mamas acompañado de cambio de color en la areola de los pezones.^{3,6}

CONTROL PRENATAL

El control prenatal comienza con el diagnóstico del embarazo, entendiendo el control prenatal como un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de realizar acciones de prevención primaria y secundaria de patologías y complicaciones que puedan comprometer el embarazo, el parto o la salud del recién nacido y/o de la madre.

Estas actividades también deben estar encaminadas a la búsqueda de factores de riesgo, entendiendo como factor de riesgo a la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbi-mortalidad son: la prematuridad, asfixia perinatal, malformaciones congénitas, infecciones, hemorragia obstétrica, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre-gestacionales. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.^{7,8,9,10}

En un estudio de casos y controles realizado en los ocho hospitales con servicio de obstetricia de la Delegación Veracruz Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 2003, se demostró que la calidad de la atención prenatal y el inicio temprano de la misma tiene relación significativa con la mortalidad perinatal.¹¹

El control prenatal por lo tanto tiene como objetivos fundamentales:

- a) Identificar a la embarazada con problemas previos que puedan complicar el desarrollo del embarazo (hipertensión arterial, desnutrición, etc.).
- b) Identificar a las mujeres con embarazos normales pero con situaciones que puedan complicar su evolución (antecedentes obstétricos patológicos, edades extremas, etc.).
- c) Detectar y tratar precozmente los problemas que puedan comprometer el embarazo (anemia, preeclampsia, etc.).

- d) Educar a la embarazada y a su familia sobre condiciones que puedan comprometer el desarrollo del embarazo (tabaquismo, enfermedades de transmisión sexual, etc.).
- e) Brindar los conocimientos básicos de lactancia.^{2,3,6,7,8,9,10}

Para lograr estos objetivos, el control prenatal debe ser precoz, continuo en el tiempo, completo (abarcar todos los aspectos preventivos) y accesible para todas las embarazadas.

El nivel socioeconómico puede ser un factor determinante para que la mujer embarazada no acuda o inicie en una forma tardía el control prenatal, situaciones como el nivel de escolaridad, puede propiciar por desconocimiento, el no aceptar formas de atención diferentes a la tradicional de sus comunidades, como ejemplo el arraigo a la atención por parte de parteras empíricas; otra situación puede ser el bajo ingreso económico familiar, que implique la necesidad de que la mujer embarazada realice alguna actividad laboral, situación que se agrava en el caso de mujeres solas o madres solteras; otros factores posibles son la edad y la religión, los cuales también tienen participación directa o indirecta sobre la toma de decisiones para iniciar el control prenatal, siendo que probablemente una mujer embarazada menor de edad desconoce este tipo de atenciones y los beneficios que le brinda, tanto a ella como al producto de la gestación; en cuanto a la religión, existen doctrinas religiosas que se oponen a cierto tipo de atenciones o prácticas médicas, lo cual influiría para que las mujeres embarazadas seguidoras de este tipo de doctrinas no acudan o inicien en forma tardía el control prenatal.^{12,13,14}

La atención médica prenatal es una herramienta fundamental en la medicina preventiva, la falta de control prenatal en muchas mujeres embarazadas es un grave déficit en la salud pública de Latinoamérica. Se considera que la falta de accesibilidad por factores socioeconómicos, culturales, geográficos, etc. son los principales determinantes para que el control prenatal no se realice o se comience en forma tardía.^{12, 13, 14}

En un estudio realizado en la ciudad de Tijuana México en 1994 en hospitales de la localidad, (IMSS, ISSSTECALI, HOSPITAL GENERAL SSA Y CUATRO HOSPITALES PRIVADOS) con 279 mujeres entrevistadas, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de control prenatal y bajo peso al nacer, además de los siguientes factores de riesgo: nivel socioeconómico bajo, (19.7%), unión libre (67%), el no tener trabajo(40.1%), así como los sentimientos negativos frente a la sospecha de embarazo, mismos sentimientos negativos que se incrementaron ante la confirmación del embarazo.¹⁵

En nuestro país existen estándares y criterios de atención para llevar un adecuado control de la mujer embarazada los cuales están ampliamente descritos en La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, los cuales son:

- a) Elaboración de historia clínica.
- b) Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- c) Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración.
- d) Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.
- e) Valoración del riesgo obstétrico.
- f) Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- g) Valoración de biometría hemática completa, glicemia y VDRL (en la primera consulta y en las subsecuentes dependiendo del riesgo).
- h) Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rh antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la NOM para disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- i) Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.

