



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UMF No. 26 MONTERREY, N.L.**

TITULO

**COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ASOCIADAS CON
ACTIVIDAD LABORAL EN ASEGURADAS EN LA UMF No 43 DE
LA DELEGACION REGIONAL DE NUEVO LEON DEL IMSS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

EDUARDO MANZANERA BALDERAS

MONTERREY. NUEVO. LEÓN.

SEPTIEMBRE DEL 2013.



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.

**COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ASOCIADAS CON
ACTIVIDAD LABORAL EN ASEGURADAS EN LA UMF NO 43 DE
LA DELEGACION REGIONAL DE NUEVO LEON DEL IMSS**

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

PRESENTA:

EDUARDO MANZANERA BALDERAS

**AUTORIZACIONES:
DRA. MARIA DOLORES SANCHEZ LUNA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 MONTERREY, N. L**

**DR. EDGAR TABOADA AGUIRRE
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
EPIDEMIOLOGO UMF NO 43**

**DRA. NORA DELIA NAVA OBREGON
MEDICO FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
MÉDICA
UMF No.26**

MONTERREY, N. L.

SEPTIEMBRE DEL 2013

TITULO

**COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ASOCIADAS CON
ACTIVIDAD LABORAL EN ASEGURADAS EN LA UMF No 43 DE
LA DELEGACION REGIONAL DE NUEVO LEON DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

EDUARDO MANZANERA BALDERAS

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

INDICE	Página
I. MARCO TEORICO	5
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
III. JUSTIFICACIÓN	11
IV. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION	12
V. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION	14
VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	15
- CLASIFICACION DEL DISEÑO DE ESTUDIO	15
- CRITERIOS DE SELECCIÓN	15
- MUESTRA	16
- VARIABLES DE ESTUDIO	17
- PLAN DE ANÁLISIS	20
- ASPECTOS ETICOS	21
VII. RESULTADOS	22
VIII. DISCUSION DE LOS RESULTADO	31
IX. CONCLUSIONES	36
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS	37

I.- MARCO TEORICO

El embarazo, el parto y sus consecuencias siguen constituyendo en los países en desarrollo las principales causas de defunción, enfermedad y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva. En todo el mundo, la mortalidad materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.¹

El embarazo es un suceso que se relaciona con cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que, en general, producen una sobrecarga al organismo materno y que, en ciertos casos, pueden generar complicaciones medicas que dañen a la madre o al feto.²

La mortalidad materna (MM) no es un concepto rígido, sino que se ha ido transformado acorde a la nueva visión social, económica, tecnológica y del conocimiento.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud,10^a. Revision.1992 (ICD-10), la WHO define la Muerte Materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación de la gestación, independiente de su duración y tipo del embarazo, por cualquier causa relacionada con el o agravada por el embarazo o su manejo, que no sea debida a causas accidentales o incidentales³

La mortalidad materna es todavía un problema de salud pública en los países en desarrollo. Anualmente ocurren en el mundo más de 500,000 defunciones maternas y el 99% de ellas se presentan en esos países. Aunque la frecuencia de

las defunciones maternas en números absolutos es baja comparada con otros problemas de salud pública como son las epidemias de cólera, dengue y VIH, cada una de estas muertes tiene repercusiones en el núcleo familiar y en la sociedad.⁴

Algunas de los determinantes asociados con el problema están ligados a la situación laboral y la ocupación de la madre durante el embarazo, la evidencia empírica ha puesto de manifiesto que determinadas ocupaciones implican exposiciones químicas, físicas o posicionales que incrementan el riesgo de alteraciones en el embarazo. Algunos estudios sugieren que las trabajadoras manuales y de servicios tendrían más riesgos de parto pre termino y de bajo peso al nacer que las mujeres que se dedican a otras ocupaciones.

Por otra parte la identificación de factores de riesgo para la reproducción presentes en el trabajo adquiere especial relevancia por el importante incremento en los últimos años, de la participación femenina en el mercado laboral.⁵

Las condiciones de trabajo normalmente consideradas como aceptables pueden no serlo durante el embarazo. El hecho de considerar la situación de la mujer trabajadora embarazada, como especialmente sensible, se observa en distintas legislaciones internacionales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), desde su fundación en 1919, incluye dicha protección como una de las recomendaciones a sus países miembros.

En nuestro país existe una legislación clara y precisa, al respecto el artículo 123 de la Constitución, fracción A, menciona: “las mujeres durante su embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para la salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un periodo de

descanso de 6 semanas anteriores a la fecha probable de parto y 6 semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieran adquirido por la relación de trabajo.

La mayor parte de las mujeres trabajadoras se encuentran en edad reproductiva, lo que implica la posibilidad de un embarazo durante su actividad laboral y es necesario precisar factores de riesgo que pudieran aumentar la morbilidad en las mujeres trabajadoras.

