



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 84



UNIVERSIDAD MICHOACANA SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“Inicio oportuno de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar 84”

TESIS

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

PRESENTA:

JOSE ANTONIO MENDIOLA RAMIREZ

ASESOR DE TESIS

DRA. HERNADEZ MIRANDA LUCÍA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 84

CO-ASESORES

DRA. ROMERO FRANCO DIANA MARISOL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 84

DCE. ITZIA IRERI CORONA CANDELAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 85

ASESOR ESTADÍSTICO

DRA. CLAUDIA RODRIGUEZ CORREA
INSTITUTO TECNOLÓGICO NACIONAL

Número de registro ante el comité de ética e investigación: R – R- 2023-1603-022.

MORELIA MICHOACÁN, MÉXICO FEBRERO 2026.



INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE
OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 84

Dr. Edgar Josué Palomares Vallejo
Coordinador de planeación y Enlace Institucional

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano
Coordinador Auxiliar Medico de Educación en Salud

Dr. Gilberto Calderón Tinoco
Director de la unidad de medicina Familiar No. 84

Dra. Ma. Del Pilar Rodríguez Correa
Coordinador clínico de educación e investigación en salud

Dra. Lucía Hernández Miranda
Profesora Titular de la residencia de Medicina Familiar



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez.

Director Facultad ciencias Médicas y Biológicas “Dr., Ignacio
Chávez”

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval.

Jefa de posgrado Facultad ciencias Médicas y Biológicas “Dr., Ignacio
Chávez”

Dr. Cleto Álvarez Aguilar.

Coordinador del programa especialidad en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento al Instituto **Mexicano del Seguro Social** por brindarme la oportunidad de realizar mi formación profesional dentro de sus instalaciones, en especial agradezco a la **Unidad de Medicina Familiar No 84** por abrirme sus puertas, brindándome no solo un espacio de aprendizaje, sino también un ambiente de respeto, apoyo y crecimiento profesional. Gracias a todos los médicos, enfermeras y personal administrativo que fueron partícipes de este proceso, y a quienes dedicaron parte de su tiempo para el asesoramiento de esta tesis.

A la **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo** por ser la institución que me formo a lo largo de mi etapa académica, siendo mi alma mater.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mi familia, mi esposa Cynthia y mi hijo André, por su apoyo incondicional y su amor, gracias por estar en todo momento, en los días buenos y los no tan buenos, porque cuando el tiempo y la distancia parecían no ayudar mucho su amor y comprensión me hicieron seguir adelante, a mis padres, por quien gracias a ellos soy lo que soy, sus principios, sus consejos, su apoyo, motivación y ayuda en los momentos más difíciles, mi hermano a pesar de la distancia siempre ha estado como ese mejor amigo, sin duda fue un gran reto para todos, juntos reímos, lloramos y nos superamos cada obstáculo.

Índice

Resumen	8
Abstract	9
Glosario	10
Índice de tablas y figuras	11
Marco teórico	12
Justificación	17
Planteamiento del problema	18
Objetivo general	20
Hipótesis	21
Diseño de estudio	22
Criterios de inclusión	24
Criterios de exclusión	24
Criterios de eliminación	24
Variable dependiente	24
Variables independientes	24
Operacionalización de variables	25
Descripción operativa	31
Consideraciones éticas	32
Resultados	37
Conclusion	43
Discusión	44
Limitaciones	45
Recomendaciones	45
Referencias bibliográficas	46
Anexos	48

Hoja de identificación de los investigadores

Alumno	adscripción	Departamento de trabajo	Matrícula	Teléfono	Correo electrónico
José Antonio Mendiola Ramírez	UMF 84	Coordinación clínica de educación e investigación en salud	96171141		
Lucía Hernández Miranda	UMF 84	Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud	97171795		
Diana Marisol Romero Franco	HGR 1	Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud	97176604		
Claudia Rodríguez Correa	ITN	Ciencias básicas	No proporciono		

Resumen

Inicio oportuno de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar 84.

Introducción: La atención prenatal que recibe una mujer durante el embarazo contribuye a asegurar mejores resultados para la madre y el recién nacido, siendo un punto de entrada para recibir una amplia gama de servicios de salud. El inicio oportuno del control prenatal es de vital importancia, ya que nos permite prevenir y diagnosticar las posibles complicaciones que comprometan la salud y la vida de la madre y el feto y con ello dar un adecuado manejo del binomio.

Objetivo: Determinar la oportunidad de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar 84.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y prospectivo, en pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritas a la UMF No. 84 que estén embarazadas y que acepten participar en el estudio durante agosto de 2023 a diciembre del 2023, se realizará un cuestionario con preguntas agrupadas en factores socio demográficos, antecedentes ginecológicos, antecedentes personales e institucionales.

Resultados: 248 pacientes, con un 67% iniciando de manera oportuna el control prenatal, la edad que predominó fueron mujeres jóvenes 135 (54.4%), estado civil casadas 149 (60.1%), escolaridad licenciatura 147 (59.3%), ocupación predominante trabajadoras 123 (49.6%), en su mayoría multíparas 64.5%, con embarazo planificado solo 109 (44%), con inicio del control prenatal antes de las 14 sdg 165(66.5%), de procedencia no rural 217 (87.5%), con pareja 231 (93.1%), con apoyo económico de la pareja 231 (93.1%), con un ingreso mensual mayor a 2000 en su mayoría 231 (93.1%), la mayoría 240 (96.8%) considera que el control prenatal es muy importante, con un horario de atención compatible con su tiempo solo 13 (5.2%) y con problemas de salud 6 (2.4%)

Conclusión: El inicio del control prenatal en la unidad de medicina familiar 84 es oportuno y se cumple con un 63 %.

Palabras clave: atención prenatal, oportunidad, embarazo, mujer.

Abstract

Timely Initiation of Prenatal Care at Family Medicine Unit 84

Introduction: The prenatal care a woman receives during pregnancy contributes to better outcomes for both the mother and the newborn. It serves as a gateway to a wide range of healthcare services. The timely initiation of prenatal care is critically important, as it allows for the prevention and diagnosis of potential complications that could compromise the health and life of both the mother and the fetus, enabling appropriate management of the maternal-fetal unit.

Objective: To determine the timeliness of prenatal care at Family Medicine Unit 84.

Material	and	Methods:
This is a cross-sectional, observational, and prospective study conducted on patients affiliated with the Mexican Social Security Institute (IMSS), assigned to FMU No. 84, who are pregnant and agree to participate in the study between August 2023 and December 2023. A questionnaire will be applied, covering sociodemographic factors, gynecological history, personal background, and institutional factors.		

Results:

A total of 248 patients participated, with 67% initiating prenatal care in a timely manner. The predominant age group was young women, 135 (54.4%). The majority were married, 149 (60.1%), had a university degree, 147 (59.3%), and were employed, 123 (49.6%). Most were multiparous (64.5%) and had a planned pregnancy in only 109 (44%) of cases. Prenatal care was initiated before 14 weeks of gestation in 165 (66.5%) patients. A total of 217 (87.5%) came from non-rural areas, 231 (93.1%) had a partner, 231 (93.1%) received financial support from their partner, and the same number reported a monthly income above 2000. The vast majority, 240 (96.8%), considered prenatal care to be very important. Only 13 (5.2%) had a schedule compatible with their available time, and 6 (2.4%) had health problems.

Conclusion:

The initiation of prenatal care at Family Medicine Unit 84 is timely, with a compliance rate of 63%.

