

Factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal

Diana Benitez Chavez¹, Noemi del Carmen Luna Sánchez², Juan Carlos Rivera Ahuacatitla¹

¹ unidad de Medicina Familiar con Unidad de Atención Medica Ambulatoria No.180, IMSS Estado de México Oriente

² unidad de Medicina Familiar No. 195, IMSS Estado de México Oriente

Resumen

INTRODUCCIÓN. El no iniciar control prenatal de forma temprana puede deberse a múltiples factores asociados a la conducta materna y no solo a la escasez en la disponibilidad de los servicios, se encuentran documentados como determinantes el nivel educativo, estrato socioeconómico, acceso geográfico, así como el apoyo social y familiar. **MÉTODOS.** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, con un muestreo por conveniencia a 103 mujeres embarazadas de 18 a 44 años adscritas a la unidad de medicina familiar 180, que acudieron a control prenatal de primera vez después de las 12 semanas de gestación utilizando el cuestionario Beneficios y Barreras del control prenatal. **RESULTADOS.** El 51%(51) son mujeres de 26 a 35 años, el 52%(54) son casadas, el 47%(48) tiene preparatoria terminada, el 62%(64) trabajaban durante el embarazo, el 44%(45) trabajaban tiempo completo, el 34%(35) tiene ingreso monetario de los 4000 a los 5999 pesos mensuales, el 31%(32) No sabía que estaba embarazada, el 40%(41) no acudió al control prenatal por problemas personales, al 27%(28) no le gusto la actitud del personal de la clínica, el 45%(46) tuvo que esperar mucho para encontrar una cita, el 53%(55) recibió motivación, el 69%(71) fueron acompañadas. **CONCLUSIONES.** Las barreras del control prenatal como el embarazo no planificado, los problemas personales, la actitud del personal de la clínica y los tiempos prolongados para una cita, son las principales situaciones que influyen en el inicio tardío del control prenatal.

Abstract

INTRODUCTION. Not starting prenatal control early can be due to multiple factors associated with maternal behavior and not only the scarcity in the availability of services, educational level, socioeconomic stratum, geographic access, as well as geographic access are documented as determining factors. social and family support. **METHODS.** An observational, cross-sectional, descriptive study was carried out, with a convenience sampling of 103 pregnant women between 18 and 44 years of age attached to the Family Medicine Unit 180, who attended prenatal care for the first time after 12 weeks of gestation. using the questionnaire Benefits and Barriers of prenatal control. **RESULTS.** 51%(51) are women from 26 to 35 years old, 52%(54) are married, 47%(48) have finished high school, 62%(64) worked during pregnancy, 44%(45) worked full time, 34%(35) have a monetary income of 4,000 to 5,999 pesos per month, 31%(32) did not know they were pregnant, 40%(41) did not attend prenatal care due to personal problems, 27%(28) did not like the attitude of the clinic staff, 45%(46) had to wait a long time to find an appointment, 53%(55) received motivation, 69%(71) were accompanied. **CONCLUSIONS.** The barriers of prenatal control such as unplanned pregnancy, personal problems, the attitude of the clinic staff and long times for an appointment are the main situations that influence the late start of prenatal control.

Palabras Clave: Cuidado prenatal, educación prenatal, prenatal tardío

Keywords: Prenatal care, prenatal education, late prenatal

1. INTRODUCCIÓN

El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables ya que este ayuda a identificar pacientes con mayor riesgo obstétrico y perinatal, además existen intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos (Aguilera, 2014). De acuerdo a la Organización Mundial de la salud (OMS) la atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas, incluida la promoción de un modo de vida sano, una buena nutrición, la detección y la prevención

de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja (Chaib, 2016).

En la primera consulta del control prenatal se debe considerar la autonomía, el rol de género en el proceso de la toma de decisiones, la situación general de la mujer social, política y económica, no se puede lograr la utilización adecuada de la atención prenatal simplemente estableciendo nuevos centros de salud (Simkhada, 2008).

La atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, sin embargo, la NOM-007-SSA2-2016 sugiere que la primera consulta de atención prenatal se realice entre la 6 y 8 semana de gestación y considera que la atención prenatal incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, información sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata (Morales, 2016).