La creciente cantidad de mujeres trabajadoras y la precariedad, en muchas ocasiones, del tipo de empleo (contratos temporales, servicio doméstico, situación de ayuda familiar, etcétera) han motivado la necesidad de brindar protección a la mujer embarazada como responsabilidad compartida entre el gobierno y la sociedad, a través de una legislación pertinente.⁶

En México se estima que se embarazan al año alrededor de 2.5 millones de mujeres, y que aproximadamente 370 mil partos no son atendidos en una institución de salud pública o privada, con las consecuentes repercusiones en la calidad de la atención. Diariamente se registran en México cuatro defunciones maternas, la mayor parte por causas prevenibles mediante una buena atención médica.⁷

Existe evidencia que apoya la asociación entre exposición a sustancias tóxicas y efectos adversos en la madre o el feto (partos prematuros, hipertensión preeclampsia, bajo peso al nacer),

es prioridad identificar los factores de riesgo para resultados adversos del embarazo que son modificable tales como exposiciones laborales a tóxicos, químicos, incluyendo agentes anestésicos, solventes, pesticidas, enfermedades

infecciosas, trabajar más de 36 horas por semana, o 10 horas por día, posición de pie por tiempo prolongado más de 6 horas por turno, levantar objetos pesados, excesivo ruido o combinación de de mas de 4 horas de pie por turno , estrés mental, trabajo en ambiente frio, ruido intenso

La mayoría de las mujeres pueden continuar trabajando durante el embarazo, debe de indagarse la ocupación de la mujer embarazada e identificar a las que tienen riesgo por exposición laboral.⁸

Las complicaciones prenatales más frecuentes son la Hipertensión durante el embarazo preeclampsia, amenaza de parto prematuro, amenaza de aborto, aborto, pielonefritis, diabetes gestacional, cervicovaginitis e infecciones urinarias bajas.

II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La morbilidad y mortalidad materna representan un impacto importante en la familia y por consiguiente en la sociedad, debido a que la mujer representa un papel trascendente en la formación de los hijos y el buen funcionamiento del hogar; además de ser en muchos casos el único sustento de la familia ya que cada vez hay un mayor número de madres solteras.

“Cada minuto de cada día en algún lugar del Mundo una mujer fallece a causa de complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto .La mayor parte de estas muertes son evitables” Declaración Conjunta OMS/FNUAP, UNICEF, Banco Mundial ³

El levantamiento, el descenso, el empuje, el arrastre y la manipulación de cargas aumentan la presión intraabdominal y provocan contracciones uterinas y disminución del flujo sanguíneo placentario, estimulando el parto, otra posible razón que explicaría este resultado sería la exposición a productos químicos que pueden alterar la función reproductiva. ⁵

En todo el mundo, los índices de actividad económica de las mujeres han pasado de 54% en 1950 a 66% en 1990 y de 70 a 80% en 2010.

En México hubo un incremento de 31.5% a 41.4%, de 1991 al 2007, en la población registrada de mujeres con actividad laboral en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En ese mismo año, 56.7% de la atención obstétrica hospitalaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social correspondió a pacientes que laboran, lo que demuestra la participación en aumento. ⁶

Por lo cual nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las complicaciones en el embarazo asociadas con actividad laboral en aseguradas de la Unidad de Medicina Familiar # 43 de la Delegación Regional Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social?

III.- JUSTIFICACION

En la Unidad de Medicina Familiar No. 43 de General Escobedo, Nuevo León, en el 2011 con una población de 142,461 derechohabientes adscritos a la unidad 27 % corresponde a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, se atendió un total de 2,314 mujeres embarazadas de primera vez; de estas 1217 mujeres tienen actividad laboral, lo cual representa un 52.5 % del total de embarazadas. El incremento de la mujer a la economía familiar y los riesgos asociados de la actividad laboral en la morbilidad y mortalidad materna son conceptos generalizados, aceptados y evitables ; ante esto la atención a la salud materna debe ser una prioridad para los servicios de salud, por lo cual el principal objetivo para el médico de primer contacto de la UMF 43 del IMSS delegación Nuevo León, debe ser el conocimiento, prevención, identificación y diagnóstico de los principales factores que contribuyen a las complicaciones, en la mujer embarazada con actividad laboral.

IV.-OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar las complicaciones en el embarazo asociadas con actividad laboral en aseguradas de la Unidad de Medicina Familiar # 43 de la Delegación Regional Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo Enero a Diciembre 2012.

Objetivos Específicos:

1.-Identificar la asociación de la actividad laboral con la complicación del embarazo en aseguradas de la Unidad de Medicina Familiar # 43 de la Delegación Regional Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo enero a diciembre 2012.

2.-Identificar la asociación de la edad en aseguradas con la complicación del embarazo de la Unidad de Medicina Familiar # 43 de la Delegación Regional Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo enero a diciembre 2012.

3.-Identificar la asociación de la escolaridad con la complicación del embarazo en aseguradas de la Unidad de Medicina Familiar # 43 de la Delegación Regional Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo enero a diciembre 2012.

4.- Identificar la asociación del Índice de Masa Corporal con la complicación del embarazo en aseguradas de la Unidad de Medicina Familiar # 43 de la Delegación Regional Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo enero a diciembre 2012.

