



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

**UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL COMUNITARIO NACAJUCA, TABASCO**

**“CAUSAS DE INASISTENCIA A LA CONSULTA PRENATAL
EN EMBARAZADAS, ADSCRITAS AL
CENTRO DE SALUD DE BOSQUES DE SALOYA,
EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO 2005 – FEBRERO 2006”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DRA. BARBARA JENNY JAIME BAEZ

NACAJUCA, TABASCO

FEBRERO 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.

DEDICATORIAS

A mi **hija dorada** por darme la fuerza y la inspiración con sus travesuras, su inocencia e inteligencia.

A mi **hermana Janet** por brindarme todo el apoyo incondicional para lograr mis objetivos con su ayuda cuando estaba conmigo.

A mi **hermana Jussy** por darme fortaleza y ejemplo de constancia aunque este lejos.

A **mis padres** les dedico con amor, agradezco su ejemplo de responsabilidad, lucha, así como la formación que me brindaron en enseñarme a confiar en mí misma y la ayuda que me han dado al estar junto a mí en estos momentos.

Al padre de mi hija le agradezco por su apoyo con la niña para poder cumplir mis metas.

A mis amigos todos, que es hermoso tener verdaderos amigos y me siento privilegiada por contar con ellos.

A mí misma, por lograr mis metas con sacrificio, honestidad y constancia sin desistir.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco sinceramente a la Dra. Elisa Madrigal por su disponibilidad, para sus asesorías en cualquier momento, gracias por su ayuda tan valiosa para la realización de mi trabajo.

Al Dr. Drusso López que dentro de sus múltiples ocupaciones, asesoró y evaluó mi trabajo, le agradezco mucho.

También a la Dra. Leysi Oramas, por su ayuda y asesoría oportuna.

A todos mis pacientes que están incluidas en mi estudio por la paciencia en el llenado de las encuestas.

A mis compañeros de trabajo del CS - CAAPS Bosques de Saloya que me apoyaron en el llenado de las encuestas.

A mis compañeros de estudio por compartir tantos momentos buenos y malos, pero juntos crecimos y ahora vamos a la meta, gracias.

**“CAUSAS DE INASISTENCIA A LA CONSULTA PRENATAL
EN EMBARAZADAS, ADSCRITAS AL
CENTRO DE SALUD DE BOSQUES DE SALOYA,
EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO 2005 – FEBRERO 2006”**

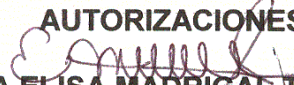
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

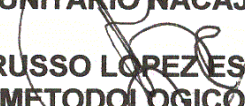
MEDICINA FAMILIAR

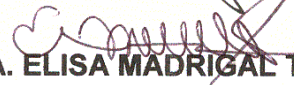
Presenta:

DRA. BARBARA JENNY JAIME BAEZ

AUTORIZACIONES:


**DRA ELISA MADRIGAL TESCUM
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
HOSPITAL COMUNITARIO NACAJUCA, TABASCO.**


**DR. DRUSSO LOPEZ ESTRADA
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
MAESTRO EN CIENCIAS, ORTOPEDISTA**


**DRA. ELISA MADRIGAL TESCUM
ASESOR DEL TEMA DE TESIS Y
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
HOSPITAL COMUNITARIO NACAJUCA, TABASCO.**


**DRA. HILDA DE LOS SANTOS PADRON
SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE TABASCO**

NACAJUCA, TABASCO

FEBRERO 2007

**"CAUSAS DE INASISTENCIA A LA CONSULTA PRENATAL
EN EMBARAZADAS, ADSCRITAS AL
CENTRO DE SALUD DE BOSQUES DE SALOYA,
EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO 2005 – FEBRERO 2006"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

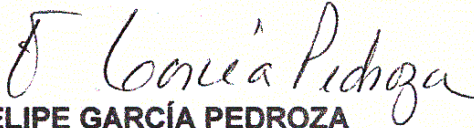
MEDICINA FAMILIAR


Presenta:

DRA. BARBARA JENNY JAIME BAEZ

AUTORIZACIONES:

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


**DR. FELIPE GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**


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

NACAJUCA, TABASCO

FEBRERO 2007

TITULO

**“CAUSAS DE INASISTENCIA A LA CONSULTA PRENATAL EN EMBARAZADAS,
ADSCRITAS AL CENTRO DE SALUD DE BOSQUES DE SALOYA, EN EL PERIODO
COMPENDIDO DE MARZO 2005 – FEBRERO 2006”.**

INDICE

Contenido	Páginas
Carta de autorización	
Dedicatorias	i
Agradecimientos	ii
Resumen	iii
Glosario	iv
Marco teórico	1- 4
Planteamiento del problema	5
Justificación	6 - 7
Objetivo	8 - 9
Hipótesis (hipótesis alterna, hipótesis nula)	10
Metodología	11 - 18
Tipo de estudio	11
Población, lugar y tiempo de estudio	12
Tipo y tamaño de la muestra	13
Criterios	14
Variables	15
Metodología y procedimiento para captar información	16
Recursos	17
Consideraciones éticas	18
Resultados	19 - 22
Análisis o descripción	23
Tablas y gráficas	24 - 32
Discusión	33 - 35
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Referencias bibliográficas	38 - 39
Anexos	40 - 43

RESUMEN

Jaime Báez Bárbara Jenny, R3 MF; Secretaria de Salud del Estado de Tabasco. Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Medicina Familiar, Mayo 2006. "**Causas de inasistencia a la consulta prenatal en embarazadas, adscritas al Centro de Salud de Bosques de Saloya, en el periodo comprendido de Marzo 2005 a Febrero 2006**". Madrigal Tescum Elisa Dra; Oramas de la Cruz Leysi Dra; López Estrada Drusso Dr.

Objetivo: Conocer las causas de inasistencia de las embarazadas a consulta de control prenatal. **Material y métodos:** El estudio es observacional, transversal, prospectivo y analítico, realizado en Marzo 2005 a Febrero 2006. Se estudiaron 86 embarazadas del Centro de Salud de Bosques de Saloya entre 12 y 45 años de edad, a las cuales se les aplicó encuesta diseñada con ficha de identificación y 7 ítems que evaluaron, las causas de inasistencia a control prenatal. Se formaron dos grupos el A (55 embarazadas con control adecuado) y el grupo B (31 embarazadas con control inadecuado).

Resultados: Del grupo A (control adecuado) el promedio de edad es de 22.78, En relación al domicilio predominó el urbano con el 83.6%, el estado civil fue unión libre con el 63,6%, la escolaridad que predominó fue secundaria con el 50,9%, la ocupación principal fue labores del hogar con el 90,9% y la religión es católica con el 74.5%. Del grupo B (control inadecuado) el promedio de edad es de 22.54. Con predominio en domicilio urbano con 90,3%, el estado civil fue unión libre con el 61,3%, la escolaridad que predominó fue secundaria con el 54,8%, la ocupación principal fue labores del hogar con el 90,3% y la religión es católica con el 83,9%. En relación a las causas de inasistencia el estudio muestra que en el grupo A la situación económica influye en el 27,27% de las embarazadas, su estado emocional afecta para su asistencia a control en el 27,27% también, el 7,27% desconfía de la atención que le brinda el servidor y el 10,90% acude a consulta de control prenatal en otra Institución, En el grupo B la situación económica influye en el 38,70% de las embarazadas, su estado emocional afecta para su asistencia a control en el 45,16%, el 16,12% de las embarazadas desconfían de la atención que le brinda el servidor y el 19,35% acude a consulta de control prenatal en otra.

