

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**UNAN**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

**CIES**

**MORBILIDAD MATERNA EN PROFESIONALES DE LA SALUD**

**QUE LABORAN EN LOS HOSPITALES DE MANAGUA, LEON Y ESTELI.**

**INFORME FINAL TRABAJO DE TESIS**

**Autora: Dra. Cecilia Detrinidad Barbosa.**

**Tutor: Dr. Eduardo de Trinidad Barboza.\***

**Asesores: Dra. Martha González.\*\***

**Dr. Julio Piura López.\***

**Managua, Mayo de 1993.**

**(\*) Master en Salud Pública.**

**(\*\*) Epidemióloga.**

MIEMBROS DEL JURADO

T  
52  
D 439  
1993

Dr. Eduardo De Trinidad

Dr. Angel Sanchez

Dr. Miguel A. Inyca



Dr. Julio Ponce

Managua, 19 de Mayo 1993

1. Mortalidad materna
2. Técnicas en salud
3. Kingas Labores
4. Embarazo
5. Nicaragua

I. A  
mfn 14

***DEDICATORIA:***

Dedico la presente tesis a:

A mi esposo , Dr. Jaime Cortés por su paciencia apoyo y comprensión.

Al sacrificio de mis hijas Yelce-Neyce y a mis hijos Jaime-Marco.

A mi madre Cecilia y mi tía Nellyta; por el amor y entrega a sus hijos.

Y muy especialmente a mi tutor; Dr. Eduardo de Trinidad Barboza;

investigador crítico, tenáz e incansable que ha dedicado parte de

su vida a la búsqueda de una vía de desarrollo tecnológico y

científico en la Medicina Popular Tradicional.

Managua, Mayo de 1993.

## **AGRADECIMIENTO**

**A todas las profesionales de la salud que, gracias a la confianza depositada al equipo investigador, respondieron a las preguntas de la encuesta; seguras que el conocimiento producto de esta investigación será un aporte a la consolidación del estudio de género en su condición de madre.**

**A mi hermana Josefina por su amor y entrega a mis hijos.**

**A la Licenciada Fidelia Bustamante Moncada, por su hospitalidad y tiempo brindado al estudio.**

**También agradezco a la Autoridad Noruega Para el Desarrollo Internacional (NORAD), por el apoyo financiero y confianza, sin lo cual no hubiese sido posible obtener los resultados de la presente investigación.**

**A todas aquellas personas que, de una u otra manera, contribuyeron a la realización de la presente obra.**

**La Autora.**

## OPINION DEL TUTOR

Estellí, 15 de Mayo de 1993.

Referencia : Investigación sobre la morbilidad materna en profesionales de la salud .

Tengo a bien poder externar mis consideraciones en torno al trabajo de investigación sobre " morbilidad materna en profesionales de la salud", que ha desarrollado la Dra. Cecilia de Trinidad Barbosa, para optar al título de master en salud pública en el CIES.

En mi opinión, los resultados del estudio son de gran valor ya que ha sido abordado con seriedad el problema de la morbilidad materna, consciente que hace falta mucho por conocer; sin embargo, desde el punto de vista extensivo (el estudio es descriptivo) señala un proceder acumulativo-documental que tanta falta nos está haciendo; ya que tradicionalmente en el abordaje de la problemática sanitaria que sufren las mujeres, lo que más se ha venido investigando es sobre la mortalidad materna .

Por tal razón abre un espacio para que profesionales y técnicas (os) puedan seguir avanzando con otras investigaciones sobre este tema, para otros sectores en la perspectiva de poder incidir sobre el perfil epidemiológico y las causas de la morbilidad materna.

Como tutor de este trabajo, quiero manifestar mi agradecimiento a las autoridades del CIES por esta nueva oportunidad que se me brindó para contribuir en la formación de los futuros cuadros dirigentes del sector salud. Quedo en plena disposición de continuar apoyando este tipo de actividades.



Dr. Eduardo de Trinidad Barbosa

---

Director Ejecutivo  
CNMPT-Estellí

# INDICE

<i>CONTENIDOS</i>	<i>Páginas</i>
INTRODUCCION . . . . .	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .	4
OBJETIVOS . . . . .	5
MARCO TEORICO . . . . .	6
DISEÑO METODOLOGICO . . . . .	9
TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS . . . . .	10
CONTROL SEMANTICO . . . . .	12
RESULTADOS . . . . .	14
UNIVERSO GLOBAL . . . . .	16
PROFESION . . . . .	16
CENTRO DE TRABAJO . . . . .	17
EDADES . . . . .	21
ESTADO CIVIL . . . . .	21
TIEMPO DE EJERCER LA PROFESION . . . . .	23
TIEMPO DE LABORAR EN LOS HOSPITALES . . . . .	24
INGRESO ECONOMICO . . . . .	26
CONDICION DE LA VIVIENDA . . . . .	30
PERSONAS QUE HABITAN EN LA MISMA CASA . . . . .	31
UNIVERSO REAL . . . . .	33
La profesión . . . . .	33
Centros de trabajo . . . . .	35
Edades . . . . .	38
Estado civil . . . . .	40
Tiempo de ejercer la profesión . . . . .	41
Tiempo de laborar en los hospitales . . . . .	43
Ingreso económico . . . . .	45
Condición de la vivienda . . . . .	46
Personas que habitan en la misma casa . . . . .	48

Características gineco-obstétricas . . . . .	49
Embarazos . . . . .	50
Abortos . . . . .	53
Legrados . . . . .	53
Partos . . . . .	54
Cesáreas . . . . .	56
Número de hijos . . . . .	57
Intervalo intergenésico . . . . .	58
Control de fertilidad . . . . .	59
Inicio de la vida sexual activa . . . . .	59
Embarazo en los próximos dos años . . . . .	60
 MORBILIDAD MATERNA . . . . .	 63
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS . . . . .	64
DIMENSION DE LA MORBILIDAD MATERNA . . . . .	69
Prevalencia . . . . .	69
Alta prevalencia . . . . .	70
Prevalencia media . . . . .	71
Baja prevalencia . . . . .	72
Incidencia . . . . .	73
 MEDIDAS DE ATENCION AL ULTIMO EMBARAZO . . . . .	 81
Subsidios . . . . .	81
Control prenatal . . . . .	82
 DISCUSION . . . . .	 84
CONCLUSIONES . . . . .	90
RECOMENDACIONES . . . . .	93
BIBLIOGRAFIA . . . . .	94

### A N E X O S

- 1) TABLAS DE SALIDA Y FORMULARIOS DE ENCUESTAS.
- 2) CODIFICADOR DE LAS ENCUESTAS.
- 3) ESTRUCTURA DE LA BASE DE DATOS UTILIZADA.
- 4) PROGRAMAS DE DESCODIFICACION PARA SPSS +.

## RESUMEN

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo; con el objeto de conocer y caracterizar la morbilidad materna entre las mujeres profesionales y técnicas que se encontraban laborando en hospitales de Managua, León y Estelí; durante el período Febrero a Marzo de 1993. El marco muestral fueron los hospitales: HEODRA, HBCR, HFVP, HMMP, HMJR, HCM, HALF, HADB; en los que se aplicó una encuesta previa capacitación de 7 encuestadoras con nivel universitaria, para levantar los datos. Se elaboró un programa software que incluyó la codificación y descodificación de los datos ordenados en base de datos apropiados (R:BASE, LOTUS y SPSS).

Se encuestaron 723 profesionales o técnicas, identificando 16 categorías entre Médicas, Enfermeras, Odontólogas, Psicólogas, Trabajadoras Sociales, Farmacéuticas, Técnicas de laboratorio y otras. El 67.4% tenían historia de embarazos previos. Fueron descritas las características socioeconómicas generales de las encuestadas; en particular, para las exgestantantes (93.4%) y gestantes (6.6%). Estas 487 profesionales se embarazaron en 1,111 ocasiones, de las cuales 163 terminaron en aborto con aplicación de 143 legrados, 701 partos con aplicación de 16 legrados principalmente producto de retenciones placentarias y 231 embarazos terminaron en Cesáreas. Aportaron a la sociedad 921 hijos, de ellos 890 como hijos vivos y 31 fallecidos incluyendo óbitos fetales.

(ii)

El inicio de la vida sexual activa se establece entre los 13 a los 38 años (media 22); 72.9 % no desean embarazos en los próximos 2 años. Los métodos contraceptivos más utilizados fueron la esterilización quirúrgica y el DIU, en 8 casos sus maridos se practicaron vasectomía.

Las profesionales en su etapa formativa no gozan del subsidio por maternidad. El 15% trabajan hasta el último día previo al parto, uniendo el subsidio pre y pos natal para estar más tiempo con su bebe. El 97.9 % de las encuestadas nunca se han vacunado contra la hepatitis B. 70.3 % se vacunó contra el tétanos con 2 a 3 dosis.

La morbilidad materna en genral alcanzó el 77.4% del universo real y el 52% del universo global.// Las 10 principales causas de morbilidad fueron: Amenaza de Aborto, Aborto, Cesáreas, Infección de vías urinarias, Distósias o parto obstruido, Hemorragias transvaginales, Cesárea por Cesárea anterior, Toxémia, Amenaza de Parto prematuro y Sépsis. Las causas fueron tipificadas como causas médicas obstétricas (diréctas e indirectas) y causas no médicas.

Las tasas de prevalencia están entre 219.1/1000 N.V. para la Amenaza de aborto y 50.6/1000 N.V en la Sépsis. La incidencia de esas causas durante las décadas de los años 60, 70, 80 y 90 evidencian reducciones importantes en los años 80 con estancamientos o empeoramientos (alzas en las tasas por mil nacidos vivos) al iniciarse la decada de los 90.

## INTRODUCCION

Con el presente estudio, se hace una primera aproximación a grupos de mujeres que por su nivel socio-económico se consideran poco vulnerables a las enfermedades que definen la morbilidad materna, no se estudian y por tanto se desconoce esta dimensión de la morbilidad materna ese grupo son las mujeres profesionales en general; dicho estudio se realizó específicamente en mujeres profesionales que se desempeñan en 6 hospitales de managua, un hospital de León y uno de Estelí.

Se presume que esta situación no es diferente a los problemas que ocurren a nivel del resto de las mujeres Nicaragüenses y América Latina en general, la cadena letal de causas que hacen vulnerable a las mujeres durante el embarazo, parto y el puerperio es una tragedia ignorada, y es así porque sus víctimas son personas ignoradas.(1)

La Morbilidad Materna se conoce mal y su caracterización ha sufrido los sesgos que imponen las estadísticas continuas con su ya secular vicio del sub-registro en sus principales causas. A lo sumo se tiene una idea indirecta de la morbilidad a través de las principales causas de mortalidad materna .

De hecho la temática introductoria para dimensionar la morbilidad materna, en el perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la región de las américas (2) se limita a un breve comentario poco trascendente y esclarecedor, como para permitir la identificación de posibles medidas de intervención que aborden con eficacia la problemática no directamente relacionada con el daño irreversible como es la muerte materna.

A través del presente estudio, se puede acceder a un nivel de aproximación superior en el conocimiento de las principales causas de la morbilidad materna, en este grupo de profesionales encuestadas en sus centros hospitalarios donde estaban laborando; advirtiendo un sesgo intencionado pues el hospital es únicamente un centro de reunión en donde ejercen sus prácticas profesionales estas mujeres. De modo que la morbilidad encontrada en este sector de mujeres puede ser extrapolable, con alguna reserva, al resto de mujeres profesionales manteniendo su validez hasta que futuros estudios la nieguen o confirmen.

