



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TEMA**

***“AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACIÓN DEL CONTROL PRENATAL Y  
OCUPACIÓN, HGZ Y MF NO 1, IMSS, PACHUCA HGO, 2012”***

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO  
AUREA KARINA LÓPEZ ORTIZ**

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

**DRA. OLIVIA QUINTANAR ÁNGELES  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. MARÍA DEL CARMEN RINCÓN CRUZ  
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES CON ESPECIALIDAD  
EN ESTUDIOS DE LA MUJER Y DE GÉNERO  
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA MARÍA ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
ASESOR CLÍNICO**

**DR. LEO ADOLFO LAGARDE BARREDO  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL  
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO**

**PERIODO DE ESPECIALIDAD  
2011-2014**

**POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

M.C.E. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL  
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS  
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H

\_\_\_\_\_

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA  
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL I.C.Sa.

\_\_\_\_\_

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ  
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

\_\_\_\_\_

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN  
CATEDRÁTICO TITULAR Y ASESOR DE METODOLOGÍA  
DE LA INVESTIGACIÓN

\_\_\_\_\_

DR. LEO ADOLFO LAGARDE BARREDO  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL  
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO

\_\_\_\_\_

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1  
PACHUCA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DRA. GRESS MARISSSEL GÓMEZ ARTEAGA  
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

\_\_\_\_\_

DRA. ELBA TORRES FLORES  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN  
EN SALUD DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

\_\_\_\_\_

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA  
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1, IMSS PACHUCA, HIDALGO

\_\_\_\_\_

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
EN SALUD HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA  
FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS.

\_\_\_\_\_

DRA. OLIVIA QUINTANAR ÁNGELES  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR

\_\_\_\_\_

DRA. MARÍA DEL CARMEN RINCÓN CRUZ  
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES CON ESPECIALIDAD EN  
ESTUDIOS DE LA MUJER Y DE GÉNERO  
ASESOR METODOLÓGICO

\_\_\_\_\_

DRA. MARÍA ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ  
MEDICO FAMILIAR  
ASESOR CLÍNICO

\_\_\_\_\_

## AGRADECIMIENTOS:

---

*A mi esposo por su comprensión, paciencia y su apoyo en cada momento.*

*A mis padres porque su soporte y sus enseñanzas han sido fundamentales para lograr mis metas.*

*A mis hermanos por escucharme, por distraerme y por el apoyo tecnológico.*

*A mi hij@ por toda la fuerza e inspiración que despierta en mí.*

---

---

*A la Dra. Carmen Rincón por su dedicación, su tiempo, la accesibilidad y el conocimiento que compartió con migo.*

---

---

*A mis compañeros de la Residencia por el apoyo y la confianza que depositaron en mí.*

---

## INDICE

1.- RESUMEN	6
2.- MARCO TEÓRICO	7
3.- JUSTIFICACIÓN	12
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
5.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
6.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO	14
7.- HIPOTESIS	15
8.- MATERIAL Y METODOS	
8.1.- DISEÑO	16
8.2.- UNIVERSO	16
8.3.- CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	16
8.4.- VARIABLES	18
8.5- DESCRIPCION DEL ESTUDIO	22
8.6.- TAMAÑO DE MUESTRA	23
8.7.- ANALISIS ESTADISTICO	24
9.- FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO	25
10.- ASPECTOS ETICOS	26
11.- RESULTADOS	27
12.- DISCUSION	35
13.- CONCLUSION	38
14.- BIBLIOGRAFIA	39
15.- ANEXOS	42

## IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES.

### **Asesor Metodológico:**

**Nombre:** Ma. del Carmen Rincón Cruz

**Especialidad:**

Química Farmacobióloga.

Especialista en salud pública.

Maestría en estudios regionales de población.

Doctora en ciencias sociales con especialidad en estudios de la mujer y de género.

**Adscripción:**

Laboratorio HGZ MF 1

**Domicilio:** Av. Madero no. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Teléfono:** 71 3 78 33

**Correo electrónico:** [carmenc278@hotmail.com](mailto:carmenc278@hotmail.com)

### **Asesor Clínico:**

**Nombre:** Dra. María Esther Hernández Hernández.

**Especialidad:** Medicina Familiar.

Coordinadora de medicina familiar matutino.

**Adscripción:** HGZ MF 1

**Domicilio:** Av. Madero no. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Teléfono:** 71 3 78 33

**Correo electrónico:** [esther.hernandezh@imss.gob.mx](mailto:esther.hernandezh@imss.gob.mx)

### **Asesor universitario:**

**Nombre:** Dr. Leo Adolfo Lagarde Barredo

Jefe de servicio de urgencias Hospital General de zona con Medicina Familiar No1 Pachuca, Hgo.

**Domicilio:** Av. Madero no. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Teléfono:** 71 3 78 33

**Correo electrónico:** [leo.lagardeb@imss.gob.mx](mailto:leo.lagardeb@imss.gob.mx)

### **Tesista:**

**Nombre:** López Ortiz Aurea Karina

Médico cirujano, residente de la especialidad en medicina familiar

**Domicilio:** Av. Madero no. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.

**Correo electrónico:** [aukary@yahoo.com.mx](mailto:aukary@yahoo.com.mx)

**Teléfono:** 7096409.

## 1.-RESUMEN

### Título:

*“RELACIÓN DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA HGO, 2012”*

**Antecedentes:** Se define el control prenatal como la serie de acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal. Según la Norma Oficial Mexicana todas las mujeres embarazadas deberán asistir como mínimo a cinco consultas de control prenatal. Se han encontrado factores que influyen en el inadecuado control prenatal los cuales se pueden dividir en factores socioeconómicos, educativos o propios de la atención de la Institución de Salud. En México la condición de subordinación que guardan las mujeres en muchos hogares contribuye a la atención tardía e inapropiada del control prenatal, lo que no permite la detección oportuna de complicaciones fetales o maternas, teniendo así mayor riesgo de presentar morbimortalidad materna o fetal.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el apego al control prenatal y la ocupación (ama casa o trabajadora asegurada).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles anidados en una cohorte pareado 1:2 por edad. Los casos y los controles fueron pareados por edad. El estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 de Pachuca, Hgo., durante un periodo de 3 meses posteriores a la aprobación del protocolo de investigación. Se recabó la información en la cedula de recolección de datos, obtenida de los expedientes de mujeres que se encontraron en el área de hospitalización en el primer piso y que cumplieron con los criterios de inclusión.

**Análisis Estadístico:** Se llevó a cabo la tabulación de los datos a través de una matriz del programa informático SPSS versión 20; donde se analizaron las variables utilizando la mediana y la moda para la posterior tabulación, lo que permitió analizar las variables socioeconómicas, ginecoobstetricas y perinatales, que se asocian con el control prenatal, los cuales se expresaron como frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de asociación.

**Recursos e infraestructura:** El estudio fue factible, se trabajó con expedientes de mujeres embarazadas que acuden al control prenatal y resolución del embarazo al instituto. Y para el financiamiento se trabajó con recursos propios del investigador y asesores.

**Experiencia de grupo y tiempo a desarrollarse:** El grupo que participó en esta investigación cuenta con experiencia en el área de medicina familiar y en el área de investigación en salud reproductiva; específicamente en la línea de investigación de la atención primaria en lo que se refirió al control prenatal. El estudio se llevó a cabo durante un periodo de 3 meses posteriores a la aprobación del protocolo de investigación.

**Resultados:** Al analizar la prueba de independencia del Chi cuadrada se encontró que si existe asociación entre el ocupación de la paciente ama de casa o empleada asalariada y el apego al control prenatal.

**Conclusiones:** El ser ama de casa es un factor de riesgo para un mal apego al control prenatal con todas las repercusiones que esto conlleva. Y en este caso fueron las amas de casa las que predominantemente se embarazaron a más corta edad, tuvieron menor escolaridad y mayor dependencia económica, a diferencia de las empleadas asalariadas, lo cual nos hace pensar que hablamos de poblaciones distintas con diferentes factores de riesgo y protección.

## 2.-MARCO TEORICO

La guía clínica de práctica médica del Sector Salud, define el control prenatal como la serie de acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal. Se recomienda en embarazos de bajo riesgo una consulta cada 4 semanas aproximadamente y a partir de la semana 36 una consulta semanal. (1)

En pacientes nulíparas de bajo riesgo lo ideal es programar 10 citas, y en multíparas sin antecedentes de complicación en embarazos anteriores 7 consultas. (2) Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-007- SSA2 -1993), todas las mujeres embarazadas deberán asistir como mínimo a cinco consultas de control prenatal. (3)

Con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, el 71% de las mujeres tuvieron 5 o más controles prenatales en el periodo 1994-97; para 2006, las mujeres con 4 o más controles representan 88 por ciento. (4)

Idealmente la 1era cita debe ser antes de las 12 semanas de gestación de esta manera se hará una estimación temprana de los factores de riesgo y con esto un cambio de la atención prenatal a partir de una serie de visitas de rutina aún más individualizado de acuerdo a las características de la paciente y con esto se mejorará el resultado del embarazo (2, 5).