Conclusiones: Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos estudiados, en relación a domicilio, escolaridad, estado emocional, confianza a los servidores, control prenatal en otras Instituciones y situación económica. Al aplicar el coeficiente de correlación de Paerson con P menor a 0.001. Por lo que podemos decir que estos parámetros evaluados influyen en las inasistencias a control prenatal en las embarazadas del CSU de Bosques de Saloya.

Palabras claves: Embarazada y control prenatal.

MARCO TEORICO

En México se estima que al año se embarazan alrededor de 2.5 millones de mujeres, que aproximadamente 370 mil partos no son atendidos en Instituciones de salud publica o privadas, con las consecuentes repercusiones en la calidad. Diariamente se registran 4 defunciones maternas, lo cual representa un problema multifactorial de salud pública, relacionado con la cobertura, la calidad de los servicios de salud y con factores socioeconómicos y culturales. (1) En la ultima década, contrariamente a lo esperado, dado el notable incremento en la cobertura de los servicios prenatales y maternos, la mortalidad materna alcanzo cifras de 5.2 por 10000 nacidos vivos registrados (NRG), como promedio anual y se concentró en las regiones mas pobres del país, en donde ocurrieron 70% de las muertes maternas. Al iniciar el siglo XXI los municipios indígenas todavía han presentado tasas de mortalidad materna de hasta 28 por 10000 NRG, es decir, cuatro veces más alta que el promedio nacional. Aunque en promedio, 7 de cada 10 partos se atienden en las Instituciones de salud del país, en 2001 esta cifra llevo a ser en algunas zonas indígenas de apenas 2 por cada 10 partos. (2)

Considerando el embarazo como un proceso fisiológico que determina ajustes compensadores en el organismo femenino, se llega a la conclusión que la atención prenatal es el conjunto de medidas de vigilancia que se establecen sobre estos mecanismos de ajuste, para detectar tempranamente cuando los mismos se pueden convertir en un peligro para la salud de la mujer o de su hijo, obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico y tomar las medidas necesarias para mantener la evolución del embarazo dentro de los límites de la normalidad. (2) y (4)

Para lograr estos objetivos, el primer paso es realizar la historia clínica obstétrica de la paciente, que permite conocer sus antecedentes, así como el estado actual del embarazo, para clasificar el riesgo que este implica: Riesgo obstétrico bajo. (1, 5, 6). El control prenatal debe ser eficaz y eficiente, esto significa una cobertura del 100% de la población obstétrica, que a pesar de tener un seguro con cobertura gratuita a todas las gestantes, no acuden oportunamente. Decimos que el control prenatal es eficiente cuando se cumple con 4 requisitos básicos:

1. Que el control sea precoz o temprano (primer trimestre)
2. Que sea periódico (5 consultas mínimo)
3. Completo (promoción, prevención, protección)
4. Extenso (cubre el 100% y disminuya la morbimortalidad). (7)

Embarazo con riesgo obstétrico bajo: Cuando no se detecta hasta el momento de realizar el dictamen ningún factor de riesgo y solo presenta el riesgo inherente a su estado grávido, sin embargo durante su evolución puede aparecer alguna alteración que haga cambiar su riesgo ya que el embarazo es un proceso dinámico. (3)

Embarazo con riesgo obstétrico moderado y alto: Determinado por los antecedentes de la paciente y/o su estado actual. Aquel en que existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de producir daño al feto, al recién nacido y /o a la madre.

Frecuencia de consultas:

En el embarazo de riesgo obstétrico bajo:

- Del primero al sexto mes cada 30 días.
- Séptimo y octavo mes cada 15 días.
- Noveno mes cada 7 – 10 días.

Si ha concluido las 40 semanas de embarazo y no ha desencadenado el trabajo de parto, se envía a consulta de gestante a término. (2, 5)

Estudios, revela que la clave no es cuantos controles necesitan las mujeres sino la implementación de aquellas prácticas que están comprobadas científicamente como beneficiosas. Pequeñas reducciones en el número de visitas prenatales son compatibles con buenos resultados en países desarrollados. (8)

Hasta que exista mayor evidencia, se sugiere que se deben realizar como mínimo 4 controles prenatales a toda embarazada de bajo riesgo. (9)

Aproximadamente el 70 % de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo. (8). Sin embargo estudios realizados muestran que hay factores asociados al inadecuado seguimiento prenatal como: factores económicos, sociales, culturales y relacionados con la calidad que se proveen los servicios de salud, provocando inasistencia a las consultas y complicando el embarazo hasta llegar a la muerte materna. (15)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Jurisdicción de Nacajuca, el Centro de Salud de Bosques De Saloya tiene captadas 100 embarazadas, el 20 % de ellas es inasistente a control prenatal, se desconocen las causas de las inasistencias de las embarazadas, a su consulta. Muchas determinantes influyen la salud de la mujer embarazada, estos incluyen las condiciones socioeconómicas, emocionales, educacionales, políticas y sociales de las organizaciones de salud de la comunidad y sus recursos financieros y humanos, como así también varían de acuerdo a la geografía, clima, las condiciones de vivienda y sus características culturales. Queremos conocer las causas de esas inasistencias.

¿POR QUÉ NO ACUDEN LAS EMBARAZADAS A CONSULTA DE CONTROL PRENATAL?

JUSTIFICACIÓN

Los programas de atención prenatal tienen gran importancia para la salud de nuestras embarazadas, tiene como objetivo evitar complicaciones durante el mismo, como es la mortalidad materna, que a nivel mundial se reportan casi 600,000 mil mujeres que mueren cada año; cada minuto muere una mujer en el mundo por causas relacionadas con el embarazo.

En los países desarrollados el 99% de las mujeres tienen acceso a los servicios de atención materna y en los países en vías de desarrollo solamente tienen acceso el 52%.(15). En las últimas décadas han aumentado los avances en la atención a la salud materna, sin embargo el total de mujeres que mueren por dichas causas maternas ha aumentado porque ha habido un incremento en el número de embarazadas, aun con los compromisos realizados por el gobierno a nivel internacional. En Argentina existe un alto % de partos Institucionales, pero sigue habiendo una baja tasa de utilización de servicios para el control del embarazo. Muchas determinantes influyen la salud de la mujer embarazada y sus niños por nacer. Estos incluyen las condiciones socioeconómicas, emocionales, educacionales, políticas, sociales de las organizaciones de salud de la comunidad y sus recursos financieros y humanos, como así también varían de acuerdo a la geografía, clima, las condiciones de vivienda y sus características culturales. (12).

En México la tasa de mortalidad materna durante la última década ha mostrado una tendencia ligeramente a la baja. En 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por 10,000 nacidos vivos registrados; mientras que en el 2000 este indicador alcanzo el valor de 4.68. (1, 8, 9)

Sin embargo sabemos que una de las causas que contribuye al inadecuado control prenatal, son las inasistencias al mismo, favoreciendo la aparición de factores de riesgo no detectados a tiempo. (3, 10)

En Tabasco se registraron en el año 2004, 21 defunciones maternas. Durante el primer semestre del año 2005, se registraron 24,981 embarazos, 106, 191 consultas a embarazadas, y 21 defunciones maternas en todo el año. Esto habla de un incremento en las metas establecidas, logrando aumentar las consultas y disminuir las muertes maternas, (datos de SSA, Sispa, [http:// www.saludtab.gob.mx](http://www.saludtab.gob.mx)).