Se considera inicio tardío al haber comenzado atención prenatal a las 12 semanas o más de gestación (Cáceres, 2018), una de cada tres gestantes inicia la atención prenatal tardíamente, por ello se ha considerado parte de un problema de salud pública, esta situación se encuentra asociada a diversas causas propias de las mujeres embarazadas, asociadas a sus familias, condiciones sociales, culturales e incluso relacionadas con el centro de salud o unidad médica donde reciben la atención (Hoyos, 2019).

Dentro de los determinantes del riesgo de morbilidad materno fetal y situaciones que favorecen el inicio del control prenatal tardío se encuentran documentadas las barreras de acceso externas: el aseguramiento, el costo de la atención, nivel educativo, estrato socioeconómico, acceso geográfico, apoyo social y familiar y falta de acceso a los servicios de salud (García, 2017). El embarazo no planificado también es un factor de riesgo para inicio tardío de la atención prenatal al incrementar 1.4 veces el riesgo de complicaciones (Chilipio, 2019).

Se ha encontrado que, dentro de cada estrato de educación materna, se observó un mayor riesgo de retraso en el inicio y uso menos eficiente de la atención prenatal. Las mujeres solteras, independientemente de su nivel educativo, presentaban un riesgo diez veces mayor de no recibir atención prenatal, y las mujeres solteras con bajo nivel educativo presentaban el mayor riesgo de atención tardía (D'Ascoli, 1997). Las tasas más altas de atención prenatal inadecuada se dieron entre las mujeres que vivían en barrios con el ingreso familiar promedio más bajo, la proporción más alta de la población que estaba desempleada, el porcentaje más alto de familias monoparentales, el porcentaje más alto de población con menos de nueve años de educación y las tasas más altas de mujeres que fumaron durante el embarazo (Heaman, 2007).

El inicio del control prenatal es un acto voluntario (Aritzabal, 2019), sin embargo, existen múltiples razones por las que las mujeres embarazadas no obtienen atención prenatal incluso cuando está disponible, entre estas razones pueden estar las barreras psicosociales, barreras de actitud ante el embarazo, barreras económicas y de apoyo social, que aumentan la probabilidad de atención prenatal tardía (Heaman, 2014).

El objetivo de la investigación es identificar los factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal en mujeres embarazadas de 18 a 44 años a través del cuestionario Beneficios y barreras del control prenatal con la intención de conocer estas situaciones en la población, ya que permitirá al prestador de servicios de salud

empoderar a las mujeres a través de la educación previa a la concepción sobre el valor de la atención prenatal y fortalecer los programas de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados (Tekelab, 2019), de este modo disminuir las barreras a la atención prenatal así como aprovechar los factores que motivan y facilitan que las mujeres busquen atención prenatal a pesar de los desafíos de sus circunstancias personales ayudar a mejorar el uso de la atención prenatal antes de las 12 semanas de gestación (Simkhada, 2008).

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo en el periodo de septiembre a diciembre de 2022, el muestreo se realizó por conveniencia con una población de 306 mujeres embarazadas que acudieron en ese periodo de las cuales se obtuvo una muestra de 103 acudieron después de las 12 semanas de gestación, el cuestionario se aplicó al 100% de estas mujeres, no se eliminaron ni se excluyó a ninguna mujer embarazada ya que cumplían con los criterios de inclusión.

Tabla 1. Aspectos Sociodemográficos

		n	%
Edad	Media 31 años		
	Mediana 33 años		
	Moda 21 años		
Estado civil	Casada	54	52%
	Divorciada	5	5%
	Viuda	0	0
	Separada	6	6%
	Nunca se ha casado	38	37%
	¿Actualmente vive con una pareja?		
	Si	84	82%
No	19	18%	
Habitantes	¿Cuántas personas viven con usted?		
	Media:10 personas		
	Mediana: 5 personas		
	Moda: 2 personas		
Escolaridad	Sin estudios	1	1%
	Primaria/secundaria	34	33%
	Preparatoria	48	47%
	Instituto/universidad	20	19%
Ocupación	Si	64	62%
	No	39	38%
Jornada laboral	Medio tiempo	19	18%
	Tiempo completo	45	44%
Ingreso quincenal	<2000	9	9%
	2000 a 3999	27	26%
	4000 a 5999	35	34%
	6000 a 7999	15	15%
	8000 a 8999	9	9%
	más de 10000	8	8%

La cedula de recolección de datos se dividió por el tipo de información que poseía, se incluyeron datos sociodemográficos, historia reproductiva, información sobre el embarazo actual, beneficios y barreras del control prenatal percibidos por la mujer embarazada, factores conductuales y apoyo social.