En México en el 2006, de las mujeres embarazadas 27.5% tuvieron su primera consulta prenatal al mes de embarazo, 28.1% al segundo mes y 21.7% al tercer mes, es importante señalar que el 93.5% de las revisiones durante el embarazo las realiza personal médico, 3.2% promotoras o parteras y 1% enfermeras; en tanto 1.9% no tuvieron revisiones prenatales. (art. cit)

Según la Norma Oficial Mexicana, las actividades que deben realizarse durante el control prenatal son: elaboración de historia clínica, identificación de signos de alarma, medición y registro de peso y talla, valoración del riesgo obstétrico, valoración del crecimiento uterino y del estado del feto.(art. cit) Se deben solicitar paraclínicos como determinación de biometría hemática, glucemia, examen general de orina, VDRL y grupo y Rh. (5) Es importante la prescripción profiláctica de ácido fólico y hierro (6). Todas estas acciones se realizan con el fin de diagnosticar y tratar de manera oportuna cualquier complicación del embarazo o bien dando las herramientas necesarias a las pacientes para la prevención de dichas complicaciones., (7) principalmente a base de

capacitaciones de la detección oportuna de síntomas o signos de alarma obstétrica y cambios en el estilo de vida, para llevar un embarazo saludable. (8)

Las actividades incluidas en el componente básico se dividen en tres áreas generales:

- Estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos.
- Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas; y
- Educación de las mujeres embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas. (9)

La atención prenatal debe cumplir con 5 atributos básicos: precocidad, periodicidad, ser completa e integral, extensa o de amplia cobertura y gratuita. (10, 11)

La mejora en el control prenatal es una de las estrategias para evitar la muerte materna, en varios países incluido México. (12) La razón de mortalidad materna en México ha disminuido de 65.2 en 2003 a 57.0 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 2008. (13) En el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, que atiende a 42 % de la población, se reportó que en 2004 una tasa de mortalidad materna de 27.5 por 100 mil nacidos vivos, cifra que contrasta la tasa registrada para el 2000, que fue de 39. (art. cit) A pesar de que en la última década la tasa de muerte materna ha disminuido, no se ha logrado que el 100% de las mujeres embarazadas sean vigiladas en la etapa prenatal. Se ha reportado que el 85% de las mujeres atendidas por evento obstétrico han utilizado al menos en una ocasión los servicios prenatales, escenario poco favorable desde la perspectiva de política de salud. (14)

La falta de atención prenatal provoca que en un número elevado de gestantes cuando llega el momento de su parto desconozcan su estado de salud, e ignore cómo ha evolucionado su embarazo, disminuyendo de esta manera las posibilidades de éxito con terapéuticas de emergencias y aumentando así el riesgo de complicaciones e incluso llegando a la muerte materna (15, 16)

Se ha encontrado que un inadecuado control prenatal conlleva a mayores tasas de complicaciones tanto maternas como fetales. (17) Dentro de las complicaciones maternas principales están el aborto, hemorragias, infecciones. Y como parte de las complicaciones fetales



más importantes están productos pretérmino, bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, muerte fetal o mortinato. (18)

En un estudio en el cual se buscó factores de riesgo para nacimiento pretérmino con análisis bivariado, sin estratificar para nacimiento pretérmino espontáneo y por cesárea, se documentó la asociación con un control prenatal deficiente y ser madre menor de 20 años de edad. (19)

Por otro lado existen estudios en los que se ha observado que al disminuir el número de consultas prenatales hay un incremento la mortalidad perinatal, que representa un indicador de eficiencia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, durante su embarazo. (20)

Se han encontrado factores que influyen en el inadecuado control prenatal los cuales se pueden dividir en factores socioeconómicos, educativos o propios de la atención de la Institución de Salud. (21)

Dentro de los factores socioeconómicos que se asocian a mayores tasas de fracaso en la atención prenatal y en los resultados perinatales esta la falta de seguros, bajos ingresos, residencia en barrios de estratos de bajo nivel socioeconómico., desempleo materno y el estado conyugal no estable , entre otros.(22)

En contraste se ha observado que las gestantes de estrato socioeconómico alto, realizan mejor control prenatal, e incluso algunas de las veces con excesiva medicalización, ya que cuentan con mayor oportunidad económica para realizarse exámenes de laboratorio y gabinete, tomar ácido fólico y planificar su embarazo.(art. cit.)

Otro aspecto que se ha relacionado con el control prenatal es el al desempleo materno, existen estudios que mencionan, que el hecho de que las mujeres cuenten con un empleo podría incrementar el desapego por no contar con tiempo suficiente para acudir a sus citas de control prenatal, aunque también se observa que las amas de casa refieren no tener tiempo porque tienen que atender a otros hijos o no tiene con quien dejarlos. (10, 23)

Así también se ha estudiado como influye la educación en la salud materna, hallando que en cuestión educativa la escolaridad materna influye significadamente en la adherencia al control prenatal ya que madres las que no han tenido la oportunidad de estudiar no dan la importancia al

control durante el embarazo, y tienen mayor dificultad para seguir las recomendaciones médicas. (24) Se encontró un riesgo 11 veces mayor de mortalidad materna no hospitalaria en las mujeres sin escolaridad o primaria incompleto. (art. cit)

Hay otros que influyen en la atención prenatal son sin duda lo factores que propios de la calidad de atención que se brinda como lo son: un ambiente inadecuado de la consulta, tiempos largos en sala de espera y distancias largas del domicilio al Centro de salud. (25)

La edad es otro factor que se ha estudiado en la relación de la salud materna y en caso específico del control prenatal. Observando que en algunos trabajos han mostrado que por grupo de edad en el caso de las mujeres más jóvenes como es el caso de las adolescentes existe, menos apego al control prenatal. (26) Además de lo anterior también se ha comprobado en algunos trabajos que en las edades reproductivas extremas se relacionan con un inicio tardío de control prenatal. Pero además de lo anterior existe literatura que muestra en los que se ha encontrado que la edad no se asocia con el tiempo de inicio de control prenatal. (art. cit)

Dentro de los factores de riesgo para no acudir al control prenatal esta la violencia durante el embarazo, en la última década se ha demostrado que el embarazo es un factor de riesgo para sufrir violencia, y las mujeres violentadas tienen un mayor riesgo de perder su producto. (27) El maltrato físico o violencia durante el embarazo se da demostrado son factores que reducen el cumplimiento de control prenatal. Al analizar la asociación de la violencia conyugal en mujeres que desarrollaron pre eclampsia-eclampsia, en el H.G.Z y MF No. 1 de Pachuca Hgo, se reportó que el 33% de estas mujeres habían sufrido violencia conyugal. (28)

Por otro lado se ha observado que una mayor mortalidad se ha asociado además de los antecedentes gineco-obstetricos, con las condiciones socioeconómicas de las mujeres; mujeres analfabetas y con pobreza o pobreza extrema, falta de oportunidad de empleo, tradicionalismos en los roles de género, poco poder de la mujer, además del deficiente acceso a los servicios de salud, que se suman para propiciar mayor mortalidad. Se ha encontrado que un factor de suma importancia en el control prenatal y la mortalidad materna, que es el contar con un régimen de seguridad social en salud. En pacientes sin derecho a un servicio médico tienen mayor riesgo de mortalidad materna no hospitalaria (29)

México aún se mantiene en bajo el esquema de aseguramiento social con prestaciones dependientes de la vinculación laboral, es decir, que para ser sujeto asegurado dentro de una institución de seguridad social se requiere contar con un empleo formal. (30)

La maternidad es una dimensión que permite hacer más visible la participación de la mujer en el trabajo no remunerado, especialmente en el doméstico, ya que implica no solo la responsabilidad del cuidado de los hijos, sino un conjunto de tareas domésticas asociadas a tal situación. Si se observan a las mujeres con hijos, es notable cómo a medida que el número de hijos es mayor, más mujeres participan en el trabajo no remunerado, situación que además de intensificar el trabajo, restringe sus oportunidades de insertarse en el mercado laboral y además las excluye de la cobertura de los seguros sociales, ocasionándoles la desprotección social, el empobrecimiento y la dependencia a las instituciones de asistencia social o de beneficencia pública. (31)

Se ha mostrado que la desigualdad entre mujeres y sus posibilidades de sobrevivencia están relacionadas con su vinculación al mercado de trabajo, y por tanto a la seguridad social. En el IMSS serán beneficiadas por las prestaciones por maternidad las trabajadoras aseguradas, la esposa o concubina del asegurado, y la esposa o concubina del pensionado por incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, en tanto cubran los requisitos legales preestablecidos. Cabe señalar que las hijas y madres de los asegurados no se encuentran incluidas en el núcleo de beneficiarias de las prestaciones de maternidad, a pesar de ser derechohabientes en la rama del seguro de enfermedades y maternidad, acaso porque maternidad y enfermedad son dos seguros y cosas distintas. (32)

Según la Organización Panamericana de Salud las repercusiones de una mala salud materna, ha sido calificada como el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social de las mujeres. (32) En México aún no se ha conseguido minimizar la desigualdad entre hombres y mujeres; la condición de subordinación que guardan las mujeres en muchos hogares contribuye a la atención tardía e inapropiada del control prenatal, lo que no permite la detección oportuna de complicaciones fetales o maternas, teniendo así mayor riesgo de presentar morbilidad materna o fetal. (33)

### 3.- JUSTIFICACION:

La Salud reproductiva es el estado completo de bienestar físico, mental y social durante el proceso de reproducción. Este bienestar responde a las condiciones económicas, ingreso, vivienda, alimentación, educación, acceso al empleo y la seguridad social. (34)