La Jurisdicción de Nacajuca, el Centro de Salud de Bosques De Saloya tiene captadas 100 embarazadas, el 20 % de ellas es inasistente a control prenatal, y se desconocen las causas de las mismas. Por lo que justifico el presente estudio para conocer dichas causas, buscando a futuro, reducir las inasistencias a consultas, así como, beneficiar la salud de las embarazadas del Centro de Salud de Bosques de Saloya. Esperamos que este estudio, sea la semilla científica y sirva de antecedente a investigaciones posteriores que puedan surgir, y elaborar estrategias más efectivas para brindar una adecuada atención prenatal; que reduzcan las inasistencias a la misma.

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer las causas de inasistencia de las embarazadas a la consulta de control prenatal.

ESPECIFICOS

1. Conocer la distancia entre la vivienda y el centro de salud, para acudir a la consulta.
2. Determinar si el genero (masculino o femenino) del medico que da la consulta prenatal, influye en la asistencia al consulta.
3. Analizar si el lugar físico donde se realiza la exploración a la embarazada es adecuado.
4. Identificar si el nivel socioeconómico de la paciente, influye en su asistencia a consulta.
5. Valorar si el estado emocional de la paciente se relaciona con la inasistencia a consulta prenatal.
6. Evaluar la calidad de la atención brindada por el personal de salud del Centro de Salud de Bosques de Saloya, a las embarazadas en control.

7. Conocer si la inasistencia a control se relaciona, a que las embarazadas son derechohabientes a otra Institución.

HIPOTESIS

Hipótesis alterna

El aspecto emocional y socioeconómico, influyen en las inasistencias a control prenatal.

Hipótesis nula

El aspecto emocional y socioeconómico, no influyen en las inasistencias a control prenatal.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional, prospectivo, transversal y analítico.

Población, lugar y tiempo de estudio

En el presente estudio, se tomaron 86 pacientes embarazadas (que es el total de mi universo), de bajo riesgo en el ultimo trimestre de su edad gestacional, del Centro de Salud de Bosques de Saloya, Nacajuca, Tabasco, las cuales se estudiaron de forma consecutiva, al llegar a consulta externa y en visitas domiciliarias, durante un año, de Marzo 2005 – Febrero 2006.

Se integraron dos grupos, de acuerdo a su registro de asistencia en sus tarjetas de control prenatal. Considerando como control irregular captación tardía después del las 20 semanas y menos de 5 consultas. Se dividieron dos grupos, el grupo A (control adecuado) con 55 embarazadas y grupo B (control inadecuado) con 31 embarazadas.

Tamaño de la muestra

No se calculó tamaño de la muestra porque es pequeño el universo a estudiar.

CRITERIOS

Criterios de inclusión

- Embarazadas de 12 a 45 años.
- Adscritas al Centro de Salud de Bosques de Saloya.
- Embarazo de bajo riesgo.

Criterios de exclusión

- Embarazadas menores de 12 años y mayores de 45 años.
- Embarazo de mediano y alto riesgo.
- Embarazadas que no estén adscritas al Centro de Salud de Bosques de Saloya.
- Embarazadas que cambien de lugar de residencia.

VARIABLES

Variable independiente:

Domicilio

Estado civil

Escolaridad

Ocupación

Religión

Distancia del domicilio al consultorio

Sexo del médico

Condiciones del lugar de la atención

Estado emocional de la paciente

Nivel socioeconómico de la paciente

Confianza en la atención

Otra Institución a la que pertenezcan las pacientes

Variable dependiente:

La inasistencia a control prenatal.

Metodología y procedimiento para captar información

Se les aplicó una encuesta diseñada con ficha de identificación y 7 ítems que evaluaron, las causas de inasistencia a control prenatal. (Anexo 2).

El estudio se realizó según las actividades programadas en el cronograma, que a continuación se encuentra en (Anexo 3).

1. Elaboración del protocolo
2. Identificación de los sujetos de estudio
3. Aplicación de la encuesta
4. Captura de la información y resultados de la encuesta
5. Análisis de los resultados
6. Discusión de los resultados

RECURSOS HUMANOS

- Médico residente investigador
- Médico asesor en la realización del proyecto de investigación
- Enfermeras

RECURSOS MATERIALES

- Hojas para encuestas
- Lápices, lapiceros, gomas
- Computadora PC e impresora
- Copias fotostáticas y engargolado
- Consultorio y aula de capacitación

RECURSOS FINANCIEROS

El costo del estudio; será costado por el investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo, desde el punto de vista ético, no afecta la integridad física y emocional de la paciente embarazada.

No se encuentran incluidos en este estudio, procedimientos invasivos o que impliquen riesgo en la salud, la encuesta a realizar en nuestras embarazadas tiene como objetivo conocer las causas de inasistencia a la consulta prenatal. No obstante, se solicitó, a través, de un documento; hoja de consentimiento informado a las pacientes que intervinieron en el estudio.

RESULTADOS

Se estudiaron 86 pacientes embarazadas de bajo riesgo, que acudieron a la consulta externa del Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud de Bosques de Saloya.

Estas se dividieron en dos grupos de acuerdo al control adecuado e inadecuado de su gestación. Siendo que el grupo A fue integrado por las pacientes con control adecuado, correspondiendo 55 pacientes (63,95%), y el grupo B fue integrado por las pacientes con control inadecuado, siendo este último de 31 pacientes (36,04%).

Para el grupo A, la edad promedio fue de 22,78 con un rango de edad de (16 – 30 años). Y para el grupo B la edad promedio fue de 22,54 con un rango de edad de (16 – 33 años). (Ver Tabla No 1 y Gráfica No 1).

De acuerdo a la ubicación de su domicilio, el grupo A describe que 46 pacientes (83,6%) provenían del área urbana y 9 del área rural (16,4%). (Ver Gráfica No 2).

Por estado civil, el grupo A describe a 35 pacientes en unión libre (63,6%), 15 casadas (27,3%) y 5 solteras (9,1%). El grupo B describe 19 en unión libre (61,3%), 9 casadas (29,0%) y 3 solteras (9,7%). (Ver Gráfica No 3).

En relación a la escolaridad el grupo A reporta 28 pacientes con secundaria terminada (50,9), 14 con preparatoria terminada (25,5%), 9 con primaria terminada (16,4%), profesionistas 3 (5,5%) y 1 analfabeta con el (1,8%). En relación a la escolaridad el grupo B reporta 17 pacientes con secundaria

terminada (54,8), 12 con preparatoria terminada (38,7%), con primaria ninguna, profesionistas 1 (3,2%) y 1 analfabeta con el (3,2%). (Ver Gráfica No 4).

Por ocupación, el grupo A tiene 50 embarazadas dedicadas a labores del hogar; que equivalen al (90,9%) y 5 obreras con el (9,1%). El grupo B reporta 28 dedicadas a labores del hogar (90,3%), y 3 obreras (9,7%). (Ver Gráfica No 5).

En relación a la religión, en el grupo A, 41 embarazadas pertenecen a la religión católica (74,5%), 7 son protestante (12,7%), 4 sin religión (7,3%) y con otra religión 3 (5,5%). En el grupo B, 26 pacientes son católicas (83,9%), 3 son protestante (9,7%), 1 sin religión (3,2%) y 1 con otra religión (3,2%). (Ver Gráfica No 6).