Indudablemente, la morbilidad como la mortalidad maternas son en gran medida reflejos de las condiciones de vida de la mujer al interactuar constantemente en la relación causa - efecto con sus factores asociados; de modo que en el presente informe se mantienen y evalúan algunas variables ya consagradas en la descripción analítica de los problemas de la salud pública como son la situación socioeconómica (escolaridad, estado civil, ingreso

económico, vivienda); además otras variables que informan específicamente sobre el objeto de estudio como son los antecedentes médicos ginecoobstétricos generales y particulares. Todo ésto para situar la morbilidad materna en su extensión en términos cualitativos y cuantitativos, de ahí que la estructura del informe esté guiada por tres ejes rectores:

- 1) La mujer profesional o técnica (universo global).
- 2) La gestante o exgestante (universo real).
- 3) Los episodios de morbilidad (prevalencia e incidencia).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este trabajo surge a partir de la inexistencia de suficientes datos sistematizados sobre la morbilidad materna, ya que no existe un instrumento adecuado, que pueda recoger esta información dentro del Ministerio de Salud a nivel Nacional y por ende en los hospitales a estudiar. No se conoce el comportamiento de la morbilidad materna en grupos de mujeres de los diferentes niveles socio-económicos laborales o en las diferentes agrupaciones culturales y étnicas.

Como puede verse en la argumentación previa, se puede formular la siguiente interrogante ¿ Como es la morbilidad materna entre las mujeres profesionales que laboran en el sector salud de Nicaragua y en particular en la atención hospitalaria?.

**OBJETIVOS:**

**General:**

Conocer la morbilidad materna en el conjunto de profesionales de la Salud que laboran actualmente en los hospitales de Managua, León y Estelí.

**Específico:**

Identificar las categorías de profesionales que se desempeñan en los hospitales así como los efectivos poblacionales en cada categoría.

Identificar cada una de las categorías profesionales en función de sus características socio-económicas.

Identificar cada una de las categorías profesionales en función de sus antecedentes gineco-obstétricos generales y obstétricos particulares.

✓ Caracterizar el perfil de Morbilidad Materna, entre las profesionales que laboran en los hospitales de Managua, León y Estelí.

## MARCO TEORICO

La morbilidad materna ha sido utilizada como un indicador para medir el nivel de salud prevalente en los países, regiones, subregiones, circunscripciones geográficas menores, mayores y además diferencialmente en mujeres con niveles socio-económicos diferentes. Recientemente también con un enfoque positivista se le considera un indicador con el cual se puede medir la calidad de atención y accesibilidad de los servicios de salud existentes dentro y entre los países (3). Por otro lado, existe abundante información que dimensionan a la mortalidad materna como un indicador indirecto de la morbilidad, mediante el cual se puede apreciar las notables diferencias existentes entre los países desarrollados y subdesarrollados a este respecto (4) en América.

Consecuentemente la morbilidad materna es un indicador sensible que puede ser utilizado para valorar la calidad y tipo de atención que reciben las mujeres en dependencia de su status socio-económico, ubicación laboral, rol social y nivel de vida.

Los aspectos teóricos vinculados al fenómeno de la morbilidad en términos de salud pública, parece estar suficientemente documentado; a pesar de ello, las condiciones objetivas del desarrollo socio-económico en los diversos países y particularmente los que están en vías de desarrollo hacen que las tasas de

Con respecto a estos grupos de mujeres es evidente que en su labor habitual constantemente están expuestas a padecer enfermedades infecto-contagiosas y de otro tipo que se favorecen por las condiciones de trabajo hospitalario. Adicionalmente este grupo por su condición de trabajo y estatus socio-económicos, harían suponer que tendrían una probabilidad inferior de sufrir algún trastorno tipificado entre las causas de morbilidad materna. Toda vez que manejan información y conocimientos sobre las enfermedades superior al promedio de mujeres en igualdad de condiciones; sin embargo no se tiene información que sustente este hecho lo que hace útil y necesario un estudio de este tipo.\* Aún más, por el hecho que en algún momento Nicaragua ha sido considerada un país de niños y mujeres (7) en donde las tasas de fecundidad se consideran entre las más altas de Latinoamérica con sus problemas específicos.\*

Finalmente, en algún sentido que tiene sus repercusiones sobre la conceptualización de la mujer y sus problemas específicos de sexo o género (8) tampoco ha sido dimensionada diferencialmente en términos de discapacidades que padece la mujer en su condición de profesional y madre trabajando en los hospitales; por lo que también este estudio se propone aportar elementos para el análisis clínico, epidemiológico y asistencial que constituyen el marco de referencia en el cuál constantemente se están aplicando medidas de intervención sin conocer su impacto real.

morbilidad materna se mantengan elevadas (5). Dado que esta problemática obedece a factores determinantes de la situación de salud prevalente en los diferentes países y sabiendo que la solución a este problema radica en voluntades políticas sobre el sector salud, se han hecho refinamientos teóricos abocados a generar actitudes que remitan hacia la acción práctica; entre ellos se tiene un enfoque que alcanza casi el status de doctrina en el pensamiento sanitario contemporáneo, este es el enfoque de riesgo; el cual es útil como procedimiento analítico, pero no sustituye las acciones prácticas, así como tampoco el comportamiento basal estadístico del fenómeno en sí del cual surge dicho enfoque.

Como fenómeno Gineco-Obstétrico la mortalidad materna tiene bien caracterizada sus causales directos e indirectos, médicos y no médicos (6) . Por lo que es innecesario continuar en esta línea de estudios y nuevas investigaciones si lo que se pretende es reducir las altas tasas de morbilidad materna que secularmente se han observado en los países subdesarrollados como Nicaragua; razón por la cual se puede considerar que las clasificaciones y categorizaciones que hasta hoy se manejan para caracterizar la morbilidad materna conservan su potencial metodológico necesario para abordar el estudio diferenciando de la morbilidad materna en cualesquier agrupación de mujeres incluyendo las profesionales en general y del sector salud en particular.

## DISEÑO METODOLOGICO

Se trata de un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo.

### Universo.

Todas las mujeres profesionales que laboran en los hospitales de Managua, León y Estelí, por lo tanto se prescinde de un diseño muestral en vista que el Universo estimado no supera los 700 casos.

Se diseñó una encuesta en la cual se reflejadas las variables utilizadas en el estudio. Dichas encuestas fueron levantadas por un colectivo de 7 encuestadoras que fueron previamente capacitadas y entrenadas con el objetivo y las técnicas necesarias al levantamiento de la encuesta.

Por lo tanto, el estudio se considera <sup>era-</sup> monoetápico, y el marco muestral (Hospitales del MINSA) es seleccionado siguiendo el criterio a conveniencia, procurando acceder a hospitales desde la más alta complejidad en Managua y de baja complejidad en Estelí, de modo que los resultados puedan ser generalizables con las reservas del caso.

Las unidades de observación son todas las profesionales encuestadas y la unidad de análisis son los episodios de Morbilidad Materna sufridos por este universo de mujeres; consecuentemente fueron

excluidas del análisis todas aquellas mujeres que habiendo atravesado por el transe pre y post natal no presentaron ninguna Morbilidad Materna; pero se consignan a fin de determinar proporciones o porcentajes, a respecto de los hijos vivos que reportaron para estimar la prevalencia e incidencia de las patologías reportadas.

#### TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Inicialmente se realizó una exploración del universo global de profesionales y técnicas laborando en los hospitales seleccionados, utilizando una matriz preliminar; luego se confeccionaron los formularios de las encuestas organizados en 5 bloques de preguntas con 48 items codificados que fueron llenados por las encuestadoras (ver anexo)

En el proceso de codificación y digitación de los datos se trabajó a tiempo completo con dos codificadores y 2 digitadores por espacio de dos semanas.

El programa software utilizado está basado en un administrador de base de datos (R:BASE, Versión de 1988); Tres hojas electrónicas (LOTUS versión 2.1) y Aplicación del paquete estadístico SPSS+ PLUS (Versión 3.1). Todo ésto en la secuencia:

- \* Creación de una base de datos. Introducción y edición de los datos crudos.

- \* Traslado de las bases de datos a tres hojas electrónicas de lotus, para control de calidad visual y manual de los datos, declarando etiqueta y valores a las variables simples (items).
  
- \* Traslado de las hojas electrónicas, para descodificación y procesamiento estadístico de los datos ingresados al paquete estadístico SPSS.
  
- \* Obtención de tablas y cuadros estadísticos de salida, producto terminal, para generar la información básica requerida.

## CONTROL SEMANTICO

1. Morbilidad materna, es el conjunto de enfermedades o desviaciones de la salud que solamente se observan durante el embarazo, parto y puerperio, estas se consideran como causas directas.

2. Profesional del sector salud, son las personas que habiendo recibido educación media continúan haciendo estudios técnicos o profesionales en universidades o escuelas politécnicas.

3. Mujeres profesionales del sector salud: Son profesionales del sector salud del sexo femenino que desempeñan su labor autorizadas por las universidades o escuelas politécnicas al haber cumplido su pesum académico. Estas pueden estar o no respaldadas por un título académico.

4. Condicionantes y agravantes de la morbilidad materna: Conjunto de enfermedades que sin ser específicas del sexo femenino ni de la mujer en edad fértil y precediendo o apareciendo durante el embarazo y el parto, pueden contribuir a un desenlace mórbido en el curso del embarazo, parto y puerperio.

**SIGLAS UTILIZADAS:**

**HEODRA:** Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello.

**HBCR:** Hospital Bertha Caldrón Roque.

**HFVP:** Hospital Fernando Vélez Paiz.

**HMMP:** Hospital Manolo Morales Peralta.

**HMJR:** Hospital Manuel de Jesús River.

**HCM:** Hospital Carlos Marx.

**HALF:** Hospital Antonio Lenín Fonseca.

**HADB:** Hospital Alejandro Dávila Bolaños (Estelí).

## RESULTADOS

Se presentan los resultados del trabajo en tres apartados que se corresponden con las aproximaciones sucesivas al objeto de análisis que es la morbilidad materna en las profesionales que fueron encuestadas.

### 1.- UNIVERSO GLOBAL

Se describe el universo global de profesionales que en el período marzo-abril 93 estaban laborando en los hospitales de Managua, León y Estelí; independientemente que hubiesen tenido historia previa de embarazo. Metódicamente ésto se coloca para dimensionar con mayor rigor estadístico el objeto de estudio.

### 2.- UNIVERSO REAL.

Se procede a depurar los efectivos de mujeres profesionales que reportan historia previa de embarazo, para dimensionar el universo real de mujeres sobre las cuales incide la morbilidad materna. Discriminando en primer término las que manifestaron haber padecido algún tipo de patología atribuible al embarazo, parto y puerperio; en todo caso los antecedentes gineco-obstétricos generales y particulares.

### 3.- DESCRIPCION ESPECIFICA DE LA MORBILIDAD MATERNA

Comprende el análisis preliminar de la morbilidad por causa, años de ocurrencia de las mismas, en el orden de los embarazos en que ocurrieron los episodios de morbilidad, reportados en las encuestas. Se harán a partir de los indicadores de incidencia y prevalencia.