5.- Identificar la asociación del número de Consultas de Control Prenatal en aseguradas con la complicación del embarazo de la Unidad de Medicina Familiar # 43 de la Delegación Regional Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo enero a diciembre 2012

V.-HIPOTESIS

Ho

Las complicaciones en el embarazo no se asocian con la actividad laboral en aseguradas de la Unidad de Medicina Familiar # 43 de la Delegación Regional Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ha

Las complicaciones en el embarazo se asocian con la actividad laboral en aseguradas de la Unidad de Medicina Familiar # 43 de la Delegación Regional Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI.-METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

CLASIFICACION DEL DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizo un estudio observacional, transversal, retrospectivo de pacientes trabajadoras que acudieron a Control Prenatal de 17 a 49 años de edad en un periodo comprendido de enero a diciembre del 2012

POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes aseguradas que acudieron a control Prenatal a la UMF 43 del IMSS en General Escobedo N.L. Con rango de edad entre los 17 y 49 años, de enero a diciembre 2012.

CRITERIOS DE SELECCION

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes puérperas con rangos de edad entre los 17-49 años que acudieron a Control Prenatal de enero a diciembre 2012.
 - Tener adscripción a la UMF 43 del IMSS General Escobedo Nuevo León.

- Criterios de exclusión:
 - Expedientes Electrónicos de Pacientes estudiantes que acudieron a Control Prenatal en la UMF 43.
 - No tener control prenatal en el expediente electrónico.

MUESTRA

Pacientes puérperas con rangos de edad entre los 17- 49 años que acudieron a Control Prenatal de enero a diciembre 2012.

De una población de 1065 pacientes puérperas de consulta de primera vez en la UMF 43 del IMSS General Escobedo Nuevo León en el periodo especificado.

TECNICA MUESTRAL

Mediante una técnica de muestreo probabilístico estratificado.

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Se incluyeron 329 pacientes resultado del cálculo de tamaño de muestra utilizando el análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT v4, teniendo en cuenta la prevalencia de complicaciones en los últimos 5 años en la Unidad de medicina Familiar # 43, con un nivel de confianza de 95% y un error del 5%.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Actividad Laboral	Toda aquella mujer que se encuentre laborando al momento de la primera consulta y sea titular en el registro de alta ante IMSS	Titular Si No	Nominal	Instrumento de recolección
Embarazo Complicado	Toda aquella mujer que durante su embarazo o termino presenta alguno de los siguientes padecimientos: -Diabetes gestacional -Infección del Tracto urinario - Vaginitis Infecciosa -Preeclampsia -Amenaza de aborto - Amenaza de parto pretérmino. - Operación Cesárea -Hiperémesis gravídica	Complicado Si No	Nominal	Instrumento de recolección
Diabetes Gestacional	Padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad, que se reconoce por primera vez en el embarazo, y que puede o no resolverse después de este. Glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl en 2 ocasiones 2.-Glucosa casual mayor de 200 mg/dl 3.-Curba de tolerancia a la glucosa con 100gr o 75 gr a las 2 horas mayor o igual a 150 mg /dl	Diabetes Gestacional Si No	Nominal	GPC Diagnostico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo
Infección del Tracto Urinario	Es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón -Bacteriuria asintomática -Cistitis aguda -Pielonefritis aguda	Infección del TractoUrinario Si No	Nominal	GPC Diagnostico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo durante el embarazo
Vaginitis Infecciosa	Síndrome Caracterizado por uno o más de los siguientes signos y síntomas: flujo, prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia, fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos.	Vaginitis Infecciosa Si No	Nominal	GPC Diagnostico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva , en un primer nivel de atención

Preeclampsia	Hipertensión inducida durante el embarazo; está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria), Oliguria, Preeclampsia leve: 140/90 mmHg o más, proteína en la orina de 300 mg o más en recolección orina de 24 horas. Preeclampsia severa: Mayor o igual a 160/110 mmHg con proteínas de 5gr en orina de 24 horas	Preeclampsia Si No	Nominal	GPC Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo
Amenaza de Parto Pretérmino	Es el cuadro caracterizado por la presencia de contracciones uterinas con frecuencia e intensidad superiores a los patrones normales para cada edad gestacional, capaces de ocasionar modificaciones Cervicales. que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igualo mayor de 500 gr y que respira o manifiesta signos de vida	Amenaza de Parto Pretérmino Si No	Nominal	GPC Diagnostico y Manejo de Parto Pretérmino.
Amenaza de Aborto	Cuadro caracterizado por la presencia de contracciones uterinas espontaneas o provocadas antes de la vigésimo semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gr.	Amenaza de Aborto Si No	Nominal.	GPC Diagnostico y tratamiento del aborto Espontaneo y Manejo inicial del Aborto Recurrente
Operación cesárea	Procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal	Operación Cesárea Si No	Nominal.	GPC Realización de operación Cesárea
Hiperémesis gravídica	Vómitos persistentes y repetidos que afectan el estado general de la paciente	Hiperémesis gravídica Si No	Nominal	GPC Vigilancia y el Manejo del Parto
Edad gestacional	Duración del embarazo, calculada a partir de la fecha de última menstruación confiable, expresada en semanas y días	Edad gestacional 1 a 40 Semanas	Cuantitativo	GPC Vigilancia y el Manejo del Parto