Continuando con los resultados, en relación a la variable que evalúa la distancia entre el domicilio y el Centro de Salud, los resultados fueron, en el grupo A (control adecuado), 50 embarazadas (90,90%) respondieron que no les afecta la distancia para acudir al control prenatal y 5 (9,09) embarazadas respondieron que si afecta la distancia para acudir a control prenatal. En el grupo B en esta variable 30 embarazadas (96,77%), en ellas la distancia no influye pero 1 que equivale al (3,22%), la distancia si influye para que no asista al control. En la pregunta que se refiere al sexo del servidor, el grupo A reporto: 53 embarazadas respondieron que prefieren ser atendidas por médicos del sexo femenino (96,36%), mientras que 2 prefieren ser atendidas por médicos del sexo masculino, esto equivale al (3,63%), el grupo B reporto: 30 embarazadas (96,77%) manifiestan que prefieren ser atendidas por médicos del sexo

femenino, mientras que solo 1 (3,63%) prefiere ser atendida por médico del sexo masculino. (Ver Tabla No 2 y Gráfica No 7).

En la variable en la que se evalúa si el ambiente donde recibe la consulta la paciente es adecuado, el grupo A reportó que las 55 embarazadas (100%) encuentran adecuado el lugar, mientras que en el grupo B, 29 embarazadas (93,54%) encuentran el lugar adecuado y 2 embarazadas que equivalen al (6,45%) manifiestan que el lugar no es adecuado. (Ver Tabla No 2).

En relación a la cuarta pregunta que evalúa si la situación económica familiar influye en el control, en el grupo A reportan 40 embarazadas (72,72%) que no influye en su asistencia, mientras que 15 embarazadas (27,27%) manifiestan que si influye su economía para poder llegar al control al CS. En el grupo B 19 embarazadas (61,29%), para ellas no influye la situación económica familiar, pero para 12 de ellas (38,70%) si influye en sus inasistencias al control prenatal.

En la variable relacionada con el estado emocional de las pacientes (miedo, depresión, ansiedad) y la relación con la asistencia al control prenatal, el grupo A reporta a 40 embarazadas (72,72%) a las cuales el estado emocional no influye en su asistencia, mientras que para 15 embarazadas (27,27%), si influye en su inasistencia a control. En el grupo B, 17 embarazadas (54,83%) manifiestan que no influye su estado emocional, pero 14 embarazadas (45,16%) expresan que su estado emocional si influye en su inasistencia a control prenatal. En relación a la confianza que tienen las pacientes en la atención del servidor, en el grupo A 51 embarazadas (92,72%) reportan que tienen confianza en el personal del CS, mientras que 4 de ellas (7,27%) no tienen confianza en la

atención que le brinda el servidor del CS. En el grupo B se manifiesta en 26 embarazadas (83,87%) que, si tienen confianza en el servidor, pero 4 embarazadas (16,12%) reportan que no tienen confianza y esto influye en su inasistencia al control. En la última variable relacionada con el control prenatal si es llevado por otra Institución, el grupo A reporta a 49 embarazadas (89,09%) que si llevan el control por parte de la Secretaría de Salud, pero 6 embarazadas (10,90%) llevan su control en otra Institución, de las cuales 3 son del IMSS, 2 llevan control particular y 1 no lleva control en ningún lugar. En el grupo B, 26 embarazadas (80,64%), llevan control en la Secretaría, pero 6 embarazadas (19,35%) llevan control en otra Institución, de las cuales 4 son del IMSS, 1 lleva control particular y solo 1 no lleva control en ningún lugar. (Ver Tabla No 2 y Gráfica No 7).

ANÁLISIS

Al realizar la comparación de los datos, asistidos por el programa SPSS 11.0 para sistema operativo Windows y aplicar el coeficiente de correlación de Paerson. Se encontró significancia para los dos grupos estudiados, en relación a **domicilio, escolaridad, estado emocional, confianza, control prenatal en otras instituciones y situación económica**. Lo anterior cuando la p del instrumento fue menor a 0.001.

Tabla No. 1

Características de la ficha de identificación de ambos grupos.

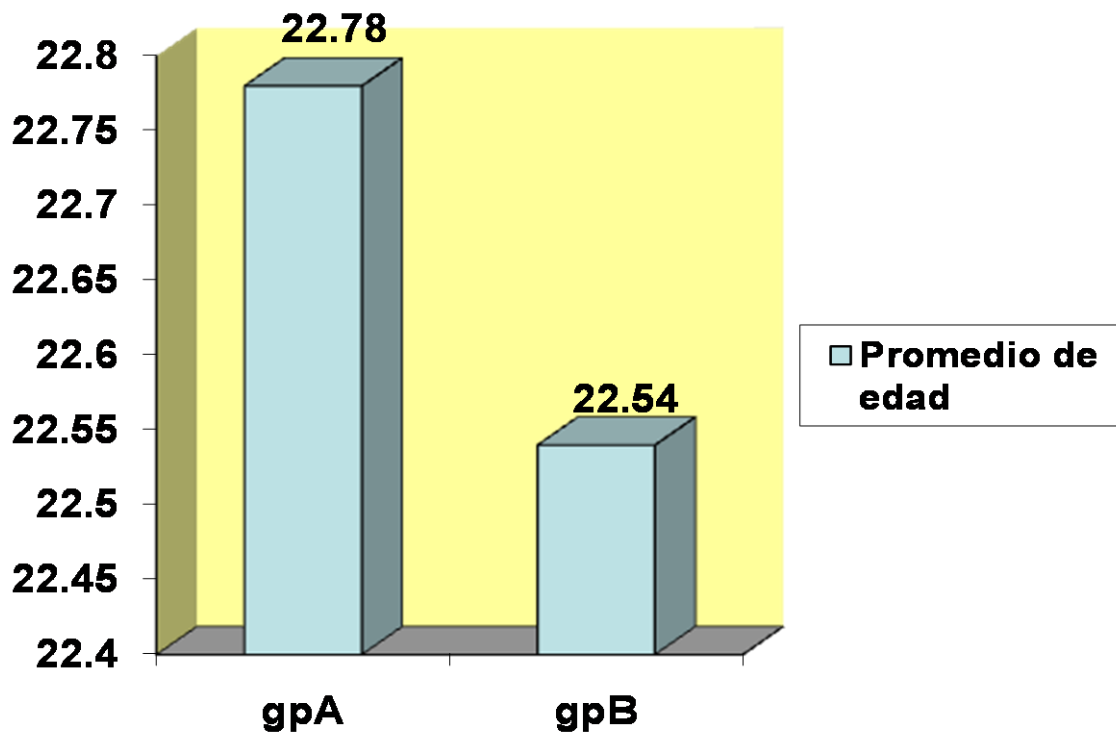
	CONTROL ADECUADO (GRUPO A) 55 pacientes 63.95 %	CONTROL INADECUADO (GRUPO B) 31 pacientes 36.04 %
PROMEDIO EDAD	22.78	22.54
DOMICILIO	83.6 % URBANO 16.4 % RURAL	90.3 % URBANO 9.68 % RURAL
ESTADO CIVIL	63.6 % UNION LIBRE 27.3 % CASADA 9.1 % SOLTERA	61.3 % UNION LIBRE 27.3 % CASADA 9.7 % SOLTERA
ESCOLARIDAD	50.9 % SECUNDARIA 25.5 % PREPARATORIA 16.4 % PRIMARIA 5.5 % PROFESIONAL 1.8 % ANALFABETA	54.8 % SECUNDARIA 38.7 % PREPARATORIA 3.2 % PROFESIONAL 3.2 % ANALFABETA
OCUPACION	90.9 % AMA DE CASA 9.1 % TRABAJADORA	90.3 % AMA DE CASA 9.7 % TRABAJADORA
RELIGION	74.5 % CATOLICA 12.7 % PROTESTANTE 7.3 % SIN RELIGION 5.5 % OTRA	83.9 % CATOLICA 9.7 % PROTESTANTE 3.2 % SIN RELIGION 3.2 % OTRA