- j) Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana (VIH), en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad.
- k) Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.
- l) Prescripción de medicamentos (solo con indicación médica, se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).
- m) Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas después, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.
- n) Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales y económicas de la embarazada.
- o) Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar para integrar a la familia al control de la embarazada.
- p) Promoción de la lactancia materna exclusiva.
- q) Promoción y orientación sobre planificación familiar.
- r) Medidas de autocuidado a la salud.
- s) Establecimiento del diagnóstico integral.⁴

Estas actividades son obligatorias a realizar en todas las mujeres embarazadas, para, como ya se ha mencionado ampliamente, prevenir cualquier alteración que se pudiera presentar, tanto en la mujer embarazada como en el producto de la gestación, aunque se siguen omitiendo algunas de ellas ya sea por desconocimiento del área médica o por falta de recursos de las unidades del sector salud para realizarlas adecuadamente, por lo tanto resultaría también importante, no solo promocionar el control prenatal entre las mujeres en edad fértil o en mujeres embarazadas, sino verificar que se realicen adecuadamente por parte del equipo de salud y mejorar las expectativas del binomio. ^{8,9,10,16}

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las mujeres embarazadas (beneficiarias o trabajadoras) tienen el derecho de recibir atención durante el embarazo, parto y puerperio. Aún cuando no se ha probado la efectividad de esto, en el IMSS se considera que la atención prenatal se debe de iniciar en el primer trimestre del embarazo en todos los casos y que cada mujer debe acumular por lo menos siete consultas al final del embarazo.¹⁷

En el año 1983 se intensificaron las acciones con la finalidad de tener mejores condiciones de salud y reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto. A pesar de la existencia de la norma, no se ha logrado un nivel óptimo de utilización ya que las mujeres embarazadas reciben un promedio de 5.2 consultas y solo un 33.4% de ellas iniciaron la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo.^{5,7,10,15,16}

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la UMF 39 contamos con (451) mujeres en edad fértil y de acuerdo a su grupo de edad encontramos, (235) de 15-19 años, (38) de 20-24 años, (120) de 25 a 29 años, (142) de 30 a 34 años, (116) de 35-39.

Durante mi estancia en la U. M. F. 39 del I. M. S. S. de Zacatlán Puebla he observado que existe un gran número de mujeres embarazadas con menos de 20 años y mayores de 35, ocasionando que el riesgo obstétrico sea mayor para estos grupos de edad lo que probablemente condiciona la presencia de múltiples complicaciones que ponen en riesgo la vida del binomio y que por consiguiente al presentarse dichas complicaciones influyan en la dinámica familiar, además de que pueden agravar la estabilidad familiar al fallecer alguno de estos miembros.

La principal inquietud del presente trabajo es conocer la situación socioeconómica de la mujer en gestación y su influencia en el inicio del control prenatal tardío por lo cual me planteo la siguiente pregunta de investigación:

¿Es el nivel socioeconómico un factor para el inicio tardío del control prenatal en mujeres que acuden a consulta a la U. M. F. 39 del I. M. S. S. de Zacatlán Puebla en el periodo del 1 de Enero al 30 de Junio de 2008?

5. JUSTIFICACIÓN

La falta de información, a cerca de la importancia de iniciar un control prenatal temprano ocasiona que las mujeres acudan solo a atención médica en etapas finales del embarazo, lo que ocasiona una detección tardía de factores de riesgo obstétrico o posibles complicaciones en el embarazo.