Keywords: prenatal care, timeliness, pregnancy, women

Glosario

CP: Control prenatal

ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

OMS: Organización Mundial de la Salud

SDG: Semanas de gestación

Índice tablas y figuras

<i>Grafica 1</i>	<i>Inicio de la atención prenatal</i>	<i>37</i>
<i>Tabla I</i>	<i>Características generales de la población de acuerdo con el inicio del control prenatal</i>	<i>38</i>
<i>Tabla II</i>	<i>Modelo de regresión logística binaria ajustado para predecir los factores asociados al control prenatal >15 sdg</i>	<i>40</i>
<i>Tabla III</i>	<i>Modelo de regresión logística binaria ajustado para predecir los factores asociados al control prenatal >15 sdg</i>	<i>41</i>

Marco teórico

La salud de la madre y el niño es considerada como una prioridad de orden mundial. Su situación de salud, el desarrollo de la gestación y cómo esta llega a su etapa final son indicadores que determinan de las condiciones de vida de la población de un país.¹

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo inicia cuando termina la implantación del embrión en el útero, ya que, en muchos casos, el óvulo es fecundado, pero no llega a implantarse y el embarazo no comienza. La implantación es un proceso que inicia unos 5 o 6 días a partir de la fecundación y que se basa en la adherencia del blastocisto a la pared del útero, cuando el blastocisto pasa a través del endometrio e invade el estroma, luego la superficie del epitelio se cierra y se da por concluido el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo.²

El control prenatal se define como el conjunto de visitas médicas de una paciente en edad fértil con el médico, las cuales pueden iniciar antes o durante la gestación, su principal objetivo es evaluar, informar a la paciente, detectar y diagnosticar patologías que puedan tener un impacto en el binomio, así como la prevención y corrección de hábitos higiénico – dietéticos, para lograr una evolución adecuada del embarazo y así poder llegar a término de la gestación; teniendo un parto seguro, junto con la reducción de patologías postparto.

Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, de los cuales se tiene registro, datan de los inicios de la raza humana; su atención, ha sufrido modificaciones a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un medio lleno de mitos y tabúes. Los modelos culturales tradicionalmente y a lo largo de los años han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes realizan las acciones de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la gestante y se encuentran documentados en múltiples registros, pero es muy escasa la información escrita sobre los cuidados durante el embarazo.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta en un futuro un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo puedan tener una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio. En los servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una base para llevar a cabo importantes

funciones de atención de la salud, que van desde la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades.²

Existe una gran cantidad de investigaciones médicas en torno al control prenatal, en las cuales se ha corroborado mediante datos estadísticos que, cuando se realizan acciones oportunas y apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas.

La OMS ha desarrollado una guía sobre la atención integral que se debe ofrecer a la mujer embarazada, su objetivo es reflejar y responder a la compleja naturaleza de las cuestiones que giran en torno a la práctica y la prestación de la atención prenatal, así como abarcar más allá de la prevención de la mortalidad y la morbilidad; teniendo como primer objetivo la atención de la salud enfocada en la persona y el bienestar, y de conformidad a una perspectiva basada en los derechos humanos.

En México y otros países en vías de desarrollo, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio representan la principal causa de morbilidad materno fetal.³

En 1995, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se registró una mortalidad perinatal de 14.9 por cada 1000 nacimientos que no ha disminuido en los últimos años, por lo que la atención prenatal representa una de las 10 principales causas de demanda de atención médica dentro del primer nivel.⁴

Calidad de la atención en el control prenatal

La calidad de la atención en el embarazo y el parto es el punto principal en que los servicios de salud incrementan la probabilidad de una atención oportuna y adecuada para obtener resultados consistentes en la madre y el recién nacido, a lo que se suman los conocimientos profesionales actuales e infraestructura con el cual nos apoyamos como profesionales de la salud.

La calidad de los servicios de salud puede ser calculada desde tres enfoques: la infraestructura, atención proporcionada y cambios en la salud. La atención de baja calidad o deficiente puede resultar con complicaciones y poner en riesgo la salud de las personas, además de elevar el costo de los sistemas de salud y, junto a esto, repercutir en las familias de los pacientes.

El enfoque de riesgo es una herramienta para priorizar los problemas principales que promueven la mortalidad perinatal en los diferentes niveles de atención. Racionalizar en consecuencia la creación y asignación de los recursos necesarios y en proponer estrategias que beneficien a la población perinatal y reduzcan la mortalidad perinatal. (semana 28 del embarazo hasta los primeros siete días de vida).⁵

Educación en el control prenatal

La educación es un factor muy importante para lograr un control prenatal adecuado y de calidad, que no solo apoye el logro de las metas, sino que también involucre activamente a las mujeres embarazadas y sus familias en la atención de la salud. Existe un sistema en el que las mujeres embarazadas desempeñan el papel de receptoras pasivas, mientras que los profesionales de la salud desempeñan un papel central en la atención materna.

En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud ha mostrado un gran interés por la atención materna y ha promovido la humanización de la atención, reconociendo la importancia de que las mujeres reciban el más alto nivel de atención en salud, incluido el derecho a una atención adecuada durante el embarazo y el parto es respetado. Las mujeres embarazadas deben ser informadas sobre las actividades y la importancia de las pruebas en cada cita prenatal y se les debe explicar las posibles molestias de realizar estas actividades.

Para lograr las metas del control prenatal se debe promover un aprendizaje efectivo, donde se deben tener en cuenta cuatro formas básicas de aprendizaje: 1) el aprendizaje a través de los sentidos, es decir, todo lo que la gestante oye, siente, ve y experimenta; 2) las consultas; 3) el aprendizaje social es el conocimiento que se puede aprender con compañeros similares; 4) el autoaprendizaje es todo lo que una mujer embarazada aprende por sí sola.

Identificación de factores de riesgo

Según la definición de la Real Academia de España, los factores de riesgo son todas las características, situaciones, condiciones, o elementos que aumentan la probabilidad de aparición de la enfermedad en relación con la madre o el feto.

Los factores que incrementan la frecuencia de la morbilidad del recién nacido son, la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones, por lo que identificar las situaciones que generen alguna patología se constituye como una de las

prioridades del control prenatal. Por otra parte, las principales patologías que afectan a la madre son las hemorragias que se pueden presentar antes, durante o posterior al parto, la hipertensión inducida por el embarazo, junto con las patologías de base que están presentes en las pacientes al iniciar el embarazo.

La identificación oportuna de los factores de riesgo permite el desarrollo de estrategias de control prenatal, enfatizando las estrategias para reducir y controlar estos factores. Se han desarrollado varias estrategias para ayudar a los equipos de atención médica a evaluar los factores de riesgo. Algunos usan listas simples, mientras que otros desarrollan escalas con calificaciones numéricas basadas en su importancia.⁶

La importancia del control prenatal

La importancia del control del embarazo radica en que se pueden prevenir las principales causas de muerte materna y perinatal mediante una atención prenatal temprana, sistemática y de calidad, de manera que se puedan identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétricos y perinatales.⁶

Las guías clínicas para la atención prenatal establecen que la primera consulta debe realizarse antes de la semana 13.6 (en el primer trimestre) y debe centrarse en descartar y tratar las condiciones subyacentes y desarrollar un plan de atención para el parto o emergencias durante el embarazo.⁷

En nuestro país la salud materno infantil es un tema de prioridad, para lo cual es indispensable llevar un control prenatal, en el cual se engloban todas las acciones y procedimientos realizados durante la gestación y los cuales están normados y sistematizados por las guías de práctica clínica y las normas oficiales mexicanas.⁷

Importancia de la atención prenatal con enfoque de riesgo

El estado de salud de la mujer antes del embarazo es muy importante e incide directamente en el riesgo obstétrico, por ejemplo, la edad <15 años o >35 años, la obesidad, las enfermedades crónicas conocidas antes del embarazo, el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual, etc. Las estadísticas muestran que alrededor del 15% de los embarazos pueden desarrollar complicaciones que requieren una intervención obstétrica extensa.

