



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 61.
CÓRDOBA, VERACRUZ



TÍTULO:

**Relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de
Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia.**

De un hospital de 2º nivel de atención en salud.

Tesis de Posgrado

Grado a Obtener: Médico Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. Francisco Roberto Céspedes Castillo.

ASESOR:

Dra. Maria Aurea Mendoza Olvera.

Córdoba Ver, 2014



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 61.
CÓRDOBA, VERACRUZ



TÍTULO:

**Relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de
Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia.**

De un hospital de 2º nivel de atención en salud.

Tesis de Posgrado

Grado a Obtener: Médico Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. Francisco Roberto Céspedes Castillo.

ASESOR:

Dra. Maria Aurea Mendoza Olvera.



Instituto mexicano del Seguro Social
Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas
Coordinación Delegacional de Educación en Salud
Autorización para informe final del trabajo de tesis recepcional titulado:

**Relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de
Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia.**

De un hospital de 2º nivel de atención en salud.

Nombre del Autor: Dr. Francisco Roberto Céspedes Castillo
Número de Registro R-2013-3101-2
Especialidad que acredita: Medicina Familiar.
Promoción del 1 de marzo del 2012 al 28 de febrero del 2015

Unidad Sede: UMF 61, Córdoba Veracruz.

Institución que otorga el Aval: Universidad Veracruzana

Dr. Andrés Daniel Zavaleta Pérez
Coordinador Clínico de Educación en
Salud e Investigación del HGZ
Número 8

Dra. Yolanda Flores Fuentes.
Coordinador Clínico de Educación en
Salud e Investigación UMF 64

Dra. María Aurea Mendoza Olvera.
Asesor e Tesis.



Instituto mexicano del Seguro Social
Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas
Coordinación Delegacional de Educación en Salud
Autorización para informe final del trabajo de tesis recepcional titulado:

**Relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de
Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia.**

De un hospital de 2º nivel de atención en salud.

Nombre del Autor: Dr. Francisco Roberto Céspedes Castillo
Número de Registro R-2013-3101-2
Especialidad que acredita: Medicina Familiar.
Promoción del 1 de marzo del 2012 al 28 de febrero del 2015

Unidad Sede: UMF 61, Córdoba Veracruz.

Institución que otorga el Aval: Universidad Veracruzana

Dr. Andrés Daniel Zavaleta Pérez
Coordinador Clínico de Educación en
Salud e Investigación del HGZ
Número 8

Dra. Yolanda Flores Fuentes.
Coordinador Clínico de Educación en
Salud e Investigación UMF 64

Dr. José Arturo Córdova Fernández
Auxiliar Delegacional de Educación.
Delegación Veracruz Sur.



Instituto mexicano del Seguro Social
Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas
Coordinación Delegacional de Educación en Salud



UNIVERSIDAD VERACRUZANA.

Autorización Para Informe Final De Trabajo De Tesis Recepcional Titulado:

**Relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de
Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia.**

Subtitulo.

De un hospital de 2º nivel de atención en salud.

Autorizaciones.

M. C Enrique Leobardo Ureña Bogarin.
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Veracruz Sur.

Dr. José Arturo Córdova Fernández.
Coordinador Auxiliar Medico de Educación en la salud.
Delegación Veracruz Sur.

Dr Carlos Francisco Vázquez Rodríguez.
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en la salud.
Delegación Veracruz Sur.

Agradecimientos.

Gracias al gran arquitecto del universo por permitirme participar en esta su gran obra como un artífice mas para remediar algunos los males que afectan al núcleo de la sociedad, la familia.

A mi madre por ser siempre como es, a mi padre, que desde donde este siempre tengo su presencia a mi lado.

A Gaby, el amor de mi vida y mi compañera, gracias por tu apoyo y ser parte fundamental de este sueño nuestro por un bien mejor.

A Julio y Eduardo que crecen a pasos agigantados, ya pronto estaremos juntos otra vez.

A mis hermanas y sobrinos para que siempre continúen orgullosos de mi

A Doña Soco y Don Julio, Maritza, Susana y Mario, por su apoyo con mi familia en este largo viaje. Gracias.

A mis hermanos Emanuel y Jiménez gracias por su apoyo y amistad; a Rafael, Juan, Fausto y Rodrigo, Gracias por formar parte del círculo interno

A mi hermano Jorge que se nos adelanto al gran rave del cielo.

A mi asesora la Dra. María Aurea Mendoza Olvera por su apoyo para la realización de este trabajo de investigación.

A la Dra. Yolanda Fuentes Flores por su incomparable guia en esta travesía por la residencia

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por aceptarme en este programa de especialización, así mismo al hospital General de Zona No. 8, ala unidad de Medicina Familiar No 64 y a la unidad de Medicina familiar No 61 de Córdoba, Veracruz por admitirme y preparame como especialista; al personal de este por ser los maestros adecuados para mi superación profesional.

**Relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de
Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia.
De un hospital de 2º nivel de atención en salud.**

Índice.

Índice.....	10
Resumen	¡Error! Marcador no definido.
I. Antecedentes	12
I. I. Antecedentes generales.....	12
I. II. Antecedentes Específicos.....	14
II. Planteamiento Del Problema.....	16
III. Hipótesis.....	19
IV. Objetivos.....	19
IV. I. Objetivo General.....	19
IV.II. Objetivos Específicos.....	19
V. Materiales Y Métodos.....	20
V. I. Diseño De Estudio.....	20
V. II. Universo de trabajo.....	20
V. III. Tipo de variables y escalas de medición.....	20
V.IV. Selección de la muestra.....	24
V. IV. I. Tamaño de la Muestra.....	24
V. IV. II. Criterios de selección de la muestra.....	25
V. V. Procedimientos.....	26
V. VI. Análisis Estadístico.....	27
VI. Consideraciones Éticas.....	27
VII. Recursos Para el estudio.....	28
VII. I. Humanos.....	28
VII. II. Materiales.....	28
VII. III. Financieros.....	28
VIII. Resultados.....	29
IX. Discusión.....	55
X. Conclusiones.....	57
XI. Bibliografía.....	59

Resumen	
NOMBRE DEL PROYECTO	Relación del Índice de Pobreza Familiar y Diagnóstico de ingreso de Pacientes a Gineco-obstetricia. De un hospital de 2º nivel de atención en salud.
OBJETIVO	Determinar La relación del Índice de Pobreza Familiar (ISPF) y diagnóstico de ingreso (DI) de Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia (GO) en el área de Hospitalización de un hospital de segundo nivel de atención en salud.
MATERIAL Y MÉTODOS	<p>1.-Diseño de estudio: Prospectivo, Trasversal.</p> <p>2.-Universo de trabajo: Paciente hospitalizadas en el servicio de GO del Hospital General de zona no. 8 Córdoba Veracruz (HGZ 8) del 01 Marzo al 31 de Mayo 2013.</p> <p>3.- Variables: ISPF; DI; Unidad Médico Familiar correspondiente y Antecedentes GO</p> <p>4.-Tamaño de muestra: 179 Pacientes Determinada estadísticamente.</p> <p>5.-Procedimiento. Se aplicó al ingreso hospitalario, un instrumento con variables sociodemográficas, antecedentes GO, DI e instrumento que mide ISPF.</p>
RESULTADOS	<p>179 pacientes con edad de 29.34+ 9.38 años, con índice simplificado de Pobreza familiar (ISPF) 45.8%: 38.5% presentan pobreza familiar baja y 7.3% presentan pobreza familiar alta y 54.2% sin evidencia de Pobreza familiar. 36.9% son pacientes enviadas de unidades externas y Hospitales de Sub zona, un 63.1% son pacientes de la ciudad de Córdoba y unidades periféricas a esta; la principal causa de ingreso a hospitalización es puerperio quirúrgico con 36.9%.</p> <p>De acuerdo a la χ^2 $p < .05$, hay estadísticamente diferencia significativa en los grupos de ISPF y DI :</p> <p>Conclusiones: el ISPF es mayor al esperado acorde con la literatura, el DI con mayor porcentaje es el puerperio quirúrgico</p>
Palabras clave	Pobreza, Mujeres, Ginecología, Obstetricia, Índice simplificado de Pobreza Familiar.

I. Antecedentes

I. I. Antecedentes generales.

La Pobreza es se define como “situación en la que no tenemos lo suficiente para vivir una vida que es considerada normal en la sociedad”, es un síndrome situacional en el que se asocian el infra consumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, etc. ¹ Desde tiempos inmemoriales se ha asociado a múltiples patologías tanto infecciosas ² como no infecciosas, como por ejemplo, el Cáncer cérvico uterino que es una importante causa de morbi mortalidad en los países de Latinoamérica, aunque en estudios recientes de las dos ultimas décadas se reporta que ha decaído especialmente en áreas con mejores índices de desarrollo ³ y se observa que en subregiones con alto porcentaje de población con necesidades insatisfechas, con miseria y pobreza, presenta tasas de mortalidad de cáncer cérvico uterino más altas,³ así como mayores riesgos de infecciones del tracto genital o de complicaciones en el embarazo.⁴

La pobreza forma parte de los factores de riesgo más comunes asociados en la mortalidad general de la población, ^{5,6} así mismo se ha demostrado que los infantes con pobreza van a presentar mayor riesgo de presentar alteraciones en el desarrollo psicomotriz durante el 1 er año de vida, ⁷ la explicación que se ha dado a las mayores cifras de talla baja en la población indígena, es una combinación de factores étnicos y ambientales al concentrarse en ellos por generaciones la pobreza.⁸

Se ha encontrado que en procesos infecciosos, ya forma parte de los factores de riesgo como infecciones, índice de masa corporal disminuida, tabaquismo, etc. ^{9,10} En estudios de las comunidades de niños chilenos donde encontramos que la

pobreza es parte habitual de la comunidad indígena aunada a esto se encuentra en datos de baja talla y desnutrición.⁸

La pobreza si mismo se ha relacionado con toxicomanías y hábitos negativos a la salud como tabaquismo y consumo de alcohol.^{11,12.}

De acuerdo al Banco Nacional de México el 48% de los mexicanos presenta Pobreza Patrimonial, la medición de la pobreza que se utiliza para el diseño de las políticas de desarrollo social se enfoca en el nivel de ingresos al que las personas tienen acceso para satisfacer un conjunto de necesidades básicas^{13,14,}^{15.} En cifras oficiales indican que se ha incidido en la pobreza en los últimos 30 años del 75% al 45%, basada en el ingreso económico, siendo una medición unidimensional, en la cual se utiliza el ingreso como una aproximación del bienestar económico de la población, las dimensiones sociales del bienestar, como salud y educación tienden a quedar fuera del rango de cobertura de los ingresos.^{5, 16,17}