Se han realizado estudios dentro de las instituciones del sector salud de nuestro país, los cuales han demostrado que la atención prenatal oportuna impacta positivamente en la prevención de alteraciones en el recién nacido (bajo peso al nacer, prematurez, insuficiencia respiratoria, etc.) y por lo tanto en la mortalidad perinatal.^{5,8,11}

En la Unidad de Medicina Familiar (U. M. F.) No 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Zacatlán Puebla, la cobertura de mujeres embarazadas que acuden a consulta durante el primer trimestre del embarazo es muy baja por lo que es necesario tener en cuenta las diversas situaciones sociales, culturales, demográficas, etc., para conocer con precisión si estas causan o no, que se inicie tardíamente el control prenatal.

En investigaciones se ha encontrado que los factores socioeconómicos como son: bajos ingresos de la familia, edad, estado civil, ocupación, así como el nivel de educación y otros mas, pueden tener una estrecha relación con el inicio tardío del control prenatal, o incluso el no inicio del mismo. El nivel socioeconómico de la mujer embarazada puede, por si solo, afectar el adecuado control del embarazo.^{5,7,11,12,13,14,15,}

Reconociendo la influencia de los factores socioeconómicos por su frecuencia en mujeres embarazadas, se pueden implementar estrategias que influyan sobre esta posible causa, y así difundir, informar y concientizar a la población, en la importancia de iniciar el control del embarazo dentro de las primeras doce semanas

para prevenir situaciones que pudieran ocasionar problemas o alteraciones no solo al producto, la madre, o a ambos, sino también a la propia familia y por consiguiente a la misma sociedad.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar el nivel socioeconómico en las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal por primera vez en la U. M. F. 39 del I. M. S. S. de Zacatlán Puebla, en el periodo del 1 de Enero al 30 de Junio de 2008.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar la frecuencia del nivel socioeconómico en mujeres con control prenatal tardío en mujeres con gestación de la U. M. F. 39 del I. M. S. S. de de Zacatlán Puebla, en el periodo del 1 de Enero al 30 de Junio de 2008.

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, prolectivo y prospectivo, encuestando a mujeres embarazadas que iniciaron el control prenatal.

7.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la U. M. F. No 39 de Zacatlán Puebla, en el periodo del 1 de Enero al 30 de Junio de 2008.

7.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se encuestaron 52 mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a control de embarazo y se encontraban adscritas a la consulta externa de medicina familiar de la U. M. F. No 39 en los turnos matutino y vespertino., en el periodo del 1 de Enero al 30 de Junio de 2008.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Toda mujer embarazada que acudió al servicio de consulta externa por primera vez a inicio de control prenatal con certeza de embarazo, en el periodo del 1 de Enero al 30 de Junio de 2008.

7.4.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Toda mujer embarazada que acudió al servicio de consulta externa por primera vez a inicio de control prenatal en trabajo de parto.

7.4.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Toda mujer que no aceptó participar en el estudio.

7.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR

MUJERES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Son todas las mujeres embarazadas que acuden a la U. M. F. 39 del I. M. S. S al servicio de consulta externa solicitando atención médica.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Son todas las mujeres embarazadas que acuden a la U. M. F. 39 del I. M. S. S. solicitando atención médica para iniciar control prenatal sin importar el trimestre que estén cursando, en el período del 1 de Enero al 30 de Junio de 2008.
ESCALA DE MEDICIÓN	Tipo: Cuantitativa Continua.

ESCOLARIDAD	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Es el nivel máximo de estudios que tienen las mujeres embarazadas que llevan control prenatal.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Es el nivel de estudios que indiquen las mujeres que acuden a control prenatal a la U. M. F. 39 del I. M. S. S. de acuerdo al cuestionario de aplicación.
ESCALA DE MEDICIÓN	Tipo: Cualitativa ordinal.

NIVEL SOCIO ECONÓMICO	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Es el grado de bienestar que han alcanzado o tienen las mujeres embarazadas que llevan control prenatal.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Es el que resulte de acuerdo a la aplicación del método de Graffar a cada mujer que inicia control prenatal en la U. M. F. 39 del I. M. S. S. (estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero o marginal).
ESCALA DE MEDICIÓN	Tipo: Cualitativa ordinal.

