

69
Lej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO DE CHIAPAS**

SEDE: HOSPITAL 14 DE SEPTIEMBRE

**RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES TRABAJADORAS EN LA
SEGURIDAD PUBLICA, EN TUXTLA GUTIERREZ.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

DRA. ROCIO MARCELIN MADRIGAL

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, OCTUBRE DE 1998.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

11226

69
281

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

MEMORIA DE INVESTIGACION DE LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
BIOMEDICAS Y SOCIALES

MEMORIA DE INVESTIGACION DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
EN LA ESCUELA DE MEDICINA, UNAM
CUNTI, C. GARCIA

TRABAJO DE INVESTIGACION
DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA ESCUELA DE MEDICINA

MEMORIA:

Escuela de Medicina UNAM
Cunty, Garcia

19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

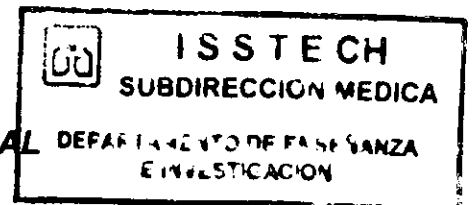
271324

**RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES TRABAJADORAS EN LA
SEGURIDAD PUBLICA, EN TUXTLA GUTIERREZ.**

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

PRESENTA:

DRA. ROCIO MARCELIN MADRIGAL




DR. ESTUARDO DE GANGES ARGUDIN

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSSTECH EN EL HOSPITAL 14
DE SEPTIEMBRE.**


DRA. BLANCA SOTELO ORTIZ

ASESOR DE TESIS

JEFE DE INVESTIGACIÓN MEDICA Y EDUCACIÓN UMF 13 DEL IMSS


DRA. CLAUDIA TERESA MONOBE HERNANDEZ

ASESOR DE TESIS DE LA UNAM

**RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES TRABAJADORAS EN LA
SEGURIDAD PUBLICA, EN TUXTLA GUTIERREZ.**


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

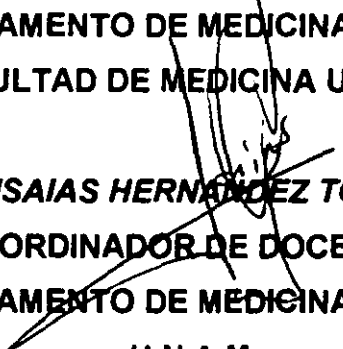
PRESENTA

DRA. ROCIO MARCELIN MADRIGAL

AUTORIZACIONES

~~**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M

**FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

Flujograma del procedimiento para tramitar el Diploma del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales.

El alumno efectuará los siguientes trámites.

PASO 1

Acudirá a la ventanilla No. 1 del Departamento de Apoyo Operativo de la Secretaría de Servicios Escolares, ubicada en el edificio E, 1er piso de la Facultad de Medicina de la UNAM de 9:00 a 14:00 hrs. En donde:

I. Entregará

- Fotocopia de la propuesta del jurado de examen final (formato del DMF de la UNAM o de la institución correspondiente) Marque con lápiz el año de inicio del curso

- Cuatro fotografías tamaño infantil blanco y negro con las siguientes especificaciones:

1. Anotar al reverso con lápiz el nombre
2. Hombres vestir saco y corbata, frente despejada
3. Mujeres vestido o blusa sin escote, no accesorios (Aretes, cadenas, etc.).

II. Recibirá :

a) Formato de pago por los siguientes conceptos:

CONCEPTO	COSTO M. N.
EXAMEN FINAL DE ESPECIALIZACIÓN	\$ 500.00
REVISIÓN DE ESTUDIOS	\$ 400.00
CONFRONTACIÓN DE DOCUMENTOS	\$ 100.00
ELABORACIÓN DE DIPLOMA	\$ 150.00

b) Solicitud de Diploma

c) Solicitud de registro de tesis

PASO 2

Pago en la caja ubicada en 2o. piso del edificio "B" de Facultad de Medicina.

PASO 3

Entregará una tesis (previamente sellada por Jefatura de Enseñanza de su Unidad Académica). En la biblioteca "Valentin Gómez Farías" de la Facultad de Medicina y dos más en la Biblioteca Central de la UNAM (al entregarlas, se sellarán de recibido en el espacio respectivo de la "solicitud de registro de tesis".

PASO 4

En el Departamento de Medicina Familiar, ubicado detrás del Centro Médico Universitario, de 9:00 a 13:00 hrs, entregará:

a) Recibos de pago

b) Solicitudes de diploma y de registro de tesis debidamente llenados y sellados.

c) Un ejemplar de tesis

d) Tres fotografías tamaño título con las siguientes especificaciones:

- 1.- De 6 x 9 cms. ovaladas
- 2.- Recientes impresas en papel mate delgado, no brillante, con retoque, fondo gris claro, en blanco y negro.
- 3.- Completamente de frente, que el tamaño de la cara este proporcionado con la medida de la fotografía.
- 4.- Frente y orejas descubiertas.
- 5.- Anotar al reverso con lápiz el nombre del interesado.
- 6.- Hombres: Saco y corbata, bigote recortado arriba del labio. Sin barba y sin lentes oscuros.
- 7.- Mujeres: Vestimenta formal sin ningún tipo de escote, peinados no llamativos (En caso de cabello largo prendido con discreción hacia atrás, sin aretes, sin lentes oscuros).
- 8.- No pupilentes de color.
- 9.- No se aceptan fotografías que no cubran los requisitos.

PASO 5

En el mismo Departamento de Medicina Familiar, se realizará la confrontación de documentos para lo cual es indispensable que el alumno presente en original

- a) Título
- b) Cédula Profesional
- c) Certificado de Calificaciones de la Licenciatura
- d) Acta de Nacimiento

PASO 6

Acudirá nuevamente a la ventanilla No. 1 del Departamento de Apoyo Operativo de la Secretaría de Servicios Escolares, ubicado en el Edificio "E", 1er. piso de la Facultad de Medicina, y de 9:00 a 14:00 hrs., en donde se le elaborará el acta de examen final. El alumno deberá revisar con todo detalle que los datos asentados en dicha acta no presenten error de ningún tipo. Haciendo especial énfasis en el título de la tesis.

PASO 7

Recabará las firmas autógrafas correspondientes del jurado que aparece en su acta de examen, tomando en consideración que:

- a) El sinodal no podrá firmar dos veces en la misma acta
- b) No se aceptan actas firmadas por poder o ausencia
- c) Las actas deberán ser firmadas con tinta negra
- d) Dejar en blanco la línea correspondiente a "Resolvieron"

PASO 8

Entregará finalmente en la ventanilla No. 1 del Departamento de Apoyo Operativo de la Secretaría de Servicios Escolares del Edificio "E", 1er. piso. El acta debidamente firmada por todos los sinodales que aparecen en ella, en sus cuatro tantos.

Posteriormente y mediante oficio, se dará aviso a la Jefatura de Enseñanza de la Subdelegación Médica correspondiente, de las fechas y requisitos para hacer entrega del Diploma.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

COORDINACIÓN DE DOCENCIA

"CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS
GENERALES"

CALENDARIO DE FECHAS ESTABLECIDAS PARA REALIZAR TRÁMITES
DE DIPLOMACIÓN

ISSSTE	10 DE MARZO '99
PENSIONES CIVILES	10 DE MARZO '99

ISSSTE:	2 DE MARZO '99
TAMPICO	
TEPIC	
CD JUAREZ	
MAZATLÁN	
MORELIA	
QUAUQUAPAN	
DURANGO	
REYNOSA	
MUCHI	
MEXICALI	

ISSSTE:	3 DE MARZO '99
COZUMEL	
CHILPANCIÑO	
GUERRERO	
JALAPA	
MÉRIDA	
OAXACA	
PUEBLA	
TUXTLA GUTIERREZ	
VERACRUZ	
VILLAHERMOSA	

ISSSTE:	4 DE MARZO '99
D.F.	
GUADALAJARA	
GUANAJUATO	
IRAPUATO	
PACHUCA	
OTRAS SEDES	

INDICE

	PÁG.
1. Marco Teórico.....	01
2. Planteamiento del problema.....	09
3. Justificación.....	10
4. Objetivos	
a) Objetivos generales.....	14
b) Objetivos especiales.....	14
5. Metodología.....	15
6. Resultados.....	20
7. Análisis.....	57
8. Conclusiones.....	61
9. Referencias Bibliográficas.....	64
10. Anexos.....	68

MARCO TEÓRICO

El interés de la salud de la mujer es relativamente reciente. Con hitos a nivel internacional, es importante destacar el reconocimiento de las Naciones Unidas al período de 1985-1995 como la década de la mujer y el lanzamiento de la iniciativa por una maternidad sin riesgos en 1987. Antes de esto, la salud de la mujer era concebida esencialmente como un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil.

Así, al comienzo de la década de los sesenta, al mismo tiempo que se iniciaban los esfuerzos sistemáticos por regular el crecimiento demográfico mediante la planificación familiar, se reconoció la necesidad ética y práctica de ofrecer los medios para mejorar la salud de los niños y aumentar sus oportunidades de supervivencia como un objetivo en sí mismo y como condición para incrementar la aceptación de los métodos de planificación familiar. De allí surgieron los términos, conceptos y programas de "Salud materno-infantil" y "Sobrevivencia en la infancia".

En 1987, los programas dirigidos a la salud materno-infantil pusieron, por primera vez, especial énfasis en las madres, al lanzar a nivel internacional, la iniciativa por una Maternidad sin Riesgos. El objetivo principal de este programa era reducir la morbilidad y mortalidad materna, es decir, el impacto de los problemas de salud que se presentan como consecuencia del embarazo (incluyendo el aborto), las complicaciones secundarias debido al uso de métodos de planificación familiar, el parto y el puerperio.

Para alcanzar este objetivo se recurre a la capacitación de proveedores de servicio de salud (incluyendo parteras tradicionales), para la atención del embarazo, parto y puerperio (con especial énfasis en los servicios obstétricos de emergencia y planificación familiar). Así mismo, se estudian los factores

relacionados con la búsqueda de atención por parte de la mujer y con la accesibilidad a los servicios y se evalúa la calidad de estos últimos.

En este contexto, se considera que la anticoncepción es un medio para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad, al disminuir el número de embarazos de alto riesgo. En esta iniciativa, si bien se reconoce que el aborto inducido es una causa importante de muerte, no se incluyen los servicios post-aborto como uno de sus componentes.

En los últimos años, importantes cambios demográficos evidenciaron que los programas desarrollados hasta entonces tenían una perspectiva demasiado estrecha para abordar todos los aspectos de salud relacionados con la reproducción humana (1,2)

En respuesta a esta situación, y tomando como punto de partida los enfoques parciales anteriores, surge recientemente el concepto de Salud Reproductiva. Con base en la clásica definición positiva de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se le describe como el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción.

La salud reproductiva implica, pues, la capacidad para reproducirse, acceder a un embarazo y partos seguros, llevar el proceso reproductivo a un buen término, es decir, dar a luz a un niño sano, que crezca en buenas condiciones, también se refiere a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos y escoger el método más conveniente de manera libre e informada, así como de tener una vida sexual satisfecha y libre de enfermedad.

Solo muy recientemente el concepto se ha ampliado aún más para abarcar todos aquellos aspectos relacionados con la salud de la mujer. Dentro de este se incluyen todos los procesos relacionados con la reproducción en un sentido

amplio, pero se agregan también los problemas propios de la mujer en la etapa del ciclo previo y posteriores a la edad reproductiva y los asociados con el contexto social, el trabajo y el envejecimiento Así, el concepto integral de salud de la mujer excede al de salud reproductiva para extenderse a los problemas durante todo el ciclo vital la atención integral a la salud de la mujer; además de ser un objetivo humanitario en si mismo, representa una inversión para el crecimiento económico de la familia y de la sociedad, y para la salud y bienestar de los niños (3).

Así pues, para llegar a una salud reproductiva óptima se necesita conocer todos aquellos factores que de alguna manera pueden afectar la reproducción y poner en peligro al binomio madre-hijo y por ende el bienestar familiar.

Aún cuando no se tiene una definición concreta de riesgo reproductivo, es posible entenderlo como "la probabilidad (grado de peligro) que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo".

Para determinar el riesgo reproductivo se conocen diversos factores.

Factor de Riesgo. - Es la característica que al estar presente en una persona, aumenta la probabilidad de que le ocurra un fenómeno desfavorable para la salud (4, 10).

Dichos factores se pueden determinar en relación a las causas específicas de muerte materna y perinatal.

Morbilidad y mortalidad en México

Para el estudio de la Salud durante el embarazo, parto y puerperio se recurre a la cuantificación y análisis de la desviación del estado de anormalidad, en otras palabras, de la enfermedad (morbilidad) y de la muerte (mortalidad).

Los aspectos que abarcan la morbilidad materna se pueden incluir en tres categorías:

a) Las complicaciones agudas que ocurren durante el embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y el postparto inmediato, entre otras la hemorragia, la infección, la hipertensión inducida por el embarazo, el aborto séptico y la secuela de violencia sexual.

b) Los problemas crónicos que se hacen aparentes tiempo después del nacimiento, como el prolapso uterino y las fístulas. Este tipo de problemas no suele ser identificado como morbilidad materna y no se mide en los registros rutinarios de enfermedades.

c) Las enfermedades asociadas, que son aquellas que se presentan o se complican en presencia del embarazo y que afectan la salud de la madre y/o del niño; entre otras la anemia, hepatitis, malaria, diabetes, hipertensión, las enfermedades de transmisión sexual. Solo una porción muy pequeña de las mismas se registra rutinariamente.

Del único grupo con que se cuenta información es del primero, y de esto, solo aquellos atendidos en medio hospitalario (y no es representativo de la población en general).

En la Secretaría de Salud, en 1988, 56.6% fueron partos normales; 29.1% de las mujeres fueron atendidas por causas obstétricas directas; 12.6% por aborto; 1.11% por toxemia.

La información sobre morbilidad materna es insuficiente para evaluar la importancia del problema y proviene únicamente de hospitales.

Con relación a la mortalidad materna en nuestro país, la mortalidad materna ha disminuido de manera importante en los últimos años: de 53 por 10 000 recién nacidos vivos en 1940 a 5.1 en 1990. Este descenso, sin embargo, no ha sido uniforme ni constante: la pendiente de la curva fue seis veces más pronunciada en los años cuarenta cuando la muerte materna era más elevada, que en la década de los ochenta (5,6)

A pesar de este decremento tan importante, la mortalidad materna continúa siendo muy alta si se compara con la de otros países desarrollados, lejos de disminuir, ha ido aumentando: en 1940 la diferencia de México y Estados Unidos en cuanto a morir por causa materna era de 1-4; la misma diferencia en 1985 fue de 7;4 veces. (7)

Así como se observa un comportamiento poco constante en la tendencia de la mortalidad materna, también se constatan importantes diferenciales según las características sociodemográficas tanto individuales como de las comunidades donde habitan las mujeres.