Lograr un estado nutricional saludable antes y durante el embarazo es uno de los aspectos más importantes de la continuidad de la atención de las mujeres en edad reproductiva, ya que la desnutrición en las mujeres causa hasta el 20 % de las muertes maternas y es un factor de riesgo importante para la muerte fetal, el bajo peso al nacer y talla baja para la edad gestacional. Por otro lado, la obesidad y el sobrepeso también están asociados con las dos principales causas de mortalidad materna, los trastornos hipertensivos del embarazo y la diabetes gestacional, y varios resultados perinatales adversos, como el riesgo de infecciones obstétricas posparto, complicaciones durante la lactancia y morbilidad por anestesia, etc.⁸

Estudios observacionales previos han demostrado la importancia del inicio temprano de la atención prenatal, ya que permite desarrollar estrategias que benefician a la madre y al feto, y observamos una menor mortalidad y morbilidad perinatal y el desenlace del embarazo. La situación es mejor. Se ha sugerido que tal vez se podría proporcionar una atención más eficaz, con menos consultas, pero "focalizada", centrándose en aquellos elementos de la atención prenatal que se han demostrado científicamente que son eficaces y tienen un impacto en los resultados. Es poco probable que el modelo de asesoramiento prenatal proporcione ahorros de costos a los proveedores de atención médica; sin embargo, con este modelo, las mujeres pueden dedicar más tiempo y energía a otras actividades más útiles y proporcionar personal y recursos para otras actividades.⁸

Existen factores que determinan el riesgo de morbimortalidad materna, los que con mayor frecuencia se documentan son: las barreras para el acceso a los servicios de salud, el aseguramiento, el nivel socioeconómico, costo de los servicios de salud, el acceso geográfico y el apoyo psicosocial y familiar.⁹

Justificación

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio revisados para 2030 exigen una tasa mundial de mortalidad materna de menos de 70 por cada 100000 nacidos vivos y las muertes prevenibles entre los recién nacidos y los niños menores de cinco años². Las mujeres que viven en países de bajos ingresos tienen un mayor riesgo de muerte materna a lo largo de su vida. El riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida se define como la probabilidad de que una mujer de 15 años muera eventualmente por causas relacionadas con la salud materna. En los países de altos ingresos, la proporción es de uno en 5300, en comparación con uno en 49 en los países de bajos ingresos. La mayoría de las muertes maternas son prevenibles porque las soluciones de salud para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan atención de calidad durante el embarazo y el parto y el puerperio. La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Es especialmente importante que todos los partos sean realizados por personal de salud calificado, ya que la atención y el tratamiento oportunos pueden inclinar la balanza en la vida tanto de la mujer como del recién nacido.

En 1995 en el Instituto Mexicano del Seguro Social se registró una mortalidad perinatal de 14.9 por cada 1000 nacimientos que no ha disminuido en los últimos años, por lo que la atención prenatal representa una de las 10 principales causas de demanda de atención médica en primer nivel. Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, la atención materna es un tema impostergable en el cual se trabaja día a día mediante la prestación de servicios de mejor calidad, dentro de los cuales el inicio oportuno dentro de los primeros tres meses de gestación es parte primordial para detectar algún signo o síntoma de complicación del embarazo.⁴

Es de gran importancia para el Instituto Mexicano del Seguro Social que exista un inicio oportuno del control prenatal, y así mismo disminuir los costos que conllevan las comorbilidades asociadas a un mal control prenatal como lo es el parto pre término, óbitos, abortos, así como pérdida de la cohesión familiar secundaria a histerectomías de emergencia derivadas del desconocimiento por parte del médico debido al incumplimiento de las consultas de control prenatal.

Planteamiento del problema.

En el control prenatal se tiene como prioridad el bienestar de la madre y de su hijo, así como de su familia. Es por eso un programa fundamental y de gran importancia. La atención prenatal de buena o mala calidad puede tener repercusiones de por vida en el desarrollo cognitivo, educativo y la productividad laboral de un individuo. En 2020 se registraron, según las estimaciones, 287.000 muertes maternas en todo el mundo. Esa cifra representa solo un pequeño descenso desde las 309 000 muertes maternas de 2016.

En dos de las ocho regiones de las Naciones Unidas —Europa y América del Norte, y América Latina y el Caribe— la tasa de mortalidad materna se incrementó entre 2016 y 2020 en un 17% y un 15% respectivamente. En las otras regiones se estancó.¹ La mayor parte de esas muertes son evitables. El acceso a cuidados de salud maternos de calidad podría prevenir el 54% de esas muertes y el acceso universal a la planificación familiar podría prevenir un 29% adicional de defunciones maternas. La inequidad en el acceso a servicios de atención materna se sigue observando en América Latina y el Caribe, y que esta sea de calidad y respetuosa como parte de un derecho humano es un desafío. En ella se encuentran 10 de los 15 países con mayor nivel de desigualdad en el ingreso del mundo.¹¹

En la actualidad, pocos países a nivel mundial poseen un modelo que brinde atención pre gestacional a la población. En este contexto, México es pionero en incluir la atención pre gestacional como parte de la atención médica destinada a mejorar la salud materna y perinatal.¹¹

Según los datos del ENADID 2018, se estableció que existen en México 22.2 millones de mujeres cuyo rango de edad de los 15 a los 49 años han estado embarazadas durante al menos 1 ocasión en toda su vida, estimándose una tasa general de fecundidad de 2.07 nacidos vivos por cada mujer de 15 a 49 años. Además, según esta misma encuesta, los 9.7 millones de mujeres embarazadas de 15 a 49 años con el embarazo más reciente, 95.5% recibieron atención prenatal, y de estas, 89% la recibieron durante el primer trimestre del embarazo.¹⁴

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, el impacto del desempeño esperado debe superar el 53%, y para lograrlo se debe tener una comunicación educativa asertiva, enfocada principalmente en el primer nivel de atención.¹⁶

Actualmente, se han descrito una serie de factores relacionados con el inicio del control prenatal antes de las 13.6 semanas de gestación. Dentro de ellos, se encuentran variables personales como la edad, escolaridad, deseo del embarazo; familiares como: la percepción de funcionalidad familiar, el ciclo vital, tipo de familia, tamaño de familia, apoyo familiar o social; algunos socioculturales como la religión, ubicación geográfica, cercanía al centro de salud; económicos tales como ingresos y egresos; y aspectos relacionados con los servicios de la salud tales como la satisfacción con la atención y régimen de afiliación.¹⁷

¿Es oportuna la atención prenatal en la UMF 84?

Objetivo general

Determinar la oportunidad de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar 84

Objetivos específicos:

- 1.- Identificar si los datos socioeconómicos influyen como factor de riesgo para un inicio temprano o tardío de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar no. 84.
- 2.- Evaluar si los datos personales guardan relación con el inicio de la atención prenatal de su embarazo actual.
- 3.- Identificar si los antecedentes ginecobstetricos influyen en el inicio del control prenatal.
- 4.- identificar si los factores institucionales guardan relación para el inicio oportuno del control prenatal.