Considerando que la metodología de medición de la pobreza debe resolver 2 problemas básicos el de identificación y el de agregación a la medición de otros factores,¹⁷ las estimaciones de la pobreza se debe de analizar en 3 niveles básicos: alimentaria, capacidades y de patrimonio.¹⁴

En México se tiene una población de 108, 941, 641.00 habitantes, de los cuales 21, 204, 441 personas presentan pobreza alimentaria, 30, 029, 507 pobreza de capacidades y 57, 707, 660 habitantes con pobreza patrimonial, siendo paradójicamente el mayor índice de pobreza alimentaria en la zona rural y la mayor pobreza patrimonial en la zona urbana y casi el mismo porcentaje de pobreza de capacidades tanto en zona urbana como en zona rural.¹⁸

Muchos países no han analizado las implicaciones para la reducción de la pobreza y desigualdad de los altos núcleos de gasto del bolsillo que caracterizan su sistema de salud, un ejemplo de los 1072 pacientes derechohabientes del Instituto Nacional de Neurología, atendidos en los últimos 10 años, mediante las visitas domiciliarias se encontró un rango de ingreso de \$400.00 a \$5,370.00 pesos

mensuales donde el grosso de la población atendida fluctúa entre los \$400.00 y los \$3,700.00, es decir un alto número de pacientes que acuden a estos centros solo están con nivel socioeconómico bajo.^{9, 20}

I. II. Antecedentes Específicos.

La pobreza es un factor común de múltiples patologías, en este caso del cáncer de mama y cáncer cervico uterino y otras neoplasias se nota una clara repercusión en el aumento de casos en sitios donde la pobreza es mayor, en algunos casos se sospecha que se debe a una mala distribución o impacto de los sistemas de salud³. Así mismo desencadena que los gobiernos creen programas de apoyo y rescate ya que la pobreza aumenta el riesgo de enfermedades, así mismo se considera un factor de riesgo para la infección por VIH.^{21, 22,23, 24}

Las mujeres son históricamente las principales afectadas en nuestra sociedad, debido a los roles de género tradicionales, las mujeres tienen menor probabilidad de trabajar para generar ingresos y ahorros que les permiten solventar sus necesidades económicas en la vejez .Se ha encontrado relación de las enfermedades genitales femeninas infectocontagiosas como Micoplasmosis, tricomoniasis, vaginosis bacterianas y la pobreza.^{13,25,26}

La pobreza así mismo es un factor de riesgo para la presencia de complicaciones durante el embarazo o al final de este, como la diabetes gestacional. También se ha encontrado que la pobreza aumenta el riesgo de enfermedades crónicas degenerativas y cardiacas así como de sus complicaciones. Se ha visto que la pobreza es altamente frecuente en complicaciones como la sepsis.^{24, 27, 28,29, 30,3132, 33,34}

Estudios de análisis del programa de detección de cáncer de mama refiere que las más afectadas son las mujeres de estratos socioeconómicos bajo, aunados a otros flagelos de la sociedad como son las baja escolaridad, estrato social, etc.³⁵

Las mujeres con seguridad social, presentan un mayor grado de educación, nivel socioeconómico medio-alto, son solteras y son zonas urbanas, mientras que las no aseguradas se pueden dividir en 2 grandes grupos las de bajo nivel socioeconómico con bajo nivel educativo y otro gran grupo de mujeres de nivel socioeconómico alto.³⁶ En los países en desarrollo solo una minoría de los ancianos cuentan con un sistema de jubilación y de estos la menor proporción son mujeres, a esto debemos de analizar su impacto en la sociedad, ya que la mayor longevidad se da en el sexo femenino. En los Estados Unidos de Norteamérica ha encontrado que los hogares encabezados por mujeres tuvieron la mayor tasa de pobreza.^{3, 37}

En México, preocupantemente encontramos distintos factores asociados a la pobreza entre ellos la presencia de agresión hacia las mujeres.³⁸

Con relación a lo anterior en el departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México diseñaron un instrumento el Índice simplificado de Pobreza Familiar que está basado en algunas características de la mujer como integrante principal en la sociedad mexicana, tomando como referencia para el análisis de la familia: al ingreso económico mensual, número de hijos, escolaridad materna y número de habitantes por habitación, es decir es un instrumento de medición de la pobreza multidimensional.³⁹

II. Planteamiento Del Problema.

La pobreza es un problema de carácter multi dimensional, así mismo la pobreza en México es un flagelo de la sociedad, por lo que su estudio es de prioridad para entender su alcance y plantear estrategias para su manejo, siendo su estudio en base al capital de ingreso inconsistente y de reducido respecto por lo que es necesario la aplicación de instrumentos multidimensionales que enfoquen un estado más real, de ahí que el Índice de pobreza familiar cumple este fin, siendo además de gran impacto pues las mujeres son forma parte de los grupos de más vulnerables de nuestra sociedad.¹⁸

Teniendo en cuenta que las mujeres forma parte de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, ya que son las más susceptibles a presentar problemas de tipo médico ¹³ se considera este grupo que va a estar altamente predispuesto a la pobreza, como por ejemplo el embarazo es un estado fisiológico que en mujeres con pobreza son susceptibles de presentar alteraciones durante este período, dejando de ser un estado fisiológico y van a ser más afectadas.^{40, 41}

En México se tiene una población de 108, 941, 641.00 habitantes, de los cuales 21, 204, 441 personas presentan pobreza alimentaria, 30, 029, 507 pobreza de capacidades y 57, 707, 660 habitantes con pobreza patrimonial .¹⁸

El Hospital General de Zona No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social delegación 32, Veracruz Sur en Córdoba, Veracruz, cuenta con un área de acción que incluye 4 Hospitales de Sub Zona (Hospital General de Sub Zona No. 12 Potrero, Hospital General de Sub Zona No. 19 Cosolapa, Hospital General de Sub Zona No. 33 Tierra blanca, Hospital General de Sub Zona No. 16 Omealca) y la población de las Unidades de Medicina Familiar de Córdoba y alrededores (Unidad de Medicina Familiar 64 Córdoba, Unidad de Medicina Familiar 61 Córdoba, Unidad de Medicina Familiar No 10, Unidad de Medicina Familiar No. 13 Paso del Macho Unidad de Medicina Familiar No. 14 Amatlan Unidad de Medicina Familiar No. 15 Cuichiapa, Unidad de Medicina Familiar No. 21 Vicente, Unidad de Medicina Familiar No. 31, Unidad Medico Familiar No 58 Huatusco,) que en si representa una población muy heterogénea, ya que tenemos grupos sociales

extremos. Y la población de mujeres derechohabientes en edad reproductiva es: 206,507 mujeres de 15 a 49 años de edad en la delegación Veracruz sur. La viabilidad de este proyecto está basada en la facilidad para evaluar el Índice de Pobreza con una prueba multidimensional que cuyo origen es la participación de la mujer en el núcleo familiar.³⁹

Los resultados que se obtengan mediante la presente investigación nos brindara un panorama más amplio del tipo de pacientes derechohabientes del IMSS a los que estamos atendiendo obteniéndose una perspectiva de las características de los grupos más afectados por la pobreza y de acuerdo a ello implementar estrategias para la prevención de morbilidad obstétrica relacionada con la pobreza Por lo que nos surge el siguiente cuestionamiento:

PREGUNTA DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la relación del Índice de Pobreza Familiar y el diagnóstico de ingreso de pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia, en el área de hospitalización en 2do Nivel de Atención en Salud?

III. Hipótesis.

La relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia, en el área de Hospitalización en 2do Nivel de Atención en Salud, es directamente proporcional.

HO.

La relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia en el área de Hospitalización en 2do Nivel de Atención en Salud, es inexistente

H1.

La relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia en el área de Hospitalización en 2do Nivel de Atención en Salud, es a mayor índice de pobreza, mayor morbilidad.

IV. Objetivos.

IV. I. Objetivo General.

Se determino la relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia en el área de Hospitalización en 2do Nivel de Atención en Salud

IV.II. Objetivos Específicos.

1. Se determino la relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia en el área de Hospitalización en 2do Nivel de Atención en Salud por grupo de edad.

2. Se Identifico la relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia en el área de Hospitalización en 2do Nivel de Atención en Salud por unidad de adscripción.
3. Se estableció la relación del Índice de Pobreza Familiar y diagnóstico de ingreso de Pacientes derechohabientes del IMSS en Gineco-obstetricia en el área de Hospitalización en 2do Nivel de Atención en Salud por patología específica

V. Materiales Y Métodos.

V. I. Diseño De Estudio.

Estudio Observacional Prospectivo, Trasversal, Homedémico, Unicéntrico,

V. II. Universo de trabajo.

Pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia (GO), del Hospital General de Zona No. 8 Córdoba Veracruz (HGZ 8) del primero de marzo al 30 de mayo del 2013.

V. III. Tipo de variables y escalas de medición.

Nombre: ÍNDICE DE POBREZA FAMILIAR.

a) Definición conceptual:

Relación entre las variables: ingreso económico, número de hijos, escolaridad de la madre, habitantes por dormitorio, que nos facilitan la medición de la estrechez económica del núcleo de la sociedad relacionado con la salud.

b) Definición operacional.

Se Tomara “ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR” al resultado de la evaluación del formato tomando en cuenta ingreso mensual, escolaridad materna, número de hijos y habitantes por recamaras, dando puntajes de 0 a 3, de la suma se clasificara de acuerdo al siguiente rango: 0-3 Sin evidencia de Pobreza familiar, de 3.5 a 6 Pobreza familiar baja y de 6.5 a 10 Pobreza familiar alta.

c) Tipo de variable.

Cualitativo.

d) Tipo de escala

Ordinal politómico.

e) Indicadores.

- Sin evidencia de Pobreza Familiar.
- Pobreza familiar Baja.
- Pobreza familiar Alta.

Nombre: DIAGNÓSTICO DE INGRESO.

a) Definición conceptual:

La integración de síntomas y signos que presenta una paciente en el momento de recibir consulta en una unidad de segundo nivel de atención en salud y que por decisión médica amerita su seguimiento en el área hospitalaria.

b) Definición operacional.

Se obtendrá la información de acuerdo de la causa de internamiento en área hospitalización del Hospital General de Zona No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

c) Tipo de variable.

Cualitativa.

d) Tipo de escala.

Nominal politómico.

e) Indicadores

- Puerperio quirúrgico.
- Puerperio fisiológico.
- Patología ginecológica.
- Patología obstétrica.

Nombre: EDAD

a) Definición conceptual.

Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha

b) Definición operacional.

Se Tomara como “EDAD” a lo registrado en el formato para determinación del Índice simplificado de Pobreza familiar.

c) Tipo de variable

Cuantitativa.

d) Tipo de escala

De razón.

e) Indicadores

- Años.

Nombre: “UNIDAD MEDICO FAMILIAR CORRESPONDIENTE”.

a) Definición conceptual:

Comunidad de donde proviene o es de residencia.

b) Definición operacional.