Se realizó una base de datos en Excel, realizándose un análisis descriptivo para las variables cuantitativas que incluyo medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes y frecuencias.

3. RESULTADOS

De las 103 mujeres embarazadas de 18 a 44 años que acudieron a iniciar control prenatal después de las 12 semanas de gestación la media de edad son los 31 años, con una mediana de 33 años y una moda de 21 años.

El 52% (54) son casadas, el 37% (38) nunca se han casado, el 82%(84) de las mujeres embarazadas viven con una pareja, acerca de las personas que viven en la misma casa resulto una media de 10 personas, una mediana de 5 personas y una moda de 2 personas (Tabla 1).

Tabla 2. Historia reproductiva

		n	%
Menarca	Media 13.5 años		
	Mediana 13 años		
	Moda 11 años		
Numero de gestas	Media 2.5 embarazos		
	Mediana 2 embarazos		
	Moda 2 embarazos		
Partos	Media 2 partos	34	48%
	Mediana 2 partos		
	Moda 1 parto		
Cesárea	Media 2 cesáreas	21	30%
	Mediana 1 cesárea		
	Moda 1 cesárea		
Abortos	Media 1.5 abortos	16	22%
	Mediana 1 aborto		
	Moda 1 aborto		
Complicaciones fetales en el embarazo previo	Muerte antes del año de vida	2	2%
	Peso menor de 2.5kg	3	3%
	Parto pretérmino	21	20%
	Hospitalizaciones	19	18%
	Ninguna	58	56%
Complicaciones maternas en el embarazo previo	Sangrado antes del parto	19	18%
	Ruptura prematura de membranas	13	13%
	Hipertensión gestacional	11	11%
	Diabetes gestacional	0	0
	Restricción del crecimiento intrauterino	1	1%
	Infecciones	4	4%
	Ninguna	53	53%

El 47%(48) tiene preparatoria terminada, el 33%(34) tienen primaria o secundaria, el 62%(64) trabajaron durante el embarazo, de las cuales el 44%(45) trabajaron de tiempo completo, solo el 18%(19) trabajaron medio tiempo,

el 34%(35) tiene ingreso monetario de los 4000 a los 5999 pesos mensuales, el 26%(27) tiene un ingreso aproximado de los 2000 a 3999 pesos al mes (Tabla 1).

En la Historia reproductiva de las mujeres embarazadas en edad de la menarca se obtuvo una media de los 13.5 años, una media de 13 años y una moda de 11 años, con el número de embarazos se obtuvo una media de 2.5 embarazos, mediana de 2 embarazos y una moda de 2 embarazos. Al respecto de la resolución del embarazo previo los que se obtuvieron por parto el 48% (34) tuvieron una media de 2 partos, una mediana de 2 partos y una moda de 1 parto, los resueltos por cesárea el 30%(21) tuvieron una mediana de 2 cesáreas, la media de 1 cesárea y moda de 1 cesárea, el término del embarazo por aborto con un 22%(16) tuvo una media de 1.5, una media de 1 aborto y una moda de 1 aborto (Tabla 2).

De las 103 mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a iniciar su control prenatal después de las 12 semanas el 69%(71) habían estado embarazadas previamente de las cuales el 63%(45) presentaron complicaciones fetales como parto pretérmino antes de las 37 semanas con un 20%(21), el 18%(19) hospitalizaciones. De las 71 pacientes con embarazo previo, el 73%(52) tuvieron alguna complicación materna el 18%(19) curso con sangrado antes del parto, el 13%(13) Ruptura de membranas, 11%(11) tuvo hipertensión gestacional (Tabla 2).

En las mujeres que acudieron a iniciar su control prenatal se identificó la edad gestacional con una media de 25 semanas, una mediana de 14 semanas y una moda de 17 semanas, el 87%(90) de las mujeres acudieron a su clínica para asegurarse que estaban embarazadas, el 33%(34) no sabían las semanas de embarazo que tenían al realizarse la prueba de embarazo.

Los días que pasaron desde el momento de conocer el embarazo hasta ir a solicitar una cita tuvieron una media de 35 días, mediana de 20 días y una moda de 30 días, los días que pasaron desde la cita hasta acudir al consultorio con su médico familiar tuvieron una media de 30 días, una mediana de 20 días y una moda de 40 días, el 43% (44) utilizaron el servicio de urgencias por alguna razón antes de iniciar su control prenatal, el número de veces que acudieron a urgencias tuvo una media de 1 día, mediana de 2 días y una moda de 2 día (Tabla 3).