Así, el riesgo de morir es mayor en los extremos de la vida reproductiva y la escolaridad tiene una relación inversa con el riesgo. Respecto con aquellas mujeres con preparatoria completa las analfabetas tienen ocho veces mas probabilidades de morir, las que no concluyen la primaria cinco veces y las que terminan el ciclo básico tres punto seis veces mas que el grupo de referencia.

Asimismo, existen diferenciales por regiones. El Sur constituye la zona con mortalidad materna más elevada (tasas superiores a 6.0) situación que se refleja también en otros indicadores de salud. (8)

Tenemos que en el estado de Chiapas la Secretaría de Salud reporta en el período 1990-1994; las principales causas de mortalidad materna fueron:

Hemorragia del embarazo y parto con una tasa de 1.32 a 2.34, Toxemia del embarazo y parto de 0.46 a 0.95, aborto de 0.4 a 0.58, complicaciones del puerperio de 0.12 a 0.5 y las demás causas obstétricas de 1.77 a 2.79. (13)

Por otra parte la fecundidad, más allá de su importancia como variable demográfica, es una determinante fundamental de la salud de la mujer en la etapa reproductiva. Altas tasas de morbilidad y mortalidad materna suelen correlacionarse positivamente con una alta fecundidad. Por una parte, un gran número de embarazos significa una exposición repetida al riesgo inherente a la reproducción. Por otra parte, las mujeres con alta fecundidad son, por definición, grandes multíparas que comienzan a tener hijos muy jóvenes y hasta edades muy avanzadas, y que se enfrentan a las secuelas de embarazos, partos y lactancias numerosas por intervalos cortos. Estos elementos son los factores de riesgo obstétrico más importantes.

Así observamos las tendencias que a partir de 1920, y por espacio de poco más de cinco décadas, la fecundidad en México se mantuvo en niveles muy elevados y constantes; a ello contribuyeron las Leyes de Población de 1936 y 1947 con clara inclinación pronatalista. Hacia 1940, la población mexicana era de 19.7 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento de 1.70/o la cual ascendía en cada década, siendo en los sesenta de 3.4%.

Por consiguiente, en 1973, en medio de una creciente preocupación internacional por las consecuencias de un acelerado crecimiento demográfico, se aprueba en México una nueva ley de población que constituye el marco de referencia para el inicio de los programas de planificación familiar y un descenso importante en la fecundidad a la mitad en áreas urbanas y solo un 25% en áreas rurales. (5,8)

Ahora bien, diversas investigaciones ha demostrado que la probabilidad de enfermar o morir esta influida por la posición que los individuos guardan en la

estructura social. Las recompensas económicas que están en función de dicha disposición, por lo general, determinan el acceso a los bienes y servicios, incluidos los de salud, que son necesarios para garantizar la reproducción cotidiana e intergeneracional de los individuos y sus descendientes.

Se arguye que la incorporación femenina a la actividad económica extradoméstica ha conducido a una ampliación de poder de decisión de la mujer, al mismo tiempo que eleva su estatus social, su seguridad y autoestima.

Sin embargo, la combinación de trabajo doméstico y extradoméstico lleva a las mujeres de los sectores populares a mantener agotadoras jornadas de trabajo, conduciendo a un estilo de vida arduo y agobiante. Según diversos autores (Leslie 1992, García y Oliveira 1992, Brachet 1990), las cargas de trabajo de las mujeres en edad reproductiva son mayores que las de otros miembros del hogar con efectos negativos mensurables en su estado nutricional y en sus capacidades físicas e intelectuales.

Dichas situaciones pueden llevar a la mujer en edad reproductiva a problemas tales como el aborto, el cual es un problema de salud con repercusiones biológicas, psicológicas y sociales.

Por último, la presencia de enfermedades crónico degenerativas en mujeres en edad fértil no embarazadas se considera como factor de riesgo reproductivo debido a que se trata de patología que persiste durante toda la vida de estas mujeres y que, además cursa con lesiones vasculares que tienden a progresar y que intervienen directamente en la generación de complicaciones, tanto maternas como para el producto, por lo que en caso de presentarse un embarazo existe una alta probabilidad de recurrencia de este tipo de problemas. Dentro de este grupo tenemos a la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías y nefropatías. (10, 4)

Es importante tomar en cuenta las toxicomanías, pues se sabe que la dependencia del alcohol en la mujer se asocia con amenorrea, anovulación y disfunciones del ciclo menstrual normal y, en algunas instancias, con la menopausia prematura. Los estudios sobre el tema demuestran que una ingesta diaria de cuatro a ocho copas produce problemas de menstruación en las mujeres que, en ausencia de alcohol experimentan ciclos menstruales normales. Con frecuencia el riesgo se incrementa por que se agregan otros factores, tales como: una nutrición deficiente, condiciones de pobreza, niveles mínimos de escolaridad, la exposición a elementos tóxicos diversos del medio ambiente (plomo, pesticidas, etc.).

El consumo de tabaco ha sido asociado con la presencia de cáncer cérvico-uterino invasor y a sus lesiones precursoras (displasias cervicales y carcimona in situ). Las consecuencias alcanzan al feto y al recién nacido.

Tampoco se debe olvidar que la socialización de los niños continua siendo, principalmente responsabilidad de la madre. Por ello el consumo de drogas en la madre influye en forma determinante en el consumo que eventualmente sus hijos pudieran tener. (8, 11, 14)

Las prácticas sexuales es uno de los factores que también se considera como riesgo de la reproducción, ya que facilitan el contagio de enfermedades de transmisión sexual por la falta de medidas preventivas, sobre todo, en el comercio sexual, además dentro de esto se debe considerar la violencia sexual y la frecuencia de cambio de pareja

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los grupos de población más susceptibles a la enfermedad y a la muerte se encuentra el materno-infantil. La susceptibilidad para las mujeres en edad reproductiva nace de los procesos fisiológicos que acompañan al embarazo y que modifican profundamente el organismo materno y aumentan su vulnerabilidad. Por lo que respecta al sector infantil las circunstancias relacionadas con la gestación, el nacimiento y el desarrollo, constituyen los factores que influyen en el pronóstico de salud y vida.

Se ha estimado por la Organización Mundial de la Salud que podrían evitarse anualmente alrededor de 500,000 muertes maternas y 2 500,000 de muertes infantiles si se evitan los embarazos en las edades extremas de la vida reproductiva, un número excesivo de hijos y se asegurara un espaciamiento adecuado entre los hijos.

Por otro lado, también se sabe que existen otras condiciones en la mujer, como el antecedente de eventos desfavorables en embarazos anteriores o la presencia de patología crónicodegenerativa, que debido a su tendencia a recurrir en embarazos posteriores, a su asociación causal con daños a la salud materna como perinatal, se consideran factores de riesgo reproductivo.

Además, con el ingreso de la mujer a la actividad económica extradoméstica, la reproducción se ve afectada por otros factores concernientes a lo laboral como puede ser la exposición a sustancias tóxicas, a traumatismos etc.

Por lo referido anteriormente, en este trabajo se desea conocer ¿Cuál es el grado de riesgo reproductivo de las mujeres trabajadoras en la seguridad pública, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

JUSTIFICACIÓN

La salud reproductiva reúne todas las condiciones que optimizan la reproducción biológica y social de los individuos y las unidades sociales dentro de las cuales se encuentran insertos.

Dicha salud se encuentra determinada por diversos factores que intervienen, ya sea en forma positiva o negativa según se presenten. Por lo que es necesario conocer los determinantes del estado de salud del individuo y la población

DETERMINANTES DEL ESTADO DE SALUD

- 1.- Estructura biológica individual (y poblacional), genética y congénita.
- 2.- Comportamientos habituales y sociales frente a la salud y la enfermedad.
- 3.- Condiciones económicas de vida de la población; costo de vida y nivel de salarios del individuo y la familia.
- 4.- Condiciones sociales de la vida de la población; nivel de instrucción, nivel de educación sanitaria, condiciones sociales del trabajo.
- 5.- Calidad del ambiente, físico, biológico y social; condiciones de seguridad y de saneamiento del ambiente; protección ecológica.
- 6.- Condiciones sanitarias y de seguridad del trabajo.
- 7 - Cantidad y calidad de la alimentación de la población y del individuo.
- 8.- Tipo de desarrollo económico-social. (27)

Desde el punto de vista clínico y epidemiológico la valoración del riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil tiene la finalidad de detectar a ciertos grupos de población que presentan la probabilidad más alta de enfermedad, lesión o muerte al tener un embarazo. Esto último puede representar el uso de métodos temporales para la anticoncepción en las mujeres cuyo riesgo sea moderado y

cuando los factores son modificables y la paridad no satisfecha, hasta el uso de métodos definitivos en los casos de riesgo grave.

En segundo término, pero de igual trascendencia en términos de salud, se encuentra la detección y seguimiento de los casos en que la patología específica encontrada, en particular la de carácter general, permite el manejo médico y el seguimiento para prevenir o limitar el daño posible o presente. (4)

Otro aspecto de importancia es el relacionado con los riesgos reproductivos derivados de factores de tipo ambiental y sobre todo ocupacionales, por la incorporación de la mujer al trabajo; de acuerdo al censo de 1990, con respecto a la actividad económica se registraron 326 hombres activos por cada 100 mujeres, en relación a la edad, la participación económica de la mujer alcanza su valor máximo a una edad joven (de 20 a 24 años). Por lo que la mujer en edad fértil puede estar expuesta a diversos factores de riesgo.

En cuanto a los hogares; se registró en el censo de 1990 2.3 millones de hogares familiares donde el eje es mujer, cifra que corresponde al 15.3% del total de este tipo de hogar.

El Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH), otorga servicio médico a los trabajadores de las distintas dependencias del gobierno del estado de Chiapas y a sus familiares, siendo un total de 62,709 derechohabientes, de los cuales 28,043 se encuentran adscritos a la Clínica de Consulta Externa de Tuxtla.

Esta población se encuentra dividida en sectores de la siguiente manera:

Sector	No. de Derechohabientes
1. Magisterio	10,205
2. Burocracia	4,838
3. ISSTECH	2,093
4. Pensionados de Gobierno del Estado	271
5. Pensionados del ISSTECH	1,458
6. Seguridad Pública	9,178

De este total de población; 9,178 son asegurados (trabajadores). Con relación a la división en relación a sexo tenemos que 5,998 son del sexo masculino y 3,180 del sexo femenino, encontrándose 2,699 mujeres en edad reproductiva.

De acuerdo a los Diagnósticos Situacionales Anuales se encontró un incremento importante en el otorgamiento de consulta a menores de 5 años (del 29%).

Así también, se observa un incremento en la atención de pacientes en control prenatal de un 20 % relacionándose con el ingreso al Instituto del sector de Seguridad Pública.

Por todo lo anterior, nace la inquietud de estudiar a esta población para conocer los factores que pueden influir en forma adversa sobre la salud, tratando de abarcar los distintos aspectos que pueden influir en el bienestar del individuo y su familia.

De ahí el interés de estudiar el riesgo reproductivo en mujeres que laboran en la seguridad pública, ya que podemos tomar diversas condiciones que pueden

influir en la salud, considerando los aspectos biológicos, sociales y económicos, para ofrecer alternativas de mejoras en los aspectos en donde el médico familiar puede tener ingerencia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el riesgo reproductivo en las mujeres trabajadoras en la seguridad pública en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los antecedentes generales que presentan mayor riesgo en la reproducción.
- Valorar los antecedentes ginecoobstetras con mayor incidencia en el riesgo reproductivo.
- Determinar los antecedentes personales patológicos que inciden con mayor frecuencia en el riesgo reproductivo.
- Establecer la frecuencia de toxicomanías en mujeres en edad fértil.
- Determinar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres que trabajan en la seguridad pública
- Identificar los antecedentes laborales que pueden aumentar el riesgo reproductivo en mujeres trabajadoras en la seguridad pública

METODOLOGIA

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

Población, Lugar y Tiempo.

Este estudio se realizó con la población femenina en edad fértil que labora y pertenece al sector de seguridad pública, adscrita a la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; en un período de ocho meses que abarca de mayo a diciembre de 1997.

Tipo de Muestra y Tamaño de la Muestra.

En este estudio la muestra es aleatoria de mujeres en edad fértil del sector de seguridad pública que acudieron a la consulta externa en el periodo de mayo a diciembre de 1997 hasta completar el 10% del total de mujeres en edad fértil trabajadoras y adscritas a la Clínica de Consulta Externa de Tuxtla del ISSSTECH.

Criterios de inclusión

- Todas las mujeres de 15 a 49 años de edad
- Agentes de seguridad pública del sexo femenino
- Derechohabientes adscritas a la Clínica de Consulta Externa de Tuxtla, ISSSTECH.
- Pacientes que acudieron a la Clínica de consulta Externa Tuxtla del ISSSTECH en el período comprendido de mayo a diciembre de 1997.

Criterios de Exclusión.

- Población femenina mayor de 49 años y menor de 15 años.
- Población femenina que labora y pertenece a los sectores de magisterio y burocracia.
- Pacientes adscritas a otras clínicas de consulta externa del ISSTECH en el estado de Chiapas.
- Pacientes que no acudieron a la Clínica de Consulta Externa Tuxtla del ISSTECH en el periodo de mayo a diciembre de 1997.

Criterios de Eliminación.

- Aquellas mujeres que no acepten la entrevista.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

información a recolectar (variables de medición)

Para valorar el riesgo reproductivo existen múltiples variables, sin embargo, en este estudio se seleccionaron las variables que a continuación se describen de acuerdo a sus características y unidades de medición.

CODIFICACIÓN DE VARIABLES		
VARIABLE	TIPO	CÓDIGO
Edad	Cuantitativa Continua	Años
Peso	Cuantitativa Continua	Kilos
Talla	Cuantitativa Continua	Metros
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Soltera, Casada, Divorciada, Unión libre y Viuda.
IVSA	Cuantitativa Continua	15, 15 a 20, 20 y +
Gestaciones	Cuantitativa Discontinua	0, 1, 2 a 4, 5 ó +
Partos	Cuantitativa Discontinua	0, 1, 2, 3, ó +
Abortos	Cuantitativa Discontinua	0,1,2,3, ó +
Cesárea Previa	Cualitativa Nominal	Si, No
Antecedentes Personales Patológicos	Cualitativa Nominal	No, Hipertensión arterial, infecciones urinarias, cardiopatías, diabetes mellitus.
Antecedentes Obstétricos	Cualitativa Nominal	Toxemia, polidramios, placenta previa, pretérmino, bajo peso al nacer, malformación mayor, muerte fetal tardía, macrosomía, cirugía pélvica uterina.

Tabaquismo	Cualitativa Nominal	Positivo, Negativo
Alcoholismo	Cualitativa Nominal	Positivo, Negativo
Método de planificación Familiar	Cualitativa Nominal	Definitivo, Temporal
Area de Trabajo	Cualitativa Nominal	Area administrativa y área operativa
Horario de trabajo	Cuantitativa Continua	6, 18, 12 y 24 horas
Ingreso mensual	Cuantitativa Continua	\$1,000 a \$200, +\$2000 a \$3,000 y + de 3,000

Procedimiento de captura de la información.

