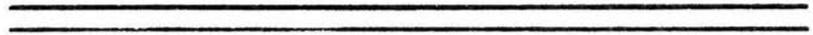


11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIFERENCIAS DE LAS CARACTERISTICAS
BIOLOGICAS, SOCIALES, ECONOMICAS Y
CULTURALES SOBRE LA OPORTUNIDAD DE LA
ATENCIÓN PRENATAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. ALFONSO BUENDIA PEREZ



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A LA DRA. LUCIA CATALINA GONZALEZ GONZALEZ.

CORDINADOR MEDICO DE PROGRAMAS.

Por su valiosa asesoría en la realización de esta tesis.

A MI FAMILIA

Por su comprensión y apoyo para lograr mis objetivos.

A MI ESPOSA

Por su paciencia, comprensión y esfuerzo para que yo
continúe esta etapa de mi superación profesional.

A MI HIJA

Por ser la inspiración de mi vida.

A LA VIDA

Por la oportunidad de ser mejor cada día

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

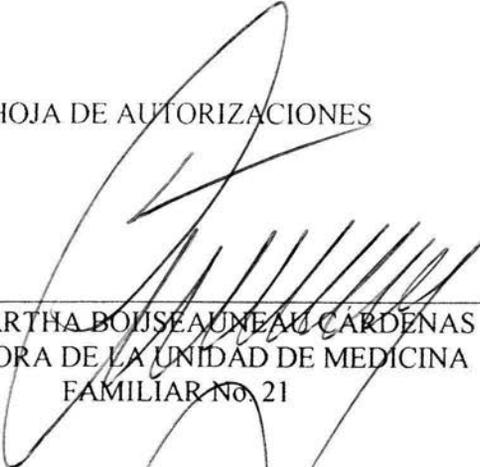
NOMBRE: Alfonso Bendía

Pérez

FECHA: 30 08 2004

FIRMA: [Firma]

HOJA DE AUTORIZACIONES



DRA. MARTHA BOISSEAU CARDENAS
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 21

DRA. MARISELA GARCIA MENESES
JEFA DE EDUCACIÓN MEDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21



DR. JORGE MENESES GARDUÑO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

ASESOR DE LA TESIS,

DRA. LUCIA CATALINA GONZALEZ GONZALEZ.

ASESOR MEDICO DE PROGRAMAS.

A handwritten signature in cursive script, reading "Lucia C. Gonzalez Gonzalez", is written over a horizontal line.

INDICE.

INTRODUCCION.....	6
HIPOTESIS.....	11
OBJETIVO.....	12
MATERIAL Y METODOS.....	13
DISEÑO ESTADISTICO.....	19
RESULTADOS.....	20
CONCLUSIONES.....	35
SUGERENCIAS.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40
ANEXO.....	43

INTRODUCCION.

Es conocido que la madre y el niño se encuentran entre los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad. Esta vulnerabilidad se debe a las condiciones especiales en las que se encuentran relacionados con los procesos biológicos de la reproducción, crecimiento y desarrollo. (1).

La prestación de servicios de salud a la mujer embarazada es una prioridad nacional e internacional hecho que hace que la atención prenatal adecuada se relacione con mejor calidad de vida para los niños y las mujeres, durante y después del embarazo, ya que el proceso de atención prenatal es una etapa en la que puede prevenirse, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones que pueden generar la muerte de cualquiera de los integrantes del binomio madre-hijo. (2)

Históricamente la atención materno-infantil en el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha ocupado un lugar destacado dentro de los programas para el cuidado de la salud. (3)

En cuanto a definición de atención prenatal adecuada no existe un consenso, solo se definen indicadores dependiendo de cada autor y pueden ser objetivos o arbitrarios. Los que más frecuentemente se toman en cuenta son: edad gestacional en la primera consulta prenatal, número de consultas recibidas, número de tomas de TA y EGO, nivel socioeconómico, conocimiento y presentación de complicaciones durante

el embarazo, número de embarazos, empleo, edad, tipo de vivienda, tipo de unidad que brinda la atención prenatal, intervalo intergenésico, escolaridad, riesgo obstétrico, raza y en algunos estudios se pide que la paciente califique la atención prenatal. (1-5).

Es necesario aclarar, que el concepto de periodo perinatal cambió en 1998 y ahora se considera desde la semana 22 del embarazo hasta 7 días después del parto según la clasificación internacional de enfermedades (CDI-10) esto redundando en importancia dado que en esta etapa se da la mayoría de las complicaciones del embarazo previsible con una atención y control prenatal oportuna. (6) Cabe mencionar que para el IMSS el periodo prenatal inicia desde la concepción hasta el nacimiento. En un esfuerzo por estandarizar las características de la atención existen normas que especifican como, cuando, donde y por quién debe darse esta atención, dichas normas cuentan con lineamientos específicos para cada situación durante este periodo y definen a la atención prenatal oportuna al otorgamiento de la primera consulta durante el primer trimestre de la gestación. (7, 8)

Dentro de los beneficios de la utilización de la atención prenatal, tenemos que mientras más frecuente sea se reducen las complicaciones, lo que favorece la detección oportuna de enfermedades maternas crónicas que pueden complicar el embarazo, como Diabetes Mellitus, Hipertensión

Arterial, Asma, enfermedad renal, así como las infecciones del tracto genitourinario que pueden condicionar un parto prematuro. (9, 10)

Dentro de este contexto de atención se debe no solo atender los aspectos somáticos sino también los emocionales, dado que se ha demostrado que el apoyo emocional a la embarazada tiene efecto positivo sobre el peso del recién nacido. También se ha encontrado que factores de riesgo psicosocial como antecedentes de depresión, abuso sexual, adicciones, etc. Puede implicar valor predictivo negativo sobre todo en caso de las adicciones y que dicho riesgo es potencialmente modificable, como en el caso del tabaco (11, 13).