## UNIVERSO GLOBAL:

Durante el período marzo-abril de 1993, se levantaron 723 encuestas a profesionales que en ese momento laboraban en los hospitales de Managua, León y Estelí.

Las características de estas profesionales conforman el universo global del estudio y son las siguientes:

### 1) PROFESION

De las 723 profesionales encuestadas se identificaron 16 categorías de profesiones específicas del sector salud. Englobándose en un grupo de otras aquellas que no son específicas del sector: Ingenieras, Contadoras. La concentración profesiones específicas son más frecuentes entre las médicas 292 (40.6 %), Enfermeras 213 (29.5 %) y las técnicos de laboratorio 39 (5.4 %) el resto fluctúa entre 0.3 a 2.6 %. (Ver cuadro Nº 1).

## CUADRO Nº1:

## DISTRIBUCION DE PROFESIONALES POR CATEGORIA DE PROFESIONES

PROFESIONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médicas	292	40.4
Enfermeras	213	29.5
Técnicas de laboratorio	39	5.4
Técnicos de Rayos X	19	2.6
Trabajadora Social	17	2.4
Nutricionista	15	2.1
Técnica anestecista	15	2.1
Técnica Fisioterapia	15	2.1
Técnica Alimentación	13	1.8
Farmacéutica	12	1.7
Citotecnologa	9	1.2
Odontologa	8	1.1
Psicóloga	6	0.8
Tecnologa médica	5	0.7
Técnica estadística	4	0.6
Técnica Quirúrgica	2	0.3
Otras	39	5.4
TOTAL.....	723	100.0

Fuente: Datos primarios de la encuesta.

## 2. CENTRO DE TRABAJO:

Los hospitales del MINSA que conforman el marco muestral se distribuyeron por categorías siguiendo el criterio de selección a

conveniencia en hospitales de alta complejidad, como son los de Managua: Bertha Calderon con 107 (14.8 %), siguiéndole en orden de frecuencia los hospitales Fernando Vélez Paíz (13.6 %) y Carlos Marx (12.7%) en menor porcentaje le sigue el hospital Manolo Morales (12.4 %) el hospital Manuel de Jesús Rivera con 11.1 %. En el de mediana complejidad esta el hospital de León 18.8 %, en el de menor complejidad está el hospital de Estelí con 6.2 % (ver cuadro Nº2 y Gráfico 1).

CUADRO Nº2:  
DISTRIBUCION DE PROFESIONALES ENCUESTADAS POR  
HOSPITALES DE ALTA, MEDIA Y BAJA COMPLEJIDAD  
MARZO 1993.

CENTRO HOSPITALARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEODRA - LEON *	136	18.8
HBCR - MANAGUA **	107	14.8
HFVP - MANAGUA **	98	13.6
HCM - MANAGUA **	92	12.7
HMMP - MANAGUA **	90	12.4
HMJR - MANAGUA **	80	11.1
HALF - MANAGUA **	75	10.4
HADB - ESTELI ***	45	6.2
TOTAL.....	723	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

Clave: \* Media complejidad \*\* Alta complejidad \*\*\* Baja

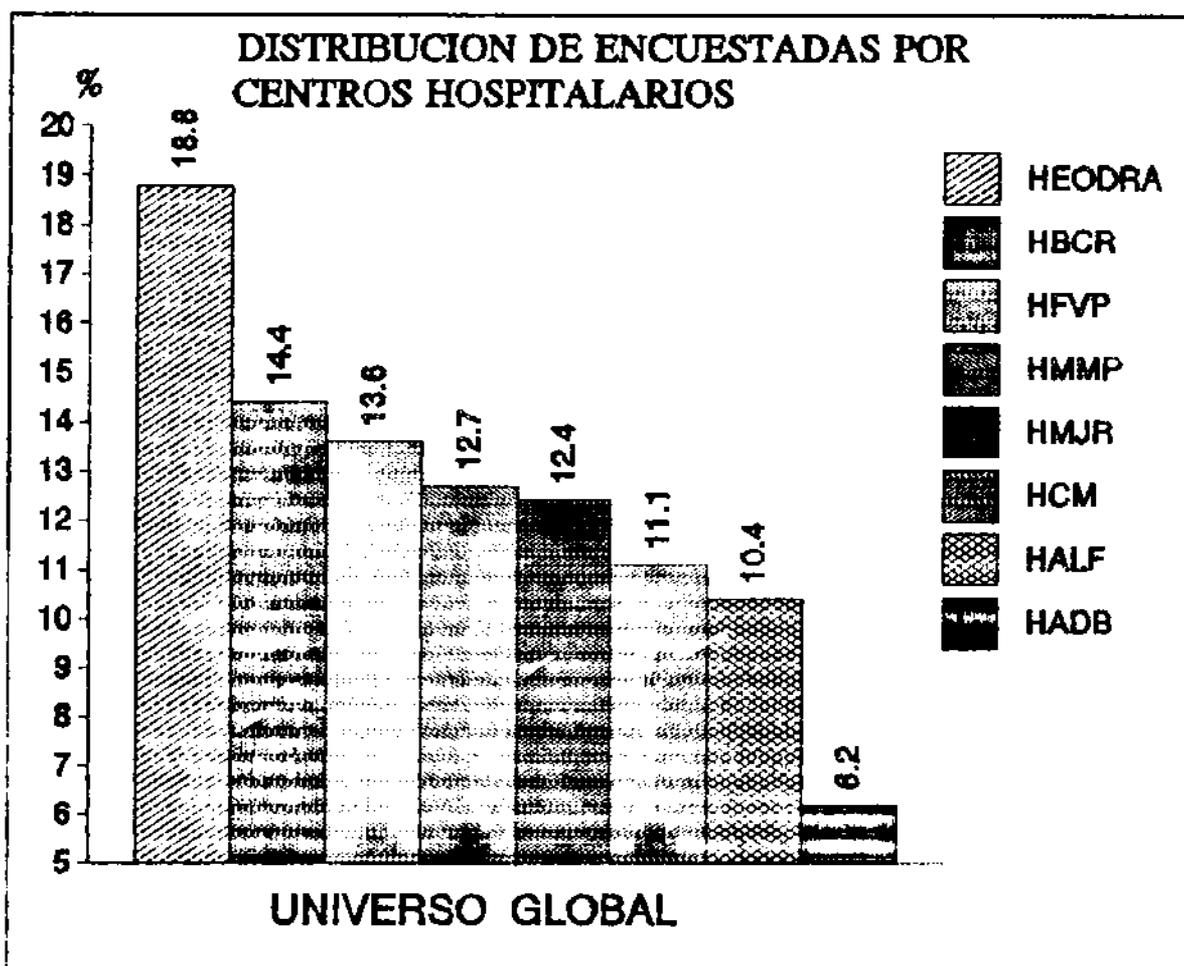


GRAFICO 1

En relación a la distribución de profesionales encuestadas por hospitales de alta, media y baja complejidad; se puede observar en el cuadro Nº 3, que las profesionales con mayor efectivo poblacional son las médicas 293 (40.4 %) le siguen las enfermeras con 213 (29.5 %) que de acuerdo a la distribución y complejidad, por centro hospitalario la relación médicas/enfermeras se desplaza de 2 a 1 médica/enfermera, a excepción del hospital Carlos Marx, en donde la relación médicas/enfermeras se invierte a 0.8.

CUADRO Nº3:  
DISTRIBUCION DE CATEGORIAS PROFESIONALES POR HOSPITALES DE MEDIA,  
ALTA Y BAJA COMPLEJIDAD.

PROFESION	CENTRO HOSPITALARIO								TOTAL
	REODR	HBCR	HFVP	HMWP	HMJR	HCM	HALF	HADB	
Médica	50	52	39	33	39	22	36	21	292/40.4
Enfermera	30	28	32	32	30	28	19	14	213/29.5
Técnica de Laboratorio	8	4	5	7	2	10	2	1	39/ 5.4
Técnica de Rayos X	7	2	2	3	2	-	3	-	19/ 2.6
Trabajadora Social	2	2	4	2	2	1	3	1	17/ 2.4
Nutricionista	1	2	3	3	2	2	2	-	15/ 2.1
Técnica Anestesia	4	3	-	4	-	2	-	2	15/ 2.1
Técnica en Fisioterapia	5	-	4	-	-	2	4	-	15/ 2.1
Técnica en Alimentación	-	1	-	1	3	2	3	3	13/ 1.8
Farmacéutica	3	1	1	1	3	2	1	-	12/ 1.7
Citotecnóloga	3	4	-	1	-	-	1	-	9/ 1.2
Odentóloga	2	-	1	4	-	1	-	-	8/ 1.1
Psicóloga	-	-	1	-	4	1	-	-	6/ 0.8
Tecnologa médica	4	-	1	-	-	-	-	-	5/ 0.7
Técnica Estadística	-	-	-	-	2	-	1	1	4/ 0.6
Técnica Quirúrgica	1	-	1	-	-	-	-	-	2/ 0.3
Otras	16	8	4	1	1	7	0	2	39/ 5.4
TOTAL	136	107	98	92	90	80	75	45	723
PORCENTAJE.....	18.8	14.8	13.6	12.7	12.4	11.1	10.4	6.2	100

Fuente: Datos primarios de encuesta.

### 3. EDAD:

Las edades extremas de las profesionales esta entre los 20 y 62 años, la mayoría de ellas son mujeres en edad fértil. De esta forma, el porcentaje mayor se ubica en el grupo de profesiones de los 27 a 30 años; siendo la edad de 30 años la más frecuente (mediana) ver cuadro No. 4.

CUADRO Nº4  
GRUPOS DE EDADES DE LAS INFORMANTES

GRUPOS DE EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 A 26 AÑOS	184	25.4
27 A 30 AÑOS	203	28.1
31 A 36 AÑOS	181	25.1
37 A 62 AÑOS	155	21.4
TOTAL	723	100 %

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

### 4. ESTADO CIVIL:

Del universo global de las profesionales reportaron ser solteras 335 (46.3 %), casadas 310 (42.9 %) y divorciadas 27 (3.7 %)., las acompañadas, viudas, separadas y unidas representan un menor porcentaje, que va de 2.5 a 0.8 % (ver Gráfico 2 y cuadro No.5).