Se realizó una encuesta que comprende 16 Variables, las cuales fueron tomadas de acuerdo a los criterios establecidos por el IMSS, para evaluar los factores de riesgo reproductivo. El tipo de entrevista es estructurada.

Las entrevistas fueron realizadas por los médicos adscritos a los cinco consultorios de la Clínica de Consulta Externa Tuxtla del ISSTECH en ambos turnos (mañana y tarde) a las pacientes que laboran y pertenecen al sector de seguridad pública, del sexo femenino en edad fértil y dentro del periodo de mayo a diciembre de 1997.

Consideraciones éticas

De acuerdo con las declaraciones de Helsinki, adaptado a la 18a. Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, 1964 y revisado por la 29a. Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, 1975.

Se informó de manera general a cada paciente participante el contenido y la finalidad de la encuesta a realizar. Y se respetó la negativa de la paciente a no participar en el estudio, sin afectar la relación médico paciente. (J-6), (114).

RESULTADOS

De los resultados obtenidos en la encuesta realizada a 270 mujeres en edad fértil que laboran en la seguridad pública y que acudieron a la Clínica de Consulta Externa del ISSSTECH, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en un periodo de 8 meses que fue de mayo a diciembre de 1997, se encontraron los siguientes datos.

La edad fértil en mujeres, se encontró que predomina la población del grupo de 20 - 30 años con una representatividad del 36% del total de las 270 mujeres encuestadas, seguido del grupo de más de 34 años con un 24%, después la población de 15 a 20 con un 22% y por último el grupo de más de 30 a 34 años con un 18%. (*cuadro 1*)

Con relación al peso encontramos que predomina el grupo de mujeres con un peso de 50 a 55 Kg. representado por el 55% del total de la población estudiada El segundo grupo fue el que tiene un peso de 56 a 60 Kg. con un 27%, y en último lugar las mujeres con peso menor de 50 y mayor de 60 Kg.; ambas con el 9 % del total de la población. (*cuadro 2*)

La talla de las mujeres encuestadas predominó las que miden 1.50 a 1.55 m. con un 67 %, seguidas por el grupo de mujeres con menos de 1.50 m con un 22% y por último el grupo de mujeres de más de 1.55 m. con un 11% del total de la población de mujeres estudiadas. (*cuadro 3*)

La escolaridad de mujeres entrevistadas se encontró que un 52% de ellas solo cursó la primaria ó menos y el 48 % de ellas la secundaria (*cuadro 4*)

En relación al estado civil, encontramos que predomina la unión libre con un 33%, seguido por el grupo de mujeres solteras con un 31% y en tercer lugar el de

mujeres casadas con un 24%, las de menor representatividad fueron las divorciadas y viudas con un 90 % y 3% respectivamente. (cuadro 5)

Los resultados del inicio de vida sexual activa, nos reporta que la mayoría inicio entre los 15 y menos de 20 años con un 56%, seguido por el grupo de menos de 15 años, con un 33%, por último el grupo de más de 20 años con un 9 % y con un 2% las que refirieron no haber tenido relaciones sexuales. (cuadro 6)

El número de gestaciones se reporta con un 73% el grupo que respondió tener de 2 a 4 gestaciones, seguido por el grupo de 5 y más con un 15%, ocupando el tercer lugar las primigestas y las que no han tenido ningún embarazo, ambas con un 6% respectivamente. (cuadro 7).

En partos encontramos que la mayoría se reporta con un 66% en el grupo de 1 a 4 partos, seguido por el grupo de 5 y más con un 19% y por último el grupo de mujeres que negó haber tenido un parto con un 15%. (cuadro 8)

En relación a abortos, el 52% de la población respondió no haber tenido ningún aborto, seguido por el grupo de un aborto con un 33%, el grupo que ocupa el tercer lugar fue el que manifestó haber tenido 2 abortos con un 90 % de representatividad y en cuarto lugar el grupo de 3 ó más con un 6 %. (cuadro 9)

Las respuestas a cesárea fueron; el 87% de ellas respondieron negativamente y el 13% de ellas en forma afirmativa (cuadro 10)

Los resultados obtenidos en la encuesta con relación a antecedentes obstétricos fueron de la siguiente manera: 121 de ellas, aceptó haber tenido productos de bajo peso al nacer (-2500 g), en segundo lugar tenemos aquellas que negaron tener algún antecedente obstétrico, con un total de 81, en tercer lugar tenemos que 78 respondieron haber tenido productos de pretérmino; en cuarto lugar tenemos a las que manifestaron haber tenido productos macrosómicos con

un peso al nacer de más de 4 000 g, siendo un total de 16 de ellas, en relación con muerte fetal tardía 8 respondieron positivamente y tres de ellas respondieron haber tenido cirugía pélvica uterina. De las pacientes entrevistadas todas negaron tener antecedentes de toxemia, polihidramios y placenta previa. *(cuadro 11)*

En la encuesta los antecedentes personales patológicos las respuestas fueron; el 54% de ellas negaron tener algún antecedente, el 35% de ellas refirieron infecciones de vías urinarias, el 6% de las pacientes refirió Hipertensión arterial, un 4% manifestó diabetes mellitus y un 2% cardiopatías. *(cuadro 12)*

Tabaquismo, la respuesta negativa fue en el 67 % de las pacientes entrevistadas y un 33% de ellas respondió en forma afirmativa *(cuadro 13)*

En relación al alcoholismo la respuesta positiva fue de 55% y negativa del 45% del total de las mujeres entrevistadas *(cuadro 14)*

Respecto a métodos de planificación familiar las respuestas fueron las siguientes: el 57% de ellas lleva algún método de planificación temporal, el 28% de ellas no lleva ningún método y solo el 15% de ellas refirió método definitivo. *(cuadro 15).*

En antecedentes laborales tenemos que en relación con el área de trabajo el 58% de ellas labora en área operativa y el 42% en área administrativa Con respecto al horario de trabajo el 36% de las encuestadas tienen horario de 8 horas, el 30% de ellas labora 12 horas al día, el 22% trabaja 24 horas y descansa 24 horas y el 12% de ellas trabaja 6 horas, *(cuadro 16)*

En relación al ingreso mensual todas respondieron tener un sueldo de 1,000 a menos de 2,000 pesos mensuales. *(cuadro 17)*

CUADRO 1

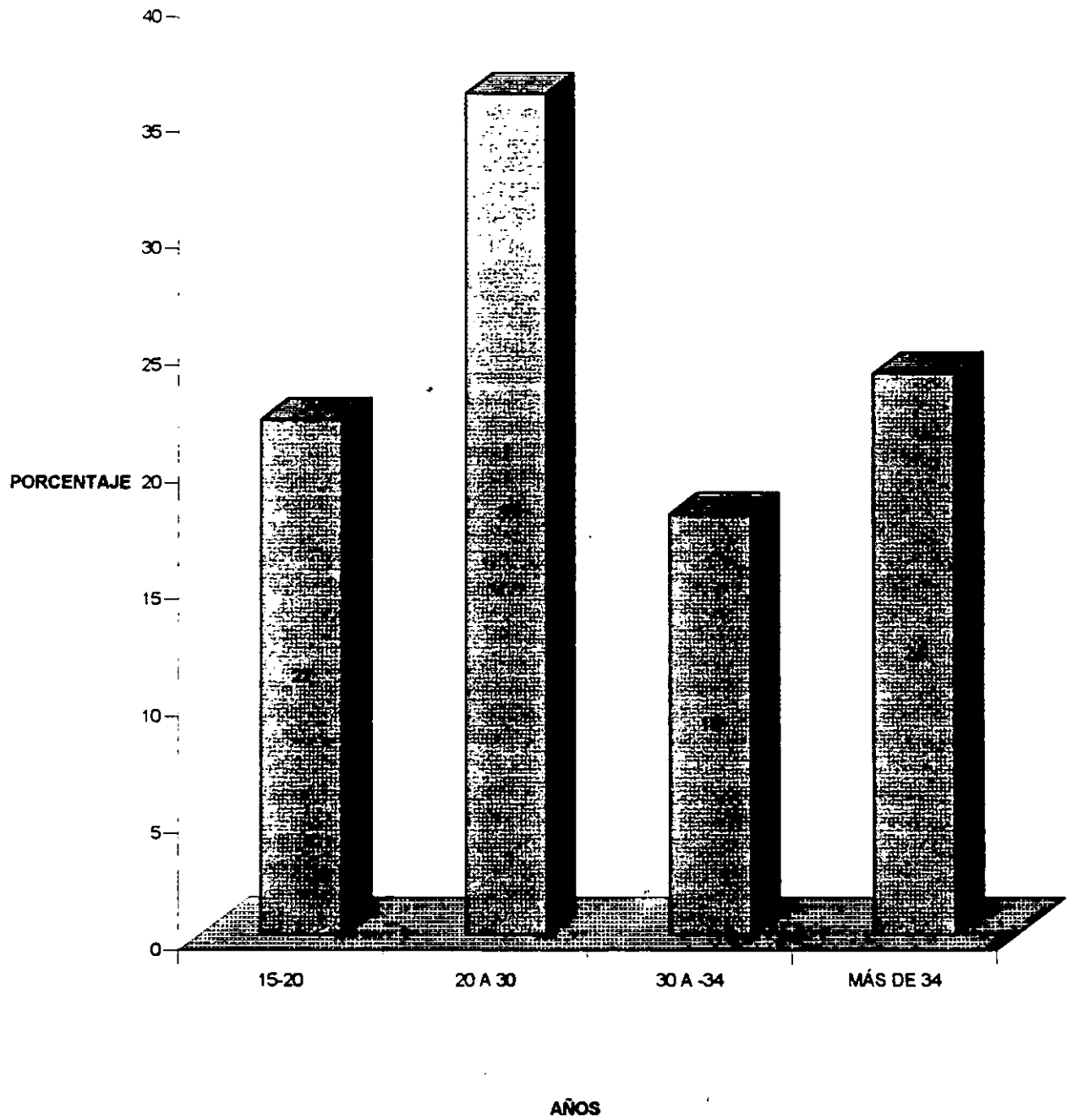
GRUPOS DE EDAD DE MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

EDAD 1997		
Edad	No.	%
15 a 20	59	22
+ 20 a 30	97	36
+ 30 - 34	49	18
Más de 34	65	24
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en edad fértil que laboran en la seguridad pública.

GRAFICA No. 1

GRUPOS DE EDAD DE MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 2

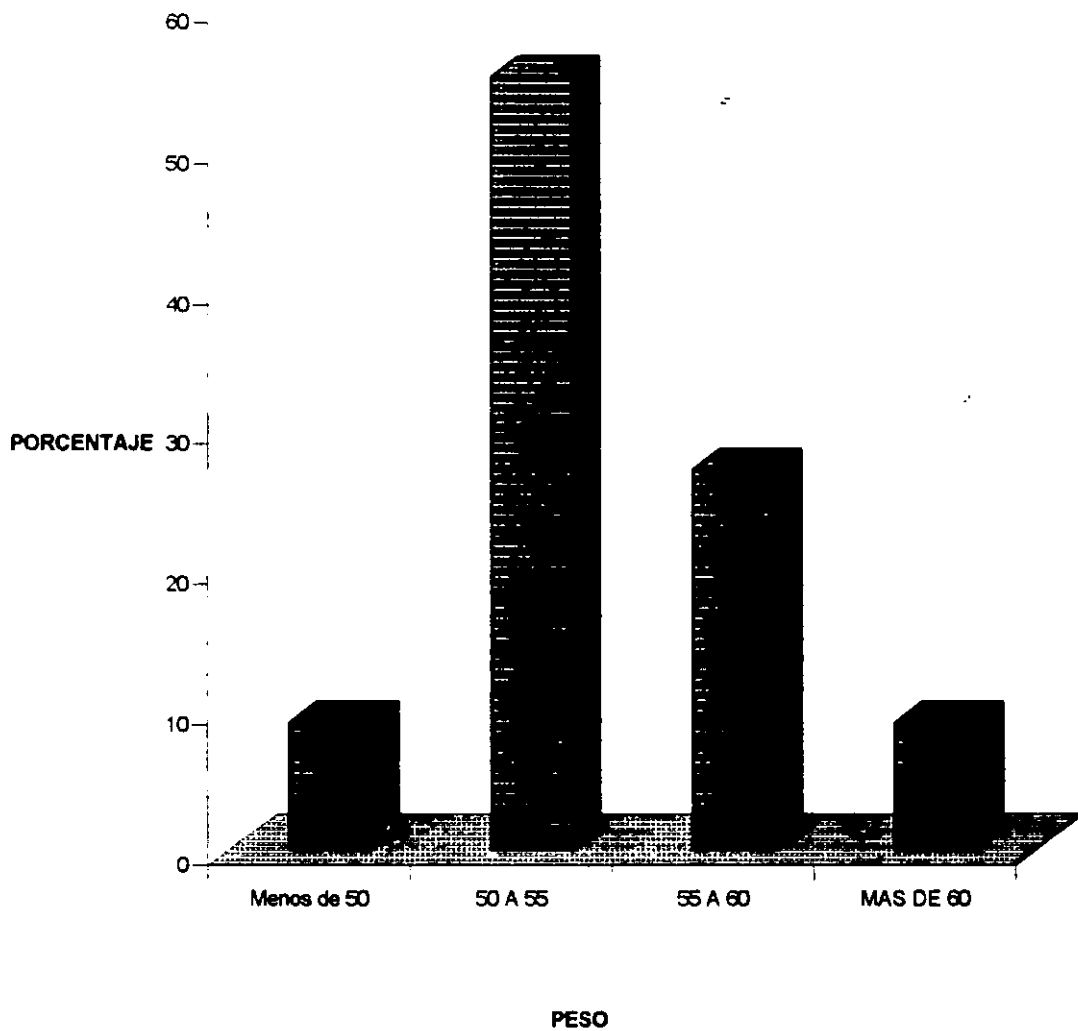
EL PESO DE MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

PESO 1997		
Peso (kg)	No.	%
Menos de 50	24	9
+ 50 a 55	149	55
+ 55 a 60	73	27
+ 60	24	9
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 2