Así en busca de cumplir mejor con los propósitos de la atención prenatal, se han propuesto diversos modelos para medir lo adecuado y oportuno de la atención prenatal y que suelen ser aplicables a diferentes características de la población, (raza, edad, escolaridad, residencia, etc.) y que en base al éxito en cierto sector poblacional pueden reflejar el impacto de los programas de atención prenatal.(14, 17). La forma de recabar la información y el tipo de instrumentos para medirla, son variados, van desde el análisis de variables obtenidas mediante las encuestas más estructuradas, hasta una encuesta por teléfono, de esta la principal pregunta es abierta, sobre que piensa de la atención prenatal que recibe (14, 18).

Así el conocer las características de la población sobre la que incide la atención prenatal puede hacer que esta sea más satisfactoria, se ha demostrado en cuanto a edad, que a pesar de la edad materna mayor de 30 años se han reducido complicaciones mediante un control prenatal estricto y adecuado a las características de quien se atiende (19). Aunado a esto, tenemos que no solamente es útil este conocimiento para hacer nuestra atención prenatal más adecuada, lo que favorecerá en el manejo adecuado de los pacientes que ameritarán estudios de diagnóstico prenatal, dado que este se asocia bajo aceptación de los pacientes con apego estricto a la religiosidad, estrato bajo y escolaridad baja (20).

En el IMSS se ha logrado una cobertura de captación que alcanza prácticamente al 100%, con una continuidad cada vez más satisfactoria de esta vigilancia, que se acerca a siete consultas por gestante y un inicio progresivamente más rápido de la atención, reportándose estudios que indican cobertura de 70% de captación oportuna y conocimiento de atención prenatal oportuna de 97% reportados por Martínez y cols. afirmando también que el tener mejor ingreso y escolaridad se relaciona con mejor atención prenatal.(2, 3), contrastando con lo encontrado en ARIMAC (archivo único de información médica) de la UMF 21 que reporta solamente 49% de captación oportuna, y no se conocen las características asociadas a la oportunidad de la atención prenatal i el conocimiento de esta por parte de las derechohabientes. Así este estudio

busca identificar las diferencias biopsicosociales y culturales de las embarazadas que acuden oportunamente a su atención prenatal y las que no lo hacen oportunamente.

HIPOTESIS

Existe diferencia entre las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 que acuden oportunamente a su atención prenatal y las que no acuden oportunamente.

OBJETIVO.

Objetivo general.

Conocer la diferencia entre las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las mujeres embarazadas de la UMF 21 que acuden oportunamente con las que no acuden oportunamente a su atención prenatal.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, comparativo y observacional. La población a estudiar fueron las mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF 21 que acudieron a consulta prenatal. Se realizó en México D.F., con duración del estudio de Abril a Diciembre de 1999, mediante la aplicación de un cuestionario que investigó las características biológicas, sociales, culturales, económicas principales de una muestra que se tomó mediante un muestreo probabilístico incidental. El tamaño muestral se calculó basándose en el número de consultas de atención prenatal en 1998 las cuales fueron 2045, de las cuales el 49.91% se captaron en el primer trimestre y 50.09% después del primer trimestre. Se utilizó la fórmula para estimar proporciones con una población finita.

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d(N-1) + z^2 pq}$$

donde :

$$N = 2045$$

$$z = \text{coeficiente de confianza para 95\%} = 1.96$$

$$E = \text{error dispuesto a aceptar en proporciones} = 0.1$$

$$p = \text{probabilidad de que se posea la característica} = 49$$

$$q = \text{probabilidad de que no se posea la característica} = 51$$

$$no = \text{tamaño mínimo de muestra} = 91.68$$

Dada dicha estimación se tomó como muestra a 94 embarazadas para estar por encima del mínimo del tamaño de la muestra, tomando una embarazada por turno, por consultorio y por población (que haya y que no haya recibido atención oportuna).

LOS CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujer embarazada derechohabiente de la UMF No.21 y que acudió a control o atención prenatal en el lapso de abril a diciembre de 1999.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Que no sea mujer, que no esté embarazada, que no sea derechohabiente de la UMF No. 21 o que no acuda a su atención o control prenatal de abril a diciembre de 1999.

LOS CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Respuesta doble, ambigua ó no congruente, o que la paciente decida no contestar una vez indicado el cuestionario.

VARIABLES

VD: Diferencia entre las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

VI: Atención prenatal oportuna.

DEFINICION CONCEPTUAL:

EDAD. Tiempo transcurrido del nacimiento al estado actual.

ESCOLARIDAD: Conjunto de cursos que se acumulan en un sistema.

ESTADO CIVIL: Condición individual en base a derechos y obligaciones legales.

RELIGION: Profesión y observación de una doctrina.

OCUPACION: Empleo u oficio..

HORARIO DE TRABAJO: Tiempo que pasa laborando.

INGRESO: Caudal que recibe uno y es cargo de las cuentas, sueldo, rentas.

PARTOS: Obtención del producto de la concepción por vía vaginal.

CESAREAS: Obtención del producto de la concepción por vía abdominal

ABORTOS: Productos expulsados antes de la semana 20.

EMBARAZOS: Ocasiones en que se logra concebir un producto de la gestación. Entidad clínica posterior a la concepción.

DEFINICION OPERACIONAL

Factores biológicos:

Edad: Tiempo de vida en años cumplidos.

Embarazos (gestas): Número de veces que ha logrado concebir, corroborada por clínica ó laboratorio

Partos: Número de nacimientos.

Cesáreas: Número de extracciones de un producto de la concepción por vía quirúrgica abdominal.

Abortos: Productos expulsados antes de la semana 20 de gestación (los gemelares cuentan por uno).

Factores sociales:

Estado civil: Condición de unión o no con otra persona de acuerdo a lo establecido en término legal.

Ocupación : Actividad económica que desempeña.

Factores económicos.

Ingreso: Número de salarios mínimos al día, si queda entre 1y2, 2y3, etc.

Se tomará el valor inferior.

SM=\$34.

Factores culturales:

Religión, doctrina que profesa.