Tabla 3. Información del Embarazo actual

		n	%
Edad gestacional	Media 25 semanas Mediana 14 semanas Moda 17 semanas		
Confirmación del embarazo	¿Fue al doctor, la clínica o el hospital para asegurarse que estaba embarazada?	90	87%
	Si	13	13%
	No		
	¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando se hizo la prueba de embarazo?	0	0
	No se lo hizo	34	33%
	No sabe		
Inicio de control prenatal	¿Cuántos días pasaron desde que supo que estaba embarazada hasta que usted por primera vez fue a pedir una consulta en la clínica o el consultorio? Media 35 días Mediana 20 días Moda 30 días		
	¿Cuántos días pasaron desde que hizo la primera cita prenatal hasta el día real de su consulta? Media 30 días Mediana 20 días Moda 40 días		
Servicio de urgencias	¿Ha acudido a la sala de emergencias durante este embarazo por alguna razón relacionada con su salud en el embarazo?	44	43%
	Si	59	57%
	No		
	¿Cuántas veces ha acudido a la sala de emergencias durante este embarazo? Media 1 día Mediana 2 día Moda 1 día		
Complicaciones maternas en el embarazo actual	Tipo de complicación que ocurrió en este embarazo:	29	28%
	Sangrado antes del parto	1	1%
	Ruptura prematura de membranas	6	6%
	Hipertensión gestacional	0	0
	Diabetes gestacional	0	0
	Restricción del crecimiento intrauterino	2	2%
	Infecciones	49	48%
	Ninguna	16	16%

Las complicaciones maternas durante el embarazo actual y los motivos para usar el servicio de urgencias en el 48%(49) por infecciones, el 28%(29) por presentar sangrado antes del parto, tan solo el 6%(6) acudió por hipertensión gestacional (Tabla 3).

En los beneficios del control prenatal percibidos por la madre el 58%(60) deciden iniciar control prenatal para tener un bebe sano, el 21% (22) inicia el control prenatal por tener miedo de presentar problemas durante el embarazo, con respecto a la actitud negativa para iniciar control prenatal se identificó que el 31%(32) no sabían que estaban embarazadas, el 25%(26) no tenían planeado el embarazo, el 10%(10) prefiere acudir a urgencias cuando presentan algún problema (Tabla 4).

Las barreras del control prenatal percibidos por la madre en las barreras personales el 40%(41) no acudió a iniciar control prenatal temprano por presentar problemas personales, el 17%(18) no acudió por no sentirse bien, en las barreras situacionales al 27%(28) no le gusto la actitud del personal de la clínica, el 25%(25) no tenía seguridad social, el 22%(22) no sabía en donde podía obtener atención prenatal, en las barreras externas el 45%(46) tuvo que esperar mucho para encontrar una cita el 24% (25) tuvo que esperar mucho en la sala de espera y el 22%(23) no podía encontrar cita (Tabla 4).

Tabla 4. Beneficios y barreras del control prenatal percibidos por las mujeres embarazadas

		n	%
Beneficios percibidos por la madre	Para aprender cómo proteger su salud	8	8%
	Porque tenía miedo de tener problemas durante el embarazo sin cuidado prenatal	22	21%
	Para hablar con alguien acerca de su embarazo	0	0
	Para aprender mejores hábitos de salud	7	7%
	Para aprender acerca del trabajo de parto y el parto	6	6%
	Para tener un bebe sano.	60	58%
Actitud negativa sobre el control prenatal	Situaciones que vivió al darse cuenta de su embarazo		
	Acudió tarde para la prueba de embarazo	9	9%
	No pensaba que necesitara cuidado prenatal	8	8%
	Prefiere acudir a emergencias cuando hay un problema	10	10%
	Puede cuidarse sola durante el embarazo	0	0
	Es suficiente con los consejos acerca del embarazo que recibe de su familia y amigos	4	4%
	No quería que la gente supiera que estaba embarazada	5	5%
	El embarazo no fue planeado	26	25%
	No estaba feliz por estar embarazada	0	0
	Estaba pensando en abortar	4	4%
	Usted estaba ocupada en otras responsabilidades por lo que no podía asistir a control prenatal	5	5%
Usted no sabía que estaba embarazada	32	31%	