EL PESO DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 3

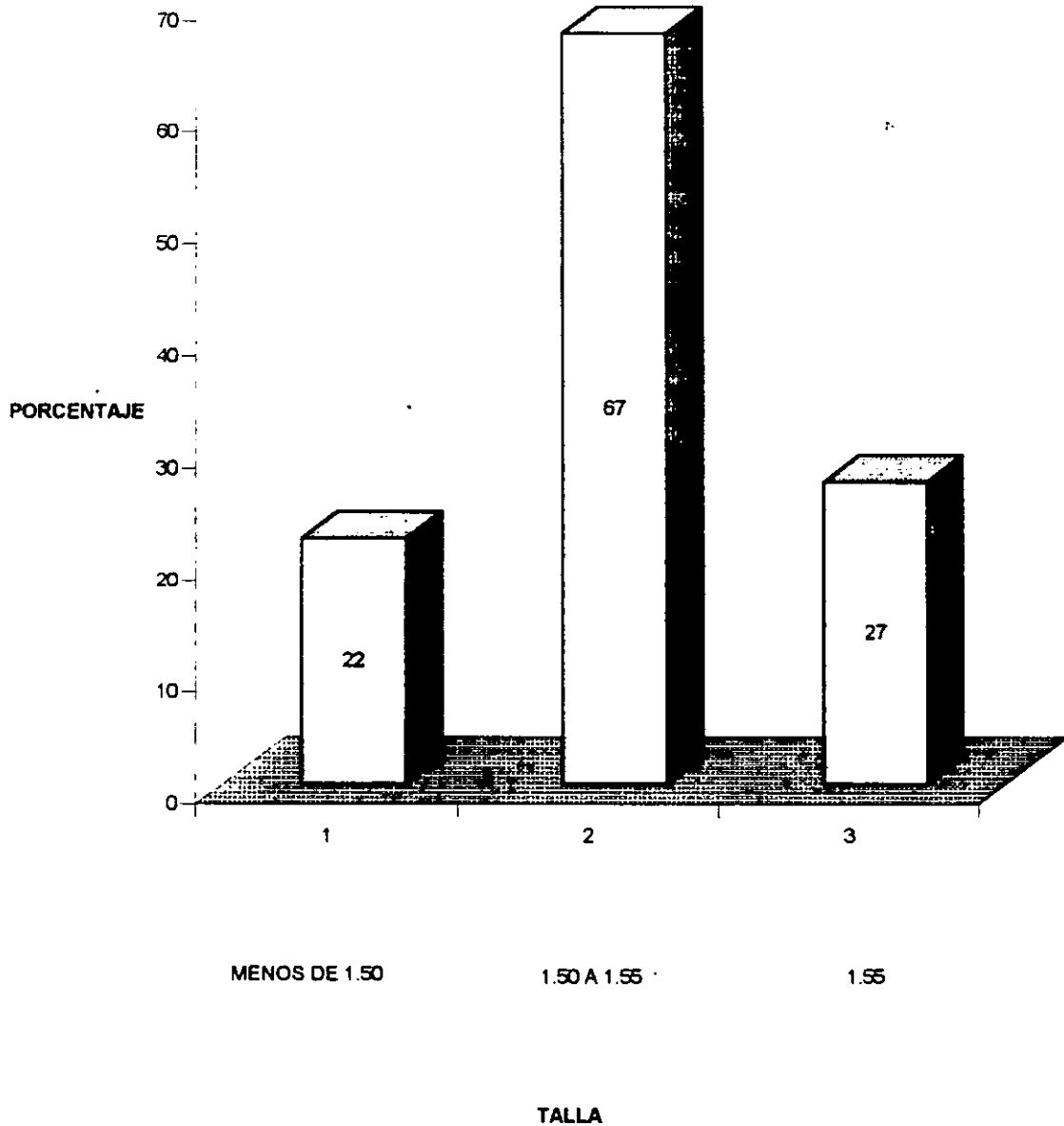
TALLA DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PÚBLICA, ADSCRITAS A LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

TALLA 1997		
Talla (Metros)	No.	%
Menos de 1.50	59	22
1.50 a 1.55	181	67
1.55	73	27
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 3

TALLA DE MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997



CUADRO 4

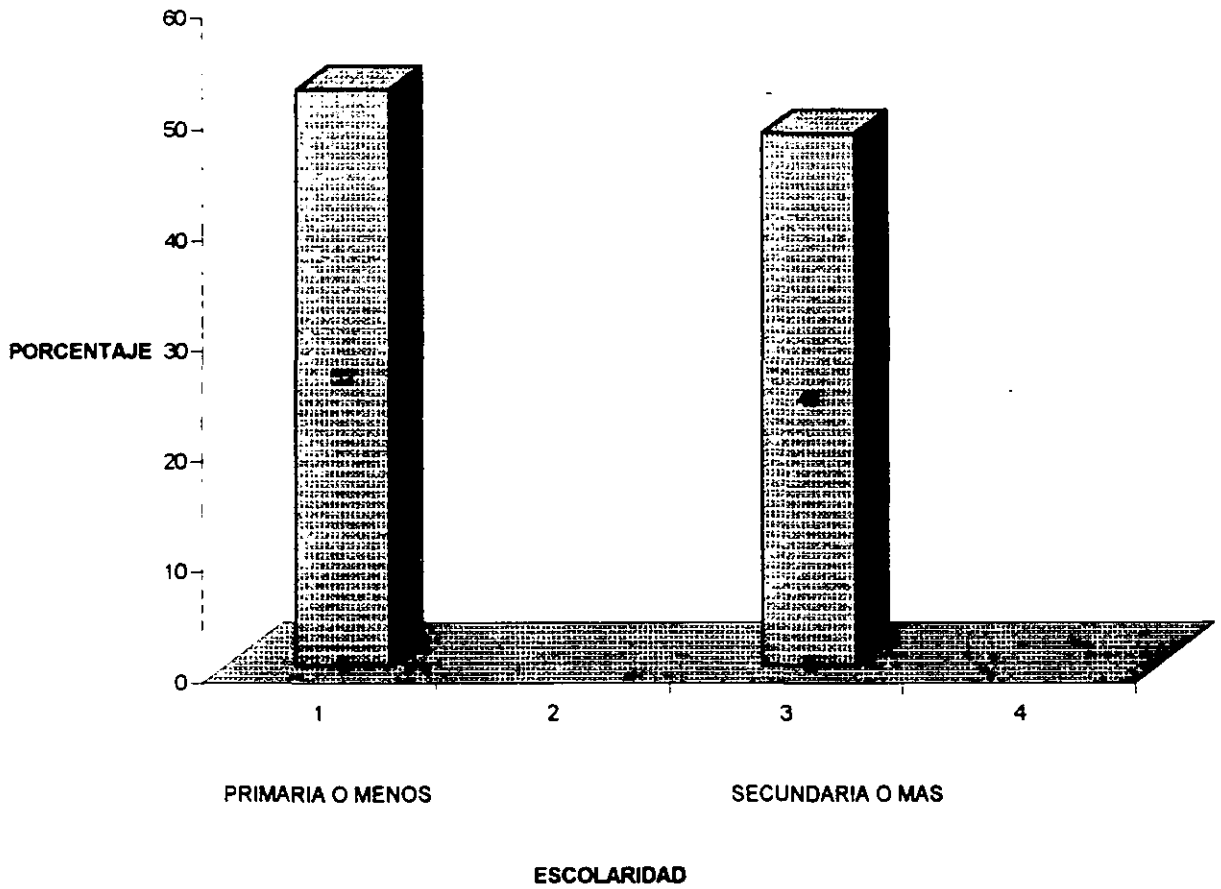
ESCOLARIDAD DE MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

ESCOLARIDAD 1997		
ESCOLARIDAD	No.	%
Primaria o menos	140	52
Secundaria o más	130	48
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 4

ESCOLARIDAD EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 5

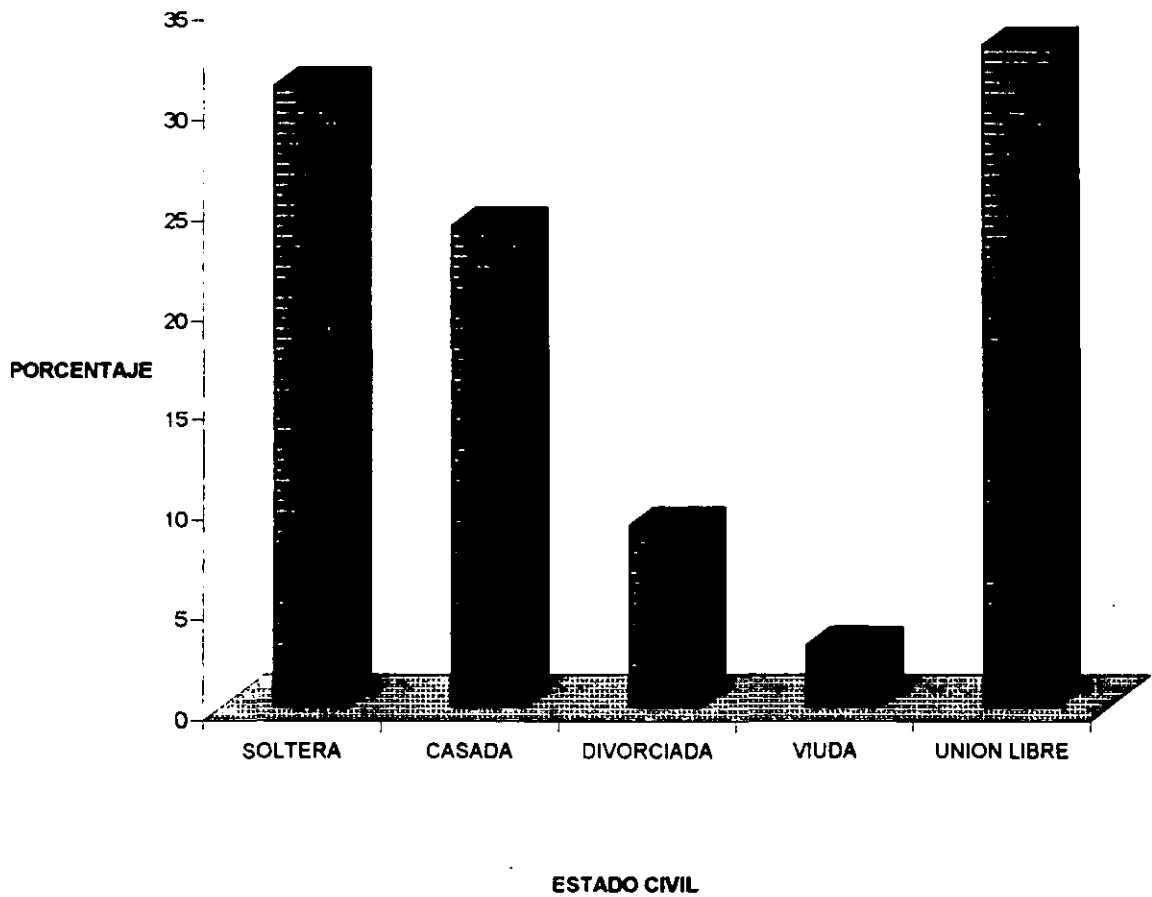
ESTADO CIVIL DE MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

ESTADO CIVIL 1997		
Estado Civil	No.	%
Soltera	84	31
Casada	65	24
Divorciada	24	9
Viuda	8	3
Unión Libre	89	33
Totales	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 5

ESTADO CIVIL EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 6

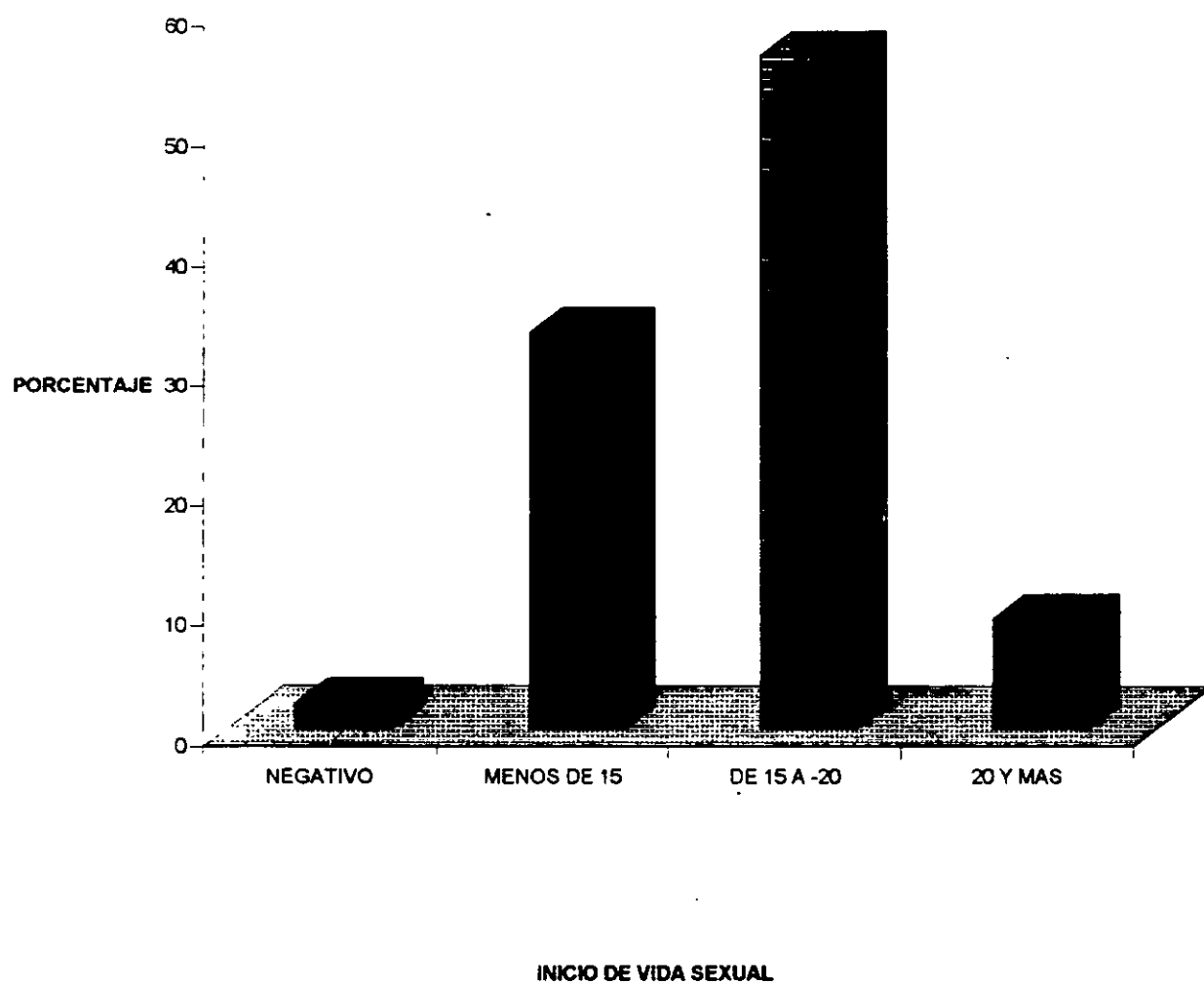
INICIO DE VIDA SEXUAL DE MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE
LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA
DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ.
MAYO A DICIEMBRE DE 1997

INICIO DE VIDA SEXUAL 1997		
Inicio de vida sexual	No.	%
Negativo	6	2
Menos de 15	89	33
+ de 15 a -20	151	56
20 y más	24	9
Totales	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 6