Cuando se debe recibir la primera consulta prenatal: con el fin de corroborar que si conoce el programa de atención prenatal.

Cuando recibió su primer consulta: para estadificar lo oportuno de la atención prenatal.

Por que no acudió a tiempo: Se preguntará solo a los que no recibieron atención prenatal oportuna, buscando otra característica no incluida en el cuestionario.

TIPO DE VARIABLES

EDAD:	CUANTITATIVA DISCRETA.
EMBARAZOS:	CUANTITATIVA DISCRETA.
PARTOS:	CUANTITATIVA DISCRETA.
CESAREAS:	CUANTITATIVA DISCRETA.
ABORTOS:	CUANTITATIVA DISCRETA.
ESTADO CIVIL:	CUALITATIVA NOMINAL.
ESCOLARIDAD:	CUALITATIVA ORDINAL.
OCUPACION:	CUALITATIVA NOMINAL.
HORARIO DE TRABAJO:	CUALITATIVA NOMIAL.
INGRESO:	CUANTITATIVA DISCRETA.
RELIGION:	CUALITATIVA NOMIAL.
PRIMER CONSULTA:	CUALITATIVA NOMINAL.
CUANDO DEBE RECIBIR LA PRIMER CONSULTA:	CUALITATIVA NOMINAL.

Para recolectar la información se utilizó un cuestionario (anexo 1) utilizado en (2) modificado para el propósito del estudio.

Los resultados se ordenaron y analizaron buscando diferencias entre las características de ambas poblaciones por medio de la prueba de Xi cuadrada. Los resultados se exponen en tabla y gráficas, la relación existente se expuso en tablas.

IMPLICACIONES ETICAS

No existen, dado que se dará oportunidad de abandonar el cuestionario y antes se informó los motivos del estudio y lo confidencial de la información.

RECURSOS:

El investigador aportará lo económico para material de encuesta y el mismo aplicará el cuestionario.

DISEÑO ESTADISTICO.

Para poder analizar la información recolectada mediante el cuestionario se obtuvo proporciones, además de que para las variables cualitativas se utilizó CHI cuadrada para buscar diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos, para las variables cuantitativas se comparó las medidas de tendencia central (MODA, MEDIANA, DESV. ESTANDAR, VARIANZA).

RESULTADOS.

De las 94 pacientes encuestadas, 47 del grupo de atención prenatal oportuna y 47 del grupo de atención prenatal no oportuna se encontró los siguientes resultados: En cuanto a la edad, los valores de las medidas de distribución central tienden a ser menores para el grupo de atención prenatal no oportuna, aunque cabe mencionar que su distribución es más dispersa dada su amplitud que es mayor que para el grupo de atención prenatal oportuna.(Cuadro 1).En cuanto a la frecuencia de distribución para ambos grupos, se observa que predominó la edad de 18 años en el grupo de atención prenatal no oportuna y 30 años para el grupo de atención prenatal oportuna. (Gráfica 1).

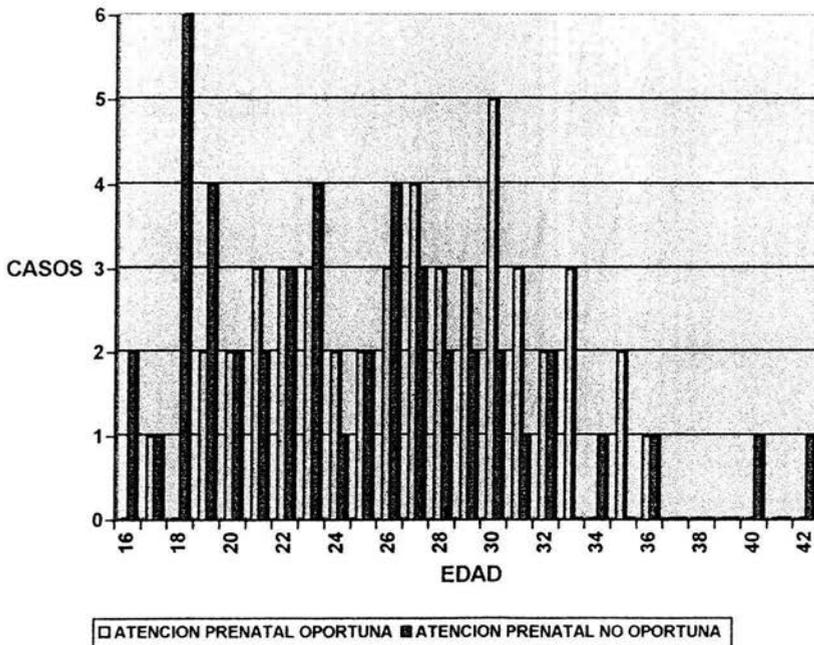
CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS DE LA EDAD SEGÚN LA ATENCIÓN PRENATAL OPORTUNA Y NO OPORTUNA EN EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21 DEL IMSS ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.

FUNCION	ATENCIÓN PRENATAL	ATENCIÓN PRENATAL
	OPORTUNA	NO OPORTUNA
MEDIA	26.8	24.55
MODA	30	18
MEDIANA	27	23
DESVIACION EST.	4.79	6.13
VARIANZA	23.27	37.68
AMPLITUD	19	26

Fuente. Cuestionario para investigar las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

GRAFICA 1.