Gráfica No. 1

Comparación del promedio de edad entre ambos grupos

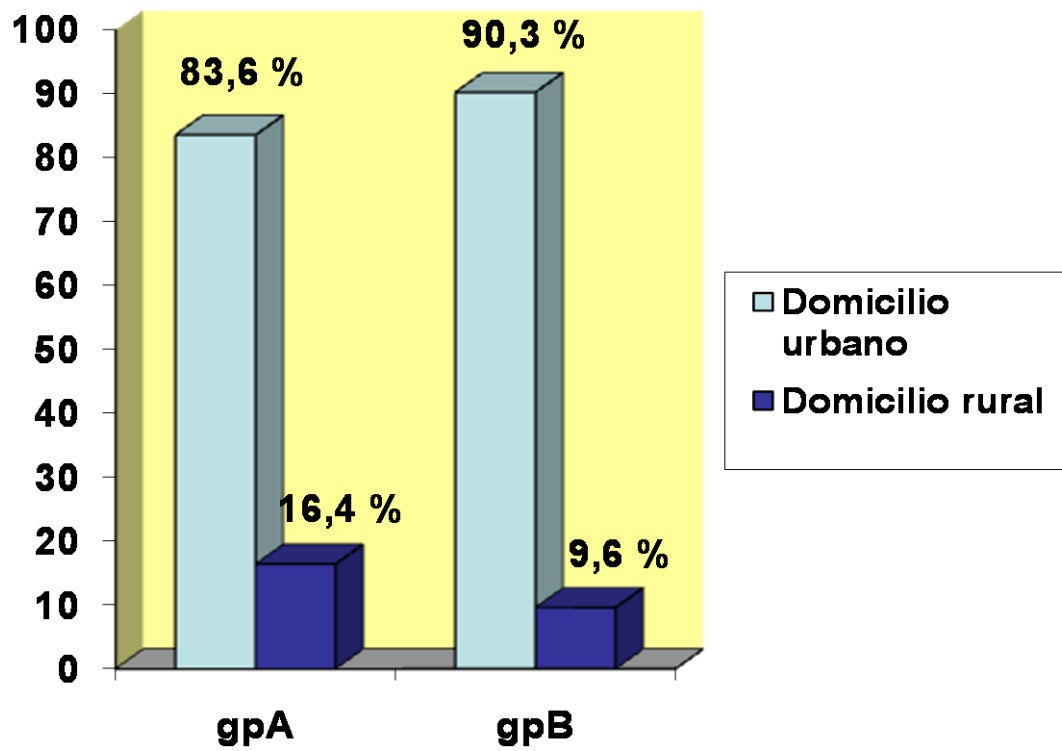
Grupo A control adecuado

Grupo B control inadecuado



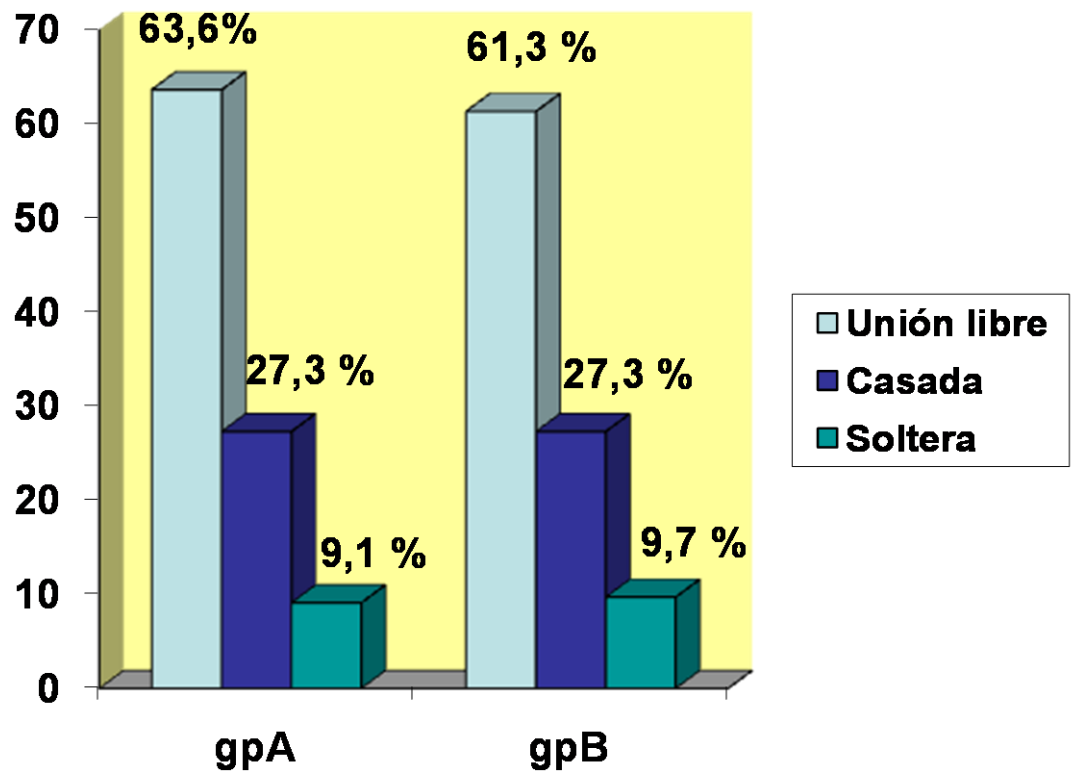
Gráfica No. 2

Comparación de ambos grupos A y B, en relación al Domicilio



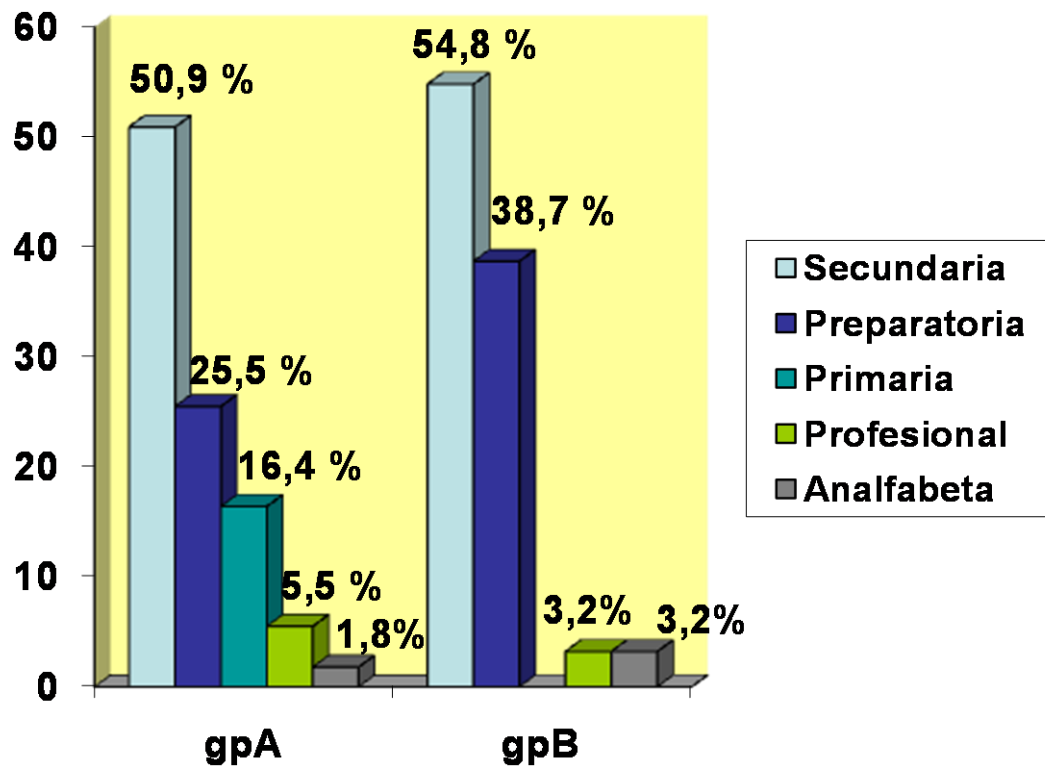
Gráfica No. 3