La participación de las mujeres en edad reproductiva, ha crecido significativamente en la última década en el periodo 2005-2009, alrededor de 35 de cada 100 mujeres contribuyeron a la producción de bienes y servicios de manera remunerada; A pesar de la que la población económicamente activa femenina creció a una tasa mayor que la masculina. Las mujeres se encuentran en una situación laboral desfavorable, en general son empleadas en sectores de baja calificación profesional con salarios bajos y en muchos de los casos sin seguridad social como trabajadora asalariada, pero si como beneficiarias por parte de las parejas algunas de ellas<sup>1</sup>. (31)

Con la participación laboral, aumentan los riesgos para la salud de la mujer en general, pero respecto a su salud reproductiva, se ha encontrado que tienen más riesgo de presentar durante el embarazo entre otras complicaciones; amenaza de aborto, cervicovaginitis y sufrimiento fetal. (35) La participación de la mujer en el trabajo remunerado tiene que ser compatible, con otras responsabilidades lo cual las obliga a tener una doble jornada de trabajo (en el 2008 el 96.1% de mujeres de 14 años a más participan en los quehaceres domésticos de su propio hogar). La forma en como las mujeres distribuyen su tiempo para el cuidado de los otros, representa un factor de riesgo para el cuidado de su salud y el postergamiento en la búsqueda de atención médica. Lo cual en el caso de las embarazadas obstaculiza un cumplimiento adecuado a sus citas de control prenatal. (23)

Se ha observado que un adecuado control prenatal independientemente de los beneficios que se tienen hacia la madre y el neonato reduce significativamente los gastos por complicaciones tanto maternas como fetales a las Instituciones de Salud.

Por consiguiente es de suma importancia realizar estudios que permitan conocer no solo los factores biomédicos, como son los antecedentes ginecoobstétricos; sino también es importante

---

<sup>1</sup> La gama de actividades en las que actualmente, se emplean la mujer es cada vez más amplia, y representa nuevos riesgos para la salud reproductiva de las mujeres. Se ha reportado que de las mujeres dedicadas al trabajo extradoméstico: 19.8% son comerciantes, vendedoras y dependientas; 13.6% artesanas y obreras; 13.5% oficinistas; 11% se desempeñan y 10.8% laboran como empleadas en servicios.

incorporar, el estudio de variables sociodemográficas que ayuden a entender la influencia de estas en proceso salud enfermedad atención que las mujeres siguen en el control prenatal .

Por tanto en la presente investigación se pretende identificar cual es la situación del control prenatal de las mujeres de acuerdo a su ocupación, amas de casa beneficiarias y trabajadoras aseguradas, para de esta manera analizar las diferencias en el acceso, al control prenatal y el apego o permanencia en el mismo.

Y de esta manera generar información que lleve a la incorporación de estrategias, individualizadas, de acuerdo al contexto de vida de cada mujer embarazada. Estrategias que puedan ser operacionalizadas desde el primer el primer nivel y redunden en un adecuado control prenatal y contribuir el abatimiento de la morbilidad materna.

#### **4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El control prenatal adecuado, posee un enorme potencial de contribución a la salud de la gestante y su familia, permite disminuir las situaciones de morbilidad materna y perinatal, detectar e intervenir enfermedades de manera temprana, prevenir complicaciones obstétricas. En el HGZ y MF No 1, se reporta que el 35.5% en promedio inician el control prenatal entre el segundo y tercer trimestres (SIMO 2011).

Al respecto datos recientes muestran que del (33.3%) de las pacientes que inician su control prenatal a partir del primer trimestre, tienen un promedio de 1-4 consultas por lo que no se considera que estas mujeres cumplan con un adecuado control prenatal.

Dentro de los factores, que se han reportado como factores de riesgo para un control prenatal inadecuado esta la ocupación de la mujer. Al respecto en trabajo realizado en el HGZ y MF No 1, se halló que el 36.1% de las amas de casa no tuvieron control prenatal adecuado, cifra inferior en relación a las mujeres trabajadoras asalariadas, en las cuales se encontró que el 19.4% de ellas no cumplieron con un control prenatal adecuado (36).

A partir de las cifras antes descritas en esta investigación se formula la siguiente pregunta de investigación:

#### **5.- PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Existe asociación entre el apego al control prenatal y la ocupación (ama casa o trabajadora asegurada) de embarazadas adscritas al HGZ y MF No 1 de Pachuca Hgo.?

#### **6.- OBJETIVO**

Objetivo General

Determinar la asociación entre el apego al control prenatal y la ocupación (ama casa o trabajadora asegurada).

Objetivo específico

- Determinar la edad, escolaridad, estado civil de la población de estudio de acuerdo a su ocupación (ama casa o trabajadora asegurada) y su relación con el apego al control prenatal.

- Determinar los antecedentes gineco-obstetricos de acuerdo a la ocupación (ama casa o trabajadora asegurada) y su relación con el apego al control prenatal.
- Determinar la semana gestacional en que se inicia el control prenatal de acuerdo a la ocupación (ama casa o trabajadora asegurada) y su relación con el apego al control prenatal.
- Determinar el número total de consultas prenatales de acuerdo a la ocupación (ama casa o trabajadora asegurada) y su relación con el apego al control prenatal.
- Determinar el número de consultas prenatales por trimestre de acuerdo a la ocupación (ama casa o trabajadora asegurada) y su relación con el apego al control prenatal.
- Determinar complicaciones durante el embarazo de acuerdo a la ocupación (ama casa o trabajadora asegurada) y su relación con el apego al control prenatal.
- Determinar el tipo de resolución de embarazo, cesárea o parto vaginal de acuerdo a ocupación (ama casa o trabajadora asegurada) y su relación con el apego al control prenatal.
- Determinar semanas de gestación del recién nacido al momento del nacimiento por CAPURRO y su APGAR así como el destino del neonato de acuerdo a la ocupación de la embarazada (ama casa o trabajadora asegurada) y su relación con el apego al control prenatal.

## **7.-HIPÓTESIS**

### **HIPOTESIS**

El apego al control prenatal se asocia al tipo de ocupación de la mujer embarazada.

### **HIPÓTESIS NULA**

El apego al control prenatal no se asocia al tipo de ocupación de la mujer embarazada.

### **HIPOTESIS ALTERNA.**

El apego a control prenatal es deficiente, tanto en amas de casa como en trabajadoras.

## **8.-MATERIAL Y MÉTODOS**

### **8.1 TIPO DE DISEÑO.**

Estudio de casos y controles pareado 2:1 de acuerdo a grupo de edad el cual corresponde a un estudio:

1. Observacional: no hubo manipulación de las variables a estudiar.
2. Transversal: obteniendo información en un periodo de tiempo determinado.
3. Descriptivo: se analizara la ocupación como un factor asociado al apego al control prenatal.

### **8.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.**

Población: Mujeres amas de casa beneficiaras, y mujeres trabajadoras aseguradas que llevaron su control prenatal en los consultorios de medicina familiar, que se encuentran en área de Hospitalización del H.G.Z. y M.F.1, donde se llevó a cabo la resolución del embarazo.

### **8.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN, ELIMINACION.**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Mujeres derechohabientes con Agregado del NSS 1F (Trabajadoras) y 2F (Afiliadas con ocupación de ama de casa).
- Mujeres que hayan concluido su embarazo en parto o cesárea.
- Mujeres que cuenten con expediente clínico completo.
- Mujeres que hayan tenido control prenatal en el HGZ y MF No 1.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Mujeres derechohabientes sin Agregado del NSS 1F (Trabajadoras) y 2F (Afiliadas con ocupación ama de casa).
- Mujeres que no hayan concluido su embarazo en parto o cesárea.
- Mujeres que no cuenten con expediente clínico completo.
- Mujeres que no hayan tenido control prenatal en el HGZ y MF No 1.



## **CRITERIOS DE ELIMINACION.**

- Mujeres embarazadas trabajadoras, que no cuentan con acceso a la seguridad social por su empleo; y se encuentran afiliadas al IMSS por su cónyuge.

### **DEFINICION DE CASO:**

#### **DESAPEGO AL CONTROL PRENATAL.**

**Definición conceptual:** Mujeres con menos de 5 controles prenatales (Desapego).

**Definición operacional:** De acuerdo al total de consultas prenatales antes del nacimiento, siendo inadecuado el control prenatal si tiene menos de 5 consultas y acude después del primer trimestre.

**Escala de medición:** Cuantitativa.

Indicador: <5

### **DEFINICION DE CONTROL:**

#### **APEGO AL CONTROL PRENATAL.**

**Definición conceptual:** Mujeres con 5 o más controles prenatales (Apego).

**Definición operacional:** De acuerdo al total de consultas prenatales antes del nacimiento, siendo control prenatal adecuado cuando la primera consulta es en el primer trimestre y acude a 5 o más, consultas en forma periódica.