Hipótesis

“El inicio del control prenatal en la UMF 84 es oportuno y cumple con 53%”

Diseño de estudio

En el presente estudio se evaluará las semanas de gestación a la cual acuden su primera cita de control prenatal las embarazadas adscritas a la unidad de medicina familiar no. 84, por lo cual será un estudio observacional en el cual no se modificará nada en los pacientes evaluados, al realizar una encuesta a partir de la primera cita de la gestante y ser de esta forma el único método de recolección de datos será un estudio prospectivo, y su medición será transversal debido a que se analizaran las variables recopiladas las cuales incluirán factores socio demográficos, ginecológicos y culturales, y será un estudio mixto, cuantitativo y cualitativo, ya que implica la recopilación de información mediante encuesta y análisis de datos numéricos y porcentajes.

Método del diseño: Mixto (cualitativo, cuantitativo)

Intervención: Observacional

Temporalidad: prospectivo

Número de mediciones: Transversal

Población de estudio

Pacientes embarazadas que acudan a la primera cita de su embarazo en curso adscritas a la unidad de medicina familiar no. 84

Muestra:

705 pacientes embarazadas acudieron a consulta de control prenatal por primera vez desde enero de 2022 hasta diciembre de 2022 en la UMF 84.

Tamaño de muestra para población finita

$$n = \frac{N Z^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

Donde:

n: Es el tamaño de la muestra a obtener

N: Población finita o número de casos (705)

e: Error de estimación que está en condiciones de aceptar (5%)

Z: Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza (95% = 1.96)

P: Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (50%)

q: Probabilidad de que no ocurra el evento no estudiado (P -1)

De acuerdo con el informe del departamento de coordinación médica de la Unidad de Medicina Familiar no. 84 desde el mes de enero de 2022 hasta diciembre de 2022 acudieron 705 pacientes embarazadas a consulta de primera vez de control prenatal en la UMF 84.

El error que se va a tolerar es de un 5% (0.05%) en error de muestreo entre entrevistar a las 248 pacientes embarazadas que acudan a su primera consulta de atención prenatal y el tamaño que arrojó la fórmula de cálculo.

n: 248

n:248 Derechos habientes a encuestar

Criterios de Inclusión:

- Pacientes embarazadas que inicia su control prenatal en la UMF 84

Criterios de exclusión:

- Embarazadas no derechohabientes del IMSS
- Paciente que curse con discapacidades auditivas, mentales o visuales

Criterios de eliminación:

- Participantes que decidan retirarse del estudio
- Que no contesten al menos el 80% de la encuesta
- Pacientes que cambien de adscripción
- Pacientes que fallezcan durante el periodo de la investigación

Variable dependiente

Oportunidad en el inicio de control prenatal

Variables independientes

- Características personales: desinterés, violencia familiar, preocupación de la familia durante el embarazo, actitud de la pareja durante el embarazo, acompañante en la primera cita.
- Características socioeconómicas: edad, grado de estudios, estado civil, ocupación, convivencia conyugal, apoyo económico, ingreso económico.
- Antecedentes, gineco-obstétricos: gestas, edad gestacional, semanas de gestación, embarazo planificado.
- Factores institucionales: conformidad con la cita, limitaciones de acceso, trato recibido en la unidad de medicina familiar.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable		Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medición
	Oportunidad en el inicio del control prenatal.	Mujeres que acuden dentro de las primeras 13.6 semanas de gestación a control prenatal.	De acuerdo con las semanas de gestación cumplidas al momento de su primera consulta.	Cualitativa	1.- Oportuno (antes de 13.6 semanas de gestación) 2.- No oportuno (después de la semana 14 de gestación)
Socioeconómicas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser desde su nacimiento.	Años de vida referidos por la participante al momento del estudio.	Cuantitativa	Adolescente: 14-19 años Adulto joven: 20- 30 años Adulto intermedio: 31-49 años
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Reportado por la paciente mediante interrogatorio directo.	cualitativa	1.- Soltera 2.- Casada 3.- Unión libre 4.- Divorciada 6.- Viuda

	Grado de estudios	Determinado por una serie ordenada de programas educativos agrupados con relación a una gradación de las experiencias de aprendizaje, conocimiento, habilidades y competencias que imparte cada uno de estos programas.	De acuerdo con el último grado de estudio referido por la participante al momento de la investigación.	Cualitativa	1.- Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Bachillerato 5.- Licenciatura 6.- Postgrado
	Ocupación	Se define la ocupación como la clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.	De acuerdo con la actividad desempeñada que refiere la participante para obtener remuneraciones al momento de la investigación.	cualitativa	1.- Ama de casa 2.- Estudiante 3.- Asalariada 4.- Trabajo independiente 5.- Cesante
	Convivencia conyugal	Dos personas que habitan el mismo hogar y mantienen una relación conyugal.	De acuerdo con la convivencia que mantiene, la participante con su pareja al momento de participar en el estudio.	Cualitativa dicotómica	1.- Sí. 2.- No

	Apoyo económico	Dinero otorgado de una organización, administración o persona para solventar gastos.	De acuerdo con la persona que ayuda económicamente a la participante.	cualitativa	a) Pareja. b) Padres c) Algún familiar d) •amistades
	Ingreso económico	Cualquier cantidad de dinero que entre a formar parte de la economía de una persona.	De acuerdo con la cantidad de dinero mensual obtenida que refiere la paciente durante la investigación.	Cuantitativa	a) -\$1000 b) \$1000-1500 c) \$1500-2000 d) Mayor a 2000
Personales	Desinterés	Falta de interés por su embarazo.	De acuerdo con la importancia a su embarazo referida por la paciente al momento de contestar la encuesta.	Cualitativa	a) Muy importante b) Importante c) Poco importante d) Nada importante
	Violencia familiar	Toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que	De acuerdo con lo referido por la participante en la encuesta.	Cualitativa dicotómica	a) Sí b) No

		perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad.			
	Preocupación de la familia por su salud durante el embarazo	Estado de desasosiego, inquietud o temor producido ante una situación difícil.	De acuerdo con lo referido por la paciente en la encuesta.	Cualitativa dicotómica	a) Sí b) No
	Actitud de la pareja durante el embarazo	Tendencia de comportamiento adquirida ante una situación.	De acuerdo con lo referido por la participante en la relación con la actitud de la pareja con su embarazo actual.	Cualitativa dicotómica	a) Sí b) No
	Acompañamiento durante la primera cita	Es la acción o efecto de acompañar.	De acuerdo con lo referido por la participante, sí acudió con otra persona a su primera cita.	Cualitativa dicotómica	a) Sí b) No
Ginecologías	Número de gestas	El número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado	De acuerdo con las gestas anteriores de la paciente	cuantitativa	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5

	Edad gestacional	desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.	Se mide en semanas desde el último día del ciclo menstrual hasta el momento del interrogatorio.	cuantitativa	Numérica en intervalo de 1- 42
	Embarazo planificado	Serie de medidas preventivas utilizadas por ambos miembros de la pareja antes de buscar un embarazo.	De acuerdo con lo referido por la participante al contestar la encuesta.	Cualitativa	a) Planeado b) No planeado c) Falla de método
	Semanas de gestación	Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y hasta el día actual del embarazo.	Se tomará en cuenta el número de semanas actual de embarazo al momento de realizar la encuesta.	cuantitativa	Primer trimestre: 0-13.6 sdg Segundo trimestre: 14- 27.6 sdg Tercer trimestre: 28-42 sdg
Factores: Institucionales	Conformidad con la cita	Aprobación o consentimiento oral o escrito.	referido por la participante en la encuesta sobre su primera cita.	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No

	Limitaciones de acceso	Situación o condición que dificulta el acceso al establecimiento de salud.	De acuerdo con lo referido por la participante en la encuesta para el acceso a la UMF y sus servicios	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
	Trato recibido en la UMF	Acuerdo entre dos partes o personas sobre un asunto específico.	De acuerdo con la atención recibida que refiere la participante en la encuesta.	Cualitativa dicotómica	a) Adecuado b) No adecuado

Descripción operativa

Prevía evaluación y autorización por parte de los Comités de Ética en Investigación en Salud y del Comité Local de Investigación en Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se convocará a una reunión a los médicos familiares que participarán en el reclutamiento de pacientes para informarles sobre la dinámica del proyecto.