Comparación del Estado Civil de ambos grupos A y B



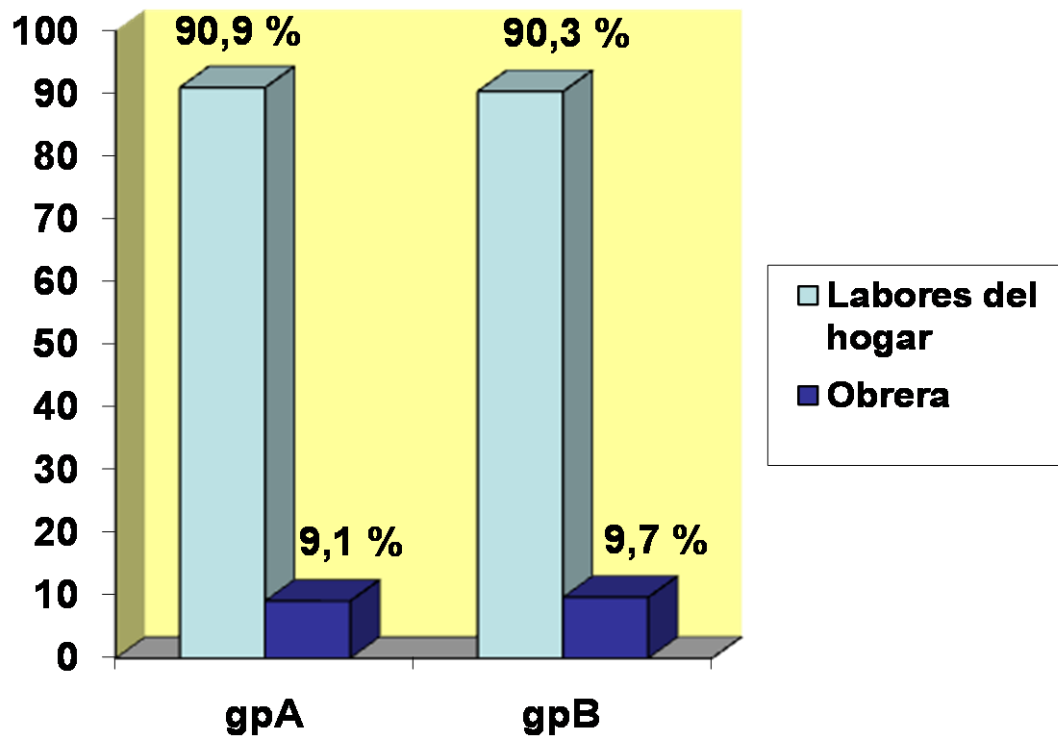
Gráfica No. 4

Comparación de Escolaridad entre ambos grupos A y B



Gráfica No. 5

Comparación de ambos grupos referente a Ocupación



Gráfica No. 6

Comparación de ambos grupos referente a Religión

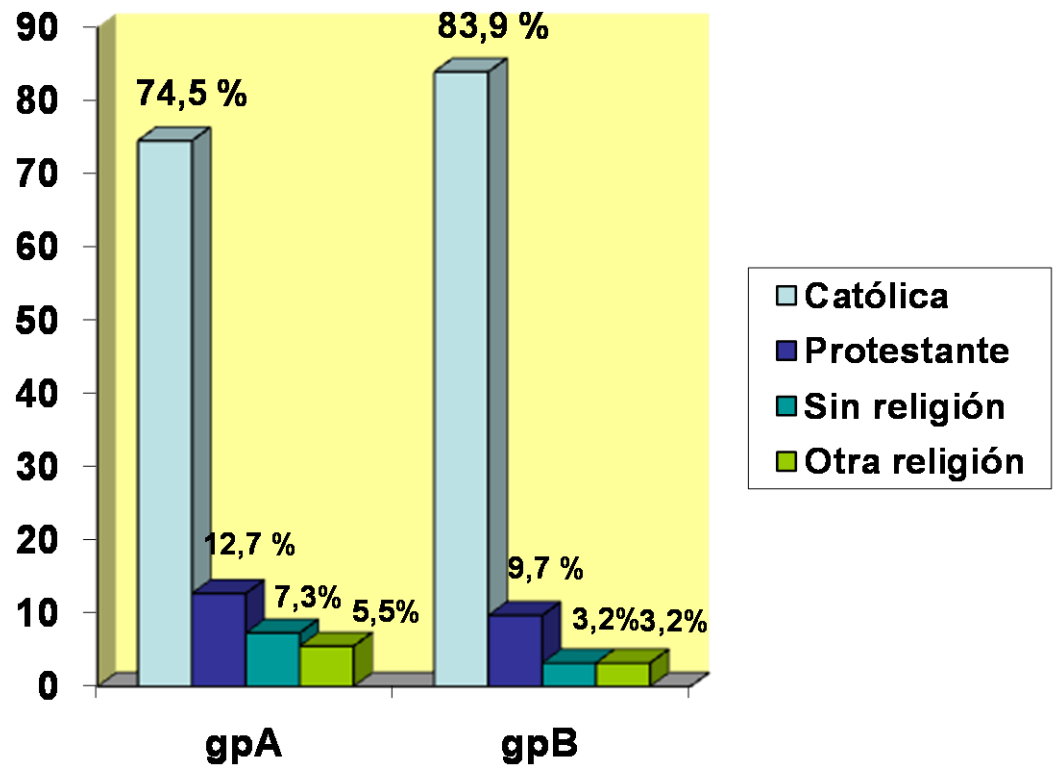
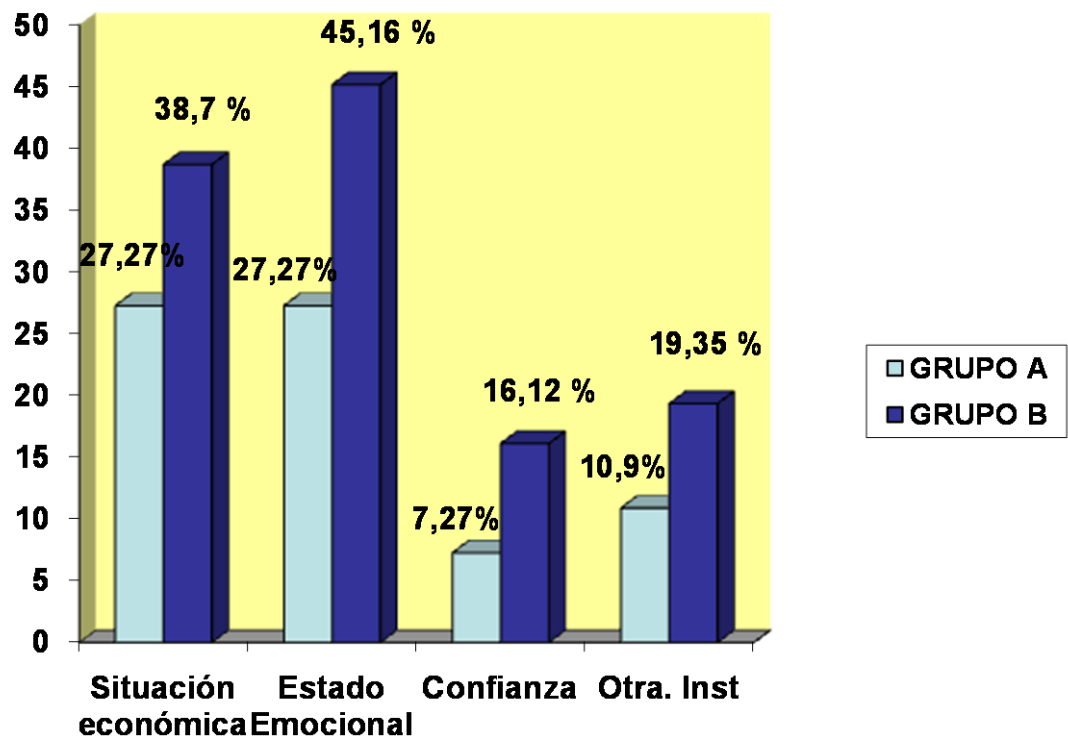