Se Tomara como “UNIDAD MEDICO FAMILIAR CORRESPONDIENTE” al a respuesta de la evaluación del formato para determinación del Índice simplificado de Pobreza familiar.

c) Tipo de variable.

Cualitativo.

d) Tipo de escala

Nominal politomico.

e) Indicadores.

- Hospitales de Sub Zona: HGSZ 12 Potrero, Ver., HGSZ 19 Cosolapa, Oax., HGSZ 33 Tierra Blanca, Ver.
- Unidades de Medicina Familiar de Córdoba y alrededores: UMF 64 Córdoba, Ver., UMF 61 Córdoba, Ver., UMF Amatlán, Ver., UMF San José de Abajo, Ver., UMF 23 Tapia, Ver., UMF Cuichapan, Ver., UMF 58 Huatusco, Ver.

Nombre: ANTECEDENTES GINECOBSTETRAS.

a) Definición conceptual:

Información del desarrollo sexual de las Pacientes derechohabientes del IMSS y de las características sobre su vida sexual y datos alrededor de esta.

b) Definición operacional.

Se tomaran como “Antecedentes ginecobstetras a lo que las Pacientes derechohabientes del IMSS nos respondan de acuerdo al cuestionario creado para este fin del estudio en progreso.

c) Tipo de variable.

Cualitativa

d) Tipo de escala.

Nominal.

e) Indicadores

Menarca.

Ciclos.

Ritmo.

Gestas.

Partos.

Abortos.

Cesáreas.

Número de parejas

Métodos de planificación familiar.

Detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

V.IV. Selección de la muestra.

V. IV. I. Tamaño de la Muestra.

Pacientes derechohabientes del IMSS atendidas por el servicio de Ginecología y obstetricia, que pasen al servicio de hospitalización del Hospital general No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre el 1 ro de Enero del 2013 y el 30 de Marzo del 2013 a las que se les realice el índice de Pobreza simplificado, con expedientes completos.

ESTIMAR UNA PROPORCIÓN

Total de la población (N)	650
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	96
El tamaño muestral ajustado a pérdidas	0
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
Muestra ajustada a las pérdidas	179

V. IV. II. Criterios de selección de la muestra

Criterios De Inclusión.

1. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidas en el Hospital General No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidas por el servicio de Ginecología y obstetricia, que pasen al servicio de hospitalización.
3. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidas por el servicio de Ginecología y obstetricia, que pasen al servicio de hospitalización, que acepten y hayan firmado el consentimiento informado.
4. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidas entre el 1o de Marzo del 2013 y el 30 de Mayo del 2013.
5. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que se les realice el índice de Pobreza simplificado.
6. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social con expedientes completos.

Criterios de no inclusión.

1. Pacientes no derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidas por el Hospital General No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidas por el otro servicio al de Ginecología y obstetricia, que pasen al servicio de hospitalización.
3. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidas por el servicio de Ginecología y obstetricia, que pasen al servicio de hospitalización, que no acepten y hayan firmado el consentimiento informado.

4. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidas antes del 1ro de Marzo del 2013 y después del 30 de Mayo del 2013.
5. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que no se les realice el índice de Pobreza simplificado

Criterios de eliminación.

1. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que no completen el cuestionario o sea ilegible

V. V. Procedimientos.

Previa autorización del comité local de investigación clínica y las autoridades correspondientes, se visito el servicio de Ginecología y obstetricia e identifico a las candidatas a sujetos de investigación, que cumplieron los criterios de inclusión. Una vez identificadas, se establecerá dialogo con ellas invitándolas a participar en el presente estudio informándoles amplia y claramente en que consiste su participación y los riesgos y benéficos de la misma. Sí las DH aceptan participar, se les presento la carta de consentimiento informado, la cual contiene por escrito lo expresado verbalmente en el momento de la invitación. Una vez otorgado el CI se le presenta un instrumento que cuenta con dos partes: La primera que contiene datos con variables sociodemográficas, de 4 ítems y antecedentes gineco-obstetricos se obtendrán 10 ítems y se registrara la causa de internamiento, elaborado ex profeso para alcanzar los objetivos de esta investigación. Y la segunda parte que corresponde al ISPF que consta de 4 ítems donde mide ingreso familiar, escolaridad de la madre, número de hijos y número de personas por habitación, se midió de acuerdo a lo respondido en número calificándose del 0 a 3 sin pobreza familiar de 3.5 a 6 pobreza familiar baja y de 6.5 en adelante pobreza familiar alta.

Uno de los investigadores en el momento de la entrevista con la paciente llevo a cabo el registro de los mismos en el instrumento correspondiente; una vez

concluidas las entrevistas del total de la muestra se procedio a elaborar una base de datos en el programa estadísticos SPSS para el análisis univariado y bivariado.

V. VI. Análisis Estadístico.

Los resultados obtenidos mediante el programa estadístico SPSS, de acuerdo al tipo de variable se realizó mediante estadística descriptiva o inferencial. Presentando los resultados en tablas y gráficas, en proporciones y porcentajes.

VI. Consideraciones Éticas.

En las investigaciones en que participen seres humanos es indispensable su consentimiento informado por escrito. Es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con declaración de Helsinki enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica. Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II. El estudio se basó en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial- Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas-Adoptada por la 18 Asamblea Medica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 asamblea Medica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Medica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989 ⁴².

VII. Recursos Para el estudio.

VII. I. Humanos.

Medico Residente de Medicina Familiar.

Medico No familiar de Anestesiología

VII. II. Materiales.

1 computadora.

1 impresora láser.

2 cartuchos tipo tóner para la impresora láser.

3000 hojas de impresiones.

100 fichas bibliográficas.

200 cuestionarios de Índice simplificado de Pobreza familiar.

1 caja de lapiceros punto fino.

2 cajas de lápices No 2

1 caja de gomas para borrar.

4 sacapuntas.

2 correctores líquidos.

2 correctores de lapicero.

2 marca textos de colores distintos.

VII. III. Financieros.

Propios del autor

VIII. Resultados.

De un grupo de 179 mujeres pacientes que ingresaron al HGZ No. 8 en el período comprendido del primero de marzo al 30 de mayo del 2013. Con edad media de 29.34 ± 9.38 años, mediana y moda de 28 años, rango de 59, con un minio de 15 y un máximo de 74. Figura 1

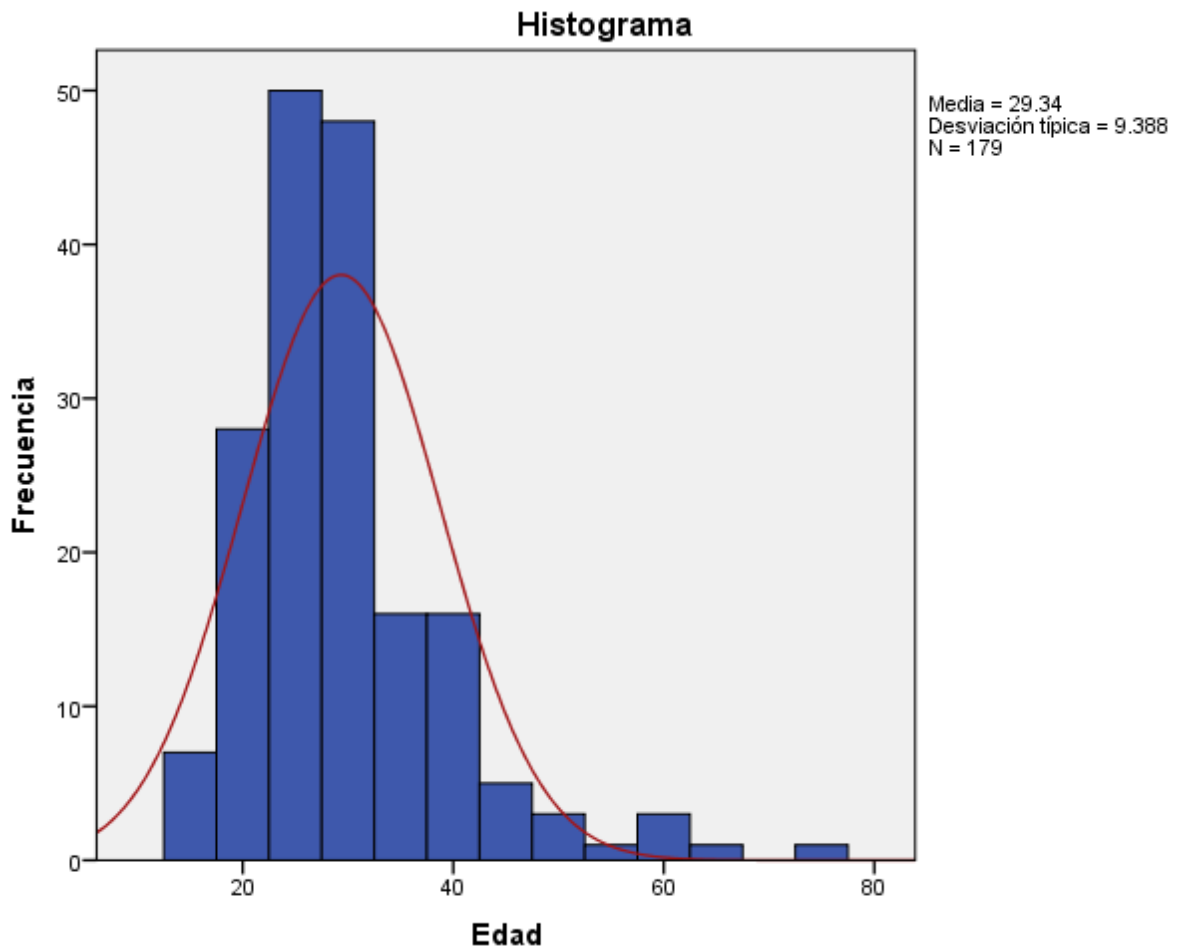


Fig. 1 Población de derechohabiente de acuerdo a su edad.

Y de acuerdo a su categoría las derechohabientes son dos grupos trabajadoras beneficiaria. Figura 2

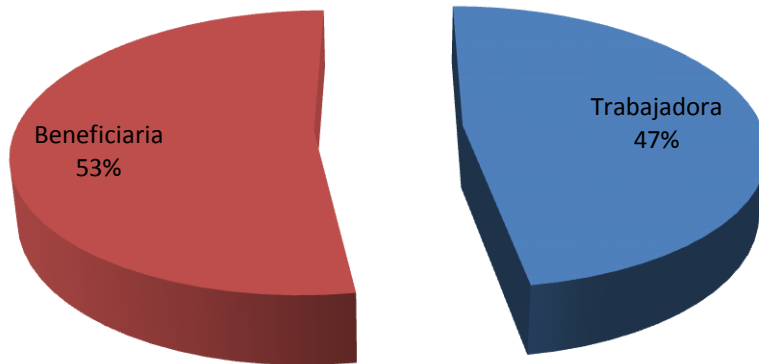


Fig. 2 Población de derechohabiente de acuerdo a su tipo paciente.