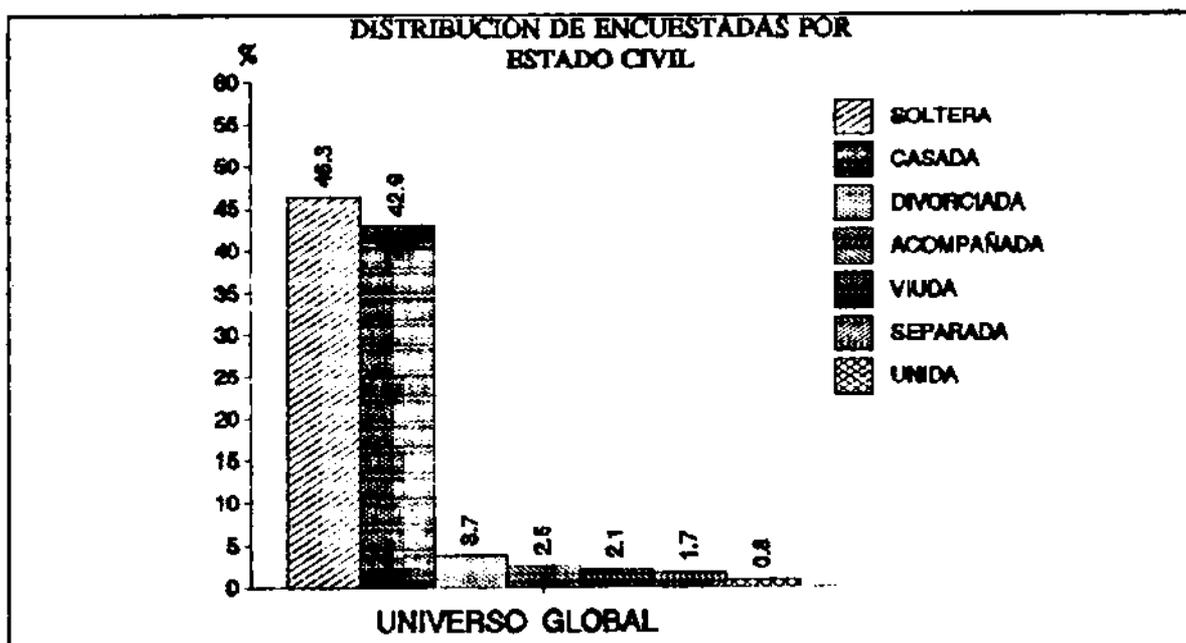


GRAFICO 2

CUADRO Nº5

ESTADO CIVIL EN EL UNIVERSO GLOBAL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	335	46.3
Casada	310	42.9
Divorciada	27	3.7
Acompañada	18	2.5
Viuda	15	2.1
Separada	12	1.7
Unida	6	0.8
TOTAL	723	100 %

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

## 5. TIEMPO DE EJERCER LA PROFESION (CUADRO N°6 Y GRAFICO 3):

El tiempo mínimo de ejercer la profesión fue de 15 días y como máximo 37 años, con una media de 7.8 % y moda de 5 años . Con los datos se pudo establecer 4 agrupaciones cuantitales:

un primer grupo de 15 días a 3 años (29.6 %) y para el cuarto grupo de 11 a 37 años (24.6 %); los grupos de 4 a 6 años representan el 22.7 % y el grupo de 7 a 10 años 23.1 %. Estas distribuciones indican que la mayor parte de profesionales o técnicas son de reciente ingreso a sus respectivos gremios (Ver cuadro N°.6 y Gráfico N°3).

CUADRO N°.6:  
TIEMPO DE EJERCER LA PROFESION EN EL UNIVERSO GLOBAL  
Marzo, 1,993

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 DIAS A 3 AÑOS	214	29.6
4 AÑOS A 6 AÑOS	164	22.7
7 AÑOS A 10 AÑOS	167	23.1
11 AÑOS A 37 AÑOS	178	24.6
TOTAL	723	100 %

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

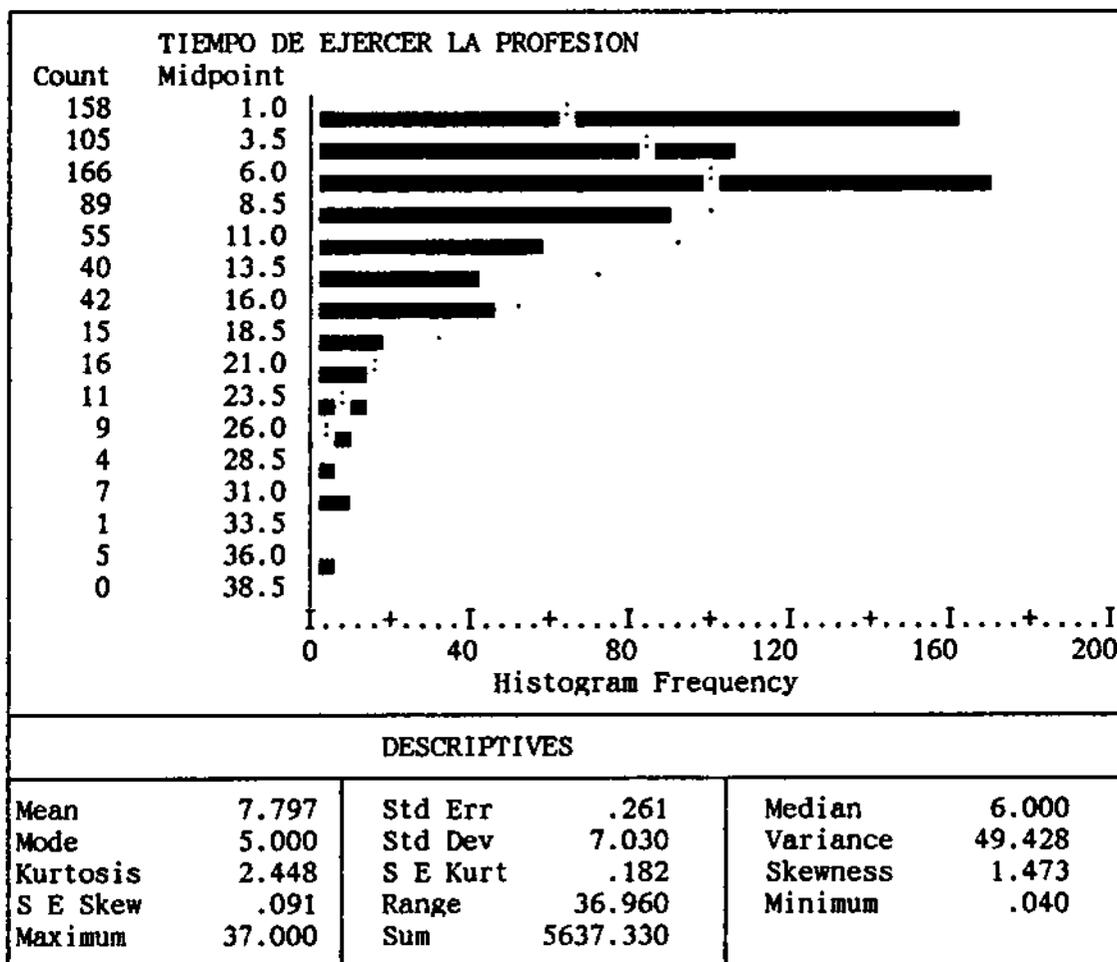


GRAFICO 3

**6.- TIEMPO DE LABORAR EN LOS HOSPITALES**

En cuanto al tiempo de laborar exclusivamente en hospitales se encontró como mínimo 15 días y como máximo 37 años. De acuerdo al

establecimiento en el tiempo, la distribución porcentual fue de 37.8 % para el grupo de 15 días a 3 años. El grupo de 11 a 37 años representa el 23.1 %, el grupo de 4 a 6 años 21.7 % y el de 7 a 10 años 17.4 % ; obteniéndose una moda de 5 años y una media de 7.4 % (Ver cuadro Nº7 Y GRAFICO 4). Al igual que el item anterior, estas indican que la mayor parte de profesionales o técnicas son de reciente ingreso a los Centros Hospitalarios.

CUADRO Nº7:  
 TIEMPO DE LABORAR EXCLUSIVAMENTE EN HOSPITALES:  
 MARZO, 1,993

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 DIAS A 3 AÑOS	273	37.8
4 AÑOS A 6 AÑOS	157	21.7
7 AÑOS A 10 AÑOS	126	17.4
11 AÑOS A 37 AÑOS	167	23.1
TOTAL	723	100 %

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

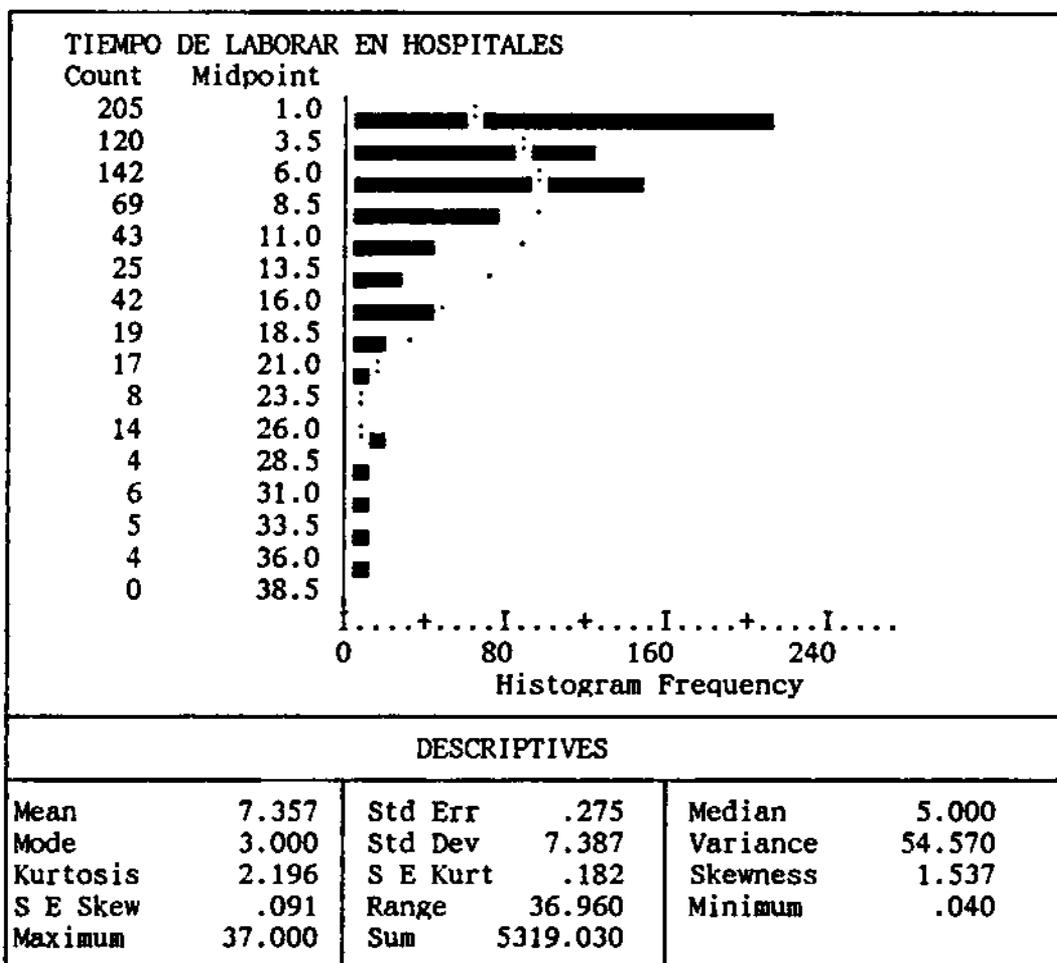


GRAFICO 4

**7.- INGRESO ECONOMICO:**

Se establecieron 3 niveles de ingresos económicos para el universo global de profesionales: Alto, medio y bajo.