**EDAD RESPECTO A ATENCION PRENATAL OPORTUNA
O NO OPORTUNA EN EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21 DEL IMSS DE
ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.**



Fuente. Cuestionario para investigar las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

En cuanto al número de embarazos, predomina en el grupo de atención prenatal oportuna, las trigestas, en cambio en el grupo de atención prenatal no oportuna predominan las secundigestas; el estado civil predominaron las casadas para ambos grupos, así como para la escolaridad predominó la secundaria para ambos grupos, para la ocupación, predominó el hogar seguido de empleada para ambos grupos, para el ingreso predominó el de un salario mínimo para el grupo de atención prenatal oportuna y el de dos salarios mínimos para el grupo de atención prenatal no oportuna, en cuanto a la religión predominó la católica para ambos grupos, así como también se encontró que para ambos grupos, la mayoría no recibe atención en otra institución, en cuanto a el conocimiento a cerca de cuando deben acudir a su atención prenatal, para ambos grupos predominó la respuesta afirmativa, pero el desconocimiento de oportunidad de la atención prenatal fue mayor en el grupo de atención prenatal no oportuna respecto a el grupo de atención prenatal oportuna. En cuanto a las embarazadas que reportaron algún empleo, en el grupo de atención prenatal oportuna predominó el turno mixto, y para el grupo de atención prenatal no oportuna predominó el turno matutino, en cuanto al número de horas que laboran, se encontró predominio importante en ambos grupos para la modalidad de ocho horas ó menos.(Cuadro 2).

CUADRO 2. CARACTERISTICAS DE LAS EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. No.21 DEL IMSS. SEGÚN SU
ATENCIÓN PRENATAL. ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.

CARACTERÍSTICAS	ATENCIÓN OPORTUNA (%)	PRENATAL ATENCIÓN OPORTUNA (%)	PRENATAL NO
EMBARAZOS			
1	23.3		31.8
2	29.6		38.16
3	31.8		16.96
4	8.4		10.6
5	4.24		2.12
7	2.12		0
ESTADO CIVIL			
SOLTERA	6.36		16.96
CASADA	86.92		76.32
VIUDA	4.24		0
DIVORCIADA	2.12		6.36
ESCOLARIDAD			
PRIMARIA	6.36		8.4
SECUNDARIA	48.76		55.12
CARRERA TECNICA	21.2		10.6
BACHILLERATO	14.84		21.2
LICENCIATURA	8.4		4.24
OCUPACION			
HOGAR	46.64		53
EMPLEADA	36.04		29.6
PROFESIONISTA	8.4		8.4
COMERCIANTE	8.4		8.4
HORARIO			
MATUTINO	12.72		4.24
VESPERTINO	8.4		23.3
NOCTURNO	2.12		2.12
MIXTO	29.68		16.96
HORAS			
8 Ó MENOS	42.8		38.16
MAS DE 8	10.6		8.4
INGRESO			
1 SM	42.4		19.08
2 SM	38.16		48.76
3 SM	8.4		23.3
4 Ó MÁS SM	10.6		8.4
RELIGION			
CATÓLICA	97.52		89.04
TESTIGO DE J.	2.12		10.6
ATENCIÓN EN OTRA INSTITUCIÓN			
SI	14.84		21.2
NO	84.8		78.44
SABE DE APNOP			
SI	78.44		55.12
NO	21.2		44.52

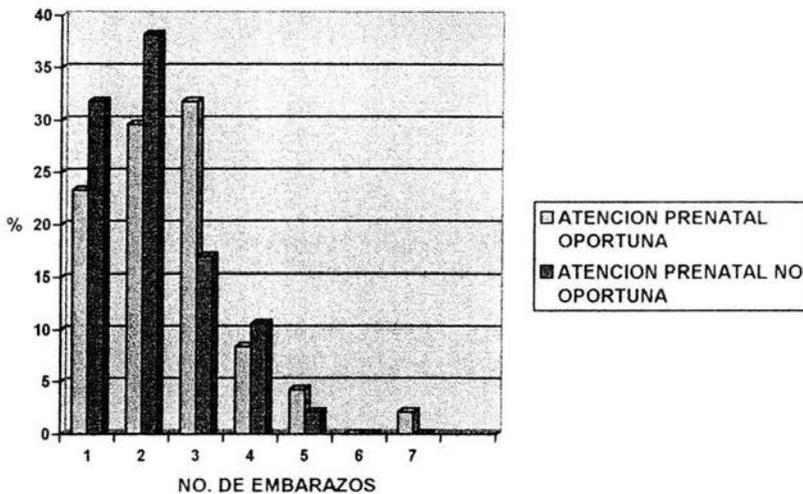
Fuente. Cuestionario para investigar las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

Cabe mencionar que a estas variables se les aplicó la prueba estadística de Chi cuadrada para buscar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, encontrando dicha significancia en las modalidades de salario mínimo menor ó igual a uno, donde predominó el grupo de atención prenatal oportuna, y en la modalidad de conocimiento a cerca de cuando se debe acudir a la atención prenatal, donde predominó el grupo de atención prenatal oportuna, para ambos casos se obtuvo un valor de P menor de 0.05

Así también es necesario comentar que el porcentaje de embarazadas trigestas predominó en el grupo de atención prenatal oportuna, en tanto que las secundigestas en el grupo de atención prenatal no oportuna, sin evitar hacer énfasis en que para el grupo de atención prenatal no oportuna se observa un porcentaje importante de secundigestas y trigestas, y en menor proporción primigestas. (Gráfica 2),

GRAFICA 2.

**EMBARAZOS SEGUN ATENCION PRENATAL EN
EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21
IMSS. ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.**

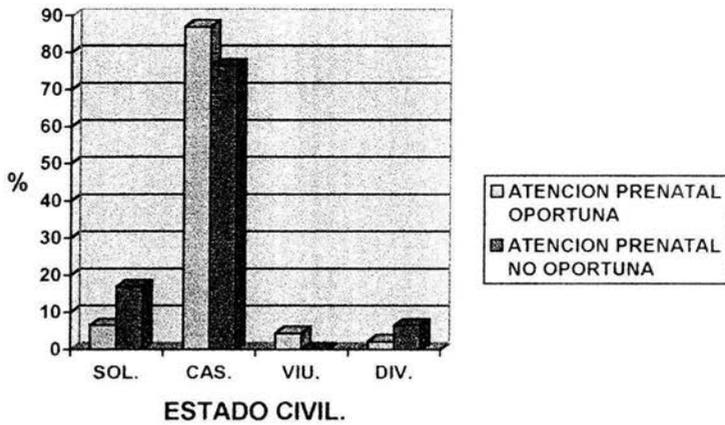


Fuente: Cuestionario para investigar las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

En cuanto a el estado civil, en ambos grupos predominan las casadas (Gráfica 3) igualmente que en cuanto a ocupación predomina el hogar aunque el porcentaje para empleadas es también importante para ambos grupos. (Gráfica 4).