**Escala de medición:** Cuantitativa.

Indicador:  $\geq 5$

#### 8.4 VARIABLE

##### VARIABLE DEPENDIENTE.- CONTROL PRENATAL.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
<b>CONTROL PRENATAL</b>	Serie de acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal	Total de consultas prenatales registradas en el expediente clínico, antes del nacimiento.	Cuantitativa	Intervalo	<p>≥ 5 APEGO control prenatal.</p> <p>&lt; 5 DESAPEGO control prenatal.</p>

##### VARIABLE INDEPENDIENTE.-OCUPACIÓN

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
<b>OCUPACIÓN</b>	Actividad laboral o de la vida diaria que es o no remunerada. Ama de Casa: Mujer que se ocupa de un oficio o profesión recibiendo a cambio un salario Trabajadora: Mujer que se ocupa de las tareas de domesticas de su casa.	Se obtendrá a través del expediente siendo trabajadora, mujer la cual realiza alguna actividad la cual sea remunerada y en la que le sea otorgada seguridad social y Ama de casa mujer que únicamente se dedica a las labores del hogar, sin recibir prestación oficiales o salario.	Cualitativa	Nominal	<p>1.- Trabajadora asalariada.</p> <p>2.-Ama de casa no asalariada</p>

## VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
<b>DERECHO-HABIENCIA</b>	Asegurado, Pensionado y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la Ley tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Paciente el cual tenga el derecho vigente de recibir atención Médica en el IMSS.	Cualitativa.	Nominal	1.- Asegurado. 2.- Beneficiario.
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Años cumplidos de vida de la paciente.	Cuantitativa	De razón	Años
<b>ESCOLARIDAD</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Último Grado estudiado.	Cualitativa	Ordinal	1.-Primaria ó menos 2.- Secundaria 3.Bachillerato 4.-Carrera técnica 5.- Licenciatura 6.-Posgrado
<b>ESTADO CIVIL</b>	Calidad de un individuo en cuanto a sus derechos y obligaciones civiles y familiares.	Condición de una persona en cuanto sus derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa	nominal	1.-Soltera 2.- Casada 3.-Viuda 4.-Divorciada 5.- Unión libre 6.- Separada.

**ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS:**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>EDAD DE LA 1ERA GESTA.</b>	Edad que tenía la madre en el momento del 1er embarazo, se haya concluido o no.	Edad de la Paciente en el momento del 1er embarazo.	Cuantitativa.	De Razón	Años.
<b>GESTAS</b>	Son los embarazos que ha presentado una mujer en su edad reproductiva.	Número de embarazos que ha tenido la paciente incluyendo cesáreas, partos y abortos.	Cuantitativa	Nominal	1, 2, 3,4 o más.
<b>PARTOS</b>	Número de embarazos en los cuales se obtiene el producto vía vaginal.	Número de resoluciones de embarazo vía vaginal, excluyendo abortos.	Cuantitativa	Nominal	1, 2, 3, 4 o más
<b>CESAREAS</b>	Número de embarazos en los cuales se obtiene el producto vía abdominal.	Número de resoluciones de embarazo vía abdominal.	Cuantitativa	Nominal	1, 2, 3, 4 o más
<b>ABORTOS</b>	Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno.	Dato que se obtiene del expediente clínico.	Cuantitativa	Nominal	1, 2, o más
<b>ESPACIO INTERGENESICO</b>	Tiempo comprendido entre los dos últimos embarazos independientemente de las semanas de gestación	Obtenido a través del expediente clínico en antecedentes ginecoobstétricos.	Cuantitativas.	Nominal	En años.

<b>COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO</b>	Condiciones patológicas asociados con el embarazo y van desde molestias leves a enfermedades graves que requieren intervención médica.	Se obtiene la información a través del expediente clínico.	Cualitativo	Nominal	1.- Anemia. 2.- Infecciones 3.- Amenaza de aborto o parto pretermo. 4.- Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. 5.- Preeclampsia/ Eclampsia 6.- Diabetes Gestacional
<b>PARTO NORMAL</b>	Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación	Se obtiene a través del interrogatorio directo	Cuantitativa	Nominal	1, 2, 3, 4 o más
<b>FECHA DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL</b>	Tiempo en que la mujer embarazada acudió al médico por primera vez a consulta de control prenatal.	Se obtiene la información a través del expediente clínico.	Cuantitativa	Nominal.	Día, Mes y Año
<b>NUMERO DE CONTROLES PRENATALES</b>	Consultas a las que la paciente embarazada acudió al médico a control prenatal.	Obtención de información, a través del expediente clínico.	Cuantitativa	Nominal.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 o más

**CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL Y RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO:**

<b>SEMANA DE GESTACIÓN DE INICIO DE CONTROL PRENATAL.</b>	Semanas de Gestación en la que acudió a su Primer consulta Prenatal.	Semanas de Gestación tomando en cuenta la Fecha última	Cuantitativa	De razón.	Años.
---	--	--	--------------	-----------	-------

		Menstruación en la que acudió a su Primer consulta Prenatal.			
<b>COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO</b>	Condiciones patológicas asociados con el embarazo y van desde molestias leves a enfermedades graves que requieren intervención médica.	Patologías detectadas durante el embarazo registradas en el expediente clínico.	Cualitativo	Nominal	1.- Anemia. 2.- Infecciones 2.- Preeclampsia / eclampsia 3.- Amenaza de aborto o parto pretermo 4.- Otras.
<b>RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.</b>	Vía de Obtención del Producto.	Vía de obtención del producto excluyendo abortos.	Cualitativa.	Nominal	Parto. Cesárea
<b>SEMANAS DE GESTACIÓN DEL NEONATO POR CAPURRO.</b>	Semanas de Gestación del neonato calculadas por el Índice de Capurro.	Semanas de Gestación del neonato calculadas por el Índice de Capurro, registrado en Certificado de Nacimiento del neonato.	Cuantitativa	Nóминаl	Semanas.
<b>CALIFICACIÓN DE APGAR DEL NEONATO.</b>	Método utilizado el médico neonatólogo, para evaluar al recién nacido.	Calificación de APGAR Registrada en Certificado de Nacimiento del neonato.	Cuantitativa	Ordinal	Puntuación.
<b>DESTINO DEL RECIEN NEONATO</b>	Área Hospitalaria donde es indicado pasa el neonato posterior al nacimiento.	Área del hospital en donde pasa el neonato al nacer, se busca información en nota pediátrica.	Cualitativa	Nominal	1.- Alojamiento conjunto. 2.- UCIN (Unidad de cuidados Intensivos Neonatales) 3.- Defunción.

## 8.5.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

El estudio se llevara a cabo en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 de Pachuca, Hgo., durante un periodo de 3 meses posteriores a la aprobación del protocolo de investigación. Se realizará un estudio de casos y controles, con una muestra que estará constituida por 29 casos y 58 controles. Las pacientes se captaran de manera dirigida, a las mujeres que cursen puerperio inmediato y que se encuentren en el área de hospitalización en el primer piso, del HGZ Y MF No.1, que llevaron su control prenatal en los consultorios de medicina familiar del H.G.Z y MF No.1. Una vez cumpliendo con los criterios de selección, se procederá a la revisión del expediente clínico correspondiente, se llenara la cedula de recolección de datos, para determinar si tuvieron apego al control prenatal, se procederá al análisis de la información, y se evaluará la asociación entre apego al control prenatal y la ocupación (ama de casa o trabajadora asalariada).

**Instrumento:**

Para la recolección de la información se utilizara el cuestionario de recolección de datos el cual consta de 24 variables. El instrumento que se confeccionará para la recolección de datos, estará integrado por una base propia. Una vez sistematizada la información se procesara, esta utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20. El instrumento estará constituida por tres apartados: Ficha de identificación la cual consiste en 9 variables con información propia de la paciente como nombre edad, NSS, ocupación, escolaridad etc. Antecedentes Gineco-obstétricos la cual consta de 6 variables y características del control prenatal y de la resolución del embarazo, que consta de 9 en las cuales se incluye información de momento del ingreso a control prenatal, el número de consultas a las que acudió la paciente por trimestre gestacional, complicaciones en el embarazo y datos propios del recién nacido.

**8.6 TAMAÑO DE MUESTRA**

El tamaño de la muestra por tratarse de un estudio de casos y controles se calculó mediante la fórmula de Schelesselman para la comparación de dos grupos\*:

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(P1-p2)^2}$$

Se trabajó con una seguridad del 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

Para el poder estadístico ( $1-\beta$ ) que se quiere, se tomara  $\beta = 0,2$ , es decir, un poder del 80%.

w= es la idea aproximada del Odds ratio que se desea estimar = 36<sup>2</sup>

p<sub>1</sub>= Frecuencia de la exposición entre los casos = 0.62

$$p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2) + wp_2}$$

p<sub>2</sub> = Frecuencia de la exposición de los controles= 36% en decimales = 0.36

$$\text{Si } p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

P<sub>1</sub>= 0.620

P=0.49

El resultado final al sustituir los valores en la fórmula de Schelesselman fue el siguiente: n= 29.

\*En esta investigación con el objeto de incrementar el poder estadístico, se plantea obtener dos controles por caso, por lo que se obtendrá una muestra de 29 casos y 58 controles, utilizando un muestreo probabilístico estratificado pareado y de acuerdo al grupo de edad.

## 8.7.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis de los datos se realizara mediante el cálculo de razón de momios para evaluar la fuerza de asociación entre variables e intervalo de confianza al 95% para cada estimador. Se aplicará Ji cuadrada (x<sup>2</sup>) con valores significativos de p< 0.05.

Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 20, y se considerara un valor de alfa igual o menor de 0.05 estadísticamente significativo.