Para el nivel bajo son las que se ubican en el valor menor a una

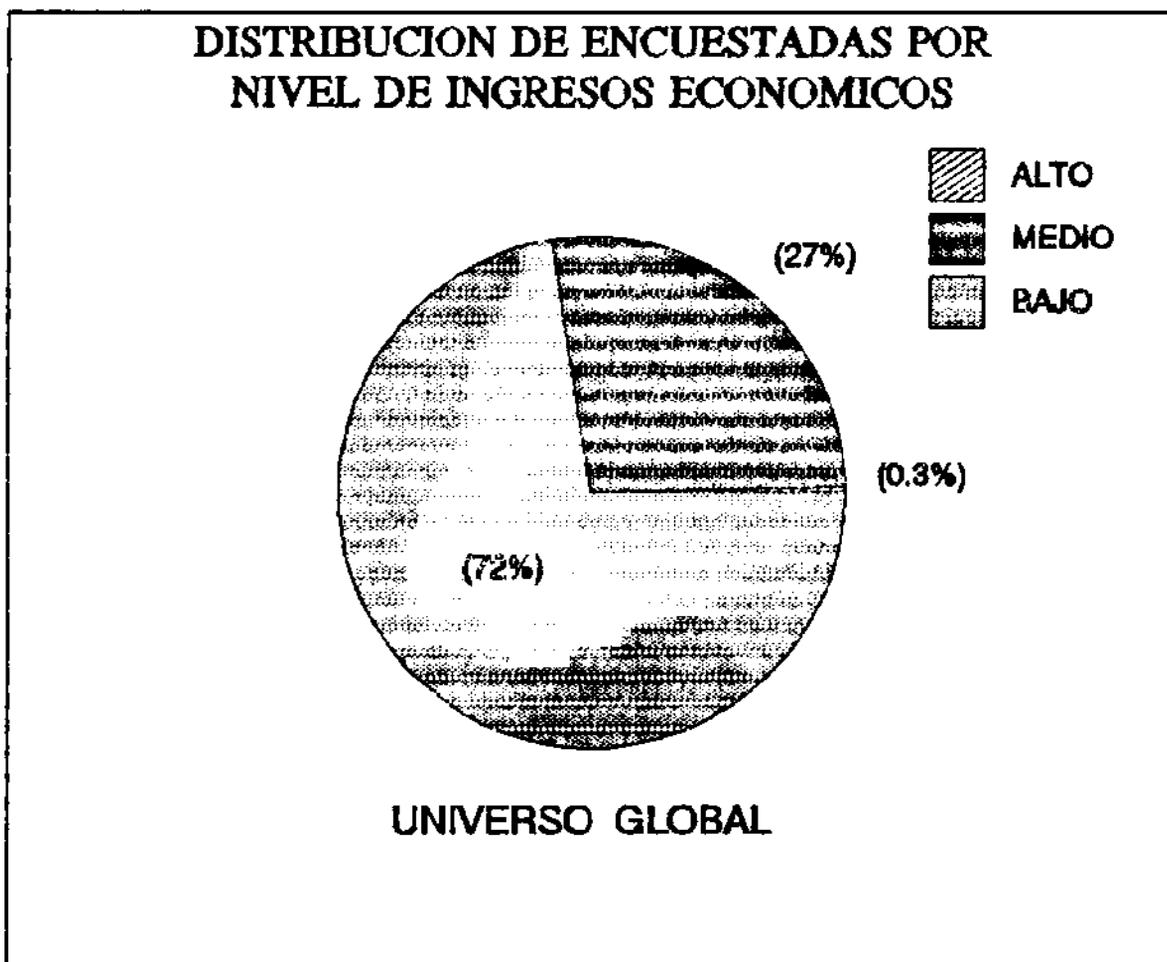
canasta básica de 53 productos hasta el mes de marzo 1,993, que era de C.O \$ 921.45, siendo su equivalente en dólares de US\$ 153.30 (según FIDEG) <sup>1</sup>. El nivel medio se ubica en el valor de 1 a 2 canastas básicas y alto 2 ó más canastas básicas. La distribución porcentual de las encuestadas fue mayor en el nivel bajo (72.5 %), seguido del nivel medio 27.2 % y en un menor porcentaje el nivel alto con 0.3 (ver cuadro Nº.8 y GRAFICO 5).

CUADRO Nº8  
 INGRESOS ECONOMICOS EN EL UNIVERSO GLOBAL  
 DE PROFESIONALES..... . . MARZO 1993.

CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	2	0.3 %
Medio	197	27.2
Bajo	524	72.5
TOTAL	723	100 %

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

<sup>1</sup> EL OBSERVADOR ECONOMICO, ABRIL 1993 . Nº 16 .



**GRAFICO 5**

En relación a los ingresos económicos por categoría de profesionales, tal a como lo muestra el cuadro N°. 9; este revela que a nivel de las categorías profesionales; el nivel económico que predomina es el medio, representando el mayor porcentaje para las profesionales médicas 157 (21.7 %).

CUADRO Nº9:  
INGRESOS ECONOMICOS POR CATEGORIA DE PROFESIONALES  
MARZO 1,993

PROFESIONALES	INGRESOS ECONOMICOS						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicas	2	0.3	157	21.7	133	18.4	292	40.4
Enfermeras			19	2.6	194	26.8	213	29.5
Técnicos de laboratorio			1	0.1	38	5.3	39	5.4
Técnicos de Rayos X			1	0.1	18	2.5	19	2.6
Trabajadora Social			6	0.8	11	1.5	17	2.4
Nutricionista			1	0.1	14	1.9	15	2.1
Técnica anestecista				-	15	2.1	15	2.1
Técnica Fisioterapia				-	15	2.1	15	2.1
Técnica Alimentación				-	13	1.8	13	1.8
Farmacéutica			4	0.6	8	1.1	12	1.7
Citotecnologa				-	9	1.2	9	1.2
Odontóloga			1	0.1	7	1.0	8	1.1
Psicóloga			1	0.1	5	0.7	6	0.8
Tecnologa médica			1	0.1	4	0.6	5	0.7
Técnica estadística			1	0.1	3	0.4	4	0.5
Técnica Quirúrgica				-	3	0.3	3	0.3
Otras	-	-	4	0.6	35	4.8	39	5.4
<b>T O T A L</b>	<b>2</b>	<b>0.3</b>	<b>197</b>	<b>27.2</b>	<b>524</b>	<b>72.5</b>	<b>723</b>	<b>100</b>

En relación a las profesionales enfermeras, predomina el nivel bajo con 26.8 % y las técnicas de laboratorio en el nivel bajo 5.3 %.. En el resto de categorías, predomina el nivel bajo (ver cuadro N°.9).

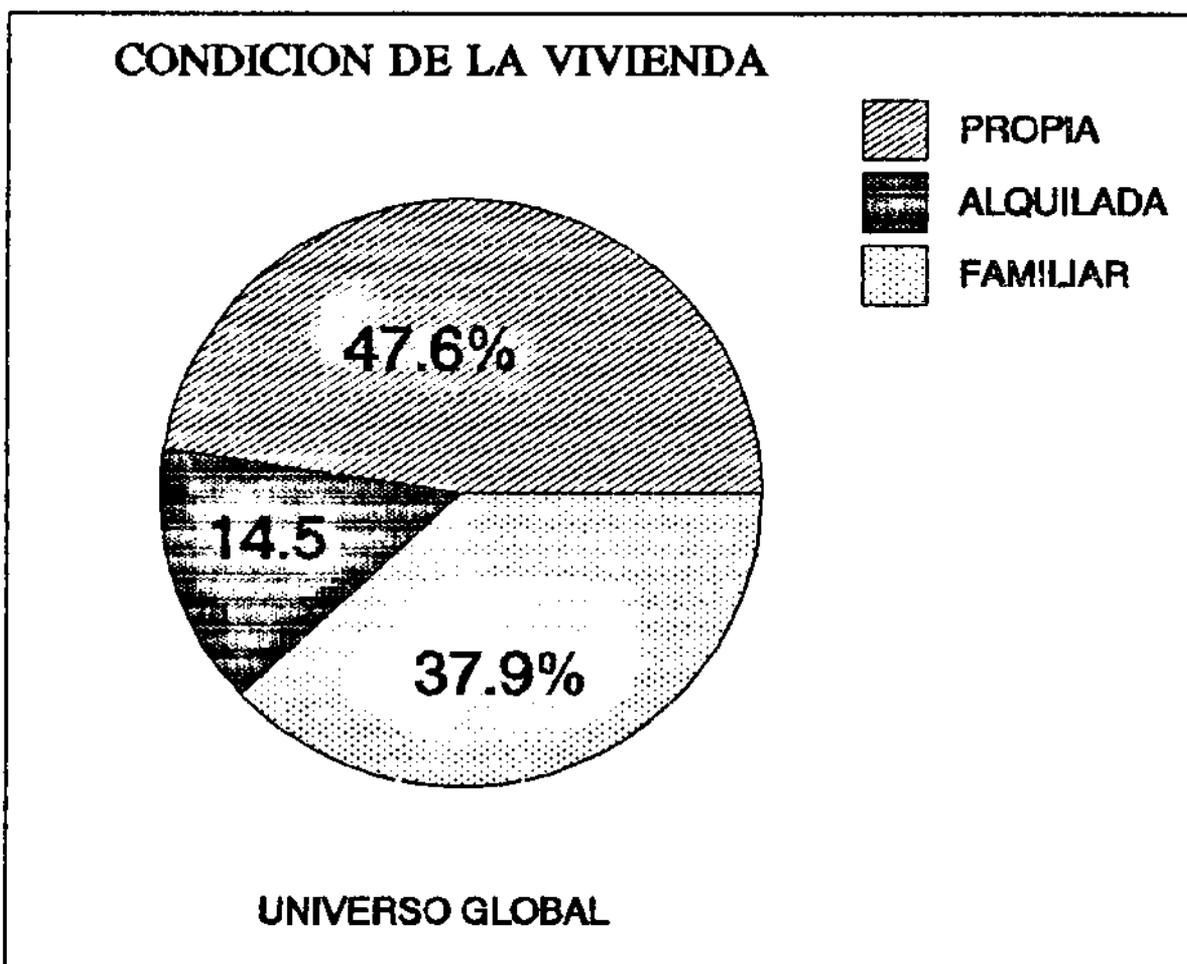
#### 8. CONDICION DE LA VIVIENDA:

En relación a condición de la vivienda el 47.6 % del universo global de profesionales habitan en casa propia, el 37.9 % viven con familiares y solo el 14.5 % alquilan.(Cuadro N° 10 y GRAFICO 6).

CUADRO N°.10:  
CONDICION DE LA VIVIENDA:

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROPIA	344	47.6
ALQUILADA	105	14.5
FAMILIAR	274	37.9
TOTAL	723	100 %

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.



**GRAFICO 6**

**9. PERSONAS QUE VIVEN EN LA MISMA CASA**

Estas profesionales viven en su mayoría 290 (40.1 %) con 4 A 5 personas en casa; siguiendo en orden de frecuencia las que viven con 6 A 7 personas 188 (26 %) y solo una mínima parte de ellas viven con 3 ó más personas 126 personas (17.4 %) (Ver cuadro N°.11 y gráfico N°7).