GRAFICA 3.

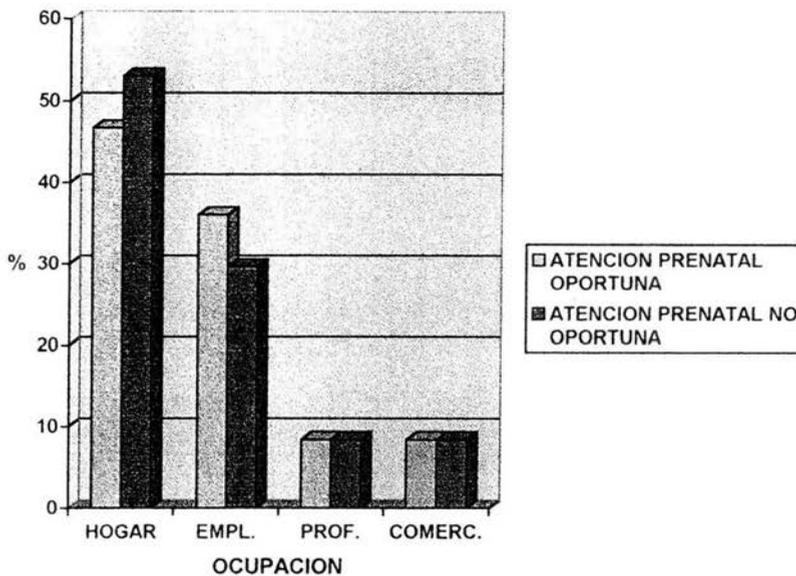
**ESTADO CIVIL SEGUN ATENCION PRENATAL EN
EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA
UMF 21 IMSS. ABRIL A DICIEMBRE DE 1999**



FUENTE: Cuestionario para investigar las características biológicas sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

GRAFICA 4.

**OCUPACIÓN SEGUN ATENCIÓN PRENATAL EN
EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21
IMSS. ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.**



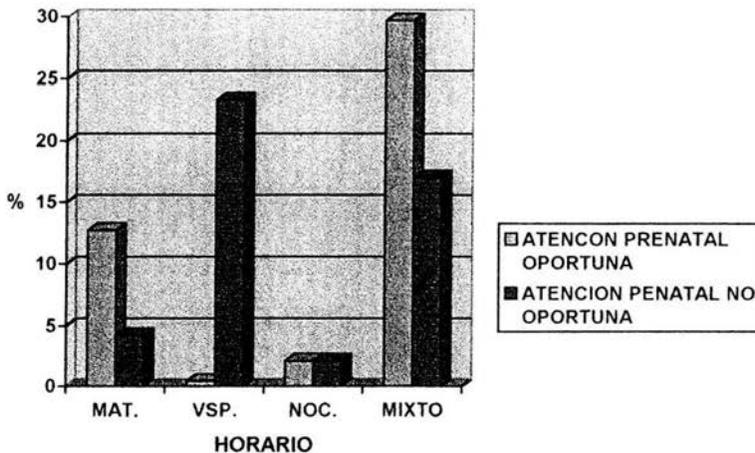
Fuente: Cuestionario para investigar las características biológicas sociales, económicas y culturales de las embarazadas

En cuanto al horario de trabajo, predomina el mixto para el grupo de atención prenatal oportuna y el vespertino para el grupo de atención prenatal no oportuna. (Gráfica 5). En cuanto al ingreso, predomina para el

grupo de atención prenatal oportuna el de 1 salario mínimo ó menos, en tanto que para el grupo de atención prenatal no oportuna predomina el de 2 salarios mínimos (Gráfica 6).

GRAFICA 5.

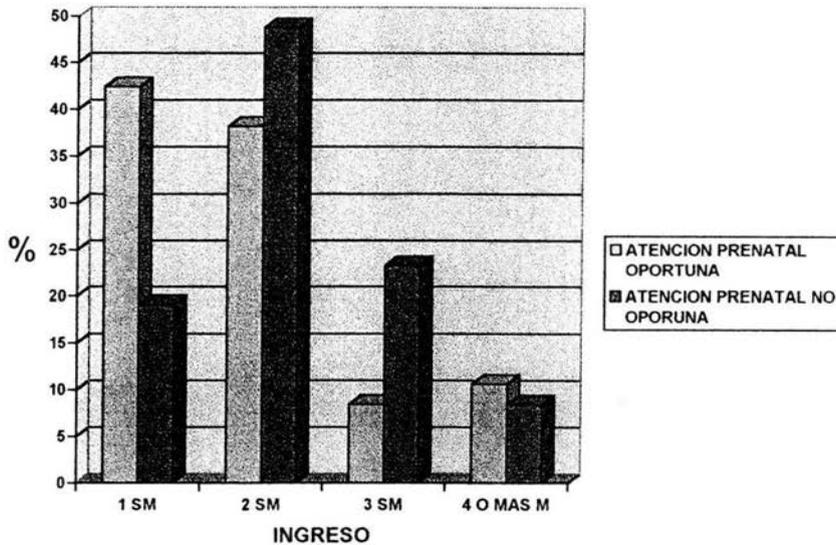
**HORARIO DE TRABAJO SEGUN ATENCION
PRENATAL EN EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21 DEL IMSS.
ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.**



Fuente: Cuestionario para investigar las características biológicas sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

GRAFICA 6

**INGRESO SEGUN ATENCION PRENATAL EN
EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21
DEL IMSS DE ABRIL A DICIEMBRE DE 1999**