Embarazo de Terminó	Embarazo con 37 a 41 semanas de gestación calculada a partir de la fecha de última menstruación confiable.	Embarazo de Terminó Si No	Nominal	GPC Vigilancia y el Manejo del Parto
Múltipara	Mujer que ha tenido más de un parto de uno o de mas fetos viables	Múltipara Si No	Nominal	GPC Vigilancia y el Manejo del Parto
Primigesta	Mujer que cursa un primer embarazo	Primigesta Si No	Nominal	GPC Vigilancia y el Manejo del Parto
Número de Consultas de Control Prenatal	Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal	CPN consultas 1)1 a 6 2)7 a 12 3)13 a 20	Nominal	Instrumento de recolección
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información (censo, encuesta, registro administrativo).	Representada en número de años 1)15-25 años 2)26-34 años 4)35-45 años	Nominal	Instrumento de recolección Fuente: Diccionario de la real lengua Española
Escolaridad	Cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Tiempo que duran estos cursos.	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura	Ordinal	Instrumento de recolección
Índice de Masa Corporal (IMC) al inicio del embarazo	Asociación entre el <u>peso</u> y la <u>talla</u> de un individuo. Representada por una fórmula: $IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$	Normal Sobrepeso Obesidad GI Obesidad GII Obesidad GIII	Ordinal	Instrumento de recolección

PLAN DE ANÁLISIS

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa STATA versión 11. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central para variables con distribución normal y medidas de dispersión para variables ordinales. Se reportarán los resultados en tablas de contingencia, de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión. Se apoyará con gráficos y tablas pertinentes. Se realizará análisis bivariado de regresión logística para obtener medidas de asociación (OR).

ASPECTOS ETICOS

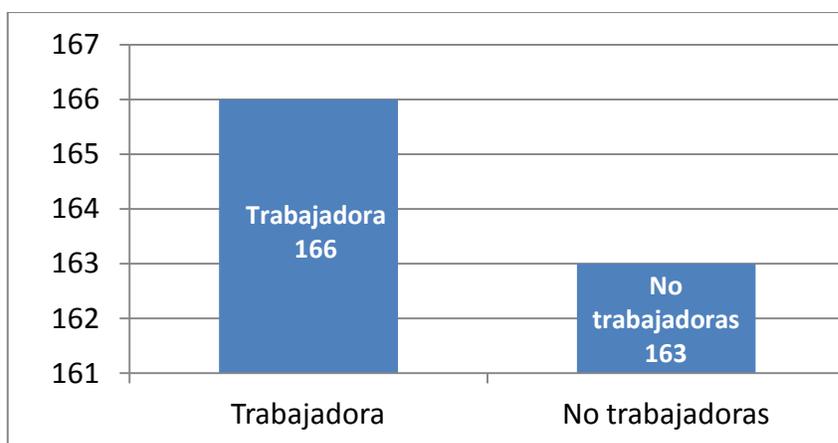
Este tipo de investigación no pone en riesgo a las personas ya que es puramente observacional y retrospectivo. Los datos, documentos y fuente se encuentran en el expediente clínico; la información contenida en el expediente deberá ser manejada con discreción y confidencialidad.

Esta investigación está basada conforme al reglamento general de salud donde se prevalece el criterio de respeto, dignidad y confidencialidad en los derechos de los pacientes, de acuerdo a los principios de la declaración de Helsinki, y con la Ley General de Salud. Título Segundo, de los aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos Capítulo 1, disposiciones contara con la previa aprobación del comité de Ética e investigación comunes en el artículo 13 y 14.

VII.-RESULTADOS

Descripción socio demográfica, durante el periodo de estudio se incluyeron 329 pacientes en puerperio que tuvieron control prenatal de las cuales 166 son trabajadoras (50.46 %) y 163 no trabajadoras (49.54%). Gráfica 1

Gráfica. 1 Distribución de aseguradas Trabajadoras y no Trabajadoras



En cuanto a la edad presentaron un media de 26.8 ± 6 años con un rango de edad 16 a 43 años. Siendo el grupo de edad con mayor frecuencia el de 15 a 25 años con el 48.3%, seguido de grupo de 26 a 34 años en el 39.2%. Tabla 1

Tabla1. Frecuencia por grupo de edad

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
16 a 25 años	159	48.3
26 a 34 años	129	39.2
35 a 45 años	41	12.5
Total	329	100.0

En cuanto a la distribución por escolaridad predominó la educación secundaria en el 45.3%, seguido del bachillerato en el 31.9%, licenciatura 15.5% y por último primaria en el 7%. Tabla 2

Tabla 2. Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
primaria	23	7.0
secundaria	149	45.3
bachillerato	105	31.9
licenciatura	51	15.5
Total	329	100.0

En lo que respecta al número de consultas de control Prenatal fue de 1 a 20 y con un promedio de 10 ± 4 . Tabla3.