### 8.7.1.-ANÁLISIS DE DATOS.

El análisis de los datos se realizara mediante el cálculo de: porcentajes promedios, desviación estándar, varianza, media y mediana; prueba de Ji<sup>2</sup>; Cálculo de razón de momios para evaluar la fuerza de asociación entre variables e intervalo de confianza al 95% para cada estimador. Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 20, y se considerara un valor de alfa igual o menor de 0.05 estadísticamente.

---

<sup>2</sup> Valor obtenido del porcentaje que se reporta de mujeres amas de casa que no tuvieron adecuado control prenatal. ( 36)



## **9.- FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO**

El presente estudio, será realizado con datos de expedientes clínicos y se trabajará con la cedula de llenado.

### **Recursos humanos**

- Personal médico, asistentes médicas, del HGZ No.1 Pachuca.
- Asesor metodológico: M.C. Ma. Del Carmen Rincón Cruz.
- Asesor clínico: Dra. Esther Hernández Hernández.
- Investigador: Aurea Karina López Ortiz.

### **Recursos materiales.**

- Hojas blancas.
- Equipo de cómputo.
- Lápices, plumas y papelería diversa.
- Tiempo.
- Expedientes clínicos.

### **Recursos financieros.**

- Aportados por el propio investigador.

## **10.-ASPECTOS ÉTICOS.**

En base a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud título segundo de los aspectos éticos de la investigación en humanos Capítulo I, artículos 13, 17 y 21 publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1987. El presente estudio no viola ninguno de los estatutos asentados.

Se considera una investigación sin riesgo ya que sólo se procederá a revisión de expedientes y registros de datos; por lo que no requiere de consentimiento informado.

## 11.- RESULTADOS.

Se realizó la recolección de información en los meses de enero, febrero y marzo del 2013, de los expedientes de las pacientes hospitalizadas en piso de ginecología y obstetricia del HGZ Y MF No.1, que cursaban con puerperio inmediato y se completó la recolección de datos del expediente electrónico de medicina familiar, se revisaron un total de 178 expedientes, de los cuales se tomaron 87 que cumplían con criterios de inclusión y entraban en el rango de edad para ser pareados 1:2 (29 casos y 58 controles), de acuerdo al tamaño de la muestra, las principales causas de exclusión fueron el que no contaran con expediente completo, o que tuvieran control prenatal previo con médico particular, incluso algunas solo siendo aseguradas para la resolución del embarazo.

Se determinaron en la población estudiada, las características socioeconómicas, antecedentes gineco-obstetricos, trimestre de inicio de control prenatal, características de resolución de embarazo y destino del neonato, y se realizó un análisis de la asociación de cada una variables independientes con el apego a control prenatal, haciendo énfasis en la variable ocupación por ser el objetivo general del estudio.

### CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Al analizar las características sociodemográficas se observó que en relación a la edad predominó tanto en casos como controles el grupo de edad de 20 a 29 años en un 58.6%, En cuanto al estado civil en los casos el mayor porcentaje correspondió a las mujeres casadas 79.3%, al igual que en los controles 63.8%, pero cabe señalar que hubo menor porcentaje de las mujeres que vivían en unión libre en los casos en un 13.8% que en los controles 29.3%. En la escolaridad el mayor porcentaje de casos se ubicó en pacientes con bachillerato en un 37.9 % al igual que los controles con un 34.5 %. Es importante mencionar que en relación a las mujeres con secundaria en los casos fue menor, 27.7% comparado a los controles que fue 32.8%, así también las mujeres que contaron con posgrado el mayor porcentaje se ubicó en los casos 10.3% a diferencia de las mujeres de los controles que fue de 3.4%.

Otra característica que se estudio fue la ocupación encontrando que en los casos predominaron las mujeres amas de casa 62.1 %, a diferencia de los controles donde la principal ocupación correspondió a las mujeres empleadas asalariadas 67.2%. (Cuadro 1)

CUADRO.- 1

RELACIÓN APEGO AL CONTROL PRENATAL / CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
		CASOS	CONTROLES
		SIN APEGO	CON APEGO
<b>EDAD</b>			
	19 O MENOS	6.90%	6.90%
	20-29	58.60%	58.60%
	30-35	20.70%	20.70%
	36 O MAS	13.80%	13.80%
	TOTAL	100.00%	100.00%
<b>ESTADO CIVIL</b>			
	MADRE SOLTERA	6.90%	6.90%
	CASADA	79.30%	63.80%
	UNIÓN LIBRE	13.80%	29.30%
	TOTAL	100.00%	100.00%
<b>ESCOLARIDAD</b>			
	PRIMARIA	0.00%	5.20%
	SECUNDARIA	27.70%	32.80%
	BACHILLERATO	37.90%	34.50%
	LICENCIATURA	24.10%	24.10%
	POSGRADO	10.30%	3.40%
	TOTAL	100.00%	100.00%
<b>OCUPACIÓN</b>			
	AMA DE CASA	62.10%	32.80%
	EMPLEADA ASALARIADA	37.90%	67.20%
	TOTAL	100.00%	100.00%

FUENTE: AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS.

Analizando las características sociodemográficas de acuerdo a ocupación se halló que en cuanto a edad predominó el grupo de 20 a 29 años en amas de casa 59.5% y en empleadas asalariadas 58%, en las amas de casa se ubica mayor porcentaje de mujeres menores de 19 años 13.5%, en relación a las empleadas asalariadas 2%, y en las empleadas asalariadas se encuentra mayor porcentaje del grupo de edad de 36 años o más 18%, que en las amas de casa 8.1%. En cuanto al estado civil tanto en amas de casa 83.8% como en las empleadas asalariadas 58% predominan las casadas, sin embargo llama la atención que la totalidad de mujeres solteras son empleadas asalariadas 12%, y las mujeres en unión libre son en mayor porcentaje empleadas asalariadas 30%, que amas de casa 16.2%. La escolaridad más frecuente en las amas de casa fue la secundaria 43.3%, siguiendo bachillerato 43.2%, y en las empleadas asalariadas el mayor porcentaje fue la escolaridad licenciatura 38%, siguiendo bachillerato 30%. (Cuadro 2)

CUADRO 2.

RELACIÓN OCUPACIÓN/ CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
		AMA DE CASA	EMPLEADA ASALARIADA
<b>EDAD</b>			
	19 AÑOS O MENOR	13.50%	2.00%
	20-29 AÑOS	59.50%	58.00%
	30-35 AÑOS	18.90%	22.00%
	36 O MAS	8.10%	18.00%
	TOTAL	100.00%	100.00%
<b>ESTADO CIVIL</b>			
	MADRE SOLTERA	0.00%	12.00%
	CASADA	83.80%	58.00%
	UNIÓN LIBRE	16.20%	30.00%
	TOTAL	100.00%	100.00%
<b>ESCOLARIDAD</b>			
	PRIMARIA	5.40%	2.00%
	SECUNDARIA	43.30%	22.00%
	BACHILLERATO	43.20%	30.00%
	LICENCIATURA	5.40%	38.00%
	POSGRADO	2.70%	8.00%
	TOTAL	100.00%	100.00%

FUENTE: AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS.

El objetivo principal de este estudio fue analizar la asociación entre el control prenatal y la ocupación de la paciente, obteniendo un OR de 3.359, encontrando que las amas de casa tienen 3 veces más probabilidades de tener un mal apego al control prenatal en relación a las mujeres empleadas asalariadas. Por otra parte al determinar la Chi cuadrada se encontró una p de 0.09 menor de 0.05 por lo que se acepta la hipótesis y se descarta la hipótesis nula. (Cuadro 3)

CUADRO 3

RELACIÓN APEGO AL CONTROL PRENATAL / CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
		CASOS	CONTOLES	TOTAL
		SIN APEGO	CON APEGO	
<b>OCUPACIÓN</b>				
	AMA DE CASA	18	19	37
	EMPLEADA ASALARIADA	11	39	50
	TOTAL	29	58	87
		VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
ODDS RATIO PARA APEGO (SIN APEGO/CON APEGO)		3.359	1.326	8.506

FUENTE: AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA HGO, 2012

El primer objetivo específico que se planteó fue determinar la edad, escolaridad, estado civil de la población de acuerdo a su ocupación y su relación con el apego al control prenatal. Tanto para amas de casa como para empleadas asalariadas se encontró que no hubo una asociación con apego al control prenatal, el OR fue menor a 1 en cada una de las variables.

## ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Estudiando los antecedentes ginecoobstetricos determinamos que en relación al número de gestas predominaron las secundigestas tanto en casos 48.3% como en controles 39.7%. Sin embargo el porcentaje de primigestas es mayor en los controles 34.5% que en los casos 20.7% y mayor porcentaje de multigestas en el grupo de casos 31% que el de controles 25.9%. En cuanto a periodo intergenesico en los casos el mayor porcentaje es menor de 25 meses 41.4%, mientras que en los controles fueron predominantes las pacientes que no aplica el periodo intergenesico por ser primigestas 34.5%. La primera gesta por edad se ubicó en pacientes de 20 a 29 años tanto en casos 72.4% como en controles 67.2%. Otra característica a estudiar fue la resolución del embarazo siendo tanto en casos 69% como en controles 67.2% predominante la cesárea. (Cuadro 4)

CUADRO 4

RELACIÓN ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS / APEGO A CONTROL PRENATAL.			
		CASOS	CONTROLES
		SIN APEGO	CON APEGO
<b>NÚMERO DE GESTAS</b>			
	PRIMIGESTA	20.70%	34.50%
	SECUNDIGESTA	48.30%	39.70%
	MULTIGESTA	31.00%	25.90%
	TOTAL	100.00%	100.10%
<b>PERIODO INTERGENESICO</b>			
	NO APLICA	20.70%	34.50%
	MENOR DE 25 MESES	41.40%	17.20%
	DE 25 A 60 MESES	17.20%	29.30%
	MAYOR DE 60 MESES	20.70%	19.00%
	TOTAL	100.00%	100.00%
<b>PRIMERA GESTA POR GRUPO DE EDAD</b>			
	19 AÑOS O MENOS	20.70%	20.70%
	DE 20 A 29 AÑOS	72.40%	67.20%
	DE 30 A 35 AÑOS	6.90%	8.60%
	MAYOR DE 35 AÑOS	0.00%	3.50%
	TOTAL	100.00%	100.00%
<b>RESOLUCIÓN DE EMBARAZO.</b>			
	PARTO	31.00%	32.80%
	CESAREA	69.00%	67.20%
	TOTAL	100.00%	100.00%

FUENTE: AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA HGO.

El segundo objetivo específico que se planteó fue determinar los antecedentes gineco-obstetricos y la resolución del embarazo de acuerdo a la ocupación y su relación con el apego al control prenatal, se encontró que no hubo una asociación con apego al control prenatal, el OR fue menor a 1 en cada una de las variables.

## CONTROL PRENATAL

Analizando las características del control prenatal se encontró que las amas de casa inician su control prenatal predominantemente en el primer trimestre 51.4% (con un promedio de 1 consulta), en el segundo trimestre 43.2% (con un promedio de 3 consultas), y el 5.4% (con un promedio de 6 consultas) en el tercer trimestre, con un total de consultas durante su embarazo de más de 10 consultas en un 56.8% con un máximo de consultas de 19. Las empleadas asalariadas inician su control prenatal en el primer trimestre con un 78% (con un promedio de 2 consultas), en el segundo trimestre 16% (con un promedio de 4 consultas) y en el tercer trimestre 6% (con un promedio de 6 consultas), con un total de consultas durante su embarazo de más de 10 consultas 54% con un máximo de 22 consultas. (Cuadro 5)

CUADRO 5

RELACIÓN CONTROL PRENATAL / OCUPACIÓN		
	AMA DE CASA	EMPLEADA ASALARIADA
TRIMESTRE DE INICIO		
PRIMER TRIMESTRE	51.40%	78.00%
SEGUNDO TRIMESTRE	43.20%	16.00%
TERCER TRIMESTRE	5.40%	6.00%
TOTAL	100.00%	100.00%
TOTAL DE CONSULTAS		
MENOS DE 5 CONSULTAS	10.80%	0.00%
5 CONSULTAS	0.00%	4.00%
DE 5 A 10 CONSULTAS	32.40%	42.00%
MAS DE 10 CONSULTAS	56.80%	54.00%
TOTAL	100.00%	100.00%

FUENTE: AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA HGO.

Dentro de estos objetivos también se planteó la relación entre la semana gestacional en la que se inicia el control prenatal así como el número de consultas prenatales por trimestre de acuerdo a su ocupación y su relación con el apego al control prenatal, se puede observar como hay mayor porcentaje de empleadas asalariadas 78% que inician control prenatal en el primer trimestre en relación a las amas de casa 51.4%. Y hay variación en cuanto a consultas siendo mayor número en promedio de consulta en pacientes empleadas asalariadas que en amas de casa, sin embargo no es estadísticamente significativo por no contar con un OR mayor a 1.

Otro objetivo específico fue determinar el número total de consultas prenatales de acuerdo a la ocupación y su relación con el apego al control prenatal, el número total de consultas no tiene relación con la semana de inicio del control prenatal, ni con el apego al control prenatal resultando un OR menor a 1.

## COMPLICACIONES

Examinando las complicaciones encontramos que las más frecuentes tanto en casos 34.5% como en controles 32.8% fueron las infecciones, siguiendo los que no tuvieron ninguna complicación en casos 34.5% y en controles 25.9%, y en tercer lugar tenemos en los casos a la preeclampsia con un 10.3%, y en los controles están las pacientes con más de una complicación con 13.8%, es importante señalar que la anemia es una complicación exclusiva de los casos 6.9%. (Cuadro 6)

CUADRO 6

RELACIÓN COMPLICACIONES / CONTROL PRENATAL .		
	CASOS	CONTROLES
	SIN APEGO	CON APEGO
COMPLICACIONES		
ANEMIA	6.90%	0.00%
INFECCIONES	34.50%	32.80%
AMENAZA DE ABORTO O PARTO.	6.90%	10.30%
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	3.50%	6.90%
PREECLAMPSIA.	10.30%	6.90%
OTRA	0.00%	3.40%
NINGUNA	34.50%	25.90%
MAS DE UNA COMPLICACIÓN	3.40%	13.80%
TOTAL.	100.00%	100.00%

FUENTE: AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA HGO, 2012.

En la relación entre las complicaciones y la ocupación, se determinó que en las amas de casa la principal complicación fueron las infecciones con un 43.2%, mientras que en las empleadas asalariadas fue el no tener ninguna complicación 30%, observamos como la anemia se presentó solamente en amas de casa 5.5%, y la enfermedad hipertensiva del embarazo con mayor porcentaje en empleadas asalariadas 8% que en amas de casa 2.7%, en cuanto a preeclampsia no hubo diferencia significativa.

CUADRO 7

RELACIÓN COMPLICACIONES / OCUPACIÓN		
	AMA DE CASA	EMPLEADA ASALARIADA
COMPLICACIONES		
ANEMIA	5.50%	0.00%
INFECCIONES	43.20%	26.00%
AMENAZA DE ABORTO O PARTO.	5.40%	12.00%
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO.	2.70%	8.00%
PREECLAMPSIA.	8.10%	8.00%
OTRA	2.70%	2.00%
NINGUNA	27.00%	30.00%
MAS DE UNA COMPLICACIÓN	5.40%	14.00%
TOTAL.	100.00%	100.00%

FUENTE: AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA HGO, 2012.



Uno de los objetivos fue determinar complicaciones durante el embarazo de acuerdo a la ocupación y su relación con el apego al control prenatal, tanto en amas de casa como en empleadas asalariadas no se encuentra asociación entre las complicaciones y el control prenatal, con un OR inferior a 1.

#### ESTADO DEL NEONATO.

Haciendo un análisis del estado del neonato se observó que el Capurro predominante tanto en los casos 51.7% como en los controles 51.7% fue de 38 SDG. Llama la atención que el capurro de 36 SDG fue únicamente en los casos 6.9%, y de 37 semanas mayor porcentaje en los casos 10.8%, que en los controles 8.7%, la calificación de apgar fue más frecuentemente tanto en casos 86.2% como en controles 86.2% de 9, el destino del neonato fue alojamiento conjunto el más predominante tanto en casos 93.1% como en controles 96.6%, cabe mencionar que el destino UCIN fue más frecuente en los casos 6.9%, que en los controles 3.4%. (Cuadro 8)

CUADRO 8

RELACIÓN ESTADO NEONATAL / CONTROL PRENATAL		
	CASOS	CONTROLES
	SIN APEGO	CON APEGO
<b>CAPURRO</b>		
36	6.90%	0.00%
37	10.40%	8.70%
38	51.70%	51.70%
39	13.80%	22.40%
40	17.20%	17.20%
TOTAL.	100.00%	100.00%
<b>APGAR</b>		
8	6.90%	5.20%
9	86.20%	86.20%
10	6.90%	8.60%
TOTAL.	100.00%	100.00%
<b>DESTINO DEL NEONATO</b>		
Alojamiento conjunto	93.10%	96.60%
UCIN	6.90%	3.40%
TOTAL.	100.00%	100.00%

FUENTE: AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA HGO,

Otro objetivo del estudio fue determinar semanas de gestación del recién nacido al momento del nacimiento por capurro y su apgar así como el destino del neonato de acuerdo a la ocupación de la embarazada y su relación con el apego al control prenatal. Encontramos que en las amas de casa las semanas de gestación por capurro y el destino del neonato no tienen asociación con el

apego al control prenatal con un OR inferior a 1, en cuanto al apgar se obtuvo un OR de 2.18, con lo que se asocia una calificación de apgar menor en las pacientes con mal apego al control prenatal. (Cuadro 9). En cuanto a las empleadas asalariadas tampoco se encontró relación entre el apego al control prenatal y el capurro o el destino del neonato, sin embargo se encuentra asociación del apgar con un OR de 1.3 asociado al apego al control prenatal (cuadro 10)

CUADRO 9

AMAS DE CASA .- APGAR /APEGO AL CONTROL PRENATAL				
		CASOS	CONTOLES	TOTAL
		SIN APEGO	CON APEGO	
APGAR				
	8	2	0	2
	MAS DE 8	16	19	35
	TOTAL	18	19	37
		VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
	ODDS RATIO PARA APEGO (SIN APEGO/CON APEGO)	2.188	1.525	3.139

FUENTE: AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA HGO, 2012

CUADRO 10

EMPLEADA ASALARIADA .- APGAR /APEGO AL CONTROL PRENATAL				
		CASOS	CONTOLES	TOTAL
		SIN APEGO	CON APEGO	
APGAR				
	8	0	3	3
	MAS DE 8	11	36	35
	TOTAL	11	39	38
		VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
	ODDS RATIO PARA APEGO (CON APEGO)	1.306	1.115	1.529

FUENTE: AMA DE CASA O TRABAJADORA ASEGURADA: RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF No 1, IMSS, PACHUCA HGO, 2012

## 12.- DISCUSIÓN.

En nuestra población un 57.5% fueron empleadas asalariadas, estas mujeres tuvieron mayor apego al control prenatal que las amas de casa. Este resultado podría ser asociado a que las empleadas asalariadas acuden más a control prenatal para así lograr obtener la incapacidad por embarazo y puerperio, así como para obtener incapacidades en el transcurso del embarazo en caso necesario, como lo demuestra un estudio realizado en el HGZ 2 del IMSS de Aguascalientes en el 2010 en embarazadas, donde se observó que la cantidad de consultas recibidas durante el control prenatal en empleadas asalariadas, es mayor debido a las prestaciones médicas que se les ofrecen (35).