Barreras percibidas por la madre del control prenatal	Barreras personales	
	Porque no se sentía bien	18 17%
	Por problemas familiares	16 16%
	Barreras situacionales	
	Por problemas con su esposo o novio	12 12%
	Porque había estado bajo estrés	14 14%
	Porque estaba deprimida	2 2%
	Por problemas personales	41 40%
	No tenía dinero para pagar el cuidado prenatal	7 7%
	No tenía seguridad social de salud	25 25%
	No sabía que podía conseguir ayuda para pagar el cuidado prenatal	0 0
	No sabía dónde podría obtener atención prenatal	22 22%
	No le gustó la actitud del personal de la clínica	28 27%
	No pensaba que podría comunicarse con el personal	2 2%
	Tenía miedo o no le gustaban las pruebas médicas y exámenes	8 8%
	No le gustan los trabajadores de salud	11 11%
	Barreras externas	
	No podía encontrar cita	
	Las horas de la clínica son inadecuadas para usted	23 22%
	Tiene que esperar mucho para conseguir una cita	3 3%
	Tenía que esperar mucho en la sala de espera	46 45%
	Se cambió de casa	25 24%
	No tenía donde vivir	6 6%
		0 0

Tabla 5. Factores conductuales

		N	%
Tabaquismo	No fumé antes del embarazo/nunca fumé	84	82%
	Deje de fumar, pero no por el embarazo	6	6%
	Deje de fumar por el embarazo	13	13%
	Fumo actualmente, pero lo reduzco por el embarazo	0	0
	Fumo actualmente igual que antes del embarazo	0	0
	¿Inició su cuidado prenatal más tarde porque no quería que otros supieran que estaba fumando durante el embarazo?		
	Si	13	13%
	No	6	6%
	N/A	84	82%
Alcoholismo	No tomé alcohol antes del embarazo/nunca tomé	68	66%
	Deje de tomar, pero no por el embarazo	4	4%
	Deje de tomar por el embarazo	29	28%
	Actualmente tomo, pero lo reduzco por el embarazo	0	0
	Actualmente tomo igual que antes del embarazo	2	2%
	frecuencia de consumo de alcohol:		
	Diariamente	0	0
	Casi diariamente (de 3 a 6 días a la semana)	0	0
	De 1 a 2 días a la semana	0	0
	Varias veces al mes	2	2%
	Mensualmente o menos, pero al menos una vez	33	32%

N/A	68	66%
¿Empezó el cuidado prenatal más tarde porque no quería que otros supieran que estaba tomando durante el embarazo?		
Si	15	15%
No	20	20%
N/A	68	66%

Los factores conductuales identificados con respecto al consumo de sustancias como el cigarro el 84%(82) de las mujeres embarazadas nunca han fumado, el 13%(13) dejo de fumar por el embarazo y el 6%(6) dejo de fumar por otras razones, pero no por el embarazo, del 19%(20) de mujeres que, si fuman, el 13%(13) No querían que supieran que fumaba durante su embarazo razón por la que acudió después de las 12 semanas a iniciar su control prenatal (Tabla 5).

Respecto al consumo de alcohol el 66%(68) de las mujeres embarazadas nunca ha tomado alguna bebida alcohólica, del 34%(35) que si han tomado alcohol el 28%(29) dejo de tomar por el embarazo, el 4%(4) dejo de tomar alcohol, pero por causas diferentes al embarazo, el 2%(2) sigue ingiriendo bebidas alcohólicas a pesar de estar embarazada.

La frecuencia de uso de alcohol en las mujeres embarazadas de aquellas que son consumidoras de alcohol, el 2%(2) que no dejo de beber aun sabiendo del embarazo lo hace con una frecuencia de varias veces al mes, el 32%(33) que dejo de beber por el embarazo lo hacía al menos una vez al mes, al 19%(20) no le importaba que supieran que ingería alcohol durante el embarazo, el 15%(15) de las mujeres no querían que supieran que tomaban alcohol durante el embarazo y por esa razón iniciaron control prenatal después de las 12 semanas de gestación, Ninguna mujer embarazada usaba drogas ni antes ni durante el embarazo (Tabla 5).