INICIO DE VIDA SEXUAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 7

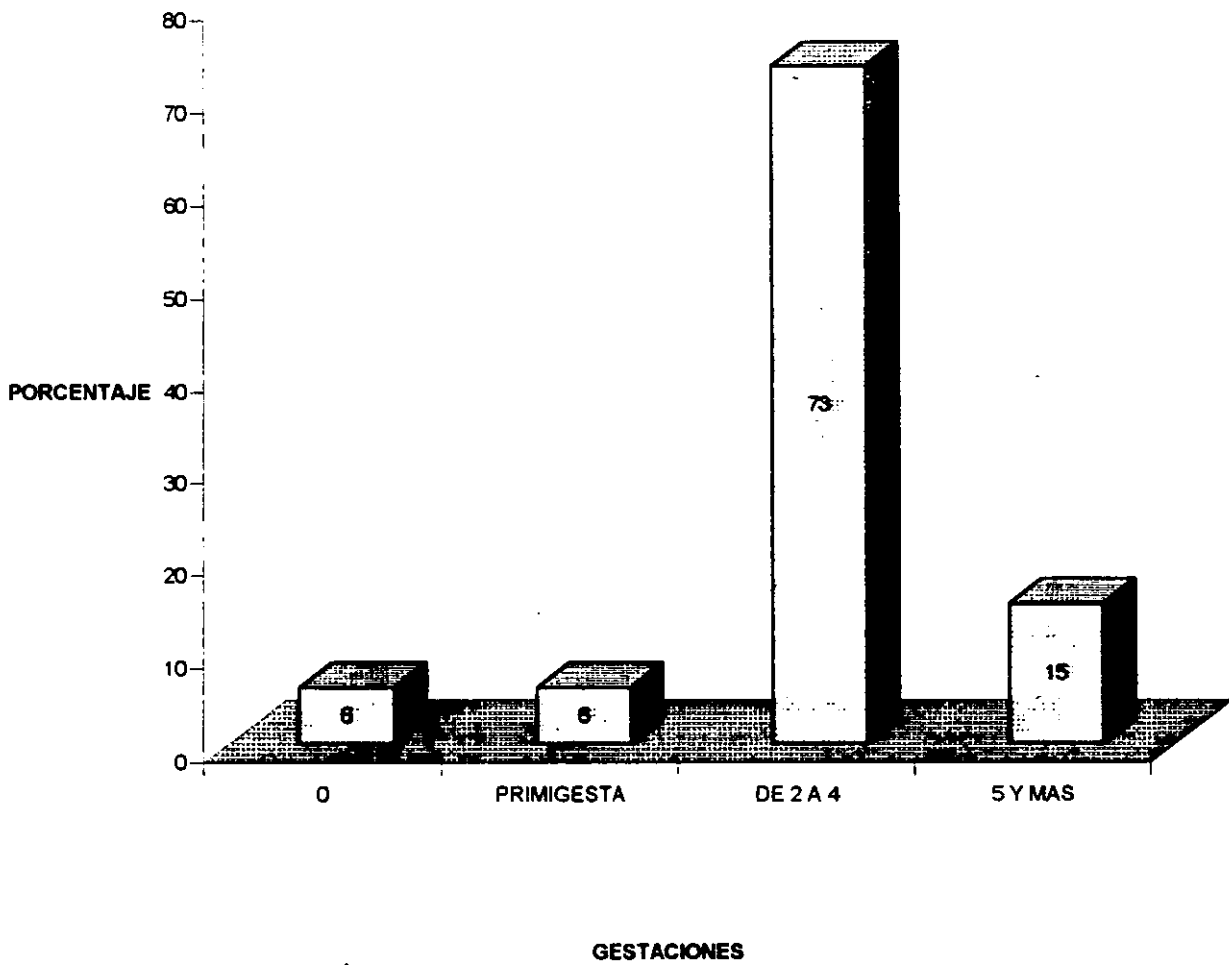
NUMERO DE GESTACIONES EN MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

GESTACIONES 1997		
Gestaciones	No.	%
0	16	6
Primigesta	16	6
2 - 4	197	73
5 y más	41	15
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 7

NUMERO DE GESTACIONES EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 8

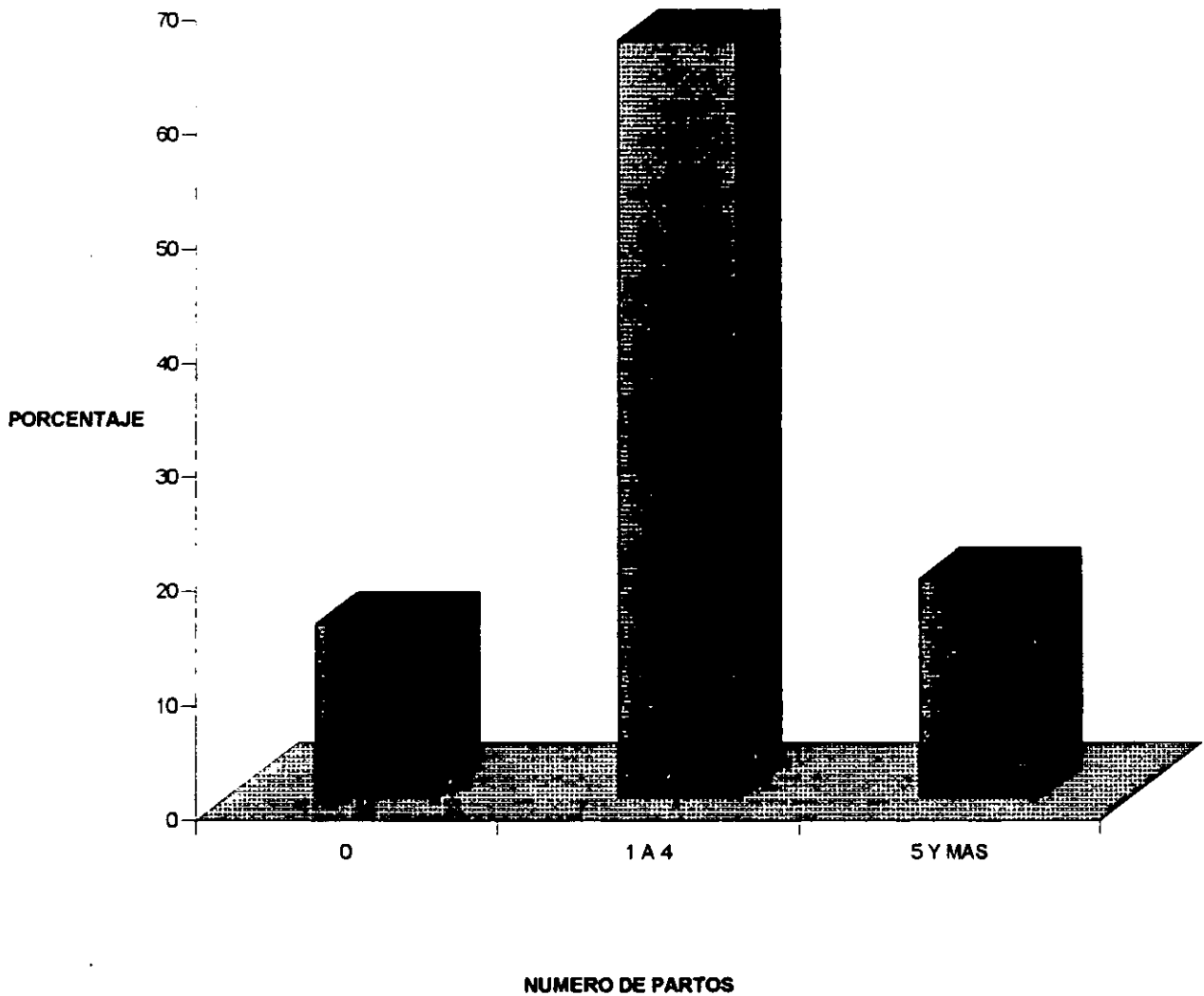
NUMERO DE PARTOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE
LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA
DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ.
MAYO A DICIEMBRE DE 1997

PARTOS 1997		
Partos	No.	%
0	41	15
1 - 4	178	66
5 y más	51	19
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 8

NUMERO DE PARTOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 9

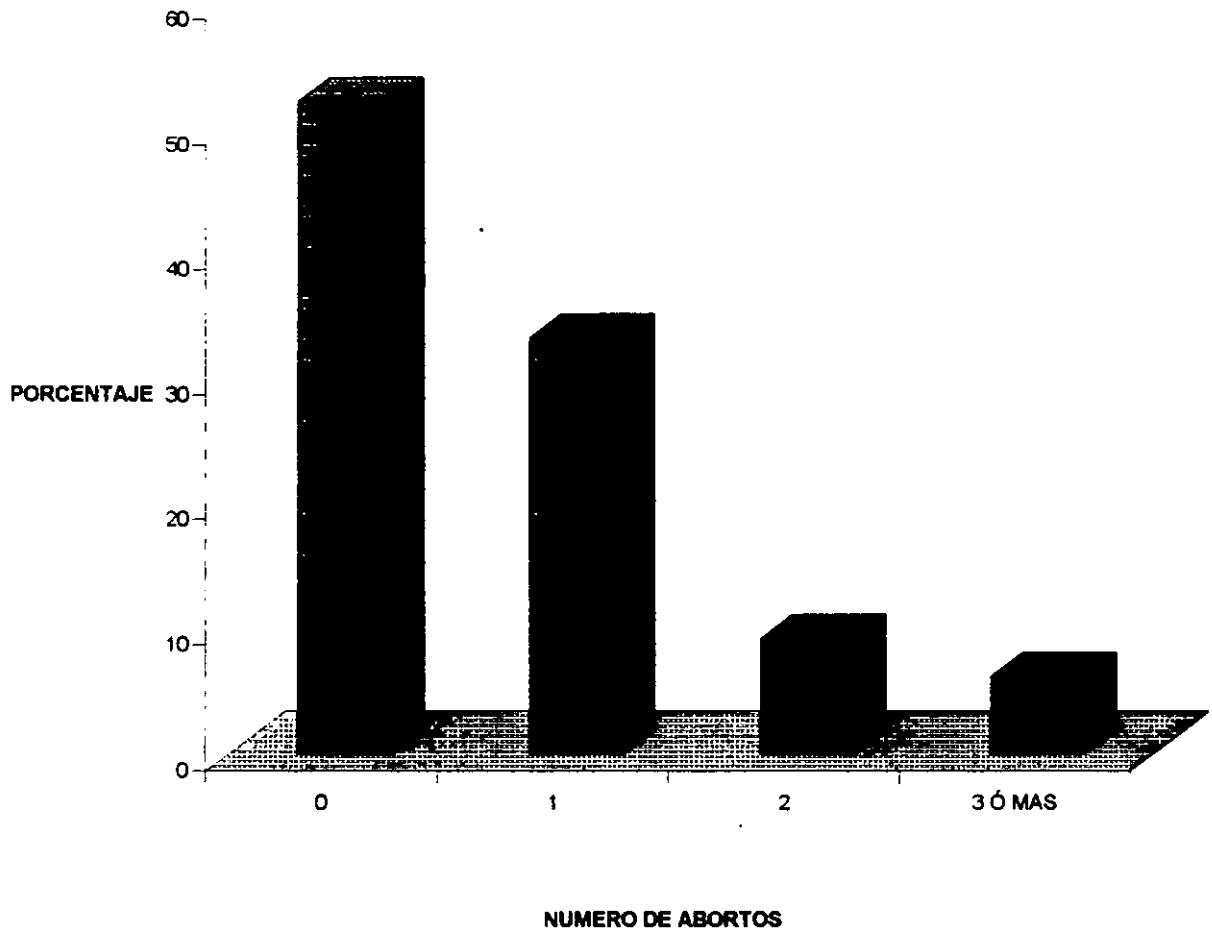
NUMERO DE ABORTOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE
LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA
DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ.
MAYO A DICIEMBRE DE 1997

ABORTOS 1997		
Abortos	No.	%
0	141	52
1	89	33
2	24	9
3 ó mas	16	6
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 9

NUMERO DE ABORTOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 10

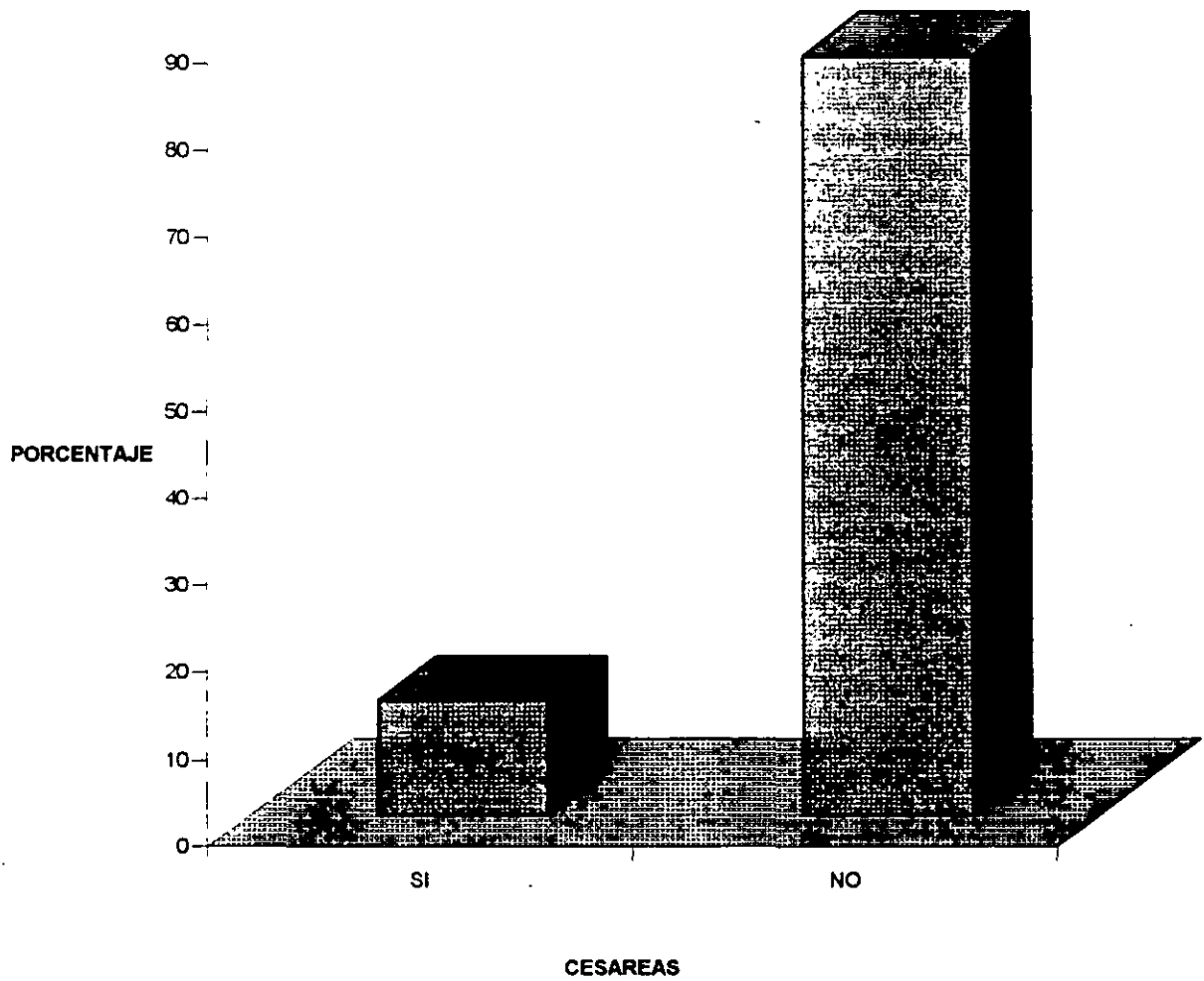
CESAREAS EN MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