Tras constatar que el ser ama de casa es un factor de riesgo para un mal apego al control prenatal, se analizaron las características que tienen estas mujeres y se encontró que las que se encuentran en el grupo de edad menor de 19 años, tuvieron como ocupación amas de casa cuya escolaridad es menor a bachillerato, lo cual influyo posiblemente en el mal apego al control prenatal. Así mismo al ser adolescentes tienen un mayor tiempo de edad reproductiva, por lo que tienen más oportunidad de ser multigestas, y además presentar periodos intergenesicos cortos. Otro aspecto que se relaciona como ya se mencionó antes es la escolaridad, encontrando en un estudio realizado a mujeres embarazadas en el 2005 en Colombia que las mujeres con mayor escolaridad participan en las decisiones del hogar y sobre su propio cuidado de salud, aspecto que resulta significativo para el uso de servicios de salud materna como los controles prenatales (29).

Además es importante mencionar dentro de las características socioeconómicas la dependencia económica, lo cual se ha documentado está relacionada con el cuidado, toma de decisiones, autonomía y acceso a los servicios de salud.(30) En relación a lo anterior en este estudio se halló que las mujeres que tenían seguridad social por si mismas al ser trabajadoras asalariadas tuvieron mayor apego al control prenatal, en comparación con las amas de casa las cuales dependen de la pareja para tener acceso a la seguridad social, corroborando la que la bibliografía muestra.

Así también se observó que tanto en las amas de casa como en las empleadas asalariadas predominó la resolución de embarazo vía abdominal, semejante a los resultados de un estudio previo realizado en mujeres embarazadas en el HGZ 2 en Aguascalientes en el 2010 donde no se

encontró diferencia en la resolución de embarazo significativa entre pacientes con apego y sin apego al control prenatal. (35)

A pesar de que la prevalencia de cesárea no fue un objetivo de estudio, llama la atención que dentro del HGZMF 1 tuvimos más del 60% de resolución del embarazo por cesárea, cifra que se ubica por encima de la estadística nacional marcada por el INEGI 2009 que refiere se encontraba entre 12.4 y 36.9 por ciento (4) Además por el alto riesgo que representa para la paciente según la NOM-007 se recomienda limitar la proporción de cesáreas de 15 a 20% en relación con el total de nacimientos atendidos. (3)

En cuanto al inicio del control prenatal los resultados mostraron que el promedio es de 11 SDG para las empleadas asalariadas, y de 14 SDG para las amas de casa, aspecto que corrobora el mal apego al control prenatal en las amas de casa, así mismo podemos observar que el promedio de SDG de inicio del control prenatal de nuestro estudio coincide con otros estudios como un estudio previo en el IMSS de Nuevo León en el 2007 que se realizó en mujeres embarazadas, en donde el inicio del control prenatal promedio fue la  $15,82 \pm 8,93$  semanas. (14)

No obstante que la NOM 007 indica que las pacientes deben tener cuando menos 5 consultas de control prenatal durante su embarazo, e iniciar su control en el primer trimestre de gestación (3), en este estudio se observó que muchas mujeres con mal apego al control prenatal tuvieron más de 5 consultas, pero su control prenatal se inició de manera tardía, predominantemente en el segundo trimestre.

En relación a las complicaciones también es importante mencionar que en nuestra investigación, las mujeres asalariadas aun cuando tuvieron un buen apego al control prenatal, presentaron en mayor porcentaje más de una complicación a diferencia de las amas de casa que no tuvieron apego al control prenatal. Resultado el cual podría asociarse a que las empleadas asalariadas al acudir a su control prenatal de manera regular en las diferentes etapas de su embarazo tuvieron más posibilidades de ser diagnosticadas oportunamente y se logró el registro de estos diagnósticos, mientras en las amas de casa con mal apego aunque pudieron tener complicaciones, estas no fueron diagnosticadas ni registradas por no acudir a consulta. Aspecto que consideramos sería importante de analizar en futuros estudios.

En relación a la salud del neonato y el control prenatal, en un estudio Venezolano realizado en el hospital Dr. Adolfo Prince en el 2009 realizado en mujeres puérperas sin control prenatal, se observó que las madres que no reciben control prenatal adecuado son tres veces más riesgosas a tener hijos de bajo peso y sus neonatos tienen cinco veces más posibilidades de morir. (15) En este estudio se encontró que de las madres sin apego al control prenatal se obtuvieron neonatos pretérmino en mayor porcentaje que en las madres con apego, lo cual nos habla de la importancia del control prenatal para evitar complicaciones en el embarazo que nos puedan llevar a partos pretérmino que pongan en peligro la salud e incluso la vida del neonato por la falta de madurez del mismo y de esta manera el mayor ingreso a UCIN el cual igual predominó en las pacientes con mal apego al control prenatal.

### **13.- CONCLUSION.**

Finalmente en este estudio podemos puntualizar los siguientes aspectos:

El ser ama de casa es un factor de riesgo para un mal apego al control prenatal con todas las repercusiones que esto conlleva. Y en este caso fueron las amas de casa las que predominantemente se embarazaron a más corta edad, tuvieron menor escolaridad y mayor dependencia económica, a diferencia de las empleadas asalariadas, lo cual nos hace pensar que hablamos de poblaciones distintas con diferentes factores de riesgo y protección.

El número de consultas prenatales durante el embarazo, no se relacionó con el apego al control prenatal.

La resolución del embarazo por cesárea expone a la paciente la paciente a riesgo de mortalidad materna, lo cual es un foco rojo de atención.

El primer nivel de atención se encarga de la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, funciones fundamentales para un adecuado control prenatal, y que no se pueden desarrollar adecuadamente si desconocemos las características de la población a la cual estamos atendiendo.

Por lo anterior sería importante reforzar la práctica médica diaria del médico familiar, tomando en cuenta las partes más básicas como lo son el interrogatorio completo así como una adecuada historia clínica que incorpore factores sociodemográficos y de género, esto nos abriría la puerta hacia un mejor pronóstico de cómo será el embarazo de la paciente, y de esta manera lograríamos enfocarnos de manera individual a sus factores de riesgo, con una mejor atención integral en el primer nivel de atención.

Al encontrar que el ser ama de casa es un factor de riesgo para el control prenatal, considero que sería importante realizar investigación cualitativa, que nos permitan conocer creencias, saberes, prácticas, redes de apoyo, en los cuales transcurre la vida de estas mujeres y así tener un conocimiento más profundo de las prácticas de cuidado prenatal.

#### 14.- BIBLIOGRAFIA.

1. Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México. Secretaría de Salud 2008.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care Routine care for the healthy pregnant woman. England. 2008.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México DF. 6 de enero de 1995.
4. Mujeres y hombres en México 2009. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
5. López JP, García R, Reyes L, et al. Appropriate prenatal care system: the best way to prevent preeclampsia in Andean countries. Colombia Médica. 2009;Abril-Junio; 40(2):226-230.
6. Moreno SA, Bandeh MH, Meneses CJ, et al. Control prenatal en el medio rural. Rev Fac Med UNAM. 2008;Septiembre-Octubre;51(5):188-192.
7. Heaman M, Newburn CC, Green C, et al, Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: A comparison of indices. BMC Pregnancy and Childbirth. 2008;Mayo;1:8-15.
8. Routine Prenatal Care. Institute for Clinical Systems Improvement. Fourteenth Edition. 2010;July.
9. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo do control prenatal.
10. Pécora A, San Martín ME, Cantero A, et al. Control Prenatal Tardío: ¿Barreras en el Sistema de Salud?. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2008;27(3):114-119.
11. Cáceres Manrique FM, El control Prenatal: Una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009;Mayo;60(2):165-170.
12. Montesano DJ, Hernández A, Zapién MJ, et al. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; oct;47(1):109-116.
13. Mujeres y hombres en México 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
14. Villarreal RE, Garza EM, Núñez RG, et al. Costo de la atención prenatal: Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Chil Obstet Ginecol; 2007;72(5):298-303.