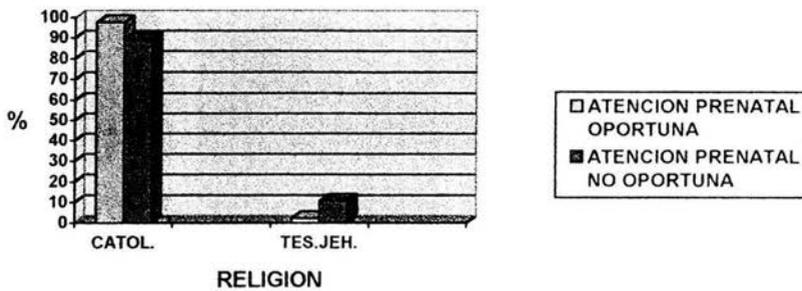


Fuente: Cuestionario para investigar las características biológicas sociales, económicas y culturales de las embarazadas

En cuanto a la religión se observó predominio de la católica para ambos grupos y de manera muy importante. (Gráfica 7). Así también para ambos grupos la mayoría reportó no recibir atención por parte de otra institución. (Gráfica 8)

GRAFICA 7.

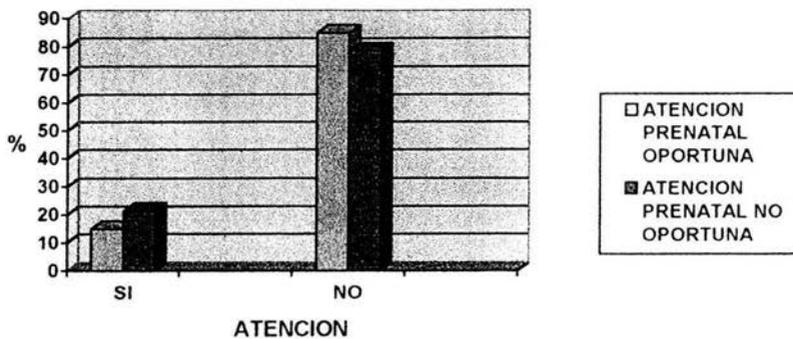
**RELIGION SEGUN ATENCION PRENATAL EN
EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21
DEL IMSS. ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.**



Fuente: Cuestionario para investigar las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

GRAFICA 8.

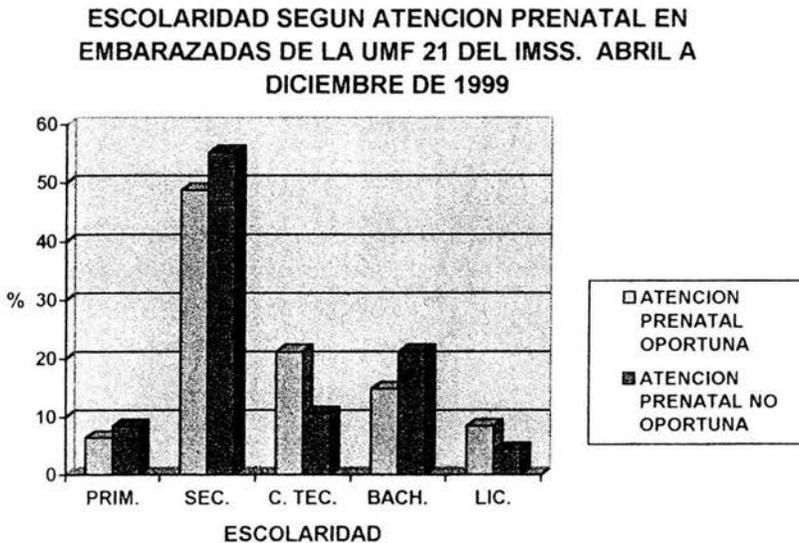
**ATENCION EN OTRA INSTITUCION SEGUN ATENCION
PRENATAL EN EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES
DE LA UMF 21 DEL IMSS. ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.**



Fuente: Cuestionario para investigar las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

En cuanto a la escolaridad, para ambos grupos predominó la secundaria, sin existir diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. (Gráfica 9). En cuanto al conocimiento sobre la oportunidad de la atención prenatal, la mayor proporción de la población si sabía que debe acudir en el primer trimestre, pero se observa que la proporción que no sabe cuando acudir es mayor en el grupo de pacientes que no acudió a tiempo a su atención prenatal, y esta diferencia es estadísticamente significativa. (Gráfica 10).

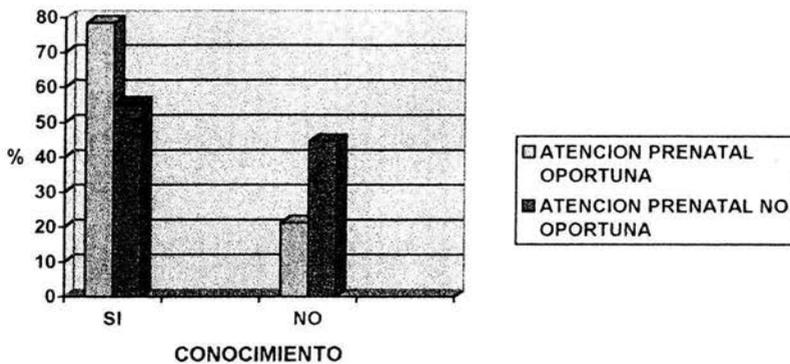
GRAFICA 9



Fuente: cuestionario para investigar las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

GRAFICA 10

**CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN PRENATAL
OPORTUNA SEGÚN TIPO DE ATENCION PRENATAL
RECIBIDA EN EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES
DE LA UMF 21 DEL IMSS. ABRIL A DICIEMBRE DE
1999.**

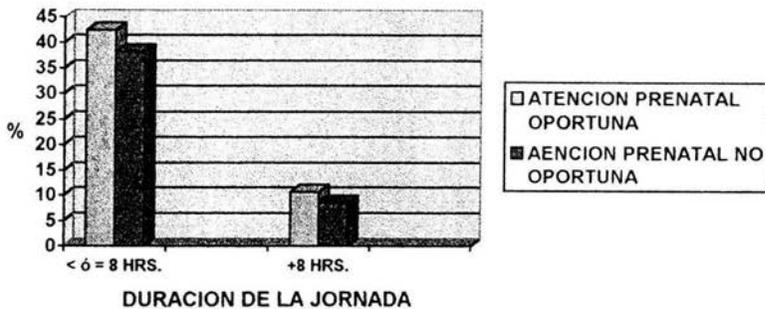


Fuente: Cuestionario para investigar las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas,

En cuanto a la duración de la jornada laboral en las embarazadas que reportaron algún empleo, predominó para ambos grupos la jornada menor ó igual a ocho horas, sin existir diferencias estadísticamente significativas. (Gráfica 11).