Aquellos pacientes que cumplan los criterios de selección, que acepten participar y firmen el consentimiento informado, el médico residente les realizará en los consultorios de medicina familiar la aplicación de cuestionario: para determinar el inicio de la atención prenatal¹⁷, validado y empleado en otras investigaciones, el cual estuvo estructurado por cuatro dimensiones: la primera parte conformada por 9 preguntas entre abiertas y cerradas, recopila información sobre aspectos socioeconómicos, la segunda dimensión es sobre información personal la cual está conformada por 14 preguntas cerradas, la tercera dimensión son los datos gineco-obstétricos y conformada por 6 preguntas y la cuarta dimensión corresponde a datos institucionales, conformada por 10 preguntas cerradas, para posteriormente determinar frecuencias. El cuestionario se aplicará de los meses de septiembre a diciembre de 2023.

Todos los datos obtenidos se registran en una base de datos para el posterior análisis e interpretación de estos.

Propuesta de análisis estadístico

Para el análisis de los datos se usará estadística descriptiva e inferencial. Las variables categóricas se presentarán en frecuencias con sus respectivos porcentajes, para variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central: media + desviación estándar. Para la estadística inferencial se utilizará Chi cuadrada para la asociación de variables. Se hablará de significancia estadística cuando resulte una $p < 0.05$. Todos los cálculos se realizarán con el paquete estadístico SPSS versión 25.0 para Windows.

Consideraciones éticas

La realización de este protocolo está apegada y cumple con los principios y normas éticas propuestas en la declaración de Helsinki de 1975, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Procurando en todo momento el cuidado en cuanto a la seguridad y bienestar de los pacientes, cumpliendo con un apego a los principios del Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su título segundo, capítulo I, artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protege la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. Artículo 17, Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasificó en la **categoría II. Investigación con riesgo mínimo**, esto debido a que durante la investigación se realizará interrogatorio directo, en el cual se abordan preguntas referentes a antecedentes personales, familiares y gineco obstétricos, los cuales pueden manipular la conducta del sujeto. Se llevará a cabo la aplicación de un consentimiento informado, según el artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Recursos Humanos

El grupo de trabajo está conformado por la Dra. Lucía Hernández Miranda, médico familiar de la UMF 84, quien fungirá como asesora de la investigación y de apoyo intelectual, la Dra. Diana Marisol Romero Franco; médico adscrito de ginecología y obstetricia en el HGR 1, quien desempeña el papel de Co-asesor y apoyo metodológico, y el Dr. José Antonio Mendiola Ramírez quien tiene la función de redacción del anteproyecto, reclutamiento de pacientes y análisis estadístico.

Recursos Físicos

o Unidad de Medicina Familiar 84, 20 Consultorios de Medicina Familiar.

Recursos Materiales

- Hojas blancas
- Tabla plástica para apoyarse
- Bolígrafos y lápices
- Gomas de borrar
- Equipo de cómputo
- Base de datos en sistema de cómputo
- Formato de recolección de datos

Recursos Financieros

Los gastos que genere la investigación serán cubiertos por el investigador principal.

Factibilidad

Es un estudio factible debido a que la unidad médica atiende a las embarazadas durante todo el curso de su gestación, además cuenta con la infraestructura, recursos humanos y recursos materiales para su ejecución.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Marzo – agosto 2023	Agosto – octubre 2023	Noviembre 2023 – abril 2024	Mayo 2023- octubre 2023	Noviembre 2023- abril 2025	Mayo 2024- a octubre de 2024	Noviembre 2023- febrero 2024
Diseño del protocolo de investigación	X						
Evaluación por el CEIS		X					
Reclutamiento de pacientes o revisión de expedientes			X				
Aplicación de instrumentos			X	X			
Análisis de resultados				X			
Redacción de resultados				X			
Redacción de discusión y conclusiones					X		
Redacción de tesis terminada					X		

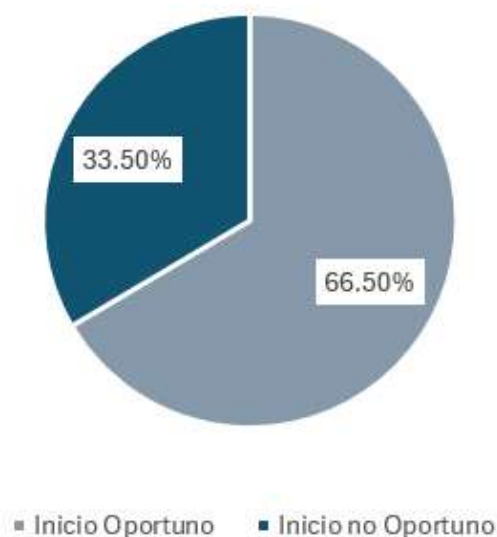
Manuscrito de publicación						X	
Discusión de foro						X	
Examen de grado							X

Resultados

Se incluyeron 248 mujeres embarazadas, de las cuales el 66.5% cumple con un inicio de control prenatal antes de las 13.6 semanas de gestación, como lo muestra la gráfica 1.

Gráfica 1.

Inicio de la atención prenatal



Del total de participantes, la edad que predominó fueron mujeres jóvenes 135 (54.4%), estado civil casadas 149 (60.1%), escolaridad licenciatura 147 (59.3%), ocupación predominante trabajadoras 123 (49.6%), en su mayoría multíparas 64.5%, con embarazo planificado solo 109 (44%), con inicio del control prenatal antes de las 14 semanas 165 (66.5%), de procedencia no rural 217 (87.5%), con pareja 231 (93.1%), con apoyo económico de la pareja 231 (93.1%), con un ingreso mensual mayor a 2000 en su mayoría 231 (93.1%), la mayoría 240 (96.8%) considera que el control prenatal es muy importante, con un horario de atención compatible con sus tiempos solo 13 (5.2%) y con problemas de salud 6 (2.4%), en relación con el resto de las preguntas las pacientes se manifestaron conformes o interesadas (Ver tabla 1)

Tabla 1.