ESTADO CIVIL	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Condición de cada mujer que acude a control prenatal en relación con los derechos y obligaciones civiles.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Es la condición civil que indique cada mujer que inicia control prenatal en la U. M. F. 39 del I. M. S. S. de acuerdo al cuestionario de aplicación.
ESCALA DE MEDICIÓN	Tipo: Cualitativa Nominal.

EDAD	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Es el tiempo que ha vivido desde que nació cada mujer que acude a control prenatal.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Es la edad cumplida en años que indique cada mujer que inicia control prenatal en la U. M. F. 39 del I. M. S. S. de acuerdo al cuestionario de aplicación.
ESCALA DE MEDICIÓN	Tipo: Cuantitativa Continua.

OCUPACIÓN	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Es la actividad a la que se dedica cada mujer que acude a control prenatal.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Es la actividad a la que se dedica e indique cada mujer que acude a control prenatal en la U. M. F. 39 del I. M. S. S. de acuerdo al cuestionario de aplicación.
ESCALA DE MEDICIÓN	Tipo: Cualitativa Nominal.

7.5.2 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN

VARIABLES	TIPO	ESCALA	VALORES
VARIABLE DEPENDIENTE MUJERES QUE INICIAN CONTROL PRENATAL	CUANTITATIVA	CONTINUA	DE ACUERDO AL TRIMESTRE EN EL QUE INICIAN CONTROL PRENATAL, 1º, 2º, 3º.
VARIABLE INDEPENDIENTE ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	ORDINAL	LA QUE INDIQUE LA PACIENTE: 1. -ENSEÑANZA UNIV. O EQUIVALENTE. 2. -TECNICA SUPERIOR COMPLETA, ENSEÑANZA SEC. COMPLETA, TECNICA MEDIA. 3. -ENSEÑANZA SEC. INC., TECNICA INFERIOR. 4. -ENSEÑANZA PRIMARIA, O ALFABETA. 5. -ANALFABETA.
NIVEL SOCIOECONÓMICO	CUALITATIVA	ORDINAL	ENCUESTA DEL MÉTODO GRAFFAR: ESTRATO I ALTO. ESTRATO II MEDIO ALTO. ESTRATO III MEDIO BAJO. ESTRATO IV OBRERO.
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	LO QUE INDIQUE LA PACIENTE: SOLTERA, CASADA, UNIÓN LIBRE.
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	POR GRUPOS DE EDAD: 15-19 AÑOS, 20-24 AÑOS, 25 A 29 AÑOS, 30 A 34 AÑOS, 35-39 AÑOS.
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	LA QUE INDIQUE LA PACIENTE: LABORES DEL HOGAR, EMPLEADA, COMERCIANTE, PROFESIONISTA, OFICIO PROPIO.

7.6 MÉTODO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Se aplicó el cuestionario de evaluación a todas las mujeres que acudieron a inicio de control prenatal previa autorización del consentimiento informado, en los dos consultorios de la consulta externa de medicina familiar de la unidad sede de la investigación. A las mujeres adscritas al consultorio uno se aplicó el cuestionario a la salida de la consulta y a las adscritas al consultorio dos se aplicó durante la consulta siendo en los dos casos de forma individual, el cuestionario fue de nueve reactivos, cinco preguntas abiertas para la ficha de identidad y cuatro preguntas de acuerdo al método de Graffar para evaluar el nivel socioeconómico, las cuales incluyen cinco posibles respuestas ordenadas con valor de 1 a 5 puntos de acuerdo a la respuesta.

Para el presente estudio se utilizará estadística descriptiva por frecuencia.

7.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó previa autorización por escrito y respetando la confidencialidad de las personas que participaron en el mismo. Así como apego a las normas, especificaciones e instructivos institucionales sobre investigación científica.

Los procedimientos realizados son de acuerdo a las Normas Éticas Institucionales contempladas en la Declaración de Helsinki: Modificada en el Congreso de Tokio, Japón en 1975. Así como también, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos.^{18,19}

8.- RESULTADOS

El tamaño de la muestra estuvo integrado por 52 mujeres que fueron el total que acudió a iniciar el control prenatal, se distribuyeron de acuerdo al trimestre de inicio del control prenatal, e identificando el nivel socioeconómico por medio del método de Graffar.