CESAREAS		
1997		
Cesáreas	No.	%
Si	35	13
No	235	87
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 10

CESAREAS EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 11

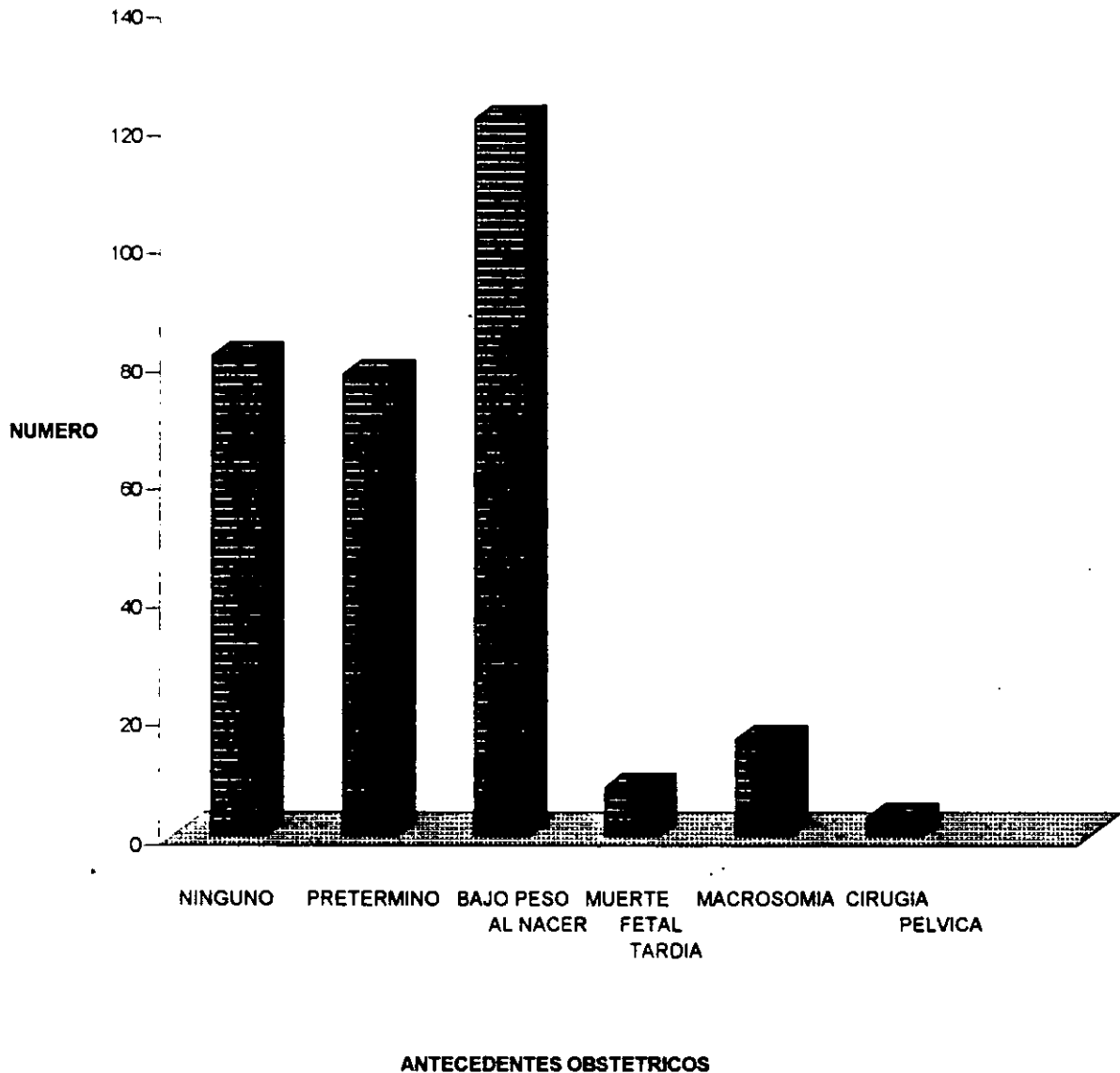
QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA
CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA
GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	
1997	
Antecedentes obstétricos	No.
Ninguno	81
Toxemia	0
Polihidramíos	0
Placenta Previa	0
Pretérmino	78
Bajo peso al nacer (-2500 gr)	121
Muerte fetal tardía	8
Macrosomía + 4	16
Cirugía Pélvica	3
Totales	307

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 11

ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 12

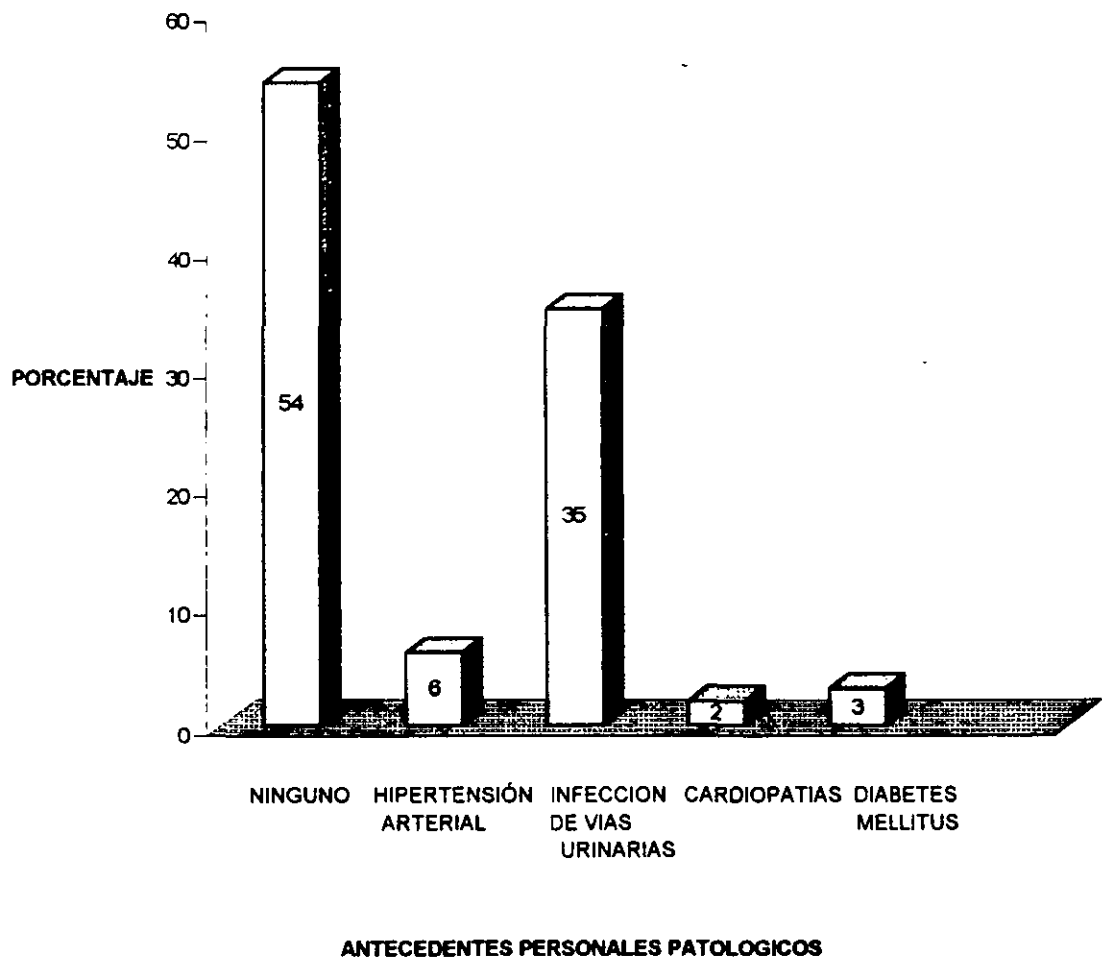
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PÚBLICA, ADSCRITAS A LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS 1997		
Antecedentes Personales patológicos	No.	%
Ninguno	146	54
Hipertensión Arterial	16	6
Infecciones vías urinarias	95	35
Cardiopatía	5	2
Diabetes Mellitus	8	3
Totales	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 12

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 13

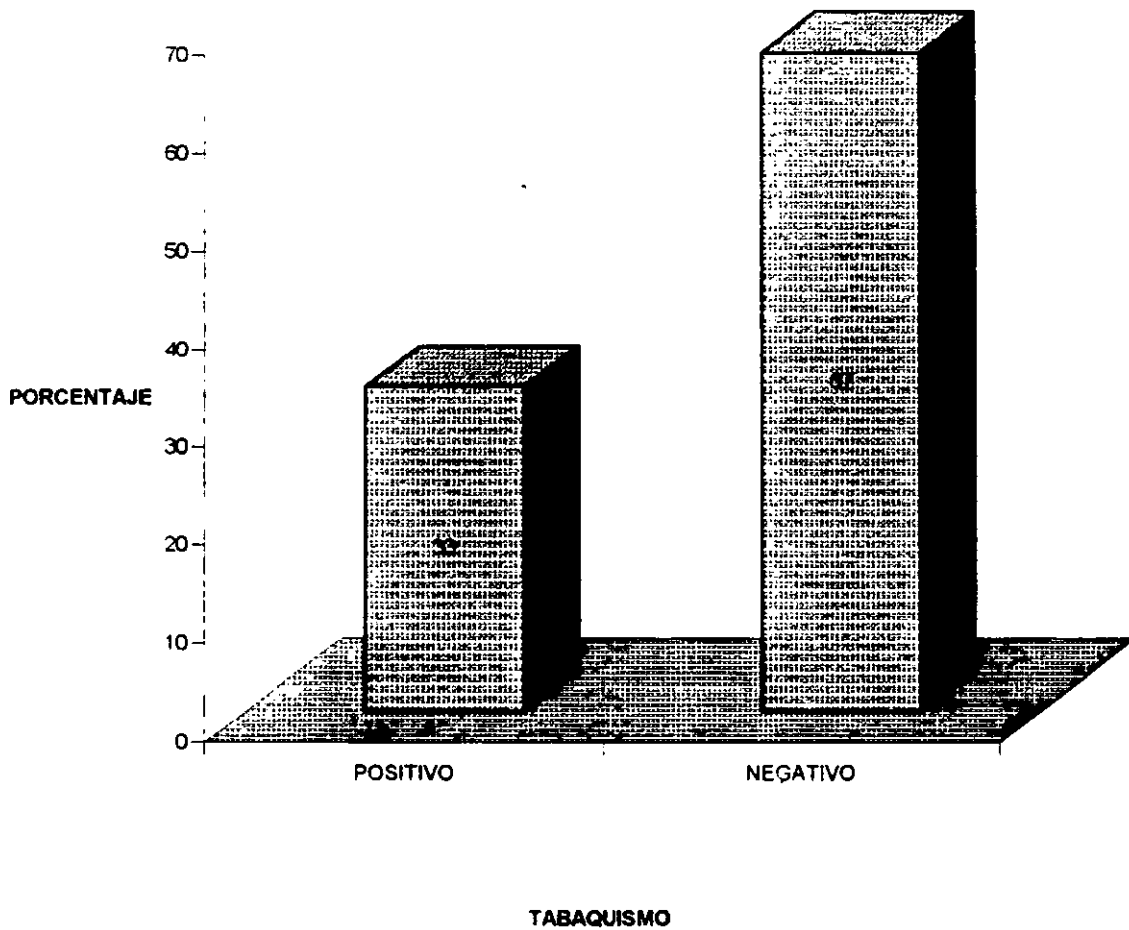
TABAQUISMO EN MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

TABAQUISMO 1997		
Tabaquismo	No.	%
Positivo	89	33
Negativo	181	67
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 13

TABAQUISMO EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 14

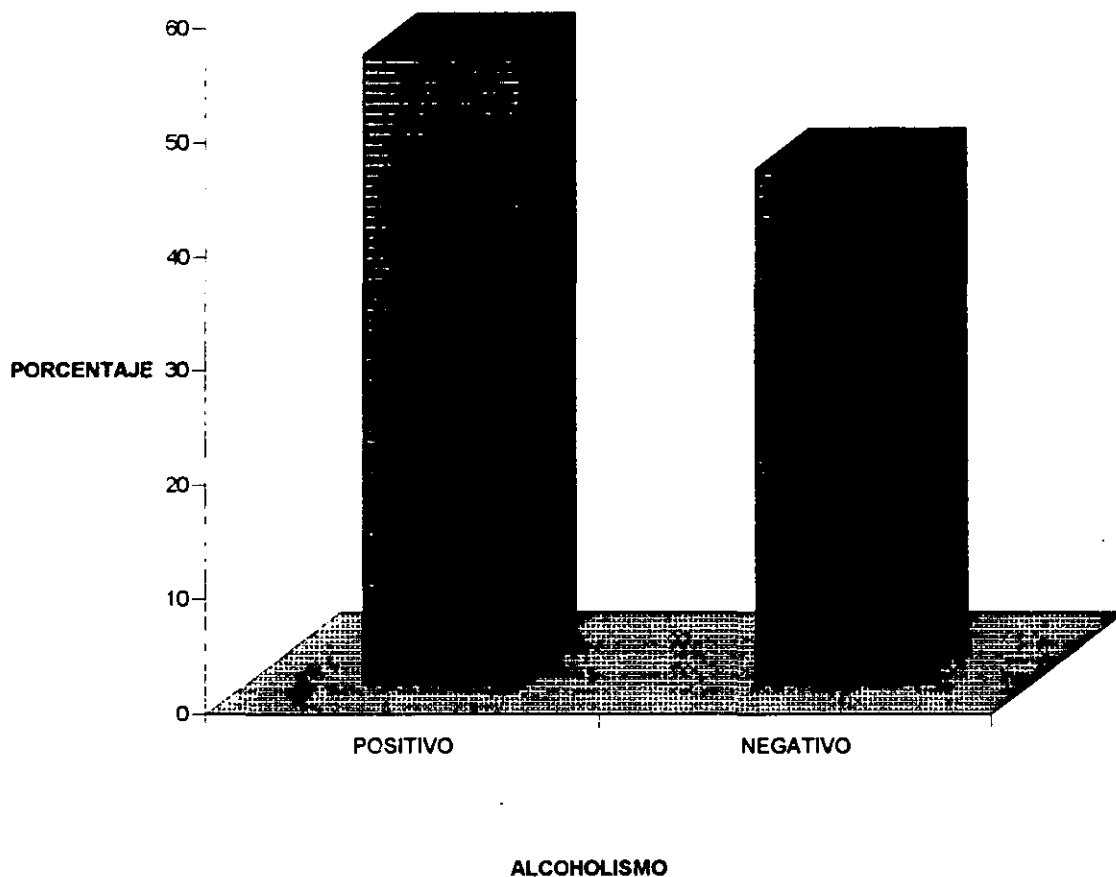
ALCOHOLISMO EN MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