TABLA No. 2**Diferencias de ambos grupos referente a variables.**

	CONTROL ADECUADO (GRUPO A) 55	CONTROL INADECUADO (GRUPO B) 31
DISTANCIA DEL HOGAR AL CS	9.09 %	3.22 %
SEXO DEL SERVIDOR	96.36 % MUJER 3.63 % HOMBRE	96.77 % MUJER 3.63 % HOMBRE
CONDICIONES DEL LUGAR DE LA ATENCION	100 % BUENO	93.54 % BUENO 6.45 % MALO
SITUACION ECONOMICA	27.27 %	38.70 %
ESTADO EMOCIONAL	27.27 %	45.16 %
CONFIANZA EN EL SERVIDOR	7.27 %	16.12 %
CONTROL EN OTRA INSTITUCION	10.90 %	19.35 %

GRAFICA NO. 7

Variables que mostraron diferencias entre ambos grupos de estudio.



DISCUSIÓN

El propósito de nuestro trabajo, fue el describir las condiciones que pueden influir sobre la inasistencia al control prenatal en un Centro de Atención Primaria a la Salud, del Estado de Tabasco. Encontré que la ubicación del domicilio del derechohabiente, la escolaridad, su estado emocional, el vínculo de confianza que se establece entre el médico y el paciente, así como el nivel de ingreso del paciente, influyen significativamente en la falta de apego al control prenatal. Al comparar nuestros resultados con lo publicado en el estudio del Dr. Sergio Casini y colaboradores en Argentina 2002, (antes de la recesión económica), ellos manifiestan que hay factores que influyen para que se inicie el control prenatal tardíamente y estos factores incluyen condiciones socioeconómicas, educacionales, políticas y estos a su vez varían según condiciones geográficas y culturales del país o región. También el estudio del Dr. Tonio S. Tepe en Guatemala realizado en 1994, destaca las razones por las que un grupo de embarazadas en su país recibieron control prenatal tardío o inadecuado. Aplicaron una encuesta donde se evidencio que la principal influencia en las pacientes del área urbana fueron económicos, educativo, cultural y la disponibilidad del tiempo; en las pacientes del área rural afecta primordialmente el aspecto educativo, cultural y económico, secundariamente la accesibilidad de los servicios de salud y la disponibilidad de tiempo. En ambos estudios se citan al nivel de ingreso, el nivel educativo y la accesibilidad del paciente al centro de atención (ya sea que provenga del medio urbano o rural); lo cual evidentemente

tiene que ver con el desarrollo de los países en los que se realizaron los estudios y el tiempo en que se realizaron estos. Las condiciones de ambos se presentan similares. Sin embargo las variables del estado emocional del paciente y la confianza en la relación médico paciente son variables que se describen en términos de la calidad de la atención desde las publicaciones de Pazmiño, Bronfman-Pertzovsky, los cuales realizaron un estudio en el cual evaluaron el nivel de satisfacción alcanzado por las usuarias de los servicios de atención prenatal en el primer nivel de atención en México durante el año 2003. Se analizó la relación existente entre la capacidad de resolución clínica de los proveedores, el trato recibido durante la consulta y la satisfacción sobre la misma que la usuaria manifestó en entrevista directa. Ellos citan que la satisfacción de las usuarias esta relacionada con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que espero para recibirla, pero no con la capacidad clínica del profesional, ni con su edad o su género. También encontraron que las usuarias más pobres reciben peor trato.

Según la Dra Nancy Rivera Méndez cuyo estudio también se enfocó sobre las causas de inasistencia a control prenatal en un grupo de embarazadas en Guatemala en 1995, ella reporta que los factores educativos, sociales, económicos, calidad de asistencia y disponibilidad de las Instituciones, factores familiares, así como factores negativos de acuerdo a experiencias previas de las pacientes influyen en la inasistencia a control prenatal.

El buen ambiente de la relación médico-paciente es generado por la atención que se presta a los indicadores de calidad según estudios y en ese sentido,

nuestro estudio llama la atención sobre la necesidad de mejorar estos indicadores en el Centro de Atención observado.

CONCLUSIÓN

La ubicación del domicilio y la accesibilidad del paciente al Centro de Atención, al igual que su nivel económico y educativo influyen en la falta de apego al control prenatal de las pacientes de bajo riesgo que acuden al Centro de Salud CAAPS Bosques de Saloya, en Villahermosa Tabasco, México. Concluyendo mi estudio me doy cuenta que es necesario revisar los indicadores de calidad en atención de la consulta a control prenatal en Bosques de Saloya, para llevarlos a su mejor expresión, mejorando el estado emocional de la paciente y la confianza con su médico familiar; consecuentemente mejorando el apego al control prenatal.

RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente estudio, considero de suma importancia la participación que tenemos los médicos familiares frente a la paciente embarazada, no tan solo en el control prenatal sino en orientar, educar sobre la importancia del mismo a nuestras pacientes. Por lo cual recomiendo aumentar las pláticas, visitar con más frecuencia sus domicilios, con el objetivo de saber su estado emocional, su situación económica, y la confianza que generamos en ellas durante la atención prestada, así como saber si acude a su control prenatal aunque lo lleve en otra Institución. Ya que hemos visto que estos parámetros influyen en las inasistencias a control prenatal.