La influencia del apoyo social para iniciar control prenatal el 53%(55) si recibió motivación para iniciar control prenatal, de las cuales 21%(22) fueron motivadas por su mamá, el 17%(18) fue motivada por su esposo o pareja, sobre apoyo recibido para el transporte el 74%(76) , No recibió ayuda para el transporte de su domicilio a la clínica para iniciar su control prenatal, del 26%(27) que si recibió ayuda el 17%(18) recibe ayuda de su esposo, el 69%(71) de las mujeres embarazadas fueron acompañadas, el 32%(33) fue acompañada de su esposo o pareja, el 24%(25) fue acompañada por su mamá, el 31%(32) acudió sola a iniciar su control prenatal.

Tabla 6. Apoyo social

		n	%
Motivación	¿Alguien la motivo para obtener cuidado prenatal?		
	Si	55	53%
	Esposo	18	17%
	Madre	22	21%
	Hermana/o	0	0
	Amiga	5	5%
	Abuela	10	10%
	Psicólogo	0	0
	Médico	0	0
No	48	47%	
Transporte	¿Alguien le ayuda con el transporte?		
	Si	27	26%
	Esposo/ pareja	18	17%
	Madre	6	6%
	Hermana/o	0	0
	Amiga	0	0
	Abuela	3	3%
No	79	74%	
Compañía	¿Alguien vino con usted a la cita?		
	Si	71	69%
	Esposo	33	32%
	Madre	25	24%
	Hermana/o	3	3%
	Amiga	7	7%
	Abuela	3	3%
	No	32	31%
Cuidado para sus hijos	¿Consiguió ayuda con el cuidado de los niños?		
	Si	34	33%
	Esposo	2	2%
	Madre	16	16%
	Hermana/o	4	4%
	Amiga	0	0
	Abuela	0	0
	Suegra	13	13%
	No	10	10%
No tiene hijos	58	57%	
Información	¿Le han dado información del porqué del control prenatal y de cómo cuidarse en este embarazo?		
	Si	74	71%
	Medico	37	36%
	enfermera	17	19%
	Trabajo social	29	16%
	No	29	28%
Apoyo emocional	¿Tiene a quien recurrir en momentos de necesidad emocional?		
	Si	55	64%
	Esposo	16	16%
	Madre	25	24%
	Hermana/o	6	6%
	Amiga	2	2%
	Abuela	3	3%
	Psicólogo	14	14%
No	37	36%	

El 33%(32) si tuvo ayuda para el cuidado de sus hijos, el 16%(16) recibió ayuda de su mamá y el 13%(13) recibió ayuda de sus suegra para cuidar a sus hijos, el 71%(74) de las mujeres embarazadas si había recibido información sobre el control prenatal, antes de acudir a su consulta, de ellas el 36%(37) recibió información de un médico, el 64%(55) de las mujeres embarazadas si tienen a quien recurrir en caso de necesidad emocional el 24%(25) acuden con su madre, el 16%(16) con su esposo y el 14%(14) con un psicólogo (Tabla 6).

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El control prenatal tardío puede deberse a múltiples factores y no solo a la falta de acceso a los servicios de salud, considerando que el control prenatal es un acto voluntario, es importante conocer aquellas situaciones de influyen en que la mujer embarazada acuda de forma tardía a iniciar su control prenatal en las diferentes áreas sociodemográficas, ya que esto puede permitir mejorar o implementar programas sobre la educación del control prenatal.

Se encontró que las barreras del control prenatal como el embarazo no planificado, los problemas personales, la actitud del personal de la clínica y los tiempos prolongados para una cita, son las principales situaciones que influyen en el inicio tardío del control prenatal. En contraste con información encontrada por Heaman que señala que el inicio tardío del control prenatal está asociado en porcentajes muy altos a escolaridad materna con duración menor de 9 años de estudios, en la población de la UMF /UMAA 180 identificamos que la escolaridad materna predominante es la preparatoria que corresponde a más de 9 años de estudios, también contrasta con un estudio hecho por D'Ascoli quien identifico que las mujeres solteras, presentaban un riesgo diez veces mayor de no recibir atención prenatal temprana, en nuestra población se identificó que la mayoría de las mujeres embarazadas que acudieron después de las 12 semanas son casadas o tienen una pareja.