CUADRO Nº11:  
PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA:

HABITANTES POR VIVIENDA.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 ó MENOS	126	17.4
4 A 5	290	40.1
6 A 7	188	26.0
7 ó MAS	119	16.5
TOTAL	723	100 %

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

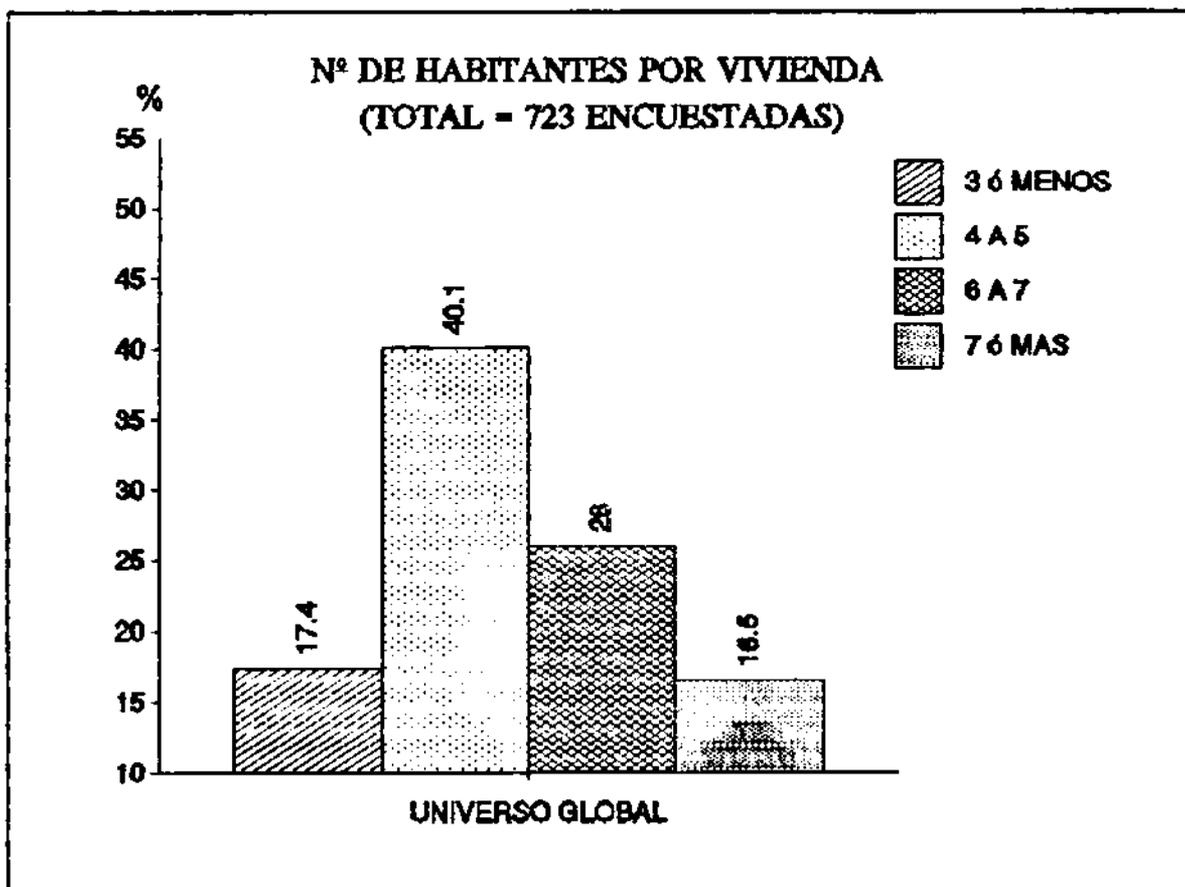


GRAFICO 7

## UNIVERSO REAL

Este lo conforman 487 profesionales que reportaron haber pasado por el trance del embarazo; sobre ellas incidió e incide la morbilidad materna. Estas representan el 67.4 % del universo global.

### Características socio-económicas:

#### 1) La profesión:

Se encontraron 16 categorías de profesiones de las cuales las médicas son los más numerosas 170 (34.9 %), le sigue las enfermeras con 168 (34.5 %) . Como se puede observar, no es mucha la diferencia en el número de encuestadas con historia de embarazo en estas dos categorías de profesionales; le siguen en tercer lugar las técnicas de laboratorio con 28 (5.7 %). El resto de categorías profesionales mantienen su distribución similar al universo global (ver cuadro N°12).

CUADRO Nº12:  
PROFESIONALES CON HISTORIA DE EMBARAZO

PROFESIONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médicas	170	34.9
Enfermeras	168	34.5
Técnicas de laboratorio	28	5.7
Trabajadora Social	13	2.7
Técnica en anestesia	13	2.7
Técnicas de Rayos X	11	2.3
Farmacéutica	11	2.3
Técnica Fisioterapia	9	1.8
Técnica Alimentación	7	1.4
Nutricionista	6	1.2
Odontóloga	6	1.2
Citotecnologa	4	0.8
Psicóloga	4	0.8
Tecnologa médica	3	0.6
Técnica estadística	3	0.6
Técnica Quirúrgica	2	0.4
Otros	29	6.0
TOTAL.....	487	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

## 2) Centro hospitalario:

Para los objetivos del presente estudio los centros hospitalarios son lugares de confluencia temporal donde se reúnen las profesionales para desarrollar sus funciones; estos centros, donde se aplicaron las encuestas, en general se consideran de mayor nivel de resolución de los problemas médicos dentro del sistema oficial de salud (MINSAL).

De los 8 centros hospitalarios 6 son considerados de mayor complejidad, están ubicados en Managua y son de cobertura nacional. Un centro hospitalario que corresponde al departamento de León (HEODRA) es considerado de complejidad media y de referencia principalmente regional (en la antigua distribución geográfica) y el hospital de Estelí se considera de baja complejidad es de atención local fundamentalmente.

Se encontró que la distribución hospitalaria de las 487 profesionales con historia de embarazo, fluctúa con un máximo de 93 en el HEODRA y un mínimo de 31 en el HADB; mientras que en los hospitales de Managua el rango es de 44 en el HALF y 72 en el HBCR; estos datos pueden estar relacionados con los niveles de complejidad y resolutivez, anteriormente señalados.

(ver GRAFICO 8)

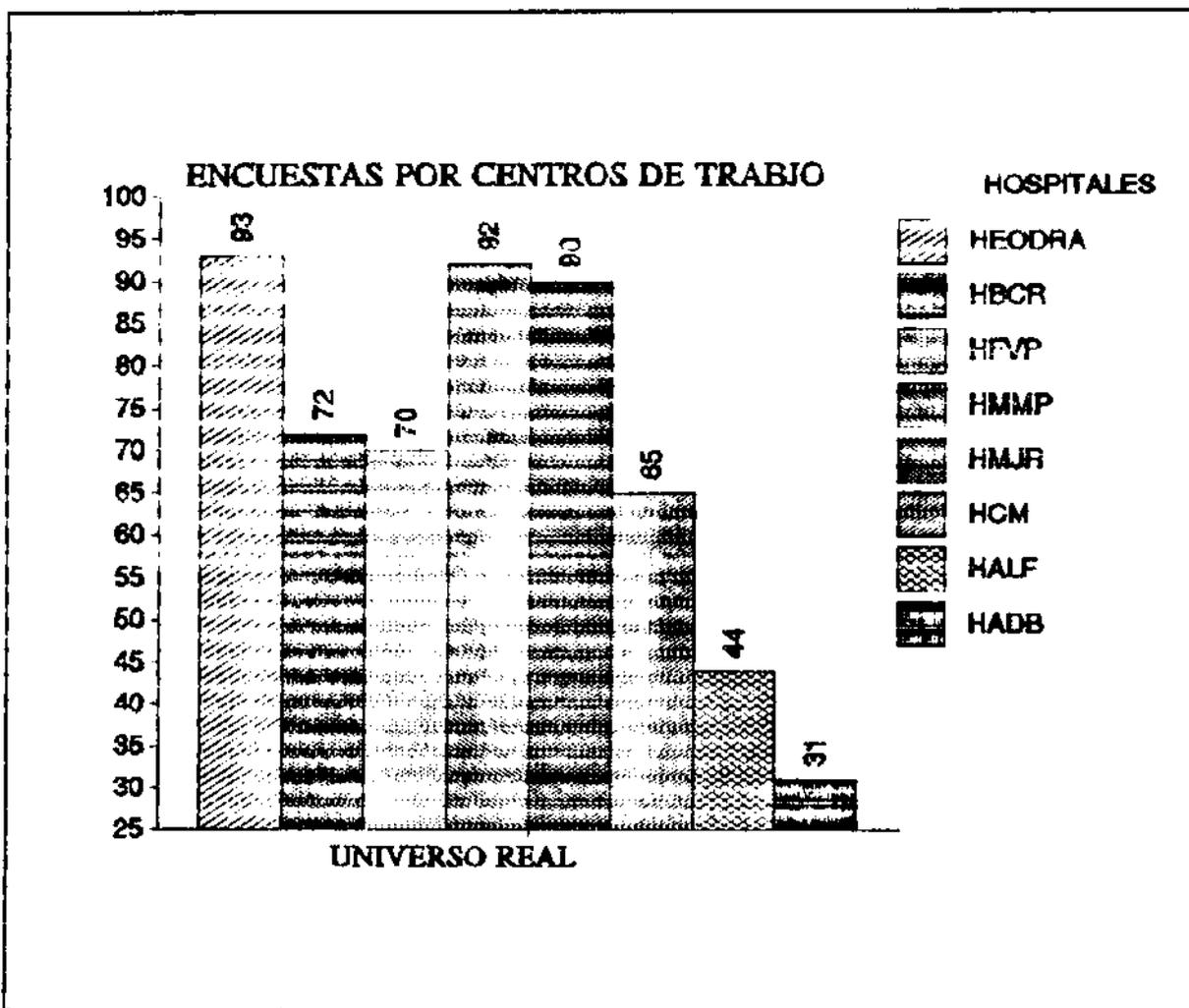


GRAFICO 8.

Al relacionarlas con el universo global 723, solamente en los hospitales H.F.V.P y el H.C.M de Managua presentan porcentajes diferenciales mayores, 71.4 % y 70.6 % respectivamente (ver Tabla NQ1); sin embargo estas diferencias no son significativas en el

rango de dos desviaciones estandars del universo (7.64 en función de la edad). Por tanto se acepta que, en general, entre las profesionales la proporción de mujeres con y sin historia de embarazos previos, en cada uno de los centros hospitalarios del marco muestral, fluctúa entre 6 a 7 por cada 10.

**TABLA Nº1**  
**RELACION DE PROFESIONALES CON HISTORIA DE EMBARAZO Y**  
**PROFESIONALES DEL UNIVERSO GLOBAL ..... MARZO 1993**

CENTRO HOSPITALARIO	UNIVERSOS		Porcentaje diferencia
	GLOBAL	REAL	
HEODRA - LEON	136	93	68.4
HBCR - MANAGUA	107	72	67.3
HFVP - MANAGUA	98	70	71.4
HCM - MANAGUA	92	65	70.6
HMMP - MANAGUA	90	58	64.4
HMJR - MANAGUA	80	54	67.5
HALF - MANAGUA	75	44	58.7
HADB - ESTELI	45	31	68.8
TOTAL.....	723	487	67.4

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

3) Edades:

Las edades extremas de las 487 profesionales con historia de embarazo son: mínimas 20 años y máximo 62; en ese rango se establece una moda de 30 años (similar al universo global), la edad media es de 33.5 años con una mediana de 32 años y una desviación standard de 7.3 (Ver GRAFICO 9).