Características generales de la población

		N=248	
Variables	Frecuencia (porcentaje)		
Edad			
Adolescente	21	(8.5)	
Joven	135	(54.4)	
Intermedia	92	(37.1)	
Estado civil			
Casada	149	(60.1)	
Soltera	21	(8.5)	
Unión libre	78	(31.5)	
Grado			
Primaria	7	(2.8)	
Secundaria	94	(37.9)	
Licenciatura	147	(59.3)	
Ocupación			
Trabaja	123	(49.6)	
No trabaja	97	(39.1)	
Estudia	28	(11.3)	
AFEA			
Sí.	88	(35.5)	
No	160	(64.5)	
Gestas			
1	88	(35.5)	
2	77	(31)	
3	51	(20.6)	
4	26	(10.5)	
5	6	(2.4)	
Embarazo			
No planificado	109	(44)	
Planificado	109	(44)	
Fallo en los métodos	30	(12.1)	
Inicio del control			
<14 semanas	165	(66.5)	
>15 semanas	83	(33.5)	
Procedencia			
Rural	31	(12.5)	
No rural	217	(87.5)	
Pareja			
Sí.	235	(94.8)	
No	13	(5.2)	

Apoyo económico		
Pareja	231	(93.1)
Padres	11	(4.4)
Familia	6	(2.4)
Ingreso		
1001-1500	4	(1.6)
1501-2000	47	(19)
>2000	197	(79.4)
Cree en el control prenatal		
Importante:	8	(3.2)
Muy importante	240	(96.8)
Víctima de violencia, no	248	(100)
No le preocupa el embarazo, si	248	(100)
Acompañamiento, si	244	(98.4)
Relación de pareja apropiada, si	248	(100)
Apoyo afectivo, si	248	(100)
Problemas de salud, si	6	(2.4)
Problemas de dinero, no	248	(100)
Trabajo aplazo su 1 CP, si	5	(2)
Cuidado de hijos aplazo 1CP	248	(100)
Experiencia negativa, si	248	(100)
Interesada en asistir, si	248	(100)
Turno, si	248	(100)
Conformidad del trámite de citas, si	248	(100)
Dificultad para asistir, si	20	(8.1)
Incomodidad de ser atendida por sexo masculino, si	3	(1.2)
El horario de atención es compatible, si	13	(5.2)
Trato adecuado, si	248	(100)
Tiempo de espera, si	248	(100)
El ambiente del consultorio es adecuado, si	248	(100)

Al comparar a las pacientes con un inicio adecuado del control prenatal encontramos diferencias en relación con la edad donde las que iniciaron el control más tarde fueron las mujeres mayores 30.1% y las adolescentes 14.5% con $p=0.031$; en relación con el estado civil las pacientes en unión libre 39.8% y las casadas 43.3% con $p=0.0001$; con relación a la actividad laboral iniciaron el control tardío las mujeres que no trabajaban 43.4% y las estudiantes 21.7% con $p=0.0001$; al analizar el número de gestas iniciaron el control tardío las primigestas 42 (50.6%) con $p=0.0001$, las mujeres con embarazos no planificados con control tardío fueron 36.5% con $p=0.037$, iniciaron control tardío con pareja 97 % versus sin pareja 90.4% con $p=0.036$; al analizar el apoyo económico las pacientes que iniciaron control tardío recibieron menor apoyo de la pareja 88% con $p=0.019$; de las pacientes con problemas de salud fueron 6 (7.2%) con $p=0.0001$ e iniciaron el control prenatal tardío al igual que las que lo aplazaron por su trabajo solo fueron 5 (6%) con $p=0.0001$ (ver tabla II).

Tabla I2.

Características generales de la población de acuerdo con el inicio del control prenatal

Variables n(%)	Inicio del control prenatal		*p
	<14 sdg	>15 sdg	
Edad			
Adolescente	9 (5.5)	12 (14.5)	0.031
Joven	89 (53.9)	46 (55.4)	
Intermedia	67 (40.6)	25 (30.1)	
Estado civil			
Casada	113 (68.5)	36 (43.4)	0.0001
Soltera	7 (4.2)	14 (16.9)	
Unión libre	45 (27.3)	33 (39.8)	
Grado			
Primaria	5 (3)	2 (2.4)	0.450
Secundaria	58 (35.2)	36 (43.4)	
Licenciatura	102 (61.8)	45 (54.2)	
Ocupación			
Trabaja	94 (57)	29 (34.9)	0.0001
No trabaja	61 (37)	36 (43.4)	
Estudia	10 (6.1)	18 (21.7)	
AFEA			
Sí.	59 (35.8)	29 (34.9)	0.899
No	106 (64.2)	54 (65.1)	
Gestas			
1	46 (27.9)	42 (50.6)	0.0001
2	62 (37.6)	15 (18.1)	
3	40 (24.2)	11 (17.1)	
4	11 (6.7)	15 (18.1)	
5	6 (3.6)	0	
Embarazo			
No planificado	65 (39.4)	44 (36.5)	0.037
Planificado	82 (49.7)	27 (32.5)	
Fallo en el método	18 (10.9)	12 (14.5)	
Procedencia			
Rural	20 (12.1)	11 (13.3)	0.799
No rural	145 (87.9)	72 (86.7)	
Pareja			
Sí.	160 (97)	75 (90.4)	0.036
No	5 (3)	8 (9.6)	
Apoyo económico			
Pareja	158 (95.8)	73 (88)	0.019
Padres	3 (1.8)	8 (9.6)	
Familia	4 (2.4)	2 (2.4)	
Ingreso			
1001-1500	1 (0.6)	3 (3.6)	0.109
1501-2000	28 (17)	19 (22.9)	
>2000	136 (82.4)	61 (73.5)	
Cree en el control prenatal			
Importante:	3 (1.8)	5 (6)	0.086

Muy importante	162 (98.2)	78 (94)	
Víctima de violencia, no	165 (100)	83 (100)	
No le preocupa el embarazo, si	165 (100)	83 (100)	
Acompañamiento, si	165 (100)	79 (95.2)	0.012
Relación de pareja apropiada, si	165 (100)	83 (100)	
Apoyo afectivo, si	165 (100)	83 (100)	
Problemas de salud, si	0	6 (7.2)	0.001
Problemas de dinero, no	165 (100)	83 (100)	
Trabajo aplazo su 1 CP, si	0	5 (6)	0.001
Cuidado de hijos aplazo 1CP	165 (100)	83 (100)	
Experiencia negativa en establecimiento de salud 1 CP, si	165 (100)	83 (100)	
Interesada en asistir, si	165 (100)	83 (100)	
Turno, si	165 (100)	83 (100)	
Conformidad del trámite de citas, si	165 (100)	83 (100)	
Dificultad para asistir, si	12 (7.3)	8 (9.6)	0.622
Incomodidad de ser atendida por sexo masculino, si	2 (1.2)	1 (1.2)	0.996
El horario de atención es compatible, si	11 (7.5)	1 (1.4)	0.109
Trato adecuado, si	165 (100)	83 (100)	
Tiempo de espera, si	165 (100)	83 (100)	
El ambiente del consultorio es adecuado, si	165 (100)	83 (100)	

*n(%)= frecuencia (porcentajes), el valor de p se obtuvo con la Chi-cuadrada, $p < 0.05$, AFEA=

Al analizar los factores asociados con un control prenatal tardío se encontró que no trabajar incrementa el riesgo OR 1.96 (1.010-3.810) con $p=0.047$, el ser estudiante OR 4.28 (1.578-11.663) con $p=0.004$ y como factores protectores el tener 2 hijos OR 0.408 (0.131-0.638) con $p=0.002$, este modelo ajustado a edad predice el 21.3% de los casos de inicio de control prenatal >15 sdg.