Tabla 3. Consultas de control prenatal por número de consultas

No. De Consultas de Control Prenatal	n	%
de 1 a 6	60	18.2
de 7 a 12	164	49.8
de 13 a 20	105	31.9

Dentro de los antecedentes obstétricos, presentaron una media de 2 ± 1 gesta con un rango de 1 a 7 gestas. Tabla 4

Tabla 4. Cuadro de Número de Gestas

# de Gestas	Frecuencia	%
1	132	40.12
2	99	30.09
3	59	17.93
4	29	8.81
5	6	1.82
6	3	0.91
7	1	0.3

En cuanto al nacimiento; 16 de las pacientes (4.8%), lo tuvieron de la semana 22 a la semana 36, de la semana 37 a la 41 fueron 313 personas (95.2%). Tabla 5

Tabla 5 Semanas de gestación al nacimiento

Semanas al nacimiento	n	%	Acumulado
24	1	0.3	0.3
26	1	0.3	0.61
28	1	0.3	0.91
30	2	0.61	1.52
32	2	0.61	2.13
33	1	0.3	2.44
34	1	0.3	2.74
35	1	0.3	3.05
36	6	1.83	4.88
37	11	3.35	8.23
38	79	24.09	32.32
39	137	41.77	74.09
40	74	22.56	96.65
41	11	3.35	100

Con respecto al IMC, presentaron sobrepeso y diferentes grado de obesidad en el 68% y en el 32% fue normal. Tabla 6.

Tabla 6. IMC población de vigilancia prenatal

IMC	n	%
Normal	105	31.91
Sobrepeso	150	45.59
Obesidad 1er	61	18.54
Obesidad 2do	9	2.74
Obesidad 3er	4	1.22

Se presentaron complicaciones en el embarazo en 291 pacientes aseguradas correspondiendo el 88.4% de la población (Tabla7).

Tabla7 Complicaciones en el embarazo

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
si	291	88.4
no	38	11.6
Total	329	100.0

Presentándose dentro de estas complicaciones; principalmente las infecciones urinarias 52 %, las vaginitis infecciosas un 34 %, así como el termino en cesárea representan el 44%.(Tabla 8)

Tabla 8. Cuadro de Complicaciones durante el embarazo

Complicación	número	%
Hiperémesis Gravídica	7	2.13
Preeclampsia	18	5.49
Amenaza de PP	24	7.29
Amenaza de Aborto	45	13.7
Diabetes Gesta	70	21.34
Vaginitis Infecciosa	114	34.65
termino cesárea	145	44.07
Infección VU	173	52.58

Las infecciones urinarias en el embarazo se presentaron en 173 pacientes de las cuales 99(30%) son trabajadoras y 74 (22.5%) no son trabajadoras. (Tabla 9)

Tabla 9 Complicación urinaria y aseguradas

IVU	tipo de asegurada		Total	
	Trabajadora	No trabajadora		
si	Recuento	99	74	173
	% del total	30.1%	22.5%	52.6%
no	Recuento	67	89	156
	% del total	20.4%	27.1%	47.4%
Total	Recuento	166	163	329
	% del total	50.5%	49.5%	100.0%

p=0.001

La Amenaza de Aborto (AA) se presentó en 45 pacientes un de las cuales 32(9.8%) casos fueron trabajadoras y 13 (4%) no trabajadoras. (Tabla 10)

Tabla 10 Complicación Amenaza de Aborto y aseguradas

Amenaza de aborto (AA)			tipo de asegurada		Total
			TRABAJADO RA	NO TRABAJADO RA	
AA	si	Recuento	32	13	45
		% del total	9.8%	4.0%	13.8%
	no	Recuento	132	150	282
		% del total	40.4%	45.9%	86.2%
Total		Recuento	164	163	327
		% del total	50.2%	49.8%	100.0%

p=0.002

La complicación de termino del embarazo en cesárea fue significativa presentándose en 184 pacientes de las cuales 107 (32%) son trabajadoras y 77 (23%) no so trabajadoras siendo significativa. (Tabla 11)

Tabla 11 Termino en cesárea en aseguradas

Termino en cesárea			tipo de asegurada		Total
			Trabajadora	No trabajadora	
Termino en cesárea	si	Recuento	107	77	184
		% del total	32.5%	23.4%	55.9%
	no	Recuento	59	86	145
		% del total	17.9%	26.1%	44.1%
Total		Recuento	166	163	329
		% del total	50.5%	49.5%	100.0%

p=0.002

La complicación se presentaron en 291 pacientes de estas la de mayor frecuencia fue en trabajadoras 152(52.2%) y en las no trabajadoras 139(47.8%), Con respecto al grupo de edad se presento como se muestra. (Tabla 12). $p=.006$

Tabla 12. Complicación con edad en aseguradas

Grupo de edad y complicación	tipo de asegurada		Total	
	Trabajadora	No trabajadora		
16 a 25 años	Recuento	57	78	135
	% del total	19.6%	26.8%	46.4%
26 a 34 años	Recuento	71	46	117
	% del total	24.4%	15.8%	40.2%
35 a 45 años	Recuento	24	15	39
	% del total	8.2%	5.2%	13.4%
Total	Recuento	152	139	291
	% del total	52.2%	47.8%	100.0%

Las trabajadoras embarazo con escolaridad de bachillerato y licenciatura se complican en mayor proporción 32% con respecto de las no trabajadoras15.5% como se muestra en la tabla siendo significativa (tabla 13)