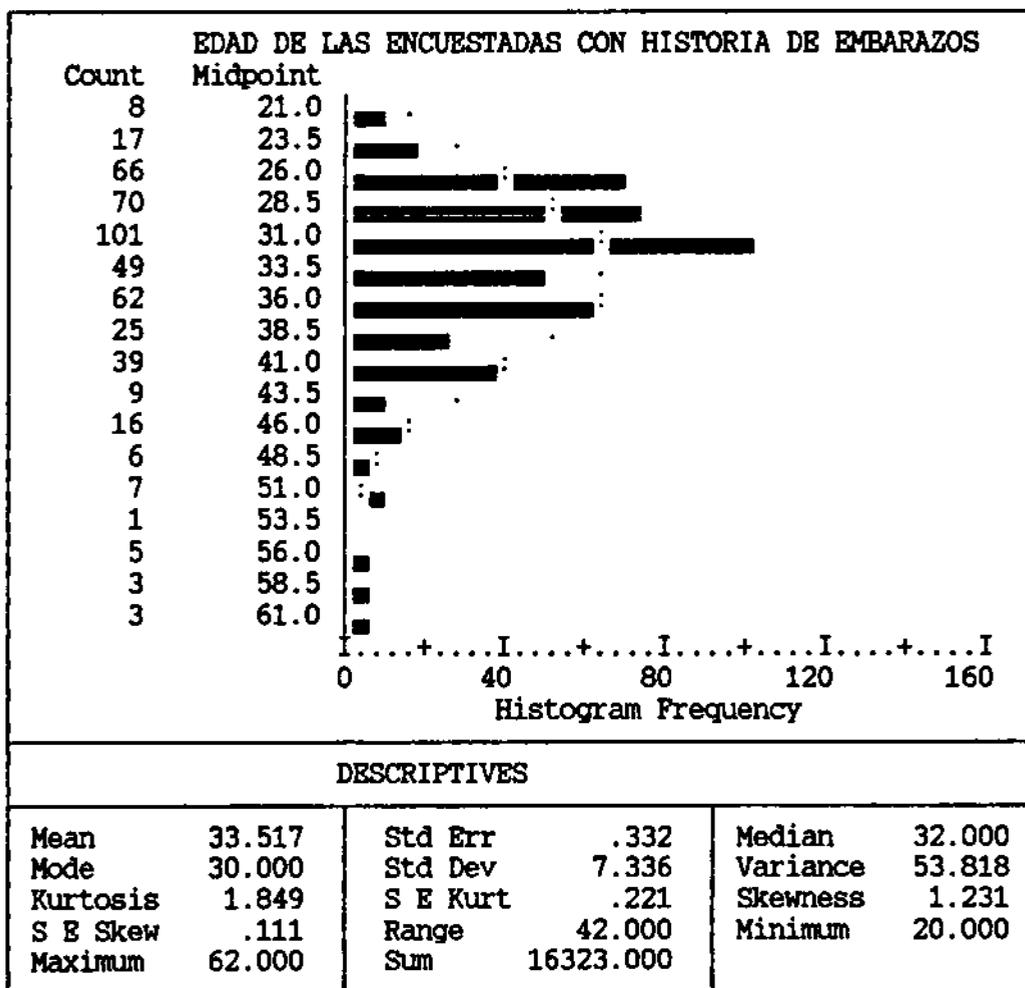


GRAFICO 9.

Como se puede ver en el Cuadro Nº13, el grupo de edad más frecuente es de los 29 a los 32 años con 136 profesionales para un porcentaje de 27.9, le sigue el de los 20 a los 28 años con 126 profesionales para un 25.9 % , la diferencia en las profesionales con historia de embarazo por grupos no presentaron diferencia muy marcada. Por lo que se sostiene la observación de que el universo real está incluido en el universo global con una distribución casi homogénea (TABLA Nº2)

**CUADRO Nº13:  
GRUPOS DE EDADES EN PROFESIONALES CON  
HISTORIA DE EMBARAZO; MARZO 1993.**

GRUPOS DE EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 A 28 AÑOS	126	25.9
29 A 32 AÑOS	136	27.9
33 A 37 AÑOS	111	22.8
38 A 62 AÑOS	114	23.4
TOTAL	487	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

**TABLA Nº2: DISTRIBUCION EN PERCENTILES 25, 50 Y 75 PROFESIONALES Y TECNICAS , SEGUN EDADES**

TOTAL	Universo global (723)	Universo con historia de embarazo. (487)
25	26 Años	28 Años
50	30 "	32 "
75	36 "	37 "

#### 4. Estado civil:

El estado civil más frecuente es el de casadas con el 59.3 % (289), seguido por la condición de soltera (25.5%). (Ver Cuadro Nº 14 y GRAFICO 10). Es notorio que las demás categorías del estado civil se encuentren asociadas con mucho menor frecuencia a los antecedentes de embarazos entre las encuestadas; puede considerarse el influjo de la estabilidad psico- social en el fondo de estas distribuciones, pues llama la atención el hecho que las solteras con antecedentes de embarazos son menos frecuentes que en el universo global.

CUADRO Nº14:  
ESTADO CIVIL EN PROFESIONALES  
CON HISTORIA DE EMABARAZO.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	289	59.3
SOLTERA	124	25.5
DIVORCIADA	26	5.3
ACOMPAÑADA	17	3.5
VIUDA	14	2.9
SEPARADA	11	2.3
UNIDA	6	1.2
TOTAL	487	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

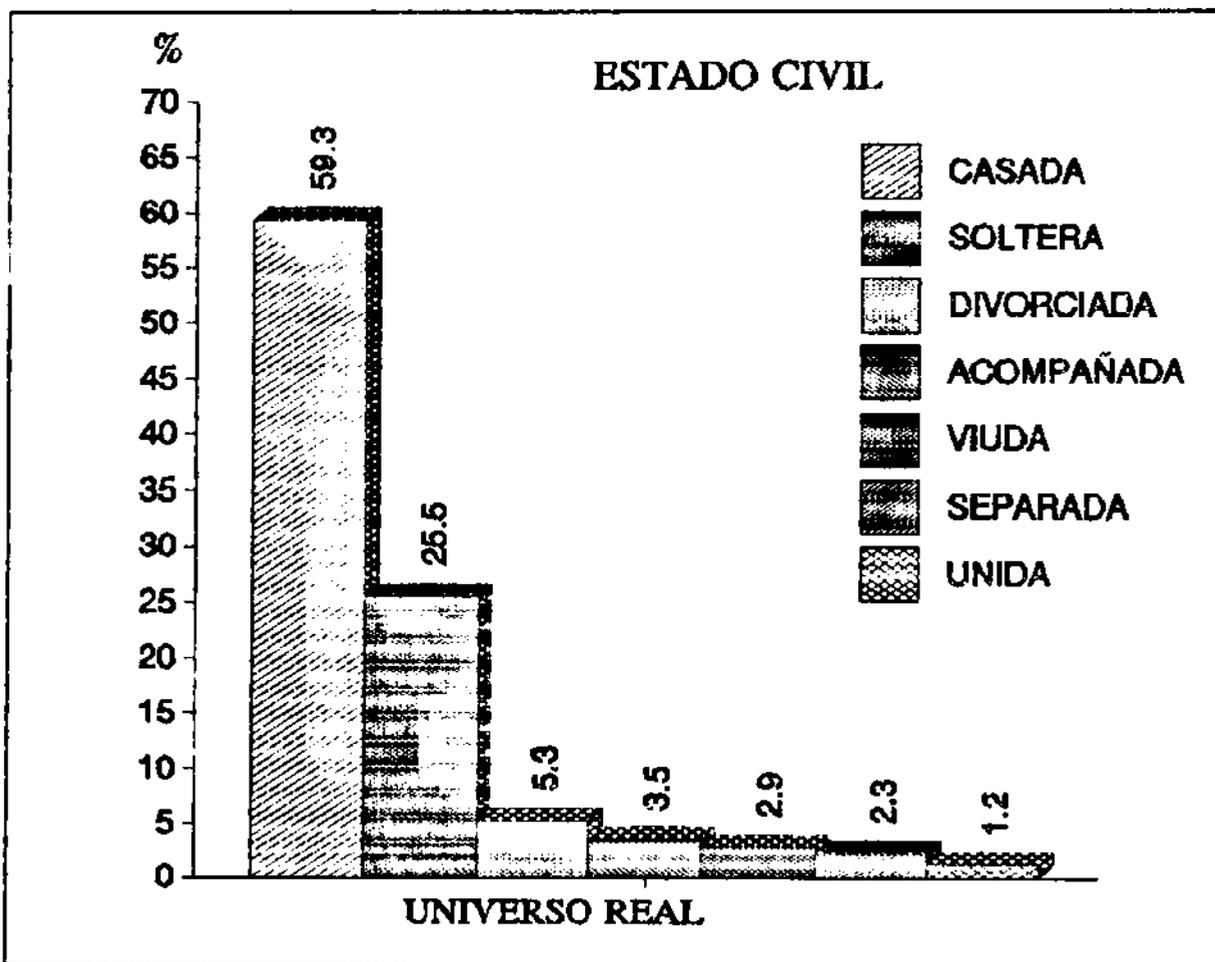


GRAFICO 10

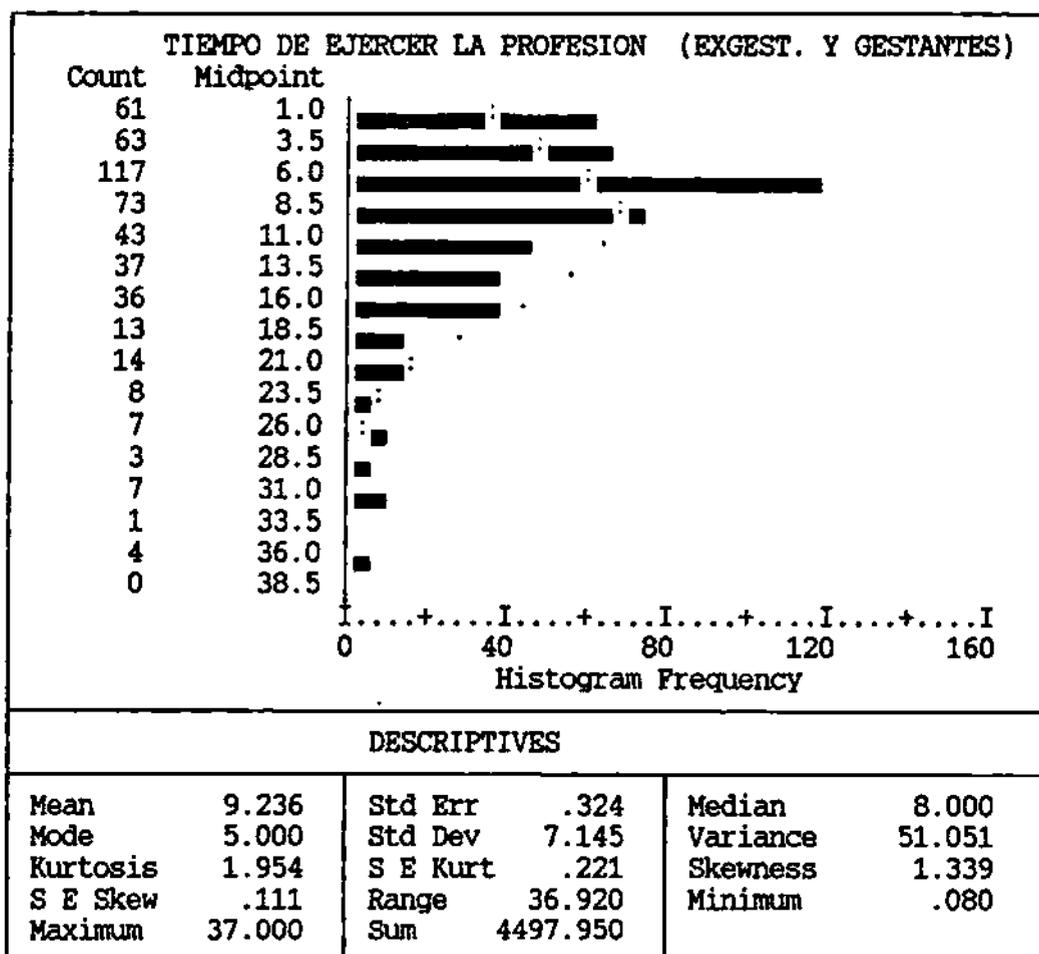
5. Tiempo de ejercer la profesión:

La distribución del tiempo de ejercer la profesión está desde 1 mes (recién egresadas de la carrera) hasta los 37 años de haber egresado, ubicándose la mayoría en el rango de 5 a 8 años que son 161 profesionales, para un 33.1 % y le siguen los de 1 mes a 4 años con 124 profesionales para un 25.4 % (ver cuadro N°15 y GRAFICO 11).