Tabla III3

Modelo de regresión logística binaria ajustado para predecir los factores asociados al control prenatal >15 sdg

Variables	OR	IC95%	*p
Ocupación			
No trabajar	1.96	1.010-3.810	0.047
Estudiante	4.28	1.578-11.663	0.004
Gestas			
2	0.290	0.131-0.638	0.002
3	0.408	0.164-1.014	0.054
4	1.723	0.606-4.899	0.308
5	0.000	0.000-0.000	0.999
Edad			
Adolescente	1.044	0.297-3.668	0.946
Mujer joven	1.282	0.634-2.590	0.489

$R^2 = 21.3\%$, OR= odds ratio/ razón de momios, IC95%= intervalo de confianza al 95%, $p < 0.05$.

Conclusión

El inicio del control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar 84 es oportuno con base en los lineamientos operativos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se identificó la relación del inicio oportuno del control prenatal con el tipo de ocupación y gestantes de primera vez. Lo que contribuye a un menor número de complicaciones en el embarazo y, por ende, poder estimar costos para la atención prenatal.

Discusión

El inicio de control prenatal de manera oportuna es una de las estrategias de salud que tiene un impacto en diversas situaciones, que van desde el ámbito de la madre y el feto, así como situaciones económicas, por tanto, el inicio oportuno se convierte en un elemento crítico y determinante para la obtención de resultados positivos para la salud del binomio y su familia.

Dentro de los resultados se encontró que el inicio del control prenatal se presenta de manera oportuna, así como lo mencionan Brenes y cols. En su investigación sobre la calidad de la atención durante el embarazo (5).

Ortiz Grisolda y Cols. Coinciden en que el nivel educativo y el conocimiento de los riesgos durante el embarazo tienen un impacto positivo en el inicio del control prenatal y su futura adherencia. (6)

En comparación con la investigación de Faneite, a pesar de que un gran porcentaje de las participantes vive en concubinato, en este estudio parece no tener gran peso para el inicio tardío del control prenatal. (9)

Asimismo, podemos observar que, a diferencia del trabajo realizado por Faneite, existe un cambio transicional de los factores demográficos, como lo es la edad de las mujeres participantes, que ahora en su mayoría son trabajadoras y el nivel de estudios es superior a diferencia de 5 años atrás. (9)

En la investigación de Quijate, se observa un inicio de la atención prenatal después de la semana 14 con un porcentaje del 77% todo lo contrario, a lo encontrado en este trabajo, hay que tener en cuenta que son situaciones diferentes como el país donde se desarrolló la investigación, así como la transición demográfica de los últimos años. (17)

En el trabajo desarrollado por Garcia se hace referenciase que a pesar de que la mayoría de las gestantes tienen inscripciones a programas de atención prenatal sigue siendo deficiente su control, un contraste distinto a la estadística encontrada por parte de las mujeres adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Limitaciones

La recolección de la muestra en el turno matutino y vespertino muestra diferencias importantes en la ocupación, ya que por la mañana acuden principalmente amas de casa y por la tarde empleadas, pudiendo generar un sesgo. La programación de atención prenatal en días específicos no modificables en algunos consultorios.

Recomendaciones

Es importante para el instituto el crear una estrategia de difusión sobre la importancia de inicio oportuno del control prenatal, ya que existen muchas pacientes que desconocen el momento ideal para acudir a su primera consulta de embarazo, así mismo para la población iniciar un embarazo planificado ayudaría a una programación más oportuna de todo el control prenatal.

En investigaciones futuras se puede considerar realizar un estudio del apego del control prenatal, teniendo como base la atención oportuna en el embarazo, así como valorar la calidad de la atención otorgada a las pacientes, dando cumplimiento a lo sugerido en guías nacionales e internacionales de la atención prenatal, así mismo se podrían tomar en cuenta las limitaciones en este estudio tratando en un futuro lograr una investigación con menor número de sesgos.

Referencias bibliográficas

- 1.- Díaz J, Gallego B. Bibliomed sobre salud materna. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2007, Dic; 23(4)
- 2.- Betancourt-Ruiz AM, García MY. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. Vida y salud. 2020;4(7):74
- 3.-<https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- 4.- Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 5.- Brenes A, Yáñez I, Meneses J, Poblano O, Vértiz J, Saturno J. Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. Salud Publica Mex. 2020;62(6):798–809.
- 6.- Ortiz K, Garcia K, Gómez AP, Maestre J, Vargas E, Ramos N, et al. Adherencia a guías de atención de control prenatal en red pública de subregión norte, departamento del Magdalena. 2019;16(1):115
- 7.- Álvarez Y, Muñoz G, Chacón P, Gómez C. Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México. Aten Fam [Internet]. 2017;24(3):107–11
- 8.- Buekens P., Hernandez P., Infante C. “La atención prenatal en América Latina.” Salud Pública. Mex 1990; 32: 673-684.
- 9.- Faneite A, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica?. Rev Obstet Ginecol Venez . 2009 ; 69(3): 147-15
- 10- García C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2017;65(2):305–10
- 11.- Alva R. Sobre la educación en el control prenatal en el Perú. Rev Int Salud Matern Fetal. 2018; 3(2): 8 – 9

- 12.- Castillo Y, Fortich L, Padilla J, Monroy M, Morales Y, Ahumada A. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Rev Cubana Enfer. 2017;33(1):62-71
- 13.- Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO UNICEF, UNFPA world bank group and UNDESA / population division .Who.int. World Health Organization; 2023
- 14.- Atención pregestacional, Lineamiento técnico. Secretaría de Salud. 2019 www.gob.mx/salud/cnegsr
- 15.- Alduc R. Comunicado de prensa num. 201/18. 8 de mayo 2018 “estadísticas a propósito del día de la madre (10 de mayo)” 2018; (878 mil):1-10
- 16.- Manual metodológico de indicadores médicos 2019-2024. IMSS
- 17.- Quijaite T, Valverde N, Barja J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2019 Dic; 45(4): e613
- 18.- Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud, 14 de junio de 1992

ANEXOS

Anexo1. Carta de no inconveniente



Morelia, Michoacán a 28 de agosto de 2023

Oficio:

Carta de No Inconveniente

Dra. Lucía Hernández Miranda

Investigador Clínico

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que el Dr. José Antonio Mendiola Ramírez, Médico residente de Medicina familiar quien está participando con el trabajo de investigación titulado "Oportunidad de inicio de la atención prenatal en la UMF No. 84" realice su proyecto de investigación en esta Unidad, por lo cual, se otorga la autorización para llevar a cabo la revisión de los expedientes de esta unidad médica, así como abordar a las pacientes gestantes adscritas a esta unidad e invitarlas a participar en la investigación.

Debo recordar que se debe apegar a las disposiciones legales de la protección de datos personales, así como resguardar y mantener la confidencialidad de los datos de los participantes.

Atentamente:


Firma del director
Dr. Gilberto Calderón Tinoco

Anexo 2. Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituto Mexicano Del Seguro Social
OOAD Michoacán
Unidad de Medicina Familiar No. 84



Morelia, Michoacán, a _____ de _____ del 2023

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: Inicio oportuno de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar 84.

Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación 16028 del Hospital General Regional No. 1 o Comité de Ética en Investigación 16038 del Hospital General Regional No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número _____

El siguiente documento le proporciona información detallada. Por favor léalo atentamente.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO:

Conocer de manera temprana si usted cursa con algún elemento que ponga en riesgo su estado de salud durante el embarazo, así como iniciar de forma temprana las acciones adecuadas que ayudan a reducir las causas de muerte materna y las causas de enfermedad y muerte en recién nacidos.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted acepta participar en el estudio, se dará paso a lo siguiente, se le solicitará su colaboración para el llenado de un cuestionario y dar su permiso para usar los datos de forma anónima, se le harán preguntas sobre aspectos socioeconómicos, preguntas sobre la atención de su embarazo y otras más relacionadas con la institución que proporciona el servicio. El tiempo requerido para el llenado del cuestionario es de aproximadamente 20 minutos.