Tabla 13 Complicación con escolaridad en aseguradas

ESCOLARIDAD			tipo de asegurada		Total
			Trabaja dora	No trabajadora	
Complicación	primaria	Recuento	3	18	21
		% del total	1%	6.2%	7.2%
	secundaria	Recuento	56	75	131
		% del total	19.3%	25.9%	45.2%
	bachillerato	Recuento	51	39	90
		% del total	17.6%	13.4%	31.0%
	licenciatura	Recuento	42	6	48
		% del total	14.5%	2.1%	16.6%
Total	Recuento	152	138	290	
	% del total	52.4%	47.6%	100.0%	

P=0.00

El Índice de masa corporal (IMC) en aseguradas complicadas con resultado normal fue de 90 pacientes (30.9%) de los cuales 60 son trabajadoras y 30 no trabajadoras, con sobrepeso y obesidad fueron 202(69 %) de las aseguradas.

(Tabla 14)

Tabla 14 Complicaciones con IMC en aseguradas

Complicaciones IMC		tipo de asegurada		Total
		Trabajadora	No trabajadora	
normal	Recuento	60	30	90
	% del total	20.6%	10.3%	30.9%
sobrepeso	Recuento	56	77	133
	% del total	19.2%	26.5%	45.7%
obesidad 1er	Recuento	29	28	57
	% del total	10.0%	9.6%	19.6%
obesidad 2do	Recuento	6	3	9
	% del total	2.1%	1%	3.1%
obesidad 3er	Recuento	1	1	2
	% del total	0.3%	0.3%	0.7%
Total	Recuento	152	139	291
	% del total	52.2%	47.8%	100.0%

p=.008

En cuanto al número de consultas de CPN en trabajadoras complicadas fue más alto en un 52.5 % que las no trabajadoras 47.5% como se muestra siendo significativa con un χ^2 de $p=0.001$ (Tabla 15)

Tabla 15 Numero de consultas de CPN Complicadas y aseguradas

No de consultas de CPN por rangos complicadas		Tipo de aseguradas		Total	
		Trabajadoras	NO Trabajadoras		
Complicadas	1 a 6 consultas	Recuento	23	22	45
		% del total	12.7%	2.3%	15
	7 a 12 consultas	Recuento	77	70	147
		% del total	44.7%	5.3%	50
Total	13 a 20 consultas	Recuento	52	47	99
		% del total	33.1%	1.9%	35
		Recuento	152	139	291
		% del total	52.5	47.5	100.0%

$p=0.001$

Además se aplicó el modelo de regresión logística múltiple, donde se construyó un estadístico ajustando la variable de respuesta (complicación del embarazo) por las variables número de cesáreas, número de partos, consultas recibidas y si se es o no trabajadora. Dando como resultado que las pacientes no trabajadoras con 1 cesárea previa tienen 8 veces más riesgo de tener un parto complicado en comparación con las que no han tenido cesáreas, las pacientes que tuvieron un parto previo tuvieron un riesgo 61% menor de complicación en comparación con las primigestas.

VIII.-DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Es indudable que la participación de la mujer en la economía familiar en los tiempos modernos es cada vez mayor y las condiciones de trabajo normalmente aceptables pueden no serlo durante el embarazo. El estudio incluyó a 329 pacientes que acudieron a su control prenatal y a la consulta de puerperio de un total de 1,064 pacientes aseguradas atendidas de enero a diciembre del 2012. Se encontró en las variables socio demográfico, 166 son trabajadoras (50.46 %) y 163 no trabajadoras (grafica 1) con una edad promedio de 26.8 ± 6 , un rango de edad 16 a 43 años y una frecuencia de 159 (48.3%) pacientes en el rango de edad de 16 a 25 años siendo este el rango mayor población (Tabla 1). En el estudio de Ordaz MKY¹, la mayor parte de los casos se ubico en el rango de 19 a 24 años el 40% y la edad promedio fue de 27.8. En el estudio de Rosales AE⁶ refiere que en México hubo un incremento del 31 al 41 % de 1991 a 2007 en la población femenina registrada en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El estudio hace referencia que el mayor rango de pacientes 52.3% solo tienen primaria y secundaria siendo este un factor de riesgo en el embarazo (Tabla 2), al igual el número de consultas de control prenatal por debajo de 7 que en nuestro estudio son del 18.2% son factores de riesgo para presentarse complicaciones (Tabla3) En el estudio de Sánchez-Nuncio H. Respecto al control prenatal se observó que 47.6 % de las madres tenían menos de cinco consultas y 49.6 % tenían más de cinco consultas prenatales. Esto nos reafirma que en nuestro estudio las aseguradas cumplen con un número mayor de consultas de control prenatal (control prenatal adecuado) más de cinco consultas de control prenatal.

Dentro de los antecedentes obstétricos, presentaron una media de 2 gestas ± 1 con un rango de 1 a 7 gestas.(Tabla 4)en el estudio de Ordaz –Martínez KY Factores de riesgo asociados con la mortalidad materna en el estado de Morelos, México. Los embarazos tuvieron una media de 3.1 con un rango de 1 a 10 parecida a la de nuestro estudio y no se hubo diferencias estadísticamente significativas entre los casos de mortalidad materna.