Espero que se tome en consideración estos parámetros para que se continúe esta investigación y se trabaje con los indicadores de calidad para mejorar la atención en el Centro de Salud CAAPS Bosques de Saloya y saber el impacto de los cambios realizados sobre los indicadores, en la asistencia a control prenatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida". Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. Secretaria de Salud.
- 2- Bronfman – Perzovsky MN, López- Moreno S, Magis Rodríguez C, More – Altamirano A, Rutstein S. "Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias". Salud Pública México 2003: 45:445 -454.
- 3- Propuesta del Comité Estatal de Estudio y Seguimiento de Muerte Materna y Perinatal. Manual "Asistencia Prenatal en primer nivel de Atención Medica". Protocolo de asistencia prenatal. Villahermosa. Tabasco. Enero del 2003. Secretaria de Salud.
4. Villar J, Khan – Neelofur D, "Modelos de atención prenatal corriente para el embarazo de bajo riesgo" The Cochane Library. Issue 3. Oxford. Update software.
- 5- Rigor Ricardo O, Pérez Carballo F, Perea Corral J. Medicina General Integral. Tomo II. Editorial Pueblo y Educación 1990. Ministerio de Salud Pública de Cuba.
- 6- Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. Mc Phee, Maxine A. Papadakis. Diagnostico clínico y tratamiento. Manual Moderno 38 a Edición 2003.
7. Pazmiño de Osorio S, Perdomo C torres Le y demás colaborados. "La calidad del control prenatal como garantía de salud de madres y recién nacidos"1994-1995. Ciudad de Cali. Colombia.
- 8- Villar J, Carroli, Kha – Neelofour D, Piaggio G, Gulmezoglu M. "Patterns of Routine antenatal care for low – risk pregnancy" (Cochrane Review). In: The Cochane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Up date software.
- 9- Villar J, Carroli, Kha – Neelofour D, Piaggio G, Gulmezoglu M. "Patterns of routine antenatal care for low – risk pregnancy" (Cochrane Review). In: The Cochane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Up date software.
- 10- Pascuzzo Lima, Carmine, Gavidia de Pascuzzo, Reina; Sánchez, Laura Maritza; García, Maria Ariana; Hernández, Ana Maria; Granado, Ángel Eduardo;

Oviedo, Marco Antonio. En arbitraje. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Entre 1995 – 1998.

11- Clayton sg, newton Jr. Manual de obstetricia y ginecología. México: el manual moderno; 1998.

12. Sergio casini Ga, Sainz I, hertz m y Andira E.” Guía de control prenatal. Embarazo normal”. División obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Serda 2002. Argentina.

13- Martínez – González L, Reyes – Fausto S, García – Pena MC. Utilización adecuada de Atención Prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx. 1996; 38:341 – 351.

14- Ruignolasco A. “Mortalidad materna en UMF # 52 del IMSS”, Cusoleacaque. Veracruz. 2002.

15- Balleste Gálvez M. “Mortalidad ligada al Embarazo y Parto”, Julio 2003. México DF. Secretaria de Salud.

16. Milagros gmail.com” gestantes atendidas según edad gestacional”.

17. Carrión Vázquez J, Mendoza – Sánchez h, Pérez- Hernández C y colaboradores “Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Febrero – Agosto 2001. Xalapa, Veracruz UMF 66.

18. Ávila Tepe, Santos T “Factores que influyen en la asistencia tardía e inasistencia a control prenatal en mujeres embarazadas”. Universidad San Carlos/1994. Guatemala.

19. Rivera Méndez NM” Causas de inasistencia a control prenatal en una población urbana de Guatemala”. Universidad de San Carlos. Mayo 1995. Guatemala.

20. Faneite P, Rivera C, González A y colaboradores “Por qué no se controla la embarazada”. Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, 2001. Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

21. UNICEF. Antenatal care could save millions. Progress of Nations 2000, New York; 2000.

ANEXOS

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
CENTRO DE SALUD DE BOSQUES DE SALOYA
NACAJUCA**

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de este medio le invito a participar en un estudio que contribuye al conocimiento de las causas de la inasistencia de las embarazadas a la consulta de control prenatal. Para lo cual se aplicará una encuesta confidencial en una sola ocasión, dentro de los 6 meses de investigación. Marzo – Agosto 2005.

Su participación permitirá conocer dichas causas, en beneficio de la salud de las embarazadas.

Atentamente

Dra. Bárbara Jenny Jaime Báez

Médico investigador

Nombre y firma del paciente estudio

Nombre y firma del testigo

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

	2004												2005												2006											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PROGRAMADO																																				
BUSQUEDA DE BIBLIOGRAFIA					X	X	X												X	X																
ELABORACION DEL PROTOCOLO								X	X	X	X																									
REVISION DEL PROTOCOLO									X	X																										
ENTREGA DEL PROTOCOLO											X																									
DESARROLLO DEL PROTOCOLO															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
ANALISIS DE RESULTADO																										X	X	X	X	X	X	X	X	X		
REPORTE DE RESULTADOS																																X				

	2005												2006												2007											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PROGRAMADO																																				
BUSQUEDA DE BIBLIOGRAFIA					X	X														X	X	X	X													
ELABORACION DE TESIS													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
REVISION DE TESIS																				X	X	X	X	X												
ANALISIS DE RESULTADOS														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
REPORTE DE RESULTADOS																					X	X	X													
DIFUSION																									X	X										
PUBLICACION																									X	X										



**SECRETARIA DE SALUD
DEL ESTADO DE TABASCO
CENTRO DE SALUD URBANO BOSQUES DE
SALOYA, NACAJUCA**



E n c u e s t a

Nombre:

Edad: 12 – 45

Domicilio:

1.- Urbano 2.- Rural

Ocupación:

1.- Ama de casa
2.- Trabajadora o empleada

Estado civil:

1.- Soltera 2.- Casada 3.- Unión libre
4.- Divorciada 5.- Viuda

Religión:

1.- Católica
2.- Protestante
3.- Sin Religión

Escolaridad:

1.- Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Preparatoria 5.- Profesionista

1. ¿Acude Usted a control prenatal aunque viva lejos (1 kilómetro) del Centro de Salud Urbano?

1. Si
2. No

2. ¿Quién prefiere que le atienda como médico?

1. Hombre
2. Mujer

3. ¿Siente Usted que el lugar donde recibe la consulta es adecuada?

1. Sí
2. No

4. ¿Cree Usted que su situación económica influye en su asistencia a control prenatal?

1. Sí
2. No

5. ¿Su estado emocional (miedo, ansiedad, aflicción) influye en su asistencia a control prenatal?

1. Si
2. No

6. ¿Tiene Usted confianza en la atención que le brindan los médicos del Centro de Salud?

1. Sí
2. No

7. ¿Lleva Usted su control prenatal en la Secretaría de Salud o en otra Institución Médica?

1. Si
2. No ¿Cuál? IMSS ISSSTE ISSET PEMEX PARTICULAR NINGUNA

I N S T R U C T I V O

1. EL MEDICO O LA ENFERMERA, SE PRESENTARA CON LA PACIENTE, PARA APLICAR LA ENCUESTA.
2. SE LE TOMARA A LA PACIENTE, LOS DATOS DE LA FICHA DE IDENTIFICACION Y SE ENCERRARAN EN UN CIRCULO LAS RESPUESTAS QUE ESTA PROPORCIONE.
3. SE LE HARA CADA PREGUNTA A LA PACIENTE EMBARAZADA, ENCERRANDO EN UN CIRCULO LA RESPUESTA.

GLOSARIO

CAAPS: Centro Avanzado de Atención primaria a la salud.

NRG: Nacidos vivos registrados

CS: Centro de Salud

Embarazo con riesgo obstétrico bajo: Cuando no se detecta hasta el momento de realizar el dictamen ningún factor de riesgo y solo presenta el riesgo inherente a su estado grávido, sin embargo durante su evolución puede aparecer alguna alteración que haga cambiar su riesgo ya que el embarazo es un proceso dinámico.

Embarazo con riesgo obstétrico moderado y alto: Determinado por los antecedentes de la paciente y/o su estado actual. Aquel en que existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de producir daño al feto, al recién nacido y /o a la madre.