ALCOHOLISMO		
1997		
Alcoholismo	No.	%
Positivo	149	55
Negativo	121	45
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 14

ALCOHOLISMO EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 15

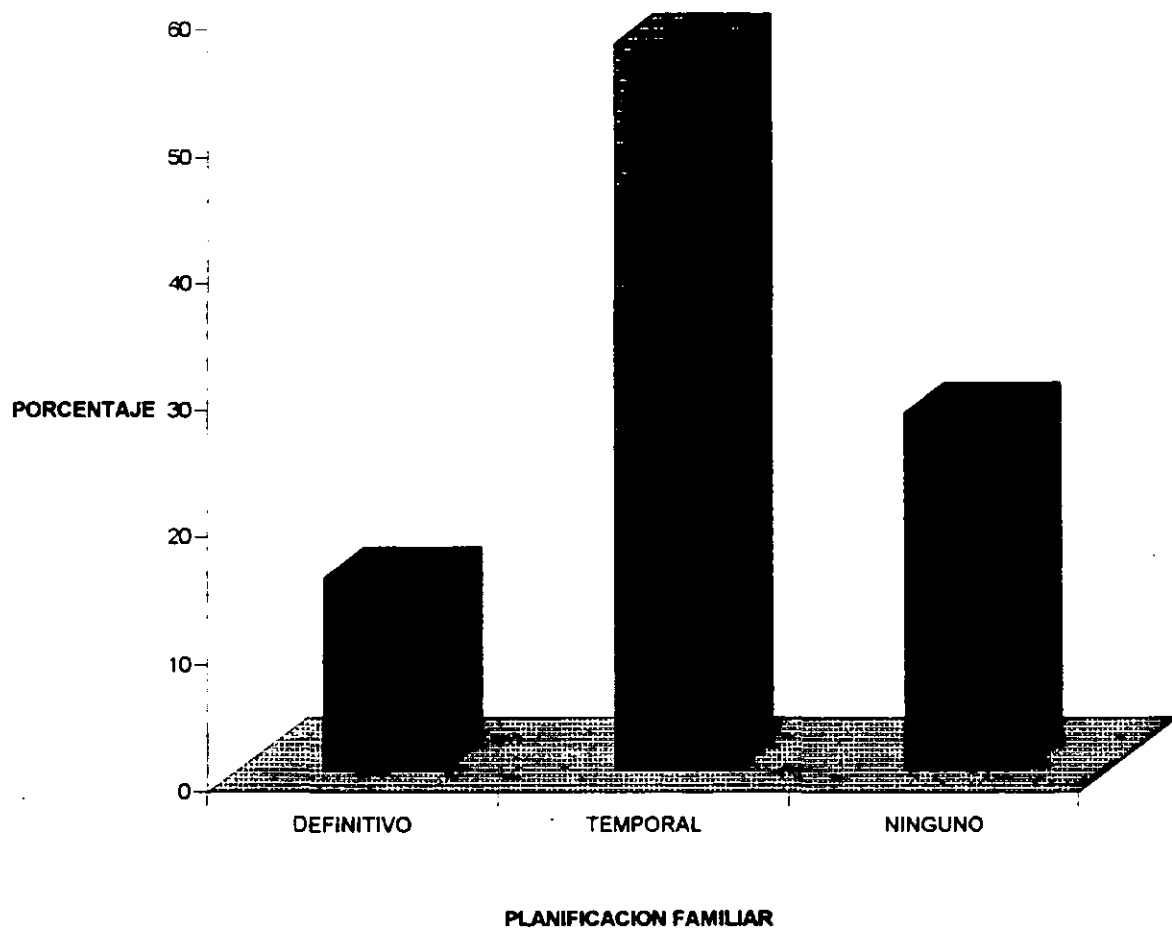
METODO DE PLANIFICACION EN MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
1997		
Planificación Familiar	No.	%
Definitivo	40	15
Temporal	154	57
Ninguno	76	28
Total	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 15

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 16

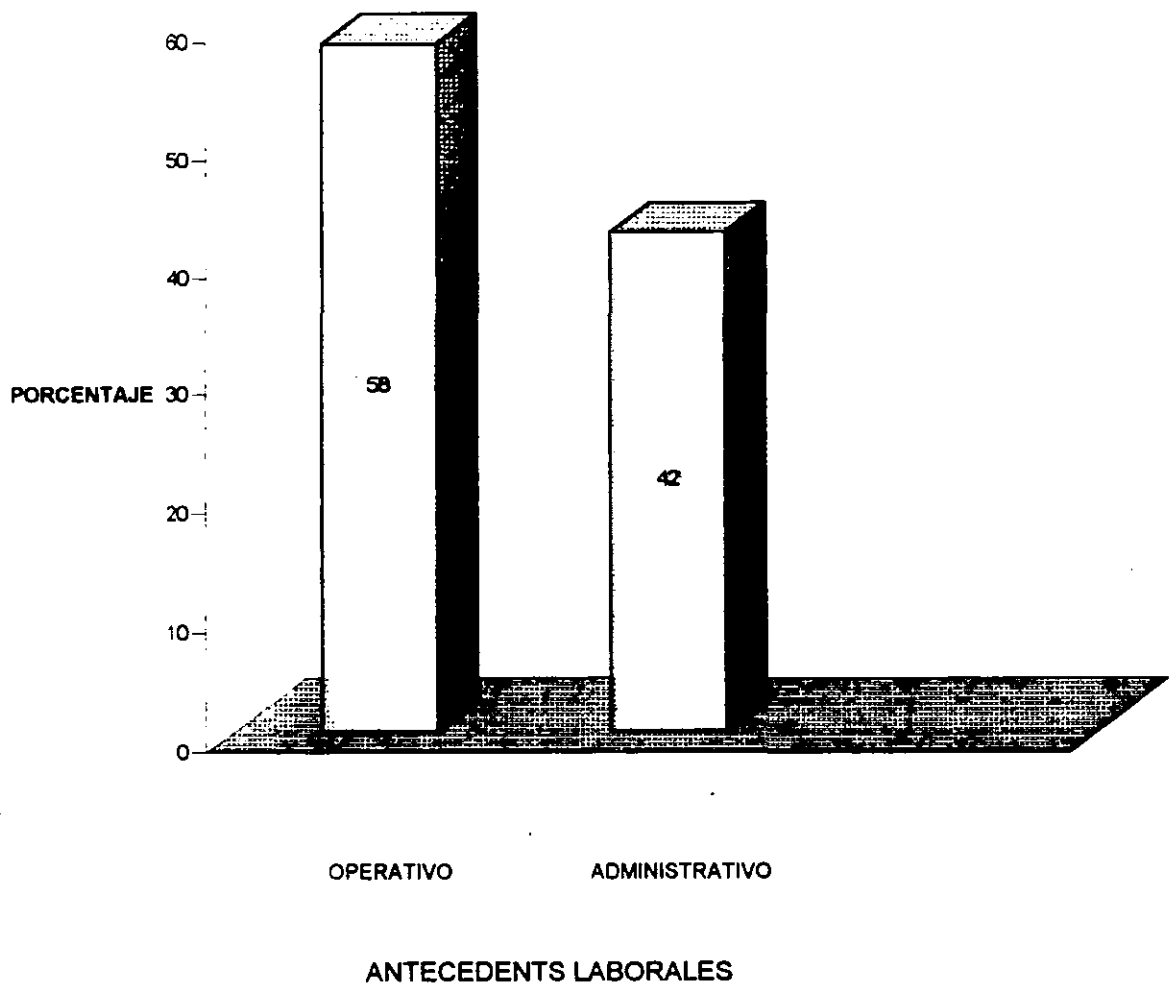
ÁREA DE TRABAJO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PÚBLICA, ADSCRITAS A LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ. MAYO A DICIEMBRE DE 1997

ANTECEDENTES LABORALES		
1997		
Área de trabajo	No.	%
Operativo	157	58
Administrativo	113	42
Totales	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 16

AREA DE TRABAJO EN MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



CUADRO 17

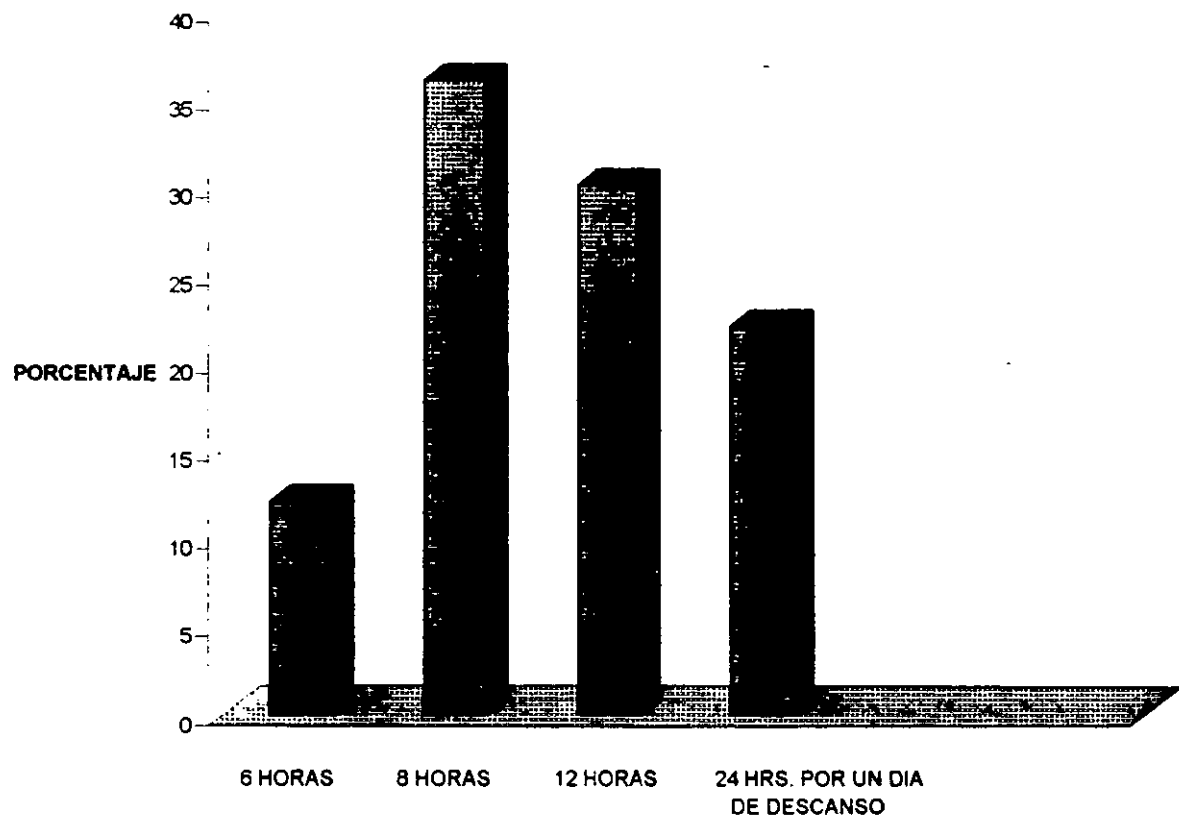
HORARIOS DE TRABAJO DE MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE
LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA, ADSCRITAS A LA CLINICA
DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ.
MAYO A DICIEMBRE DE 1997

ANTECEDENTES LABORALES		
1997		
Horario de trabajo (horas)	No.	%
6	32	12
8	97	36
12	82	30
24 por un día de descanso	59	22
Totales	270	100

Fuente: Encuesta de Riesgo Reproductivo de Mujeres en Edad Fértil que laboran en la Seguridad Pública.

GRAFICA No. 17

HORARIOS DE TRABAJO DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PUBLICA DEL ESTADO, ADSCRITAS A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, MAYO A DICIEMBRE DE 1997.



ANTECEDENTES LABORALES

ANÁLISIS

La población de América Latina es una población joven. En 1990 la edad promedio en los países europeos se estimaba en 35 años y en 22 años en los países latinoamericanos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta realizada a mujeres en edad fértil que laboran en la seguridad pública, observamos concordancia con el último censo de población, en donde se reporta que la población económicamente activa del sexo femenino predomina en el grupo de 20 a 30 años de edad, esta población se encuentra en la etapa ideal del embarazo.

Por otra parte, en relación a talla y peso de las pacientes encuestadas se encontró que ambos factores contribuyen a incrementar el riesgo de reproducción ya que la mayoría de ellas son obesas y de talla por debajo del 1.55 m. de estatura.

El estado civil en esta encuesta nos reporta que predomina las mujeres en unión libre con un 33% y seguido del grupo de solteras con un 31%, y si tomamos en cuenta el inicio de vida sexual en donde las pacientes refirieron haber iniciado entre los 15 a 20 años con un 56%, seguido del grupo de menos de 15 años con un 33% y que solo el 2% de ellas negó haber iniciado vida sexual, lo que nos indica que tiene un porcentaje alto de madres solteras.

El nivel de escolaridad de la población en estudio es bajo, ya que predomina la población con primaria o menos con 52%, seguido por el resto de la población con secundaria. Si tomamos en consideración que el riesgo de morir, de acuerdo a estudios internacionales se eleva cinco veces en personas con nivel primaria o menos y de 3.6 veces a nivel secundaria en relación a aquella con ciclo de preparatoria terminada.

Con relación al número de embarazo, en la población estudiada, predomina el grupo con 2 a 4 embarazos con 73% y si tomamos en cuenta que el 57 % de ellas utiliza algún método anticonceptivo temporal y que un 28% de esta población no utiliza ningún método, por consecuencia podemos deducir que las probabilidades de embarazarse es alto.

En estudios realizados, se estima que durante el quinquenio 1985 a 1990 el número de nacimientos en la región latinoamericana fue de 12'141,000 por año, es decir 23 nacimientos por minuto. Esa cifra será mayor para el año 2 000 debido al impulso demográfico, ya que habrá más mujeres en edad reproductiva, a pesar de los decrementos de los niveles de fecundidad. (28)

Los resultados de la encuesta realizada nos reporta que la tercera parte de dicha población ha tenido por lo menos un aborto y que el 17 % de ellas ha tenido de 2 abortos ó más.