En cuanto al nacimiento; 16 de las pacientes (4.8%), lo tuvieron de la semana 22 a la semana 36 como pretérmino siendo esto un factor de riesgo. De la semana 37 a la 41 fueron 313 personas (95.2%). (Tabla 5) en el estudio de Romero Gutiérrez G. Morbilidad materno fetal relacionada con el aplazamiento de la incapacidad laboral prenatal. La complicación más frecuente en el grupo de casos fue de el parto pretérmino 14 casos 29.1% más alto que la población de estudio.

El índice de masa corporal como factor de riesgo está presente en nuestro estudio ya que el 46% de la población presenta sobrepeso y un 23% un grado de obesidad.(Tabla6). En el estudio de Leal-Mateos M el IMC en el grupo con sobrepeso de 7,8% (n=28) y de 11,1% (n=40) con obesidad. Muy por debajo al de nuestro estudio con una población en riesgo de 68%.

En referente a las complicaciones en el embarazo 291 aseguradas el 88.4% presentaron complicaciones y un 11.6 % no presentaron (Tabla7). En el estudio de Rosales-Aujang E. Embarazo y actividad laboral ¿realmente existe riesgo? El % de pacientes complicadas fue de 67.5% y de no complicadas de 32.5 por debajo del estudio Siendo las infecciones urinarias la 1era causa con 173 casos un 52 % de las pacientes, las vaginitis infecciosas un 34 % así como el término en

cesárea representan el 44% de los motivos de complicación (tabla 8). En el estudio de Rosales Aujang E. Se manifiesta las amenazas de aborto en un 11.6%, la amenaza de parto prematuro en un 11.6% el sufrimiento fetal en un 10.3%, cervicovaginitis en un 5.1%, las infección urinaria en un 10.3% bajo a comparación del 52 % en nuestro estudio probablemente por un sub registro. Las complicaciones en las trabajadoras fue de 152 caso el 46.2% y de las no trabajadoras 139 el (42%) con un $p=0.074$) a pesar de no ser significativo es más frecuente las complicaciones en trabajadoras embarazadas. Las infecciones urinarias en el embarazo se presentaron en 173 pacientes de las cuales 99(30%) son trabajadoras y 74 (22.5%) no son trabajadoras siendo significativa con un chi-cuadrado de $p=0.01$ (Tabla9) en e el estudio de Rosales Aujang E. El % de trabajadoras complicadas fue del 74 % y de las no trabajadoras de 61.6% y las complicaciones más significativas fueron la amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, infecciones urinarias muy por debajo que él % de nuestro estudio pero altas en comparación con el grupo de las no trabajadoras.

La amenazas de aborto se presenta más en las trabajadoras en un 9.8% de los casos contra las no trabajadoras la cual se complicaron 4% siendo significativa con un $P=0.002$ (Tabla10) en el estudio de Romero Gutiérrez G la amenaza de aborto fue la 2da causa de complicación en un 27% de los casos muy por encima que lo demostrado en nuestro estudio.

El terminar el embarazo en cesárea salió significativo con una frecuencia en las trabajadoras de 107 (32%) en contra de 77 (23.4 %) no trabajadoras (Tabla11) en el estudio de Rosales Aujang E. La terminación del embarazo en cesare fue del 50% no existió diferencia en ningún grupo trabajadora y no trabajadora muy por

encima de lo que marca una cesárea necesaria que se estima indispensable en 10 a 15% de los partos según la Organización Mundial de la Salud (OMS) o 15 a 20% según la NOM-0074.

En la tabla de aseguradas por grupo de edad y complicación se complican más las trabajadoras del grupo de edad 26 a 34 años y de 35 a 45 en un 33.6% en comparación del 21% de las no trabajadoras teniendo una significancia de $P=0.006$. (tabla 12). En el estudio de Ordaz Martínez K Y en cuanto a la edad se detectó que el grupo con mayor riesgo es el de 35^a 40 años lo que nos muestra que la mujer con mayor riesgo se encuentra en etapa reproductiva y no en pacientes jóvenes. Las aseguradas con Actividad laboral y escolaridad de bachillerato y licenciatura se complican en mayor proporción 32% con respecto de las no trabajadoras 15.5% como se muestra en la tabla siendo significativa (tabla 13) en el estudio de Rosales Aujang E según lo observado la actividad laboral en nuestro medio no significa un factor de riesgo mayor de complicación médica durante el transcurso del embarazo y el mayor grado de escolaridad en mujeres trabajadoras, lo que refleja es el deseo de superación personal.

En referente al Índice de masa corporal (IMC) en aseguradas complicadas el 69 % tienen sobrepeso y un grado de obesidad un 52 % son trabajadoras siendo significativa (Tabla 14) en el estudio de Leal-Mateos M Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso materno y su relación con el peso del recién nacido. Es importante resaltar que la obesidad se asocia a complicaciones médicas como la hipertensión o la diabetes, que aumentan de forma importante el riesgo perinatal. Además, algunos estudios indican que el ambiente intrauterino influye sobre el riesgo futuro de obesidad en los hijos de madres con sobrepeso.