Se identificó que al menos 1/3 de las mujeres que acuden a iniciar control prenatal lo hacen después de las 12 semanas de gestación, el perfil sociodemográfico de las mujeres embarazadas de la UMF/UMAA 180 corresponde a mujeres de 21 años, con Preparatoria o bachillerato terminado, casadas o que viven con una pareja, son madres trabajadoras de tiempo completo con un ingreso mensual de 4000 a 5999 pesos.

Los beneficios percibidos por las mujeres embarazadas fueron tener un bebe sano, el miedo de tener problemas durante el embarazo y aprender cómo cuidar su salud, estos motivantes tuvieron influencia en iniciar el control prenatal, pero no de forma temprana, la actitud sobre el embarazo tiene influencia en el inicio del control prenatal de forma tardía ya que las mujeres que no planeaban el embarazo o no sabían que estaban embarazadas acudían de forma tardía a realizarse la prueba de embarazo o a solicitar una cita para iniciar su control prenatal.

Se identificó que las barreras como tener problemas personales o familiares no les permitía acudir de forma temprana al control prenatal, barreras situacionales como disgustarles la actitud del personal de la clínica o tener seguridad social pero no estar dadas de alta formalmente en su unidad de medicina familiar también dificultaba que las pacientes acudieran antes de las 12 semanas a iniciar su control prenatal, como causas externas con mucha influencia para no iniciar control prenatal temprano fue tener que esperar mucho para encontrar cita o tener que esperar mucho en la sala de espera, los factores conductuales identificados fueron el tabaquismo y el alcoholismo como hábitos que no fueron suspendidos aun sabiendo del embarazo, el apoyo social la mayoría de las mujeres fue motivada, tuvo el apoyo con el cuidado de sus hijos, fue acompañada a la

consulta y había recibido información sobre el control prenatal sin embargo estos motivantes no tuvieron influencia en iniciar el control prenatal de forma temprana.

Conocer los factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal permitirá mejorar, fortalecer o implementar programas que favorezcan la educación y el acceso temprano a los servicios de salud para obtener atención prenatal, también es importante priorizar la información y los programas de planificación familiar, así como reforzar la capacitación constante del personal de salud para brindar atención de calidad y buen trato.

REFERENCIAS

- [1] Susana Aguilera, P., & Peter Soothill, M. D. (2014). Control Prenatal. *Revista médica Clínica Las Condes*, 25(6), 880–886. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70634-0)
- [2] Chaib F, Chriscaden K, La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. (s/f). *Who.int*. Recuperado el 26 de agosto de 2023, de <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>
- [3] Simkhada, B., van Teijlingen, E. R., Porter, M., & Simkhada, P. (2008). Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature: Factors affecting the utilization of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 244–260. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04532.x>
- [4] Morales P. Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. 2016; (07):67 <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007%20SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>
- [5] Cáceres Manrique, F. D. M., & Ruiz-Rodríguez, M. (2018). Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia, 2014-2015. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 69(1), 22. <https://doi.org/10.18597/rcog.3034>
- [6] Hoyos-Vertel, L. M., & Muñoz De Rodríguez, L. (2019). Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Revista de salud pública (Bogota, Colombia)*, 21(1), 17–21. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69642>
- [7] García-Balaguera, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 65 (2), 305–310. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>
- [8] Chilipio-Chiclla, MA, & Santillán-Árias, JP (2019). Embarazo no planificado como factor de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4 (1), 3–9. <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/85>
- [9] D’Ascoli, P. T., Alexander, G. R., Petersen, D. J., & Kogan. (1997). Parental factors influencing patterns of prenatal care utilization. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 17(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9280092/>
- [10] Heaman, M. I., Green, C. G., Newburn-Cook, C. V., Elliott, L. J., & Helewa, M. E. (2007). Social inequalities in use of prenatal care in Manitoba. *Journal d’obstetrique et Gynecologie Du Canada [Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada]*, 29(10), 806–816. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)32637-8](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)32637-8)
- [11] Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., & Ostigüín Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16–23
- [12] Heaman, M. I., Moffatt, M., Elliott, L., Sword, W., Helewa, M. E., Morris, H., Gregory, P., Tjaden, L., & Cook, C. (2014). Barriers, motivators and facilitators related to prenatal care utilization among inner-city women in Winnipeg, Canada: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-227>
- [13] Tekelab, T., Chojenta, C., Smith, R., & Loxton, D. (2019). Factors affecting utilization of antenatal care in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 14(4), e0214848. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214848>

Correo de autor de correspondencia: dianabcho7@gmail.com