GRAFICA 11

DURACION DE LA JORNADA LABORAL EN EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21 DEL IMSS. ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.



Fuente: Cuestionario para investigar características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

En cuanto al grupo de atención prenatal no oportuna se encontró que la principal causa de inasistencia fue el desconocimiento de cuando se debe asistir a su atención prenatal, seguida de el descuido, falta de tiempo y la no derechohabencia en el momento del embarazo. (Cuadro 3, Gráfica 12).

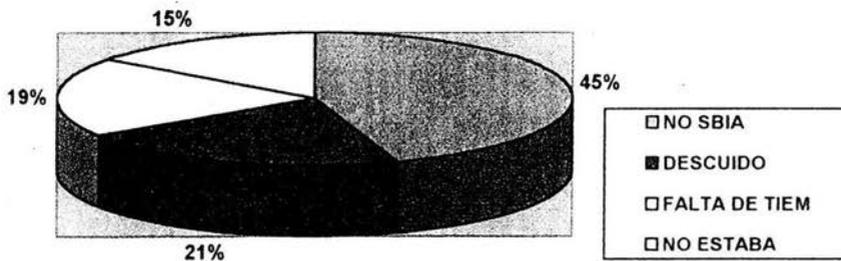
CUADRO 3
CAUSAS DE ATENCION PRENATAL NO OPORTUNA MÁS
FRECUENTES EN EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA
UMF21 DEL IMSS. ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.

CAUSAS	PORCENTAJE
NO SABIA QUE DEBIA ASISTIR	44.52
DESCUIDO	21.2
FALTA DE TIEMPO	19.08
NO ESTABA ASEGURADA	14.84

Fuente: Cuestionario para investigar las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas.

GRAFICA 12

CAUSAS MAS FRECUENTES DE ATENCION
PRENATAL NO OPORTUNA EN EMBARAZADAS
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No.21 DEL IMSS.
ABRIL A DICIEMBRE DE 1999.



Fuente: Cuestionario para investigar las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las embarazadas .

CONCLUSIONES.

Se cumplió adecuadamente el objetivo del estudio, encontrando como diferencias relevantes al ingreso y el conocimiento a cerca de cuando se debe recibir la atención prenatal. En el resto de las características, aunque no se encontró diferencias estadísticamente significativas, cabe mencionar que al realizar el análisis de dichas variables, se aclaran algunas incógnitas a cerca de las características generales de la población derechohabiente de la UMF 21, ya que se observa una escolaridad para los dos grupos predominante en secundaria, además de la religión, en donde predominó la católica, en cuanto a ocupación donde predominó el hogar, en cuanto a el estado civil, donde predominó el casada ó unión libre y el ingreso, donde predominó el percibir uno y dos salarios mínimos para el grupo de atención oportuna y no oportuna respectivamente, con lo anterior, podemos identificar a nuestra población , como urbana, con un nivel de educación en secundaria, un tanto aun tradicionalista por el hecho de que predomina la ocupación hogar, y que ocupa en su mayoría solamente los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, en este caso a cargo de la U M F 21.

Así con este bosquejo de nuestra población y sus características predominantes, se puede decir en base a las demás que a pesar de que nuestra población es importantemente activa en cuanto a el uso de la UMF 21, a pesar de el promedio de educación, que es aceptable para

inferir que se posee cierto nivel de conocimiento que facilite la instrucción por el equipo multidisciplinario a cerca de cuando acudir a su atención prenatal, no se ha logrado incidir en el conocimiento de las pacientes en cuanto a este tema, ya que a pesar de que en ambos grupos se refirió tener dicho conocimiento por la mayoría, obviamente con predominio en el grupo que acudió a tiempo a su atención prenatal, aún el porcentaje que negó dicho conocimiento es muy elevado para la población dadas las características encontradas ya expuestas, lo que nos hace contrastar con lo encontrado por Martínez y cols, que sugieren asociación de la escolaridad y el mayor ingreso con una mas adecuada atención prenatal. Cabe agregar al respecto que observamos que el mayor porcentaje de embarazadas con atención prenatal no oportuna refirió tres o más embarazos, por lo que muy difícil explicar el por que aun no sabe cuándo debe acudir a su atención prenatal.

En cuanto a las que no acudieron a tiempo a su atención prenatal, se observa nuevamente que el no saber cuando deben acudir, predominó sobre las otras causas, lo que refuerza lo antes expuesto, que no se ha logrado incidir en cuanto educación para la salud en este importante grupo. Como segunda causa del por que no se acude a tiempo se encontró el descuido, lo que denota además que no hemos logrado concientizar suficientemente a la población a cerca de la importancia del control y atención prenatales.

También debemos agregar que el factor edad, como causa de no asistencia no se evidencia en este estudio, ya que las medidas de tendencia central se situaron en la tercer década de la vida, que es la que se propone como adecuada para la reproducción.

Así podemos inferir que un factor muy importante que sin duda tiene mucho que ver con la no asistencia oportuna a la atención prenatal es la falta de información a cerca de este tema, lo que deberá hacemos individualizar en cada caso y realizar una evaluación en cuanto a este proceso de transmisión de información para detectar las fallas y proponer el correctivo mas adecuado para el beneficio de nuestros derechohabientes y por ende sus familias.

SUGERENCIAS.