Del total de pacientes que conforman la población motivo de este estudio y de acuerdo al motivo de internamiento, encontramos que 36.99% fue por puerperio quirúrgicos y 17.9% por puerperio fisiológico. El 15.6% fue por patología Ginecológica y el 29.6% por patología obstétrica. Tabla 1. Figura 3

Tabla 1: Motivo de Internamiento.

Motivo de Internamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Puerperio Quirúrgico	66	36.9	36.9
Puerperio Fisiológico	32	17.9	54.7
Patología Ginecológica	28	15.6	70.4
Patología Obstétrica	53	29.6	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

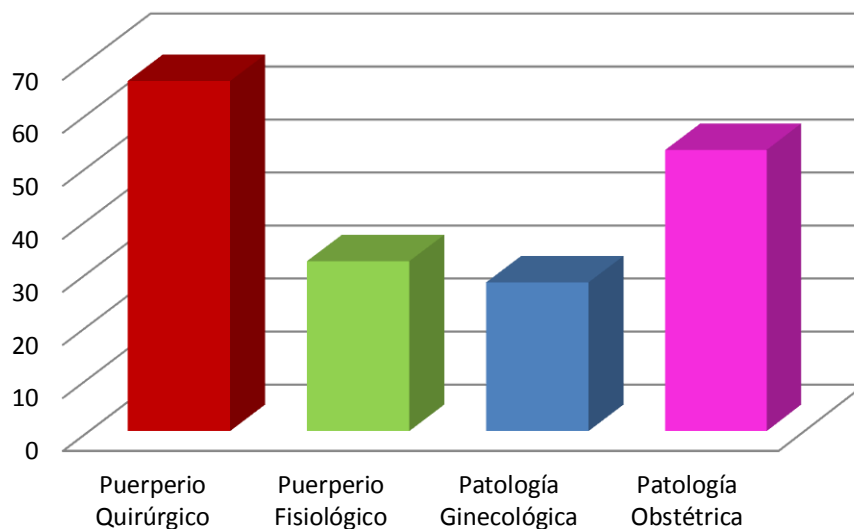


Fig. 3 Motivo de Internamiento.

De las unidades de envió encontramos que de las unidades de la ciudad de Córdoba corresponde el Unidad de Medicina Familiar No 10 envía al 0.6%, Hospital de Sub Zona No. 12 Potrero enviaron un 2.2%, la Unidad de Medicina Familiar No. 13 Paso del Macho, envió un 4.5%, de la Unidad de Medicina Familiar No. 14 Amatlan enviaron a 3.5%, de Unidad de Medicina Familiar No. 15 Cuichiapa enviaron a 5.6%, la Unidad de Medicina Familiar No. 16 Omealca, enviaron un 2,8%, del Hospital General de Sub zona No. 19 Cosolapa, enviaron 6.1%, de la Unidad de Medicina familiar No. 21 Vicente enviaron 1.1%, Unidad de Medicina Familiar No. 31, enviaron 0.6%, del Hospital General de Sub Zona No 33 Tierra Blanca, enviaron 7.8%, de la Unidad Medico Familiar No 58 Huatuzco enviaron 2.2%, Unidad de Medicina Familiar No 61 de Córdoba enviaron un 36.3% y de la Unidad de Medicina Familiar No 64 de Córdoba, enviaron un 26.8%. Tabla 2

Tabla 2: Unidad Medico Familiar de origen

Unidad Medico Familiar Correspondiente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Unidad de Medicina Familiar No 10	1	.6	.6
Hospital de Sub Zona No. 12 Potrero	4	2.2	2.8
Unidad de Medicina Familiar No. 13 Paso del Macho	8	4.5	7.3
Unidad de Medicina Familiar No. 14 Amatlan	6	3.4	10.6
Unidad de Medicina Familiar No. 15 Cuichiapa	10	5.6	16.2
Unidad de Medicina Familiar No. 16 Omealca	5	2.8	19.0
Hospital General de Sub Zona No. 19 Cosolapa	11	6.1	25.1
Unidad de Medicina Familiar No. 21 Vicente	2	1.1	26.3
Unidad de Medicina Familiar No. 31	1	.6	26.8
Hospital General de Sub Zona No 33 Tierra Blanca	14	7.8	34.6
Unidad Medico Familiar No 58 Huatusco	4	2.2	36.9
Unidad de Medicina Familiar No 61 Córdoba	65	36.3	73.2
Unidad de Medicina Familiar No 64 Córdoba	48	26.8	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

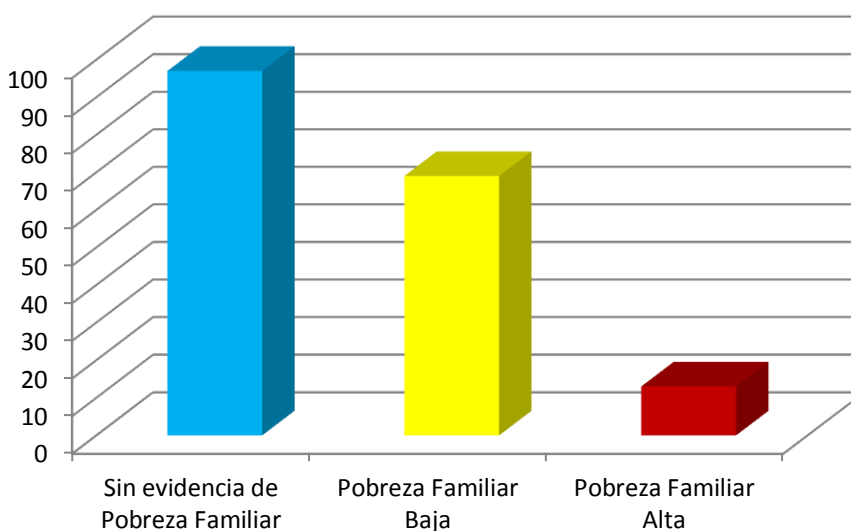
En cuanto al índice simplificado de Pobreza familiar encontramos que 54.2% están sin evidencia de Pobreza familiar, 38.5% presentan pobreza familiar baja y 7.3% presentan pobreza familiar alta. Tabla 3 Figura 4.

Tabla 3: Índice Simplificado de Pobreza Familiar.

Índice Simplificado de Pobreza familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin evidencia de Pobreza Familiar	97	54.2	54.2
Pobreza Familiar Baja	69	38.5	92.7
Pobreza Familiar Alta	13	7.3	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

Fig.4 Población de acuerdo al Índice de pobreza



En cuanto al ingreso familiar encontramos que 11.7% de las pacientes refieren percibir mas de 7 salarios mininos al día, de entre 5 y 6 salarios mínimos al día encontramos 24.6% de las pacientes, de entre 3 y 4 salarios mínimos encontramos 43.6% de las pacientes, de entre 1 y 2 salarios mínimos encontramos 17.8% pacientes y menores de un salario mínimo encontramos 2.8% pacientes. Tabla 12 Figura 5

Tabla 4: Ingreso familiar diario

Ingreso Familiar Diario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
mas de 7 salarios mínimos	21	11.7	11.7
5-6 salarios mínimos	44	24.6	36.3
3-4 salarios mínimos	78	43.6	79.9
1-2 salarios mínimos	31	17.3	97.2
menos de 1 salario mínimo	5	2.8	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

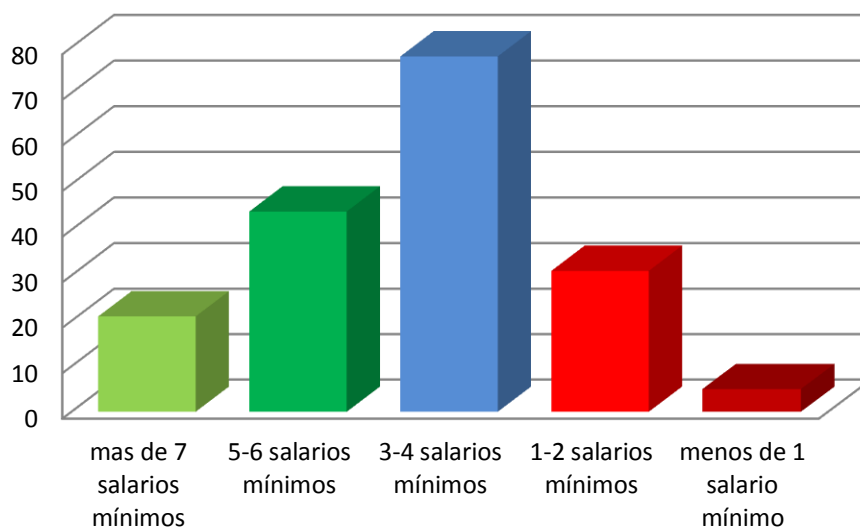


Fig. 5 Salarios de las familias..

Con respecto a el rubro de número e hijos encontramos que 12.8% pacientes refiere no tener hijos, 44.1% de las pacientes refieren tener 1 hijo, 22.9% de las pacientes refieren tener 2 hijos y 20.1% de las pacientes refieren tener 3 hijos o mas. Tabla 5 Figura 6

Tabla 5: Número de Hijos

Número de Hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 hijos	23	12.8	12.8
1 hijo	79	44.1	57.0
2 hijos	41	22.9	81.
3 hijos o mas	36	20.1	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

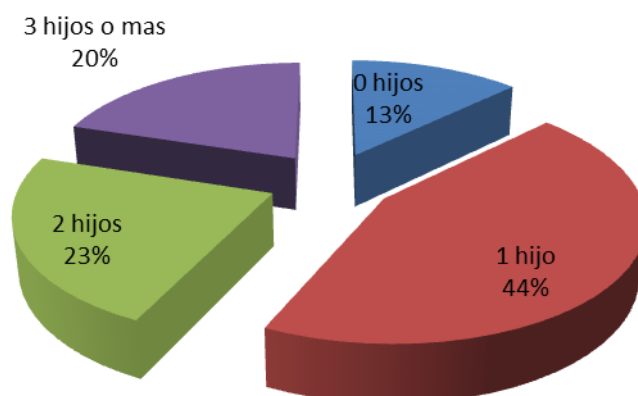


Fig. 6 Número de Hijos.