8.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS Y TABLAS

Se encontró que el 50.1% (26 pacientes) iniciaron el control prenatal en el segundo trimestre, el 36.4% (19 pacientes) durante el primer trimestre y el 13.5% (7 pacientes) lo iniciaron en el tercer trimestre. El grupo de edad que predominó fue el de 25-29 años representando el 69% (36 pacientes), con una media de 26.8, mediana de 27 y moda de 25 y 29 años, la varianza fue de 18.6, con un rango de 20, con una desviación estándar de 4.3 y error estándar de 0.6.

TABLA 1 EDAD DE LAS PACIENTES Y TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.

GRUPO DE EDAD	1°		2°		3°		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
15-19	1	1.9	4	7.6	1	1.9	6	11.6
20-24	1	1.9	1	1.9	0	0	2	3.8
25-29	12	23.2	19	36.6	5	9.7	36	69.3
30-34	4	7.7	2	3.8	0	0	6	11.5
35-39	1	1.9	0	0	1	1.9	2	3.8
TOTAL	19	36.6	26	49.9	7	13.5	52	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

Se valoraron tres niveles de ocupación: profesionista, ama de casa y empleada (cualquier tipo de trabajo asalariado fuera de casa), encontrando que el 65.5% trabaja fuera de su casa (34 pacientes), 30.7 % son amas de casa (16 pacientes) y solo el 3.8% (2 pacientes) trabajan por su cuenta como profesionistas.

TABLA 2 OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES Y TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.

OCUPACIÓN	1°		2°		3°		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
PROFESIONISTA	1	1.9	1	1.9	0	0	2	3.8
LABORES DEL HOGAR	6	11.6	6	11.4	4	7.6	16	30.7
EMPLEADA	12	23.1	19	36.6	3	5.9	34	65.5
TOTAL	19	36.6	26	49.9	7	13.5	52	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

De acuerdo al estado civil se encontró que el 71.2% (37 pacientes) son casadas, el 25% (13 pacientes) se encuentran en unión libre y solo el 3.8% (2 pacientes) son solteras.

TABLA 3 ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES Y TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.

ESTADO CIVIL	1°		2°		3°		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CASADA	14	27	18	34.5	5	9.7	37	71.2
UNIÓN LBRE	4	7.7	7	13.5	2	3.8	13	25.0
SOLTERA	1	1.9	1	1.9	0	0	2	3.8
TOTAL	19	36.6	26	49.9	7	13.5	52	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

Se encontró que sólo el 3.8% tiene instrucción universitaria y el 1.9% es analfabeta, encontrando una mayor frecuencia de mujeres con secundaria incompleta representando el 27.1%.

TABLA 4 ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES Y TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.

ESCOLARIDAD	1°		2°		3°		TOTAL	
	f	%	f	%	%	%	f	%
ANALFABETA	1	1.9	0	0	0	0	1	1.9
PRIMARIA INCOMPLETA	3	5.9	3	5.9	0	0	6	11.5
PRIMARIA COMPLETA	3	5.9	1	1.9	0	0	4	7.8
SECUNDARIA INCOMPLETA	3	5.9	8	15.1	3	5.9	14	26.9
SECUNDARIA COMPLETA	2	3.8	5	9.6	3	5.9	10	19.2
PREPARATORIA INCOMPLETA	2	3.8	3	5.9	1	1.9	6	11.5
PREPARATORIA COMPLETA	3	5.9	2	3.8	0	0	5	9.6
CARRERA TÉCNICA	1	1.9	3	5.9	0	0	4	7.8
UNIVERSIDAD	1	1.9	1	1.9	0	0	2	3.8
TOTAL	19	36.6	26	49.9	7	13.5	52	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

En relación a la escolaridad del jefe de familia se encontró una mayor frecuencia en primaria completa y secundaria incompleta con 14 jefes de familia en cada rubro que corresponde al 26.2% respectivamente.

TABLA 5. ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA Y TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.