Dado que el principal factor identificado es potencialmente modificable, se proponen las siguientes medidas para incrementar el nivel de conocimientos a cerca de atención prenatal en las derechohabientes, con una forma masiva, variada y amena que logre interesarlas de uno u otro modo.

- 1.-Promover el aumento en el número de pláticas de pasillo a cerca de la atención prenatal, con mejoras en cuanto a preparación de quien imparte las pláticas para lograr resolver todas las dudas que surjan y además lograr la atención de la gente, en base a sus capacidades personales (Timbre de la voz, pulcritud, seguridad, firmeza, seriedad para con el tema etc.) y a mejorar el material disponible para dicha impartición.
- 2.-Insistir en reunir a las derechohabientes embarazadas en las pláticas por parte de trabajo social, y valorar la probabilidad de no solo invitar a embarazadas sino a mujeres en edad fértil para buscar que estas difundan la información con familiares y conocidos.
- 3.-Instruir a los grupos de apoyo en la importancia de la captación de dichas pacientes buscando que estos identifiquen y refieran pacientes que en algún momento puedan estar renuentes a asistir a la UMF, haciendo énfasis en que solamente es el uso de los recursos de la comunidad para la comunidad y la identificación con la población que facilita la confianza

para recibir una orientación.

4.-Insistir al equipo multidisciplinario que el informar a cerca de este tema es parte de la cotidianidad de la consulta y dicha información no debe limitarse solamente a las mujeres sino también a los esposos.

5.-Buscar mediante apoyo de las autoridades correspondientes la distribución de trípticos que enfatizen en las consecuencias probables de no acudir a tiempo a la atención prenatal y resalten las ventajas de llevar un control adecuado desde el inicio del embarazo.

6.-Impulsar mediante las autoridades correspondientes la difusión mediante videos en las salas de espera de la información de atención prenatal.

7.-Promover la realización de murales llamativos que informen de dicha necesidad de atención en tan importante etapa de la vida reproductiva.

8.-Promover acciones que concientizen al equipo multidisciplinario para lograr la óptima calidad de la atención médica y así hacer mas atractivos los servicios que proporciona el instituto.

BIBLIOGRAFIA

1. Vega VG, Evaluacion de la atencion materno-infantil en 5 unidades de medicina familiar: Salud Pública Mex 1993; 35:283-287.
2. Martinez GL, Reyes FS, Garcia PM. Utilización adecuada de la atencion prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social: Salud Pública Mex 1996; 38:341-351.
3. Vitelio VM, Cardona PJ, Madrazo NM, Salud Materna, Una prioridad institucional permanente; Rev Med IMSS (Mex) 1997 ; 35:393-394
4. Ramirez SR, Cid GJ, Sanchez MO, Santana HA , Orozco LS, Martinez RE. Atención prenatal en medicina familiar. Rev Med IMSS(Mex) 1998;36:45-60
5. Julie C, Recknor PD, Routt MD, Paul M, Darden MD, Robert A , et all. Prenatal Care and infant lead exposure. J Pediatric 1997., 130:123-127
6. Ruy L. Buchalla SM. Maternal and child healt indicators: implications of the tenth revision of the internatinal classification of Diseases. Pan Am J Public Healt 1997., 2:13-17
7. Coordinación de Salud Reproductiva y materno infantil Norma tecnica para la vigilancia materno infantil 1995
8. Velasco OR, Alvarez AC, Mejia RO. El patron del incremento ponderal durante el embarazo normal. Ginec Obst Mex 1998; 66:98-102

9. Dawn PM, Bernard G. Benefits and limitations of prenatal Care from cutting Visits to measuring Content. JAMA 1998;279: 1661-2
10. Homan RK, Korenbrot CC., Explaining Variation in birth Outcomes of medicaid Eeligible Woman with variation in the adequacy of prenatal support services. Medical Care 1998, 36: 1990-201.
11. Langer A, García C, Leis T, Reynoso S, Hernandez B. El apoyo psicosocial durante el embarazo como estrategia para promover la salud del recién nacido. Rev Invest Clin. 1993; 45: 317-28
12. H Cocaine Use During Pregnancy: A Case control Study. Obstet Gynecol 1997;90: 142 -46. utchins E, Dipietro J. Psychosocial Risk Factors associated With
13. Walsh RA, Redman S, Brinsmead MW, Byrne JM, Melmeth A. A Smoking Cessation Program at a Public health 1997;87:1201-1204.
14. Ray WA, Gigante J, Mitchel EF, Hickson GB. Perinatal Outcomes Following Implemetation oe Tenn Care. JAMA 1998;279:314-316
15. Clark K, Mei Fch, BurnettC. Accuracy of Birth Certificate Data Regarding the Aumont, Timing, and Adequacy of Prenatal Care Using Prenatal Clinic Medical Records as Referents. Am J Epidemiol;145:68-71.
16. Kogan MD. Martin JA, Alexander GR, Kotelchuck M Ventura SJ Frigoletto FD, The Changing Pattern of Prenatal Care Utilization in the United States, 1981-1995, Using Different Prenatal Care Indices. JAMA 1998;279 1623-1628

17. Evans LD, Adams MM, Delayne KM, WilsonHG, Rochat RW, Mccarthy BJ. Patterns of prenatal Care Initiation In Georgia, 1980-1992. *Obstet Gynecol*1997;90:71-77
18. Handler A, Rosenberg D, Raube K, Kelley MA: Healt Care Characteristics Associated Whit women's Satisfaction withprenatal Care. *Med Care* 1998;36:679-694.
19. Lira PJ, Delgado GC , Aguayo GP, Coria SI,Zambrana MN, Ibarguengoita OF.. y cols. Edad materna avanzada y embarzo ¿Que tanto es tanto? *Ginec Obst Mex* 1997; 65: 373-378.
20. Mayén MD, Hernandez GC, Grether G:P. Actitud a a ceptación de las mujeres embarazadas hacia el diagnóstico citogénico prenatal. *Ginec Obstet Mex* 1997; 65: 107-110.