La mayor parte de los estudios realizados en América Latina evidencian un alto riesgo de pérdida del feto y de mortalidad perinatal en los embarazos de adolescentes, seguido por los riesgos menores del embarazo entre mujeres de 20 a 29 ó 20 a 34 años de edad, y el regreso subsecuente a embarazos de alto riesgo durante la etapa tardía del ciclo fértil. Esta relación bien marcada en forma de J y U al graficarse, se detectó en muchos países como Costa Rica; Perú; Sao Paulo, Brasil y Medellín, Colombia(29, 30, 31,32)

En antecedentes obstétricos los resultados obtenidos encontramos que los productos de bajo peso al nacer y los productos de pretérmino se presentó en 121 productos del primero y 78 en el segundo grupo.

El bajo peso al nacer y las condiciones prematuras sirven de indicadores de la salud del recién nacido. Las probabilidades de supervivencia de un recién

nacido prematuro son menores que las del lactante normal. Estudios llevados a cabo en América Latina muestran una tasa más alta de nacimientos prematuros entre primogénitos y entre recién nacidos de alta paridad. La mala nutrición por deficiencia proteica energética, la anemia y la prevalencia de las infecciones aumentan también con el orden del nacimiento.

Winikoff en 1983 señala, el riesgo mejor conocido y más definido de la maternidad es el riesgo obstétrico de alta paridad.

En relación a los antecedentes personales patológicos tenemos que el 35% de ellas manifestaron infecciones de vías urinarias lo cual va relacionado con amenazas de aborto, o bien de abortos.

En relación a toxicomanías los resultados fueron con un 33% positivo al tabaquismo y un 55% al alcoholismo, que coincide con los resultados obtenidos en el estudio realizado en una fábrica de galletas en la ciudad de México con una población femenina en edad fértil, con características similares a la población que en este estudio se analiza.

En antecedentes laborales encontramos que el 58% de la población estudiada trabaja a nivel operativo lo que incrementa el riesgo a exposición de factores del medio ambiente. Además el factor horario de trabajo en donde predomina el de 8 horas, seguido por el de 12 horas de trabajo. Sin embargo, es importante hacer notar que este horario es cambiado cada tres meses de acuerdo al área de trabajo asignada.

De acuerdo a estudios realizados en América Latina se encontró que el trabajo no sedentario fuera del hogar, después de la semana 28 del embarazo tiene efectos negativos, que se incrementa en el caso que el peso materno pregestacional es bajo. (35)

La fecundidad varía usualmente con la situación económica. En Chile, por ejemplo, donde la población está familiarizada con los métodos anticonceptivos y donde se usan ampliamente, las tasas acumuladas de fecundidad del primero al tercer embarazo muestran una fase de rezago de un año por debajo del ingreso nacional bruto per capita. (36)

En el estudio encontramos que el sueldo de la población estudiada oscila entre mil pesos a menos de dos mil pesos. Este resultado es difícil que nos lleve a un buen análisis por lo que hubiese sido mejor el estudio de ingreso per capita.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta encuesta, tenemos una población femenina en edad reproductiva con alto riesgo reproductivo, por lo que hay que tener mayor control de ella para poder ofrecer mejores alternativas de vida para ella y su familia.

CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado para valorar el riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil que laboran en la seguridad pública y que acudieron a la consulta externa en el período comprendido de mayo a diciembre de 1997 hasta completar un 10 % de la población femenina trabajadora en edad fértil, adscrita a la Clínica de Consulta externa del ISSSTECH en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se concluye lo siguiente:

En primer lugar tenemos una población de mujeres con un rango elevado de vida reproductiva, con tendencia a la obesidad, baja estatura y nivel educacional bajo, lo que nos indica un riesgo elevado en la reproducción, ya que como se sabe, estos factores influyen en la mortalidad materna y perinatal.

Por otra parte, en relación al estado civil, se encontró predominio de unión libre, y en inicio de vida sexual predomina entre los 15 a 20 años de edad, además de un elevado grado de toxicomanías. Con esto, concluimos que no solo tenemos una población con alto riesgo reproductivo, sino también con mayor vulnerabilidad a otros tipos de problemas de salud, como son: la desintegración familiar y el cáncer cervicouterino.

En relación a número de gestaciones, tenemos que el 73% de la población estudiada ha tenido de 2 a 4 gestaciones, con predominio de partos y productos de bajo peso al nacer y/o pretérmino. Además tenemos que el 57% de dicha población utiliza algún método de planificación familiar temporal y el 28% de ellas ninguno. Esto nos alerta para insistir en los programas de planificación familiar.

En antecedentes laborales tenemos una población con predominio de tipo de trabajo a nivel operativo con horarios de trabajo de 8 a 12 horas. Además en antecedentes personales patológicos, se encontró una incidencia del 35% de infecciones de vías urinarias. Estos factores nos indican, por estudios anteriores,

que es una población susceptible de abortos o partos prematuros, por lo que es importante el diagnóstico precoz de embarazo para un control prenatal más estricto.

Este trabajo nos dibuja una serie de mecanismos de relación en la reproducción entre la mala salud reproductiva; desde la desnutrición de la gestante y por ende del producto, hasta la incapacidad del manejo de la fecundidad.

Así mismo, como se menciona en la literatura especializada, el comportamiento reproductivo depende en alto grado del contexto cultural y socioeconómico. Es evidente que las personas con más educación, un nivel social más alto y mayores ingresos tienden a reproducirse menos. Por lo que se hace importante que los niveles de educación de la mujer deben aumentar para evitar que la desigualdad se incremente.

Por todo esto, es necesario una acción directa de los trabajadores en la salud para diseñar y evaluar nuevas estrategias con el fin de aumentar y mejorar la calidad de los servicios, dicha estrategias deben ser efectivas y estar encaminadas para dar una buena información y educación y además, mejorar la comunicación y relación médico-paciente.

Es importante no olvidar el manejo de valores, comportamiento y actitudes con relación a la sexualidad y la orientación de la protección anticonceptiva

Así mismo, es importante el desarrollo de labores educativas destinadas a favorecer el autocuidado de la salud y el reconocimiento de los riesgos asociados con el embarazo.

De lo anteriormente descrito en este trabajo se puede observar que los objetivos en general fueron alcanzados, sin embargo, todo esto nos orienta a

realizar estudios más profundos, sobre todo en relación a la dinámica familiar dentro de los hogares para poder intervenir en una forma más directa sobre los problemas, ya que como sabemos la familia es el núcleo de nuestra sociedad, de ahí la importancia de actuar a dicho nivel.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Declaración de México por una Maternidad sin Riesgos, 1991.
- 2.- ATICIN L. La Investigación Social como recurso para promover la maternidad sin Riesgos. Ponencia presentada en la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos en México, Cocoyoc, Morelos, del 8 al 11 de febrero de 1993.
- 3.- BRACHET V. La investigación en la Salud Reproductiva en México. Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción, México, D.F. No. 1, Abril de 1995; 1-11.
- 4.-Vitelio UM. "Valoración del Riesgo Reproductivo en Mujeres no Embarazadas en Edad Fértil". EN; planificación Familiar y Demografía Médica, Un Enfoque Multidisciplinario. Ed. IMSS. 1985. pp; 421 - 427.
5. -HERNANDEZ B.3. Valoración de la Mortalidad Materna en Arcas Rurales en México, Ed. IMSS. 1985.
6. -INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFÍA E INFORMATICA. Bases de datos de Mortalidad, 1979 a 1990, México INEGI 1992.
7. -Boletín Estadístico Anual de Monalidad, México, 1990.
8. -LANGER A. Diagnóstico de la Salud Reproductiva en México, Reflexiones, México, D.F. Año No. 3, Mayo 1995; PP; 245.
9. -FIGUEROA J. G. Aproximación a los Estudios de los Derechos Reproductivos, Sexualidad, salud y Reproducción, México, D.F. Año 1, No. 8, octubre 1995.

- 10.-ACADEMIA MEXICANA "El Concepto de Riesgo y su Relación con la Salud. EN. Riesgo Reproductivo II, 1993, pp: 19-22.
- 11.-Academia de Investigación en Demografía Médica A.C. Riesgo Reproductivo, México, D.F., 1987, pp; 19-40.
12. -Centro de Biología de la Reproducción. Taller sobre Diagnóstico en Salud Reproductiva y Necesidad de Investigación en la Provincia de Santa Fe, Rosario, Argentina, 1990.
- 13.- Diagnóstico de Salud, Servicios Coordinados de la Secretaria de Salud, Medicina Preventiva, Morbilidad y Mortalidad en Chiapas, 1990.
- 14.-BURGES O. Consumo Moderado de Bebidas Alcohólicas por Mujeres Embarazadas. Rev. Salud Pública de México, 1988; PP; 14-24.
- 15.-RUPINDER B. Identificación del Embarazo de Mto Riesgo. EN: Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico, Permolí M. L.Benson RC Ed. Manual Moderno, 1989, pp 1.
- 16.-Benson RC Aspectos Psicológicos. Obstetricia Permolí, ML Benson RC De. Manual Modemo, 1989, pp: 1049-85.
- 17.-Méndez 1. y Col. Instructivo específico para la Elaboración de cada protocolo. Ed. Trillas, 1990.
- 18.-Garza, MA. Manual de Técnicas de Investigación, Ed. El Colegio de México, México, D.F., 1985.

19. -Pardihas F. Metodología y Técnicas de la Investigación en Ciencias Sociales, Ed. Siglo xx' México. 1997.
20. -Resnik: A. Economía y Salud; Medicina en Salud Pública. Mazzefero V y Col. 1988 PP 115-20.
21. -SACKETT D.L. Epidemiología Clínica, Ciencia Básica para la Medicina Clínica. 2a.Edición, Ed. Médica Panamericana, 1994.
22. -BEAUVERS, La Condición Femenina, Ética y Feminismo. Hierro O. Ed. Universidad Nacional Autónoma de México, 1990 PP 13-45.
- 23.-GREEMBERG R.S. y Col. Epidemiología Médica, Ed. Manual Moderno, México. 1995
24. -Hierro O. La Situación de la Mujer en el Mundo. El problema del Género Ética de la Libertad, Hierro O. Ed. Torres y Asoc., 1993; pp: 89-99.
- 25.-Mc. Cary J.L. y Col. Comportamiento y actitudes sexuales en la sociedad actual. Sexualidad Humana de Mac Cary. Ed. El Manual Moderno, 1996. pp: 229-45.
26. -IMSS, Manual de Procedimientos en Obstetricia, México. 1986.
27. - San Martín H. Ecología y Salud, Epidemiología, San Martín 2a. edición. Ed. Mexicana, México, 1983.
- 28.-Pan American Health Organization (1986). Documentos Básicos. Reproducción Humana (Maternal and Child Health Program).

29. -Ouzmán J. (1979) La Mortalidad Intrauterina en Costa Rica, Notas de Población 7, (19>, PP. 67-89.
30. -Perú, Ministerio de Salud (1980) El aborto en los establecimientos de Salud del Perú, Lima, Ministerio de Salud.
- 31.-De MELLO 3. (1978) Muerte fetal en el Distrito de Sau Paulo, Brasil. Boletín de la organización Panamericana de Salud 12 (2), pp: 143-153
- 32.-Oil Angelina,' Family Formation and Pregnancy Outcome A. Colombia. In Family Formation Patterns and Health, World Health Organization, PP; 147-157.
- 33.- Miro, C (1985) La tendencia reciente de la fecundidad en América Latina y sus implicaciones. N (editor) PP. 3-31.
34. -LENERO Planificación familiar y salud materno infantil Lectura de población. 1986, pp: 37-104.
- 35.-'UVERO RC, Mortalidad Infantil en cuba 1969-1987, Bol. de la OP51989; 6 PP; 1-12
- 36.-Taucher, E. Efectos del descenso de la fecundidad sobre la mortalidad infantil. Technical study, 57s International Development Reserch Centre, Ottawa, Canada.

ANEXOS

ENCUESTA DE RIESGO REPRODUCTIVO EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE LABORAN EN LA SEGURIDAD PÚBLICA

<p>1. Edad (años)</p> <p>15-20 ()</p> <p>+ de 20 -30 ()</p> <p>+ de 30 a 34 ()</p> <p>+ de 34 ()</p> <p>2. Peso (kilogramo)</p> <p>Menos de 50 ()</p> <p>50 a 55 ()</p> <p>+ 55 a 60 ()</p> <p>+ de 60 ()</p> <p>3. Talla (metros)</p> <p>Menos de 1.50 ()</p> <p>1.50 a 1.55 ()</p> <p>+ de 1.55 ()</p> <p>4. Escolaridad</p> <p>Secundaria o + ()</p> <p>Primaria o - ()</p> <p>5. Estado civil</p> <p>soltera ()</p> <p>Divorciada ()</p> <p>Viuda ()</p> <p>Unión libre ()</p> <p>Casada ()</p> <p>6. Inicio de la vida sexual activa (años)</p> <p>Negativo ()</p> <p>Menos de 15 ()</p> <p>15 a -20 ()</p> <p>20 y + ()</p> <p>7. Gestaciones</p> <p>0 ()</p> <p>Primigesta ()</p> <p>2 -4 ()</p> <p>5 y + ()</p> <p>8. Partos</p> <p>0 ()</p> <p>1 -4 ()</p> <p>5 y + ()</p> <p>9. Abortos</p> <p>0 ()</p> <p>1 ()</p> <p>2 ()</p> <p>3 ó + ()</p>	<p>10. Cesárea Previa</p> <p>No ()</p> <p>Si ()</p> <p>11. Antecedentes Obstétricos</p> <p>Ninguno ()</p> <p>Toxemia ()</p> <p>Polihidramios ()</p> <p>Placenta Previa ()</p> <p>Pretérmino ()</p> <p>Bajo peso al nacer (-2.5 kg)()</p> <p>Malformación mayor ()</p> <p>Muerte fetal tardía ()</p> <p>Macrosomía +4 kg ()</p> <p>Cirugía pélvica uterina ()</p> <p>12. Antecedentes personales patológicos</p> <p>Ninguno ()</p> <p>Hipertensión A ()</p> <p>Infección vías urinarias ()</p> <p>13. Tabaquismo</p> <p>Positivo ()</p> <p>Negativo ()</p> <p>14. Alcoholismo</p> <p>Positivo ()</p> <p>Negativo ()</p> <p>15. Planificación familiar</p> <p>Definitivo ()</p> <p>Temporal ()</p> <p>16. Antecedentes laborales</p> <p>a) Area de trabajo</p> <p>administrativo ()</p> <p>operativo ()</p> <p>b) horario de trabajo</p> <p>6 hs ()</p> <p>8 hs ()</p> <p>12 hs ()</p> <p>24 hs por un día de descanso ()</p> <p>c) Ingreso mensual</p> <p>\$ 1,000 a \$2,000 ()</p> <p>+ \$2,000 a \$3,000 ()</p> <p>+ de \$3,000 ()</p>
--	---