ESCOLARIDAD	1°		2°		3°		TOTAL	
	f	%	f	%	%	%	f	%
ANALFABETA	1	1.9	0	0	0	0	1	1.9
PRIMARIA INCOMPLETA	3	5.9	2	3.8	0	0	5	9.7
PRIMARIA COMPLETA	5	9.7	8	15.2	1	1.9	14	26.9
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	1.9	10	19.5	3	5.9	14	26.9
SECUNDARIA COMPLETA	3	5.9	2	3.8	2	3.8	7	13.5
PREPARATORIA INCOMPLETA	2	3.8	1	1.9	1	1.9	4	7.7
PREPARATORIA COMPLETA	2	3.8	2	3.8	0	0	4	7.7
CARRERA TÉCNICA	1	1.9	0	0	0	0	1	1.9
UNIVERSIDAD	1	1.9	1	1.9	0	0	2	3.8
TOTAL	19	36.6	26	49.9	7	13.5	52	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

En cuanto al nivel socioeconómico, se agruparon los resultados en los tres estratos principales II (10 pacientes), III (29pacientes), y IV (11pacientes), para realizar el cálculo de diferencia de proporciones entre las variables, obteniendo una X^2 de 1.8, con un grado de libertad de 2 ($p > 0.05$).

TABLA 6. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS PACIENTES Y TRIMESTRE DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	1°		2°		3°		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
ESTRATO I (NIVEL ALTO)	0	0	0	0	0	0	0	0
ESTRATO II (NIVEL MEDIO-ALTO)	1	1.9	1	1.9	0	0	2	3.8
ESTRATO III (NIVEL MEDIO-BAJO)	3	5.9	4	7.7	3	5.9	10	19.5
ESTRATO IV (NIVEL OBRERO)	8	15.3	17	32.5	4	7.7	29	55.5
ESTRATO V (NIVEL MARGINAL)	7	13.5	4	7.7	0	0	11	21.2
TOTAL	19	36.6	26	49.9	7	13.5	52	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

9.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El nivel socio económico es determinante para que la mujer embarazada inicie tardíamente el control prenatal, ya que el bajo nivel de escolaridad, puede propiciar por desconocimiento, el no aceptar formas de atención diferentes a la tradicional de sus comunidades, como ejemplo, el arraigo a la atención por parte de parteras empíricas, por otra parte el escaso ingreso económico no satisface las necesidades básicas de vida, lo que implica la necesidad de que la mujer embarazada realice alguna actividad laboral fuera de su casa, situación que se agrava en el caso de mujeres solas o madres solteras; por lo tanto son factores que condicionan el no inicio del control prenatal durante el primer trimestre de embarazo o iniciarlo en etapas tardías o incluso el nunca llevar control prenatal, mas sin embargo en algunos casos la presencia de factores condicionantes o agravantes como los antes mencionados no implican que el inicio del control prenatal sea en forma tardía.

En algunos estudios se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de control prenatal y bajo peso al nacer, teniendo como factores de riesgo el nivel socioeconómico bajo, unión libre y la falta de trabaj.¹⁵

En otros estudios se ha demostrado el impacto de la falta de atención prenatal con alteraciones tanto maternas como del neonato, encontrando al nivel socioeconómico como un factor de riesgo para estas entidades.^{5, 11, 17}

La atención médica prenatal es una herramienta fundamental en la medicina preventiva, la falta de control prenatal en muchas mujeres embarazadas es un grave déficit en la salud pública de nuestro país y de Latinoamérica.

Se considera que la falta de accesibilidad a los servicios de atención médica por factores socioeconómicos, culturales, geográficos, etc. son los principales

determinantes para que el control prenatal no se realice o se comience en forma tardía.

10.- CONCLUSIÓN

El nivel socioeconómico no es un factor determinante para que la mujer embarazada no acuda o inicie en una forma tardía el control prenatal.