RIESGOS Y MOLESTIAS:

Existe un riesgo mínimo debido a que durante la respuesta del cuestionario se pueden generar alteraciones de la conducta personal, como pueden ser pensamientos, sentimientos, por participar en la investigación, dado que no se lleva a cabo ningún procedimiento invasivo. Si alguna de las preguntas le causa incomodidad, usted tiene el derecho de no contestarla. Puede que tardemos un poco más de lo habitual de la consulta diaria para tomar todos los datos que necesitamos, este tiempo puede variar entre 15 - 20 minutos adicionales. Es necesario aclarar que usted no recibirá ningún pago por la participación en este estudio.

BENEFICIOS

Usted no recibirá un beneficio económico por participar en este estudio, únicamente estará colaborando con la población para realizar estrategias que mejoren la atención proporcionada de los Servicios de Salud.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO

El Dr. José Antonio Mendiola Ramírez se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca de los procedimientos. Así como darle información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su estado de salud en caso de requerir.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos brindó desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad.

Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES

En caso de Dudas sobre el protocolo de investigación podrá dirigirse con:

Dra Lucia Hernández Miranda, Investigador Responsable adscrito a la UMF No. 84, al teléfono 4431802743 o al correo: lucia190316@gmail.com; o con los Colaboradores: Dr. José Antonio Mendiola Ramírez, Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a la UMF 84 Morelia, al teléfono 4433895060 o al correo tonho.mend10@gmail.com ,

En caso de Aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse con:

Dr. Sergio Gutiérrez Castellanos presidente del Comité de Ética en Investigación en Salud 16028, con sede en el Hospital General Regional No. 1, ubicado en Av. Bosque de los Olivos 101, la Goleta, Michoacán, C.P. 61301, al teléfono 4433222600 Ext 15, correo sergiogutierrez@imss.gob.mx.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado

una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y Firma del Participante Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1 Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma Nombre, Dirección, Relación y Firma

Anexo 3. Hoja de recolección de datos

Folio	
NSS	
Inicio de control prenatal	
Edad	
Estado civil	
Grado de estudios	
Ocupación	
Convivencia conyugal	
Lugar de procedencia	

Estado civil	
Apoyo económico	
Ingreso económico	
Desinterés	
Violencia familiar	
Preocupación de la familia durante su embarazo	
Acompañamiento durante la primera cita	
Gesta actual	
Gestas totales	
Embarazo planificado	
Semanas de gestación	
Conformidad de la cita	
Limitaciones de acceso	
Trato recibido	

Anexo 4. Cuestionario para determinar los factores de riesgo.

Código: Fecha: ____ / ____ / ____

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Inicio oportuno de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar 84.

INSTRUCCIONES: le solicito cordialmente que responda con mayor sinceridad posible la presente entrevista estructurada relacionada a la temática de los predictores socioeconómicos, personales, gineco obstétricos e institucionales que se asocian al inicio tardío del control prenatal en gestantes.

La precisión de los registros de las respuestas que emita en estudio será de gran valor, ya que la información que se obtenga se utilizará para valorar si es adecuado o no el inicio de la atención prenatal en la unidad médica.

Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.

Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Folio: _____ NSS: _____

I. Datos Socioeconómicos:

1. Edad: _____ años

2. Estado civil:

a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Viuda

3. Grado de estudios:

a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Superior

4. Ocupación: _____

5. lugar de procedencia : _____ zona rural: Si () No ()

6. Trabajo actual: _____

7. Vive actualmente con pareja: Si () No ()

8. Apoyo económico de:

a) Su pareja b) Sus padres c) Algún familiar d) Amistades

9. Ingreso económico promedio en el hogar:

a) menor \$1000 b) \$1000 - 1500 c) \$1500-2000 d) mayor a \$2000

II. Datos personales

10. Antecedentes personal de embarazo adolescente Si () No ()

11. Antecedentes familiares de embarazo adolescente: Si () No ()

Cree que el control prenatal es:

a) Muy importante b) importante c) poco importante d) nada importante

12. Durante los últimos años ha sido víctima de violencia: Si () No ()
13. Su familia NO se preocupa por su salud durante su embarazo: Si () No ()
14. Su pareja mostró interés por acompañarla a su 1er control prenatal: Si () No ()
15. La relación con su pareja es apropiada: Si () No ()
16. ¿Su pareja demuestra apoyo afectivo en el actual embarazo: Si () No ()
17. ¿Algún problema de salud aplazó el inicio de su 1er control prenatal? Si () No ()
18. ¿El dinero hizo que aplase su asistencia al 1er control prenatal? Si () No ()
19. ¿El trabajo hizo que aplase su asistencia al 1er control prenatal? Si () No ()
20. ¿El cuidar a sus hijos hizo que aplase su asistencia al 1er control prenatal? Si () No ()
21. ¿Una experiencia negativa de atención en algún establecimiento de salud hizo que aplase su asistencia al 1er control prenatal Si () No ()
22. ¿Usted considera que el control prenatal NO es importante? Si () No ()
23. ¿Siente interés por asistir a los controles prenatales? Si () No ()

III. Datos obstétricos

24. Número de veces que ha estado embarazada: _____
25. Número de hijos: _____
26. Número de partos: _____
27. Numero Abortos: _____
28. Luego de cuántos años está embarazada nuevamente: _____

Su actual embarazo fue:

a) Deseado b) No Planificado c) Falla de método

29. Semanas o meses de embarazo en que está iniciando actualmente su control prenatal: _____

IV. Datos Institucionales

30. ¿Consiguió turno para acceder a la consulta prenatal? Si () No ()
31. Está conforme con el trámite para sacar la cita del control prenatal: Si () No ()
32. Tiene dificultad para llegar al establecimiento de salud: Si () No ()
33. Siente incomodidad de que una persona de sexo masculino le realice la atención prenatal: Si () No ()
34. ¿El horario de la atención del servicio es compatible con su tiempo? Si () No ()
35. ¿Considera que el trato en el establecimiento de salud es el adecuado: Si () No ()
36. ¿Considera que el tiempo de espera para asistir a su 1er control prenatal es el adecuado? Si () No ()
37. ¿Considera que el consultorio tiene un ambiente adecuado?
- Si () No ()

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Medicina familiar	
Título del trabajo	Inicio oportuno del control prenatal en la UMF 84	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	José Antonio Mendiola Ramirez	
Director	Lucía Hernández Miranda	
Codirector	Diana Marisol Romero Franco Claudia Rodríguez Correa	
Coordinador del programa	Dr. Cleto Álvarez Aguilar	

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	No	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	No	
Revisión y corrección de estilo	No	
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	José Antonio Mendiola Ramirez
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán a 14 de noviembre de 2025

José Antonio Mendiola Ramírez

Inicio oportuno de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar 84.pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:540048117

Fecha de entrega

12 dic 2025, 2:17 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

12 dic 2025, 2:25 p.m. GMT-6

Nombre del archivo

Inicio oportuno de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar 84.pdf

Tamaño del archivo

672.6 KB

57 páginas

10.410 palabras

54.140 caracteres

25% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 24%  Fuentes de Internet
- 8%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.