En cuanto al rubro de escolaridad encontramos que 89.8% refieren contra con estudios post primaria, 6.1% de las pacientes refieren tener primaria completa, 2.8% de las pacientes refieren tener primaria incompleta y 1.1% de las pacientes se refieren analfabetas. Tabla 14 Figura 7

Tabla 6: Escolaridad Materna

Escolaridad Materna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Post Primaria	161	89.9	89.9
Primaria completa	11	6.1	96.1
Primaria incompleta	5	2.8	98.9
Analfabeta	2	1.1	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

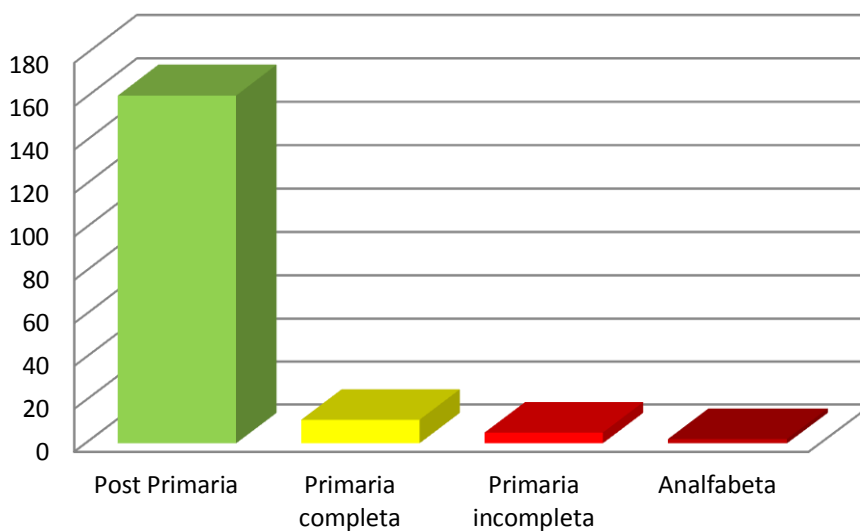


Fig. 7 Escolaridad materna.

En el rubro de habitantes por recamara encontramos que 70.4% de las pacientes refieren 1 a 2 personas por habitación, mientras que 29.4% de las pacientes refieren 3 o mas personas por recamara. Tabla 7 figura 8

Tabla 7: Número de Habitantes por Recamara.

Número de Habitantes Por Recamara	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1-2 / Habitación	126	70.4	70.4
3/ Habitación	53	29.6	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

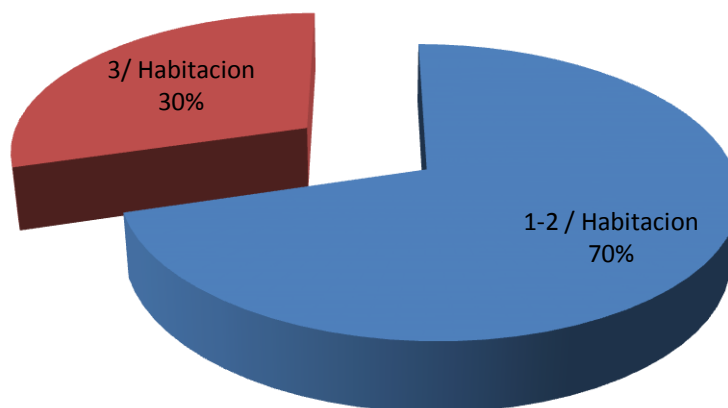


Fig. 8 Habitantes por recamara.

Con relación a sus antecedentes GO encontramos que en el ámbito de la menarca encontramos que 0.6% refiere presentar la menarca a los 8 años, el 2.2% refieren la menarca a los 9 años, 3.9% pacientes refieren presentar la menarca a los 10 años, un 20.7% presentaron la menarca a los 11 años, 27.9% refieren la menarca a los 12 años, 16.2% refieren la menarca a los 13 años, 14.5 % refieren la menarca a los 14 años, 8.9% refieren la menarca a los 15 años, 4.5% pacientes refieren la menarca a los 16 años y el 0.6% refiere menarca a los 18 años. Tabla 8 figura 9

Tabla 8: Menarca

Menarca	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
8 años	1	.6	.6
9 años	4	2.2	2.8
10 años	7	3.9	6.7
11 años	37	20.7	27.4
12 años	50	27.9	55.3
13 años	29	16.2	71.5
14 años	26	14.5	86.0
15 años	16	8.9	95.0
16 años	7	4.5	99.4
18 años	1	.6	98.9
Total	179	100	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

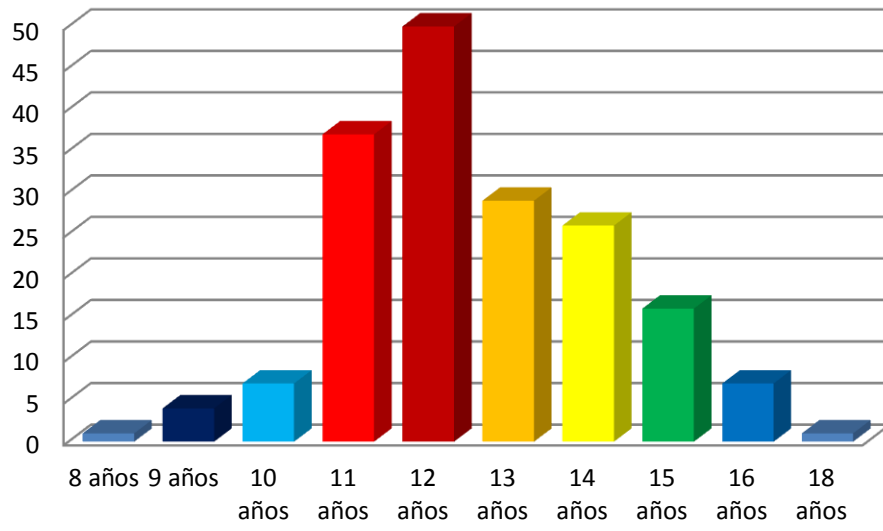


Fig. 9 Menarca de las pacientes.

En el Inicio de Vida Sexual encontramos una media de 19.76 ± 4.77 con una moda de 17, una mediana de 19, un rango de 39 con un valor mínimo de 12 y un máximo de 39, con una varianza de 22.83; Así que 1.1% de las paciente refiere no tener, el 0.6% de las pacientes refieren haber iniciado a los 12 años, 1.1% de las pacientes refieren haber iniciado a los 13 años, 2.2% de las pacientes refieren inicio a los 14 años, 8.4% refieren haber iniciado a los 15 años, 5.0% de las pacientes refieren haber iniciado a los 16 años, 16.2% de las pacientes refieren inicio a los 17 años, 12.8 % de las pacientes refiere inicio a los 18 años de edad, 10.1% de las pacientes refieren inicio de vida sexual a los 19 años, 7.8% refieren inicio de vida sexual a los 20 años, 5.0% de las pacientes refieren inicio a los 21 años, 10.1% de las pacientes refieren inicio a los 22 años, 1.1% de las pacientes refieren inicio a los 23 años, el 3.4% de los pacientes refieren inicio a las 24 años, 5.0% de las pacientes refieren inicio a los 25 años, 4.5% de las pacientes refieren inicio de vida sexual a los 27 años, el 2.8% de los pacientes refieren inicio a los 28 años, 1.1% de los pacientes refieren inicio a los 30 años, 3% de los pacientes refieren inicio de vida a los 39 años. Tabla 9 Figura 10

Tabla 09: Inicio de Vida Sexual Activa

Inicio de Vida Sexual Activa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No tiene	2	1.1	1.1
12 años	1	0.6	1.7
13 años	2	1.1	2.8
14 años	4	2.2	5.0
15 años	15	8.4	13.4
16 años	9	5.0	18.4
17 años	29	16.2	34.6
18 años	23	12.8	47.5
19 años	18	10.1	57.5
20 años	14	7.8	65.4
21 años	9	5.0	70.4
22 años	18	10.1	80.4
23 años	2	1.1	81.6
24 años	6	3.4	84.9
25 años	9	5.0	89.9
27 años	8	4.5	94.4
28 años	5	2.8	97.2
30 años	2	1.1	98.3
39 años	3	1.7	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

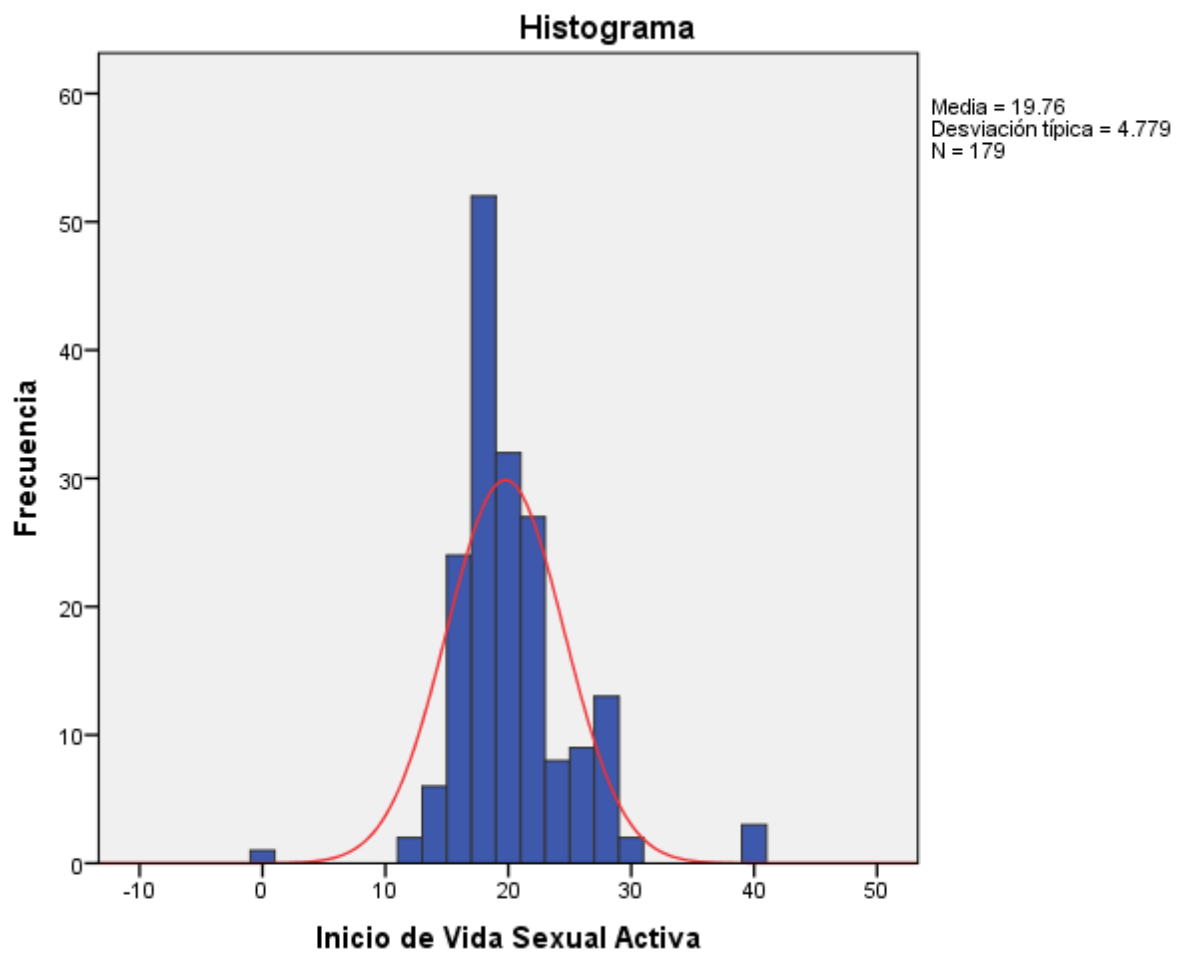


Fig. 10 Inicio de Vida Sexual.