De hecho, los hijos de madres obesas clasificados como grandes para la edad gestacional tienen 3 veces más probabilidad de presentar obesidad a la edad de 7 años. En cuanto al número de consultas de CPN en trabajadoras complicadas fue más alto en un 52.5 % que las no trabajadoras 47.5% como se muestra siendo significativa con un χ^2 de $p=0.001$ (Tabla 15) en el estudio de Romero-Gutiérrez. Menor número de consultas de control prenatal por parte de la mujer que difirió su incapacidad fue un factor que influyó en las cifras de morbilidad. Las pacientes que trabajan no tienen tiempo suficiente para acudir a las citas de control prenatal. Las pacientes no trabajadoras con 1 cesárea previa tienen 8 veces más riesgo de tener un parto complicado en comparación con las que no han tenido cesáreas, las pacientes que tuvieron un parto previo tuvieron un riesgo 61% menor de complicación en comparación con las primigestas como se muestra en la tabla 16. el concepto erróneo que prevalece entre los médicos sobre el hecho de que una cesárea forzosamente predice una cesárea subsecuente, información sesgada otorgada a las mujeres sobre los beneficios del parto vaginal y riesgos que conllevan las cesáreas, falta de preparación y desarrollo de habilidades del personal de salud para ejecutar partos instrumentales con fórceps o ventosa, afán de lucro de los proveedores, incentivos económicos relacionados con las aseguradoras y comodidad para personal médico y usuarias. Asimismo se ha documentado una mayor realización de esta práctica clínica en mujeres de 35 años y más de edad y en primíparas.

IX.-CONCLUSIONES

Los cambios socio político y cultural conllevan a cambios económicos por lo cual la mujer cada día participa más en la economía familiar como lo muestra este estudio que determina que el 88% de los embarazos tienen complicación gestacional o al término de esta, de los cuales el 52% son trabajadoras. Las principales complicaciones que se presentan en las trabajadoras son: Infecciones urinarias en un 33.7%, Amenaza de aborto en un 11.1%, Preeclampsia 3.8%. así como el término del embarazo en cesárea en un 36.8% hay factores de riesgo en trabajadoras como son: la edad en el rango de 26 a 34 años, el número de consultas de control prenatal, el sobrepeso, la obesidad, la escolaridad a nivel Bachillerato y la Licenciatura que representan en el 32% de las complicaciones de las trabajadoras embarazadas.

Con este estudio se puede concluir que es importante remarcar a la mujer embarazada, médicos, familia, empresarios e instituciones la prevención debe ser primordial para evitar las complicaciones maternas en el embarazo y con ello el diagnóstico oportuno, una atención adecuada y que todo esto es previsible mediante la atención prenatal temprana, sistémica y con calidad.

Con esto es innegable que el hombre y la mujer son dos entes fisiológicamente diferentes y que el hecho de considerar a la mujer embarazada trabajadora como especialmente sensible se observa en distintas legislaciones internacionales así como en la de nuestro país México.

X.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS

- 1.- Ordaz MKY. Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. Ginecol Obstet Mex 2010, 78(7):357-364
- 2.- Romero GG, López RJI, Horna LA. Mortalidad materna fetal relacionada con el aplazamiento de la incapacidad Laboral Prenatal. Ginecol Obstet Mex 2006;74: 349-53.
- 3.- Uribe Elías, R. Mortalidad Materna. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México 2009.
http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2009/01_ene_2k9.pdf
- 4.- Rodríguez EM, Ordoñez LM. Mortalidad materna y marginalidad en Yucatán, México. Rev. Biomédica 2006; 17:237-242
- 5.- Ronda E, Hernández MA. Ocupación materna, duración de la gestación y bajo peso al nacer. Gac Sanit. 2009; 23(3):179-185
- 6.- Rosales AE, Embarazo y actividad laboral: ¿realmente existe riesgo? Ginecol Obstet Mex 2010; 78: 590-597.
- 7.- Langer A, Lozano R, Hernández B. Mortalidad Materna, niveles, tendencias y diferencias. DEMOS10,1994
<http://www.journals.unam.mx/index.php/dms/article/view/6611>
- 8.- Guía de Práctica Clínica, Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, México: Secretaria de Salud 2008
- 9.-ONU. Ban Ki Moon Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008. Objetivo 5, Mejorar la salud materna.24-27

- 10.-Gonzales ML. Requiere muerte materna enfoque Integral. CIMAC. México DF 2005.
- 11.- Guía de Práctica Clínica, Diagnostico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo, México: Secretaria de salud; 2009.
- 12.- Guía de Práctica Clínica, Diagnostico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención, México: Secretaria de salud; 2009
- 13.- Guía de Práctica Clínica, Diagnostico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención, México: Secretaria de salud; 2009
- 14.- Guía de Práctica Clínica, Detección y Diagnostico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo, México: Secretaria de salud; 2010
- 15.- Guía de Práctica Clínica, Vigilancia y el Manejo del Parto, México: Secretaria de salud; 2009
- 16.- Guía de Práctica Clínica, Diagnostico y tratamiento del aborto Espontaneo y Manejo inicial del Aborto Recurrente, México: Secretaria de salud; 2008
- 17.-Sanchez-Nuncio H, Pérez Toga G, Vásquez- Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005;43(5):377-380.
- 18.- Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered 22 (4), 2011 169-175