En algunos casos situaciones como la baja escolaridad tanto materno como paterno, el bajo ingreso económico familiar, y el hecho de que la mujer embarazada trabaje fuera de su casa para mejorar el ingreso familiar y con esto solventar las necesidades básicas de vida, ocasionan que las mujeres embarazadas no tengan o no asistan a recibir atención medica oportuna para llevar un adecuado control prenatal, la falta de este puede condicionar a la vez alguna complicación que ponga en riesgo la vida tanto de la madre como del producto, propiciar alguna alteración irreversible en el producto y con esta disminuir o afectar significativamente la calidad de vida tanto del producto como del resto de la familia.

En el presente trabajo no se encontró una relación estadística significativa entre el bajo nivel socioeconómico con el inicio tardío del control prenatal, nivel que estuvo determinado a su vez por el bajo nivel escolar materno y paterno, y por que la mujer tiene que trabajar fuera de la casa para tener un mayor ingreso económico.

Por lo tanto se puede concluir que el bajo nivel socio económico, no es un factor determinante pero que puede en algunos casos condicionar el inicio tardío del control prenatal.

La elevación del nivel socioeconómico es una situación que posiblemente se verá revertida cuando el nivel de escolaridad de la población en general sea mayor y la remuneración económica laboral aumente, lo que condicionará una mejor calidad de vida, y a su vez una maternidad-paternidad responsable y con esto un acercamiento a los servicios de salud para llevar un adecuado control prenatal.

11. ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA DE SALIDA

- 1.- NOMBRE _____ AFILIACIÓN _____
- 2.- ESTADO CIVIL: CASADA () UNIÓN LIBRE () SOLTERA () DIVORCIO ()
- 3.- EDAD: - 15 AÑOS () 15-19 () 20-24 () 25-29 () 30-34 () 35-39 () 39 Y MAS ()
- 4.- OCUPACIÓN: LABORES DEL HOGAR () EMPLEADA () COMERCIANTE () PROFESIONISTA () OTRO ()
- 5.- SEMANA DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL: _____

1. PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

- 1 () PROFESIÓN UNIVERSITARIA, COMERCIANTES, TODOS DE ALTA PRODUCTIVIDAD, OFICIALES DE LAS FUERZAS ARMADAS (SI TIENEN UN RANGO DE EDUCACIÓN SUPERIOR)
- 2 () PROFESIÓN TÉCNICA SUPERIOR, MEDIANOS COMERCIANTES O PRODUCTORES
- 3 () EMPLEADOS SIN PROF. UNIVERSITARIA, CON TÉCNICA MEDIA, PEQUEÑOS COMERCIANTES O PRODUCTORES
- 4 () OBREROS ESPECIALIZADOS Y PARTE DE LOS DEL SECTOR INFORMAL (CON PRIMARIA COMPLETA)
- 5 () OBREROS NO ESPECIALIZADOS Y OTRA PARTE DEL SECTOR DE LA ECONOMÍA (SIN PRIMARIA COMPLETA)

2.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

- 1 () ENSEÑANZA UNIVERSITARIA O SU EQUIVALENTE
- 2 () TÉCNICA SUPERIOR COMPLETA, ENSEÑANZA SECUNDARIA COMPLETA, TÉCNICA MEDIA.
- 3 () ENSEÑANZA SECUNDARIA INCOMPLETA, TÉCNICA INFERIOR
- 4 () ENSEÑANZA PRIMARIA, O ALFABETA (CON ALGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA)
- 5 () ANALFABETA

3.-PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA

- 1 () FORTUNA HEREDADA O ADQUIRIDA
- 2 () GANANCIAS O BENEFICIOS, HONORARIOS PROFESIONALES
- 3 () SUELDO MENSUAL
- 4 () SALARIO SEMANAL, POR DÍA, ENTRADA A DESTAJO
- 5 () DONACIONES DE ORIGEN PÚBLICO O PRIVADO