En cuanto al ritmo encontramos que el 82.7% pacientes son regulares y 17.3% pacientes son irregulares. Figura 11

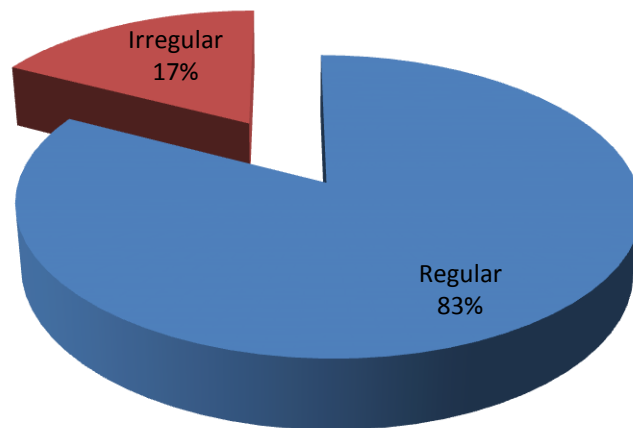


Fig. 11 Ritmo.

En cuanto a las gesta encontramos que el 1.7% de las paciente no presentaron embarazos, el 31.8% de las pacientes refieren haber tenido 1 gestación, 30.7% pacientes refieren 2 gestaciones, 25.7% pacientes refieren 3 gestaciones, 5.6% pacientes refieren 4 gestaciones, 3.4% pacientes refirieron 5 gestaciones y mientas que el 0.6% refieren 8 y 10 gestaciones. Tabla 10 Figura 12

Tabla 10: Gestas.

Gestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nuligestas	3	1.7	1.7
1 Gesta	57	31.8	33.5
2 Gestas	55	30.7	64.2
3 Gestas	46	25.7	89.9
4 Gestas	10	5.6	95.5
5 Gestas	6	3.4	98.9
8 Gestas	1	.6	99.4
10 Gestas	1	.6	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

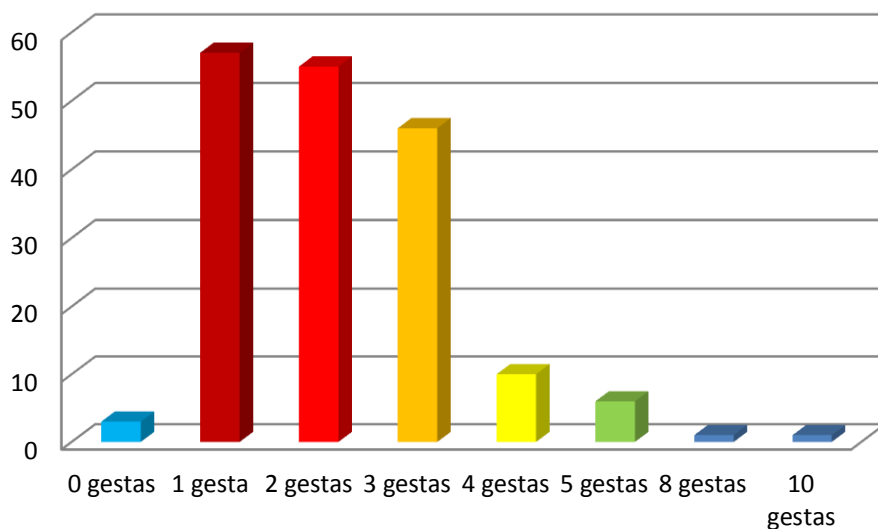


Fig.12 No de gestas

Con respecto a los partos como culminación de embarazo encontramos que el 50.3%, de las pacientes refieren no haber presentado partos, el 27.9% de las pacientes, 11% de las pacientes refieren 2 y 3 partos, el 1.1% de los pacientes refieren 4 partos y el 0.6% paciente refiere 9 partos. Tabla 7 Figura 13

Tabla 11: Partos			
Partos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 partos	90	50.3	50.3
1 parto	50	27.9	78.2
2 partos	18	10.1	88.3
3 partos	18	10.1	98.3
4 partos	2	1.1	99.4
9 partos	1	.6	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

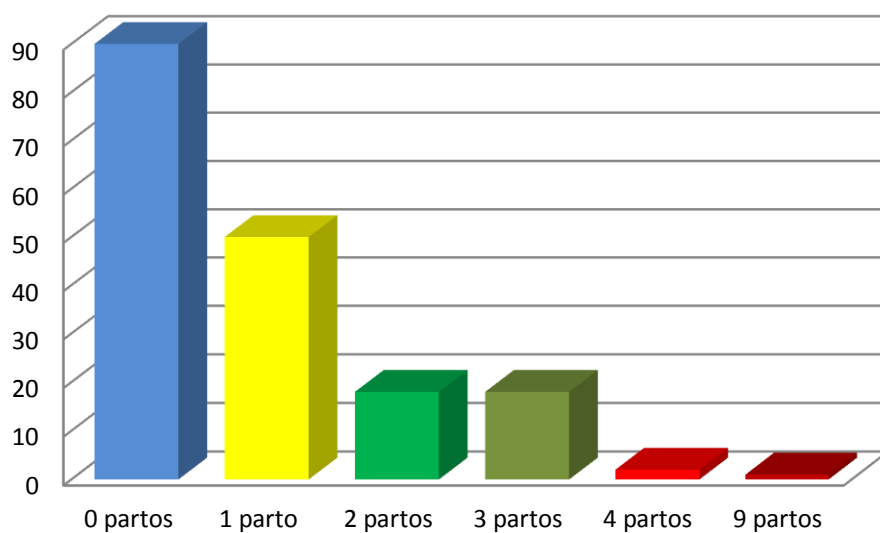


Fig. 13 número de partos.

Con respecto a los abortos el 74.9% de las pacientes refieren no haber presentado alguno, 22.9% de las pacientes refiere 1 aborto y 2.2% de las pacientes refiere 2 abortos. Figura 14.

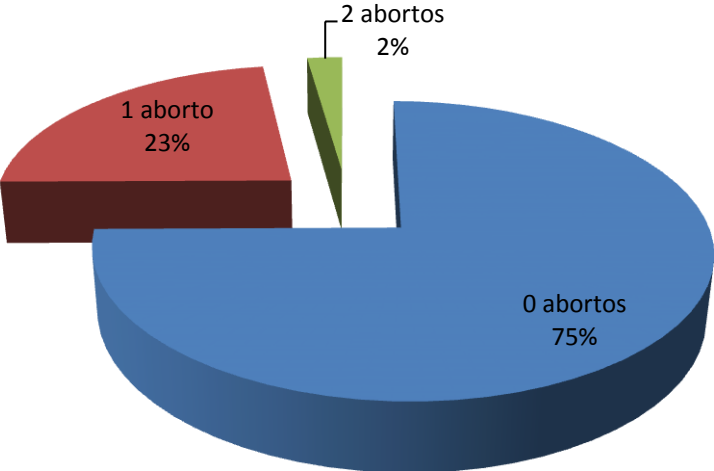


Fig. 14 Número de Abortos.

En cuanto a al número de cesáreas, encontramos que el 49.7% de las pacientes niegan haber presentado alguna, el 30.2% de las pacientes refieren 1 cesárea, el 15.1% de las pacientes refieren 2 cesáreas y el 5% de las pacientes refieren 3 cesáreas. Tabla 12 Figura 15

Tabla 12: Cesáreas

Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 cesáreas	89	49.7	49.7
1 cesárea	54	30.2	79.9
2 cesáreas	27	15.1	95.0
3 cesáreas	9	5.0	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

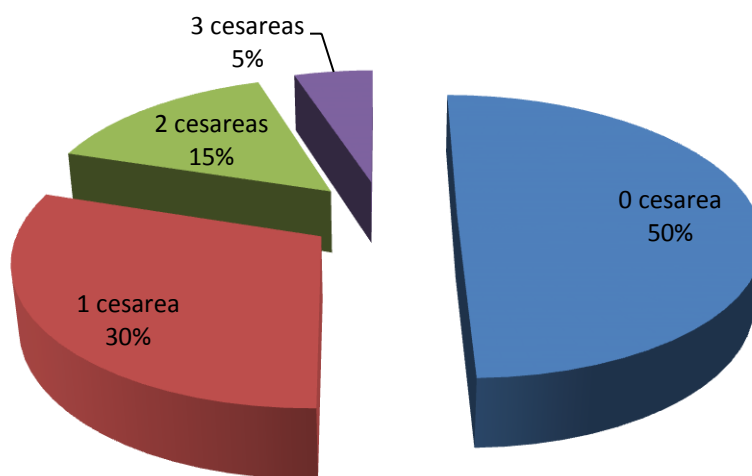


Fig. 15 Número de Cesáreas.

En cuanto al número de parejas sexuales encontramos que 1.1% de pacientes refiere no tener. 69.8% de las pacientes refieren haber tenido 1 pareja, 20.1% de las pacientes refieren 2 parejas sexuales, 6.7% de las pacientes refieren 3 parejas sexuales, 1.1% de las pacientes refieren 2 parejas sexuales y solo 0.6% de las paciente refieren haber presentado 6 y 7 parejas sexuales respectivamente. Tabla 13 Figura 16

Tabla 13: Número de Parejas Sexuales

Número de Parejas Sexuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ninguna	2	1.1	1.1
1	125	69.8	70.9
2	36	20.1	91.1
3	12	6.7	97.8
4	2	1.1	98.9
6	1	.6	99.4
7	1	.6	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

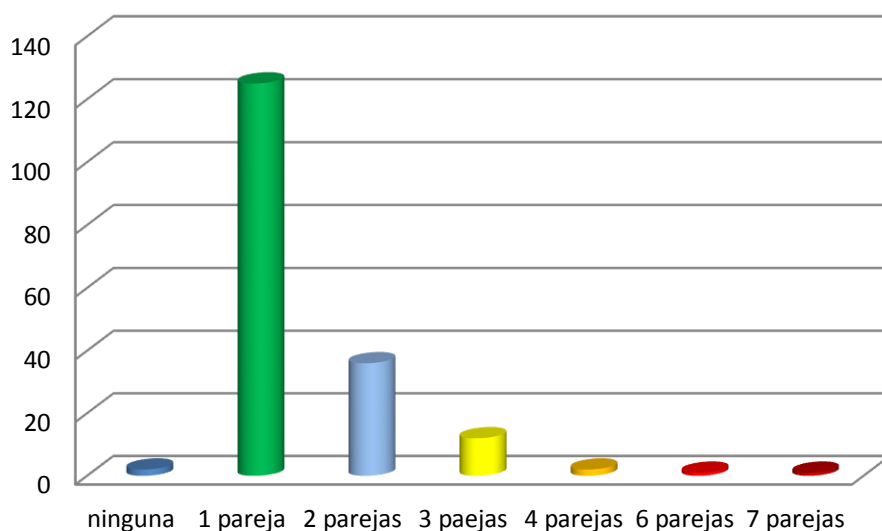


Fig. 16 Número de parejas sexuales.