15. Faneite P, Rivera C, Rodríguez F, et al. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica?. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009;69(3):147-151.
16. Pazmiño OS, Guzmán GN. Control Prenatal y su Impacto en la Mortalidad Materna: Análisis de una Tendencia, 1994- 2004. Cali, Colombia. 2009;Feb;60 (1);12-18.
17. Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, et al. Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2007;August;110(2 Pt 1):330–339.
18. Tipiani O, Tomatis C. El Control Prenatal y el Desenlace Maternoperinatal. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2006;Oct-Dic;52(4):247-52.
19. Pérez MJ, Panduro BG, Quezada LC. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(10):607-612.
20. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health* 2007;Sept;7:268.
21. Arispe1 C, Salgado M, Tang G, et al. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered* 2011;22:169-175.
22. Ordaz MK, Rangel R, Hernández GC. Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. *Ginecol Obstet Mex* 2010;Jul ;78(7):357-364.
23. Hernández PL, Cala NC, Factores Asociados al Abandono del Programa de Control Prenatal en las Gestantes captadas en el Hospital Integrado San Juan De Cimitarra, Santander, Segundo Semestre 2008. Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en Auditoría en Salud.
24. Cadena SL. Factores Asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarín y Santo Domingo de la Parroquia de San Antonio de Ibarra en el periodo noviembre del 2009-agosto 2010. Artículo Científico.
25. Castaño SC. Calidad de la atención en el Control Prenatal: Opinión de las usuarias de una Institución prestadora de servicios de Bogotá Colombia. Trabajo de Grado para optar el título de Enfermera.
26. Ribeiro E, Guimarães AM, Bettiol H, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; Sep;9(31):1-8.
27. Castro R, Violencia contra mujeres embarazadas: Tres estudios sociológicos. CRIM/UNAM. Cuernavaca 2004.
28. Castañeda LA. Violencia Conyugal asociada con Pre eclampsia-Eclampsia. Tesis para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar. 2011.



29. Aguado QL, Girón CL, Osorio MA, et al. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Revista latinoamericana de ciencias sociales niñez juventud* 2007;Mayo;5(1):1-36.
30. Mendizálba BG. ¿Discriminación a la Seguridad Social a las Mujeres?. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*. 4, 2007;enero-junio;115-136.
31. *Mujeres y hombres en México 2011*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía
32. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Muerte materna, ejemplo de la inequidad en salud. México DF. CIMAC, Comunicación e información de la Mujer. 2007;Septiembre.
33. Freymuth EM. Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. CONEVAL. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/coneval2>.
34. Llodra CJ, Oliverb A, Novellc MM, et al. Aportaciones y perspectivas del equipo multiprofesional a la cartera de servicios en atención primaria. *Informe SESPAS. Gac Sanit*. 2012;oct;26(S):118–123.
35. Rosales AE. Embarazo y actividad laboral: ¿realmente existe riesgo?. *Ginecol Obstet Mex* 2010;sept;78(11):590-597.
36. Hernández SS, “Violencia conyugal y apego al control prenatal HGZ y MF No 1, IMSS, Pachuca Hgo”, Tesis para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar. 2011.

15.- ANEXOS

Anexo 1.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2012

ACTIVIDADES	OCT-NOV 2011	DIC-MAR 2011 2012	ABR-DIC- 2012	ENE-ABR 2012	MAYO-DIC 2013	ENERO 2014
Planeación del protocolo						
Búsqueda de información integración y redacción de protocolo						
Evaluación del comité						
Trabajo de campo para revisión de expedientes y llenado de cedulas Sistematización de información						
Análisis de resultados, redacción de tesis						
Recolectar firmas de Autorización						
Impresión del trabajo Final						

**ANEXO 2**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
AREA ACADÉMICA DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No.1  
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

“RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y OCUPACIÓN, HGZ Y MF NO 1, IMSS, PACHUCA  
HGO, 2012”

**CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

I.-FICHA DE IDENTIFICACION Y DATOS SOCIOEDEMOGRÁFICOS.

1.- Folio \_\_\_\_\_

2.- Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

3.- No. Afiliación: \_\_\_\_\_ Agregado \_\_\_\_\_

4.- Clínica de Adscripción: \_\_\_\_\_ Consultorio turno: \_\_\_\_\_

5.- Tipo de Derechohabencia: 1. Asegurado: ( ) 2. Beneficiario: ( )

6.-Edad: \_\_\_\_\_

7.-Escolaridad:

1.- ( ) Analfabeta 2.- ( ) Primaria 3.- ( ) Secundaria 4.- ( ) Bachillerato

5.- ( ) Carrera técnica 6.- ( ) Licenciatura 7.- ( ) Posgrado.

8.- Ocupación:

1.- ( ) Ama de casa 2.- ( ) Empleada de oficina. 3.- ( ) Profesionista.

4.- ( ) Empleada doméstica. 5.- ( ) Obrera 6.- ( ) Comerciante

7.- ( ) Otro.

9.-Estado civil:

1.- ( ) Soltera 2.- ( ) Casada 3.- ( ) Viuda

4.- ( ) Divorciada 5.- ( ) Unión libre 6.- ( ) Separada.

II.-ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

10.- Edad de primera gesta: \_\_\_\_\_

11.- Gestas: \_\_\_\_\_

12.- Partos: \_\_\_\_\_

13.- Cesáreas: \_\_\_\_\_

14.- Abortos \_\_\_\_\_

15.- Espacio Intergenésico. \_\_\_\_\_

III.-CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL Y RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.

16.- Semanas de gestación de inicio del control prenatal \_\_\_\_\_

17.-Número de consultas de control prenatal en el 1er Trimestre del embarazo. \_\_\_ No asistió \_\_\_

18.- Número de consultas de control prenatal en el 2do Trimestre del embarazo. \_\_\_ No asistió \_\_\_

19.- Número de consultas de control prenatal en el 3er Trimestre del embarazo. \_\_\_ No asistió \_\_\_

20.- Complicaciones durante el embarazo:

- 1) Anemia
- 2) Infecciones
- 3) Amenaza de aborto o parto pre termino.
- 4) Enfermedad Hipertensiva del embarazo.
- 5) Preeclampsia.
- 6) Eclampsia.
- 7) Diabetes Gestacional
- 8 )Otra:\_\_\_\_\_

21.-Resolución de Embarazo: Parto\_\_\_ Cesarea:\_\_\_\_\_

22.- Semanas de gestación del neonato por CAPURRO \_\_\_\_\_

23.- Calificación del neonato APGAR \_\_\_\_\_

24.- Destino del neonato:

- 1) Alojamiento conjunto.2) UCIN
- 3) Defunción.

## **INSTRUCCIONES DE LLENADO DE CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se procederá al llenado completo de cada uno de los rubros, sin omisiones o tachaduras, con lápiz o lapicero por el entrevistador, obteniendo los datos del interrogatorio directo de la paciente.

1. No. De folio: Se llenara con el número de entrevista que corresponda.
2. Nombre: Se anotara el nombre completo con apellidos, paterno y materno.
3. No. de afiliación: Número de adscripción que tiene en el expediente clínico incluyendo el agregado.
4. Clínica de adscripción, consultorio y turno. Se anotaran los datos correspondientes.
5. Tipo de Derechohabencia: Marcar con una "X" en el paréntesis elegido.
6. Edad: Se anotara el número de años registrados en el expediente.
7. Escolaridad: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda.
8. Ocupación: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda.
9. Estado Civil: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda.

### **ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS:**

10. Edad de primera gesta: Se anotara la edad en años cumplidos en el momento de su primer embarazo.
11. Gestas: Se anotara el número de embarazos que ha tenido la paciente hayan llegado a término o no.
12. Partos: Se anotara el número de embarazos que se resolvieron por vía vaginal.
13. 1Cesáreas: Se anotara el número de cesáreas que haya tenido la paciente.
14. Abortos: Se anotara el número de abortos que haya tenido la paciente.
15. Espacio Intergenésico: Se anotara el número de años de diferencia entre el último embarazo y el actual si es el 1er embarazo se colocara NA.

### **CARACTERÍSTICAS DE CONTROL PRENATAL Y RESOLUCIÓN DE EMBARAZO.**

16. Semanas de gestación inició su control prenatal. Anotar las semanas de gestación que tenía la paciente al momento de iniciar el control prenatal del embarazo actual.
17. A cuántas consultas de control prenatal acudió en el 1er Trimestre del embarazo. Anotar el número de consultas a las que acudió la paciente durante los primeros tres meses de embarazo. Si no acudió durante ese periodo marcar con una "X" en el sitio correspondiente.
18. A cuántas consultas de control prenatal acudió en el 2do Trimestre del embarazo Anotar el número de consultas a las que acudió la paciente durante los segundos tres meses de embarazo. Si no acudió durante ese periodo marcar con una "X" en el sitio correspondiente.
19. A cuántas consultas de control prenatal acudió en el 3er Trimestre del embarazo Anotar el número de consultas a las que acudió la paciente durante los últimos tres meses de embarazo. Si no acudió durante ese periodo marcar con una "X" en el sitio correspondiente.
20. Que complicaciones tuvo durante el embarazo. Se colocara una "X" en el paréntesis o en los paréntesis que corresponda.
21. Resolución de Embarazo: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda.
22. Semanas de gestación del neonato por CAPURRO. Se colocara el número de semanas de gestación por clasificación de CAPURRO que aparece en su certificado de nacimiento.
23. Calificación del neonato APGAR. Se colocara la calificación de APGAR que aparece en su certificado de nacimiento.
24. Destino del neonato. Colocar una X en el sitio correspondiente.