4.- CONDICIONES DE VIVIENDA

- 1 () VIVIENDA EN ÓPTIMAS CONDICIONES SANITARIAS EN AMBIENTES DE GRAN LUJO
- 2 () VIVIENDA EN ÓPTIMAS CONDICIONES SANITARIAS EN AMBIENTES CON LUJO SIN EXCESO Y SUFICIENTES ESPACIOS
- 3 () VIVIENDAS CON BUENAS CONDICIONES SANITARIAS EN ESPACIOS REDUCIDOS O NO, PERO SIEMPRE MENORES QUE EN LAS VIVIENDAS 1 Y 2
- 4 () VIVIENDAS CON AMBIENTES ESPACIOSOS O REDUCIDOS Y/O CON DEFICIENCIAS EN ALGUNAS CONDICIONES SANITARIAS
- 5 () RANCHO O VIVIENDA CON CONDICIONES SANITARIAS MARCADAMENTE INADECUADAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con número de afiliación _____, estoy enterada y se me informo plenamente acerca del estudio de investigación **"INICIO TARDÍO DEL CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"** que se va a realizar en la UMF No. 39 del IMSS de Zacatlán Puebla de la cual soy derechohabiente y **acepto** participar en el estudio contestando el cuestionario de aplicación y **autorizo** al Dr. Ricardo Alejandro Ricaño Olmedo a utilizar la información vertida en el mismo para la realización de dicha investigación.

Acepto

Testigo

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Fecha

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. 2da. ed. Argentina: Panamericana, 2007. Sección 8, capítulo 83, 684 - 687.
- 2.- Espinosa de los Reyes V, Azcarate S. Vigilancia prenatal programa de actualización continua para el ginecoobstetra, 1a ed. México Intersistemas 2005. Capítulo 6, 7-14.
- 3.- Faúndez A, Pérez A, Donoso S. Control prenatal en obstetricia. 2da ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda, 1992. Capítulo 12, 156-167.
- 4.- Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 14 de julio de 1994. 1ª. Secc.: 48-68.
- 5.- Sánchez-Nuncio H, Pérez-Toga G. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med IMSS 2005; 43: 377-380.
- 6.- Cunningham GF, Mac Donald CP, Gand FN, Leveno JQ, Geistrap CL. Williams Obstetricia. 20ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1998.
- 7.- Dibarboure-Icasuriaga H. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay. Rev Med. Uruguay 1992; 8: 15-17
- 8.- Belizán J. Estrategias para una mejoría en los resultados del control prenatal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Serdá 1996; 15: 7-11

9.- Casini S, Sáinz L, Hertz M, Andina E. Guía de Control Prenatal-Embarazo Normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002; 21: 21-31.

10.- Fraifer S, García S. Control prenatal en embarazadas. Evid. Actual. Práct. Ambul. 2004; 7: 173-177

11.- Aguilar- Barradas M, Méndez -Machado G. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. Rev. Med. IMSS 2005; 43: 215-220.

12.- Arbulú P, Bustillos K, Delucchi C, García K, Herrera M, Gordillo A, Nicoll J. Factores Socioeconómicos y personales que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del recién nacido en primíparas de la Victoria. Rev. Fac. Med. Humana de la Univ. Ricardo Palma 1999; 1: 34-38.

13.- Gutiérrez- Gómez T, Pascacio -Bautista E, De la Cruz Palomo A, Carrasco – Martínez E. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Rev. Enf. IMSS 2002; 10: 21-25.

14.- Carreón-Vásquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I, Soler-Huerta E, González-Solís R. Factores Socioeconómicos Asociados al Embarazo en Adolescentes. Archivos en Medicina Familiar 2004; 6: 70-73.

15.- Ramírez R, Richardson V, Ávila H, Caraveo E, Salomón R, Bacardí R, Jiménez A. La atención prenatal en La ciudad fronteriza de Tijuana, México Rev. Panam. Salud Pública 2000; 7: 12-21.

16.- Tamez-González S, Valle-Arcos R, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del Modelo de Andersen y acceso a la atención prenatal en México. Rev. Salud Pública de México 2006; 48: 418-429.

17.- Martínez-González L, Reyes-Frausto S, García-Peña MC. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Mex 1996; 38: 341-351.

18.- Declaración de Helsinki de la Asociación Medical Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; Adoptada por la 18ª asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975. - 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983. - 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989. - 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

19.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación, publicado en el año.

20.- Método Marcel-Graffar modificado por Méndez Castellano, para valorar el nivel socioeconómico de las familias, publicado por FUNDACRESA. Caracas Venezuela, 2005.