En cuanto al método de planificación familiar empleado por las pacientes encontramos que el 18.4% de las pacientes no utiliza 50.4% de las pacientes refiere utilizar dispositivo intrauterino, el 20.7% de las pacientes refieren a tener oclusión tubárica bilateral mientras que el uso de hormonales y condones presentan solo 5% usuarias respectivamente. Tabla 14 Figura 17

Tabla 14: Método de Planificación Familiar.

Método de Planificación Familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	33	18.4	18.4
DIU	91	50.8	69.3
Hormonales	9	5.0	74.3
Condomes	9	5.0	79.3
OTB	37	20.7	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

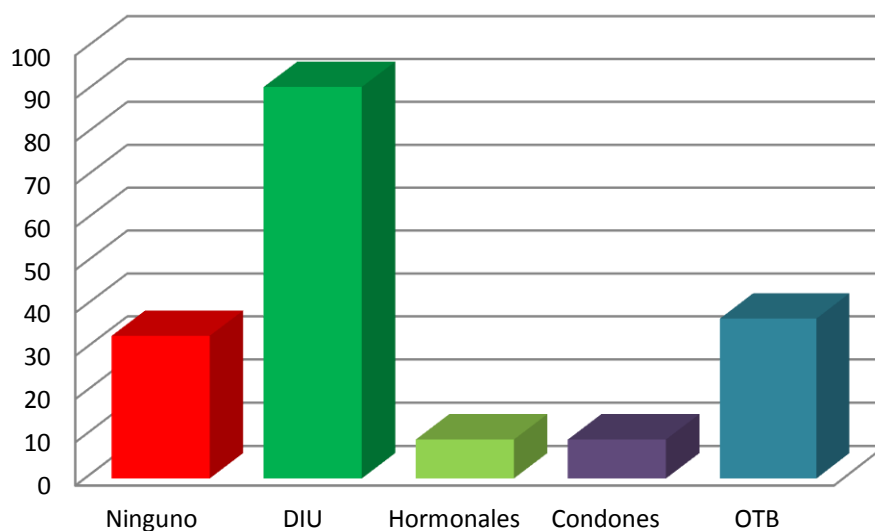


Fig. 17 Método de Planificación usado.

En el rubro de detección oportuna de cáncer cervico uterino, 50.8% de las pacientes refiere ya haberse realizado la prueba, mientras que 49.2% de las pacientes refiere no habérsela realizado. Tabla 15 Figura 18

Tabla 15: Detección oportuna de Cáncer Cervico Uterino

Detección Oportuna de Cáncer Cervico Uterino	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	91	50.8	50.8
No	88	49.2	100.0
Total	179	100.0	

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

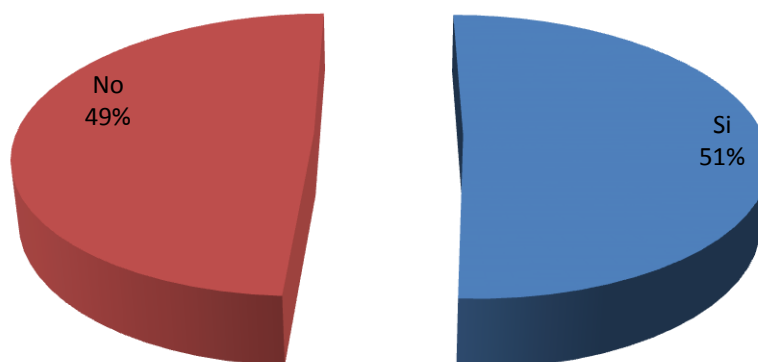


Fig. 18 Detección Oportuna de cáncer cervico uterino.

Se llevo a cabo un análisis mediante estadística inferencial comparando la media de las variables edad de las pacientes, edad de inicia vida sexual activa y el número de gestas en los tres grupos que resultaron de IPSS encontrándose una P menor de .05. Y con un resultado de asociación Eta Cuadrado de edad-IPS de .092 , IVSA –IPS.012 ; gestas –IPS.186. Tabla 16

Tabla 16: Análisis estadístico entre edad, inicio de vida sexual y número de gestas

	Eta	Eta cuadrado
Edad*Índice simplificado de pobreza	.303	.092
Inicio de vida sexual activa*Índice de pobreza simplificado	.109	.012
Gestas*índice de pobreza simplificado	.431	.186

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

Tabla 17 Pruebas de Chi Cuadrada de Índice simplificado de Pobreza Familiar y principales variable.

Pruebas de chi-cuadrado		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Índice simplificado de Pobreza familiar Vs causa de internamiento.	Chi-cuadrado de Pearson	30.991 ^a	6	.000
	Razón de verosimilitudes	34.410	6	.000
	N de casos válidos	179		
a. 4 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.03.				
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Índice Simplificado de Pobreza Familiar y clínicas de adscripción	Chi-cuadrado de Pearson	41.725 ^a	24	.014
	Razón de verosimilitudes	41.255	24	.016
	N de casos válidos	179		
a. 31 casillas (79.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .07.				
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Índice simplificado de Pobreza Familiar vs Tipo de Paciente	Chi-cuadrado de Pearson	11.388 ^a	2	.003
	Razón de verosimilitudes	12.023	2	.002
	N de casos válidos	179		
a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.17.				
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Índice simplificado de Pobreza Familiar Vs Inicio de Vida Sexual.	Chi-cuadrado de Pearson	53.159 ^a	36	.033
	Razón de verosimilitudes	53.783	36	.029
	N de casos válidos	179		
a. 45 casillas (78.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .07.				
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Indice Simplificado de Pobreza Familiar vs Número de Parejas Sexuales.	Chi-cuadrado de Pearson	6.791 ^a	12	.871
	Razón de verosimilitudes	8.075	12	.779
	N de casos válidos	179		
a. 15 casillas (71.4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .07.				

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Índice simplificado de Pobreza familiar Vs Método de Planificación Familiar	Chi-cuadrado de Pearson	30.852 ^a	8	.000
	Razón de verosimilitudes	32.278	8	.000
	N de casos válidos	179		
a. 8 casillas (53.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .65.				
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Índice simplificado de Pobreza familiar Vs Detección oportuna de cáncer cervico uterino	Chi-cuadrado de Pearson	9.677 ^a	2	.008
	Razón de verosimilitudes	10.315	2	.006
	N de casos válidos	179		
a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.39.				

Fuente: Cédula de recolección de Datos.

IX. Discusión.

El instituto Mexicano del Seguro Social surge ante la necesidad de brindar servicio de salud a los trabajadores, por lo que se esperaba que al tratarse de trabajadores con un sueldo fijo y seguridad social, los índices de pobreza familiar fueran menores a los esperados.

En cuanto a las patologías ginecológicas que engloban a enfermedades de la mujer propiamente dicho encontramos que la pobreza y la pobreza familiar alta no impactaron en su incidencia como lo reportan Gatski ²⁶ o Berggren ²⁹, donde encontraron que la pobreza era un factor común de patologías ginecológicas.

En cuanto al motivo de internamiento y el índice simplificado de pobreza familiar, encontramos que para los 3 niveles de pobreza familiar se presentaron casi los mismos porcentajes para puerperio quirúrgico, puerperio patológico y patología obstétrica, mientras se observó que un mayor número de paciente sin pobreza familiar acudían por patología obstétrica, lo cual es significativo ya que se esperaba que se presentara un mayor número de mujeres internas con pobreza familiar o pobreza familiar alta como lo mencionan Berggren, ²⁹ Morgan ⁹ quienes mencionan que a mayor pobreza mayores complicaciones parto vamos a encontrar.

Con respecto a las unidades médicas familiares encontramos que se encontró el 38% de los pacientes con pobreza familiar alta corresponde a pacientes de la unidad número 61, el resto pertenece a pacientes de unidades periféricas. Se encontró que 56.5% de los pacientes con pobreza familiar baja son de las unidades de la ciudad de Córdoba y el resto de las unidades periféricas, de acuerdo a la información del INEGI se concluye que las poblaciones son similares. ¹⁸

En cuanto a las pacientes encontramos que el 57.7% eran trabajadoras y el 42.3% beneficiarias. En cuanto a la pobreza familiar baja encontramos que el 39.1% eran

trabajadoras mientras que el 60.1% beneficiarias; mientras que la pobreza familiar alta encontramos que 15% de las pacientes eran trabajadoras y el 75% beneficiarias. Salgado, N. d., & Wong, R. En el 2007 encontraron que una gran número de mujeres no cuentan de manera directa con seguridad social sino como beneficiarias, en este estudio encontramos datos similares.¹³

Con respecto al número de gestas encontramos que de dos hijos o menos se engloba el 77% de los casos sin pobreza familiar, mientras que en este rubro con pobreza familiar encontramos el 49.2% de pobreza familiar alta encontramos al 30% de los casos. Llama la atención en multigestas (5,6,8,10) se van a ver en pacientes con pobreza familiar y pobreza familiar alta, no encontramos un mayor número de gestas en pacientes con pobreza familiar o pobreza familiar alta como se mencionan Hardina⁴, Reyes¹⁴ o Ndao²⁷ quienes hacen mención que a mayor pobreza mayor número de hijos.

Con respecto al número de parejas se encontró que el 64% de las pacientes sin pobreza familiar referían 1 sola pareja sexual, mientras que 75 % y el 76% presentan pobreza y pobreza familiar alta respectivamente, encontramos solo 2.06% de pacientes sin pobreza familiar con mas de 5 parejas sexuales, algunos autores como Hardina⁴, Reyes¹⁴ mencionan que la promiscuidad va aunada a la pobreza.

X. Conclusiones.

En cuanto al índice simplificado de Pobreza familiar encontramos que 54.2% están sin evidencia de Pobreza familiar, 38.5% presentan pobreza familiar baja y 7.3% presentan pobreza familiar alta, sumando los porcentajes de pacientes con pobreza familiar encontramos que son en total el 45.8%; casi la mitad de la población estudiada.

Se determinó que la causa de internamiento en 36.99% fue por puerperio quirúrgicos y 17.9% por puerperio fisiológico. El 15.6% fue por patología Ginecológica y el 29.6% por patología obstétrica. Importante mencionar que las pacientes que cursan con puerperio fisiológico, su estancia hospitalaria es promedio de 6 horas por lo que muchas de ellas no fueron incluidas en el estudio situación que deberá estudiarse como objetivo de otro estudio.

De la afluencia encontramos que un 36.9% son pacientes enviadas de unidades externas y Hospitales de Sub zona, mientras que un 63.1% son pacientes de la ciudad de Córdoba y unidades periféricas a esta.

Con respecto a los factores para determinar el Índice Simplificado de Pobreza Familiar encontramos que el ingreso diario mas frecuente fue el de entre 3 y 4 salarios mínimos con el 43.6% en cuanto al número de hijos el 22.9% de las pacientes refieren tener 2 hijos, en cuanto a la escolaridad encontramos que 89.8% refieren contra con estudios post primaria; En el rubro de habitantes por recamara encontramos que 70.4% de las pacientes refieren 1 a 2 personas por habitación. Esto habla del nivel sociocultural de la población estudiada.

Con relación a sus antecedentes GO encontramos que en el ámbito de la menarca 27.9% refieren la menarca a los 12 años, el Inicio de Vida Sexual encontramos una media de 19.76 + 4.77 con una moda de 17, una mediana de 19, un rango de 39 con un valor mínimo de 12 y un máximo de 39, con una varianza de 22.83; en cuanto al ritmo encontramos que el 82.7% pacientes son regulares; en cuanto a las gesta encontramos que el 30.7% pacientes refieren 2 gestaciones; con respecto a los partos como culminación de embarazo encontramos que el 50.3%, de las pacientes refieren no haber presentado partos; en cuanto a el número de cesáreas, encontramos que el 49.7% de las pacientes niegan haber presentado alguna; en cuanto al número de parejas sexuales encontramos que el 69.8% de las pacientes refieren haber tenido 1 pareja; en cuanto al método de planificación familiar empelado por las pacientes encontramos que el 18.4% de las pacientes no utiliza 50.4% de las pacientes refiere utilizar dispositivo intrauterino, el 20.7% de las pacientes refieren a tener oclusión tubárica bilateral mientras que el uso de hormonales y condones presentan solo 5% usuarias respetivamente; en el rubro de detección oportuna de cáncer cervico uterino, 50.8% de las pacientes refiere ya haberse realizado la prueba.

Se determino que la pobreza esta en mayor proporción a la esperada ya que tomando en cuenta que los derechohabientes cuentan con un trabajo fijo, y cuentan con seguridad social se esperaba que la pobreza familiar estuviera en menor proporción.

XI. Bibliografía.

1. Harper S, Strumpf E. Social Epidemiology Questionable Answers and Answerable Questions. *Epidemiology*, 2012: 795-799
2. Guarino A, Sibal A.. Introduction to the FISPGHAN Working Group Reports. *JPGN*, 2012: 619-640.
3. Baena A, Alamanote M, Valencia M, Martínez S. Tendencias e indicadores sociales de la mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino. Antioquia. Colombia. 2000-2007. *Salud Publica de México*, 2011: 486-493.
4. Hardina J, Kanchense M.) Urologic Gynecologic health problems among Zimbabwean Women. *Urologic Nursing*. 2007: 145-142
5. Yu Y. Reexamining the Declining Effect of Age on Mortality Differentials Associated With Excess Body Mass: Evidence of Cohort Distortions in the United States. *American Journal of Public Health*, 2010: 915-923.
6. Chen C, Zhao B, Wescherler C. Indoor Exposure to “Outdoor PM10” Assessing Its Influence on the Relationship Between PM10 and Short-term Mortality in U.S. Cities . *Epidemiology*, 2012: 870-879.
7. Campos D, Goncalves V, Guerreiro M, Santos D, Goto M, Arias A. Comparison of Motor and Cognitive Performance in Infants During the First Year of Life. *Pediatric Physical Therapy*, 2012: 193-199
8. Bustos P, Vargas C, Amigo H. Pobreza y procedencia indígena como factores de riesgo de problemas nutricionales de los niños que ingresan a la escuela. *Salud Publica de México*, 2009: 187-194
9. Morgan F, Gómez Y, Valenzuela I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 2008: 468-75
10. López LC, Suarez LL, Torres LS. Detección del Cáncer de Mama en México: Síntesis de los resultados de la encuesta Nacional de Salud Reproductiva. *Salud Publica*, 2009: 345-349.
11. Sobotova L, Liu H, Sevcikova M, Weitzman M. Household Exposure to Secondhand Smoke is Associated with Decreased Physical and Mental

- Health of Mothers in the USA. *Maternal and Child Health Journal*. 2011: 78-84
12. Goodwin R, Keyes K, Hadin D. Changes in cigarette use and nicotine dependency in the United State: Evidence for the 2001-2002 wave of the National Epidemiologic survey of Alcoholim and related Conditions. *American Journal of Public Health*, 2009: 1471-1478.
 13. Salgado ND, Wong R. Genero y Pobreza: Determinantes de la salud en la vejez. *Salud Publica de México*, 2007: 515-521.
 14. Reyes FH. Indicadores de Pobreza en México. *Este país*, 2007: 67-72
 15. Larrañaga O. La Medición de la pobreza en dimensiones distintas al ingreso. *Estudios Estadísticos y prospectivos ONU*, 2007: 1-58.
 16. Vences JR, Soto MM, Vázquez MA. México: Incidencia de la Pobreza, 1971-2006. Estimaciones por el método análisis de componentes principales robustas. *Boletín de los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfica*. 2007:17-39.
 17. Acosta F , Cortez F, Escobar A, Freyemth G. Metodología para la Medición Multidimensional de la Pobreza en México. *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*. 2011. 36-63.
 18. INEGI. Número de Personas de Pobreza por ingresos, por ámbito. México D.F. CONEVAL. 2010: 1-25
 19. Glassman A, Boulin C. La protección de las políticas de reducción de pobreza. *Salud Publica de México*. 2007: 12-13.
 20. Calzada FC. Las visitas Domiciliarias, Instrumento determinante del perfil socioeconómico de pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. 2003-2009. *Archivos Neurociencias*, 2011: 24-28.
 21. Wild CP. The Role of Cancer Research in Noncommunicable Disease Control. *Journal of the national Cancer Institute*. 2012: 1-15
 22. Bouye K, Truman B, Hutchins S, Richard R, Brown C, Guillory J. Pandemic Influenza Preparedness and Response Among Public-Housing Residents,

- Single-Parent Families, Low-Income Populations. *American Journal of Public Health*. 2009: 287-294.
23. Lazenby G. Opportunistic Infections in Women With HIV/AIDS. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2012 927-937.
 24. Banta J, Joshi K, Beeson L, Nguyen B. Patient and hospital characteristics associated with inpatient severe sepsis mortality in California. 2005–2010. *Critical Care Medicine* 2012: 2960-2967.
 25. Vandepitte J, Bukenya J, Huges P, Mullen E, Buvé A, Hayes R. Clinical Characteristics Associated With *Mycoplasma genitalium* Infection Among Women at High Risk of HIV and Other STI in Uganda. *Sexually Transmitted Disease*, 2012:486-491.
 26. Gatski M, Martin D, Clark R, Harville E, Schmidt N, Kissinger P. Co-Occurrence of *Trichomonas vaginalis* and Bacterial Vaginosis Among HIV-Positive Women. *Sexual Transmitted Disease* 2011:163-167.
 27. Ndao D, Flevet N, Doucoure S, Gaye A, Lehesran Y. Placental Malaria Infection as Risk factor for Hypertensive Disorders During Pregnancy in Africa: Study in an urban Area Of Senegal, West Africa. *American Journal of Epidemiology*. 2009:847-854.
 28. Savit D, Harmon Q, Herring A, Siega A, Dole N, Thorp J. Integrated Analysis of the pregnancy, infection and nutritional Study. *Maternal and Child Health Journal*. 2012: 655-670
 29. Berggren E, Mele L, Landon M, Spong, C, Ramin B, Wapner R. Perinatal Outcomes in Hispanic and Non-Hispanic White Women With Mild Gestational Diabetes. *Obstetric & Gynecology*, 2012:1099-1206
 30. Khanani I, Elam J, Hearn R, Camille J, Maseru N. The Impact of Prenatal WIC Participation on Infant Mortality and Racial Disparities. *Research Practice*, 2010: 204-210.
 31. Chin, C., Hua, C., Wahlqvist, M., Hsiao, H., Hsing, C., Shu, S., y otros. (2012). Poverty Increases Type 2 Diabetes Incidence and Inequality of Care Despite Universal Health Coverage. *Epidemiology*, 2286-2293.

32. Lonn E. Multivitamins in Prevention of Cardiovascular Disease. *JAMA*, 2012:1802-1203.
33. Li Y, Walters A, Chiuve S, Rimm E, Wikelman J, Gao X. Prospective Study of Restless Legs Syndrome and Coronary Heart Disease Among Women. *Circulation*, 2012: 1689-1694.
34. American Heart Association. Women's Health in Circulation and the Circulation Subspecialty Journals. American Heart Association, 2012: 1006-1014.
35. Carrillo LL. Detección del Cáncer de Mama en México: Síntesis de los resultados de la encuesta Nacional de Salud Reproductiva. *Salud Publica de México* 2009: 345-350.
36. González M, Saucedo A, Santana Y. Factores Asociados a la demanda de servicios para la atención del Parto en México. *Salud Publica de México* 2010: 416-124.
37. Hidebrandt E, Stevens P. Impoverished Women With Children and No Welfare Benefits: the Urgency of researching Failures of the temporary assistance for needy Families program. *American Journal of Public Health*. 2009: 793-801.
38. Valdez R, Juarez C, Salgado N, Agoff C, Ávila L. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México* 2007:250-258.
39. Irigoyen, AC, Ponce RR, Gomez FC. Índice Simplificado de Pobreza Familiar: Proposta para una previsaio Ponderada (Vol. 1). Rio de Janeiro: Pan American Family Medicine Clinics. 2005: 1-5
40. INMUJER. Pobreza y Genero Una aproximación a la forma diferencial en que afecta la pobreza a mujeres y hombres en México 2010. Instituto Nacional de la Mujer, 2010:1-22.
41. Braveman P, Marchi K, Egeter S, Kim S, Metzler M, Stancil T. Poverty, near poverty and hardship Around the time of pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*. 2010: 1-55

42. The International Response to Helsinki. VI The WAR, Declaration of Helsinki, on Ethical-Principles for medical Research Involving Human Subjects as adopted by the 52 WMA General Assembly,. Edeimburg 2000: 1-55