CUADRO Nº15:  
TIEMPO DE EJERCER LA PROFESION .

GRUPOS DE EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 mes A 4 años	124	25.4
5 años A 8 años	161	33.1
9 años A 13 años	94	19.3
14 años A 37 años	108	22.2
TOTAL	487	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.



Como puede verse, la media corresponde a 2 años en este universo que a diferencia del universo global es de 6.

La distribución en percentiles presenta la distribución de la tabla NQ3; por lo que no se puede descartar lo ya comentado, en el sentido que predominan las profesionales de reciente formación.

TABLA NQ3: TIEMPO DE EJERCER LA PROFESION

PERCENTILES	UNIVERSO GLOBAL	UNIVERSO CON HISTORIA DE EMBARAZO.
TOTAL	723	487
25	3	4
50	6	8
75	10	13

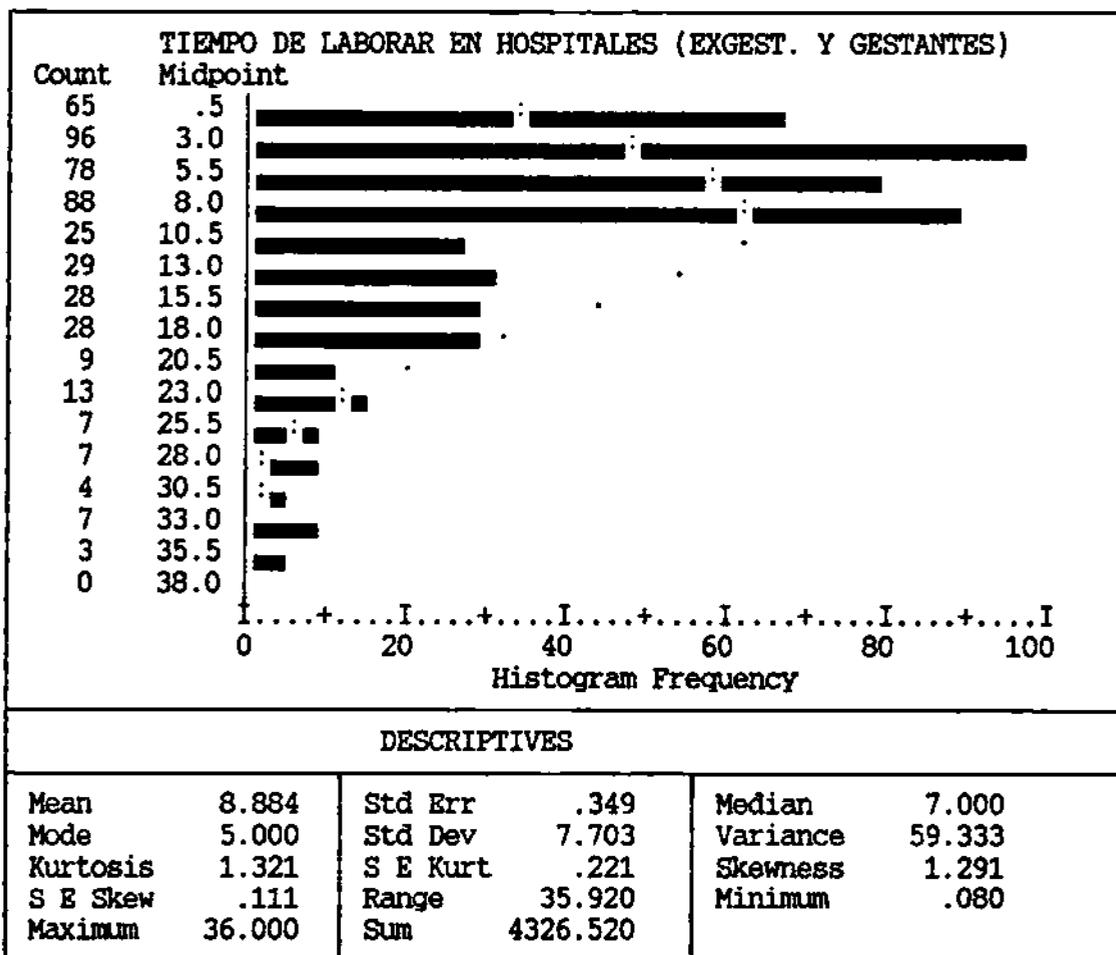
6. Tiempo de laborar sólo en hospitales:

La distribución en el tiempo de trabajar sólo en hospitales va desde 1 mes hasta 36 años, encontrándose en el rango de 4 años a 7 años 140 profesionales para un 28.7 % , siguiéndole las de 1 mes a 3 años con 130 profesionales para un 26.7 % (ver cuadro NQ16 y GRAFICO 12).

CUADRO Nº16  
AÑOS DE LABORAR EN HOSPITALES.

GRUPOS DE EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 mes A 3 años	130	26.7
4 años A 7 años	140	28.7
8 años A 13 años	99	20.4
14 años A 36 años	118	24.2
TOTAL	487	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.



El contraste de este aspecto entre los universos global y real, señala diferencias entre las medianas; corresponde a 7 años entre las profesionales con historia de embarazos, mientras que en el universo global la mediana corresponde a 5. La distribución en percentiles 25, 50 y 75 (Tabla Nº4) para el tiempo de laborar en hospitales, indica que las diferencias entre medianas, medias y modas realmente no serían significativas.

TABLA Nº4: TIEMPO DE LABORAR EN HOSPITALES

PERCENTILES	UNIVERSO GLOBAL (723)	UNIVERSO CON HISTORIA DE EMBARAZO (487)
25	3	3
50	7	7
75	13	13

7. Ingreso económico:

Para las profesionales con historia de embarazo, solamente se recabaron dos categorías de ingresos económicos que son las de bajos ingresos 68.2 % y las de ingreso medio 31.8% (Ver GRAFICO 13); como puede verse aquí ya no aparecen las dos profesionales con ingreso alto que se observaron en la distribución de frecuencias del universo global, en relación a este aspecto.



**GRAFICO 13**

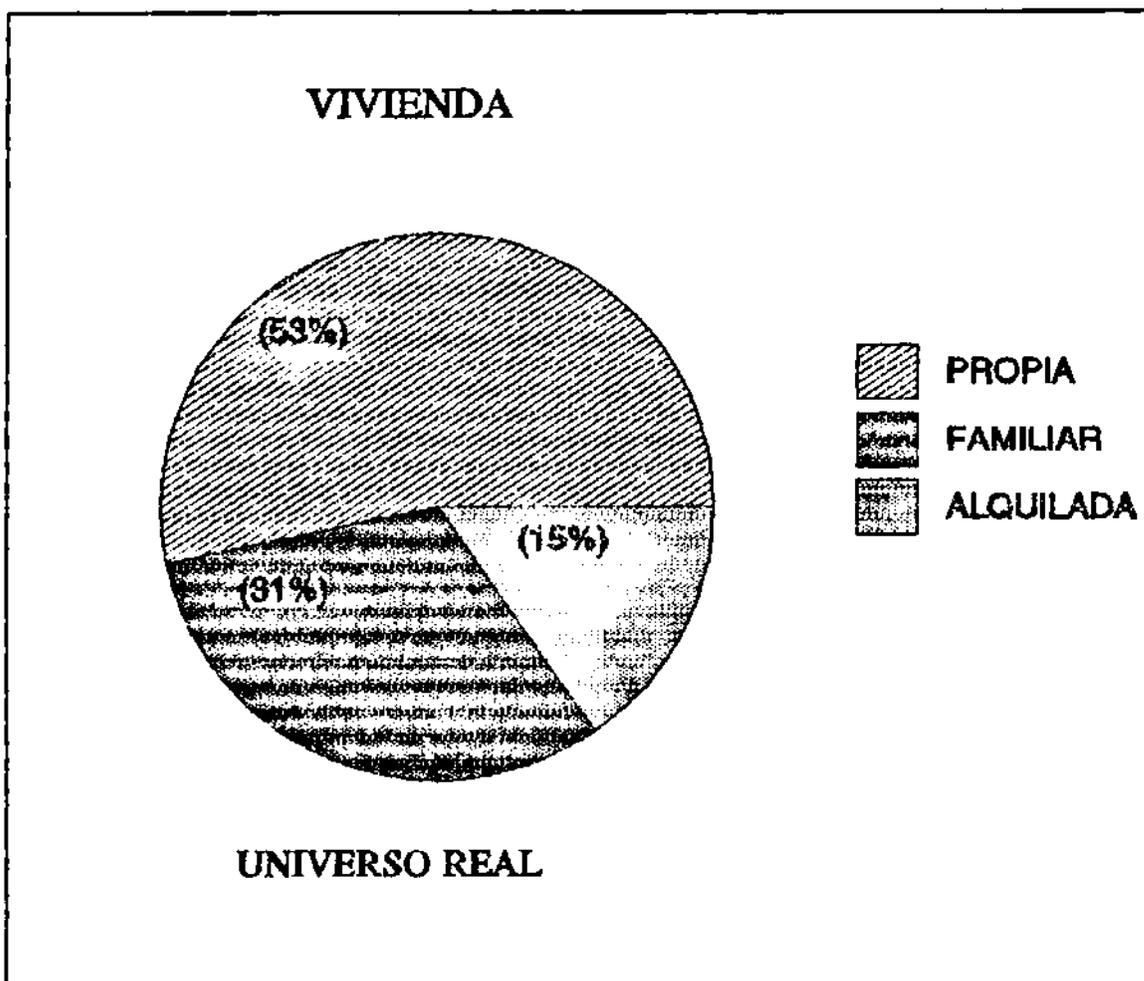
**8. Condición de la vivienda:**

La mayor parte de las encuestadas habitan en casa propia (53.2 %), le siguen en frecuencia las que viven con familia 152 ( 31.4 %) y el resto viven alquilando. LLama la atención el hecho que, el conjunto de las que alquilan con las que viven en familia suman 237 para un 46.8 % condición que se correspondería con un bajo status económico (ver Cuadro N217 y GRAFICO 14).

**CUADRO Nº17:**  
**CATEGORIA DE LA VIVIENDA EN QUE HABITAN**  
**LAS PROFESIONALES CON HISTORIA DE EMBARZOS**  
**MARZO 1993**

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROPIA	259	53.2
FAMILIAR	153	31.4
ALQUILADA	75	15.4
TOTAL	487	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.



**GRAFICO 14**

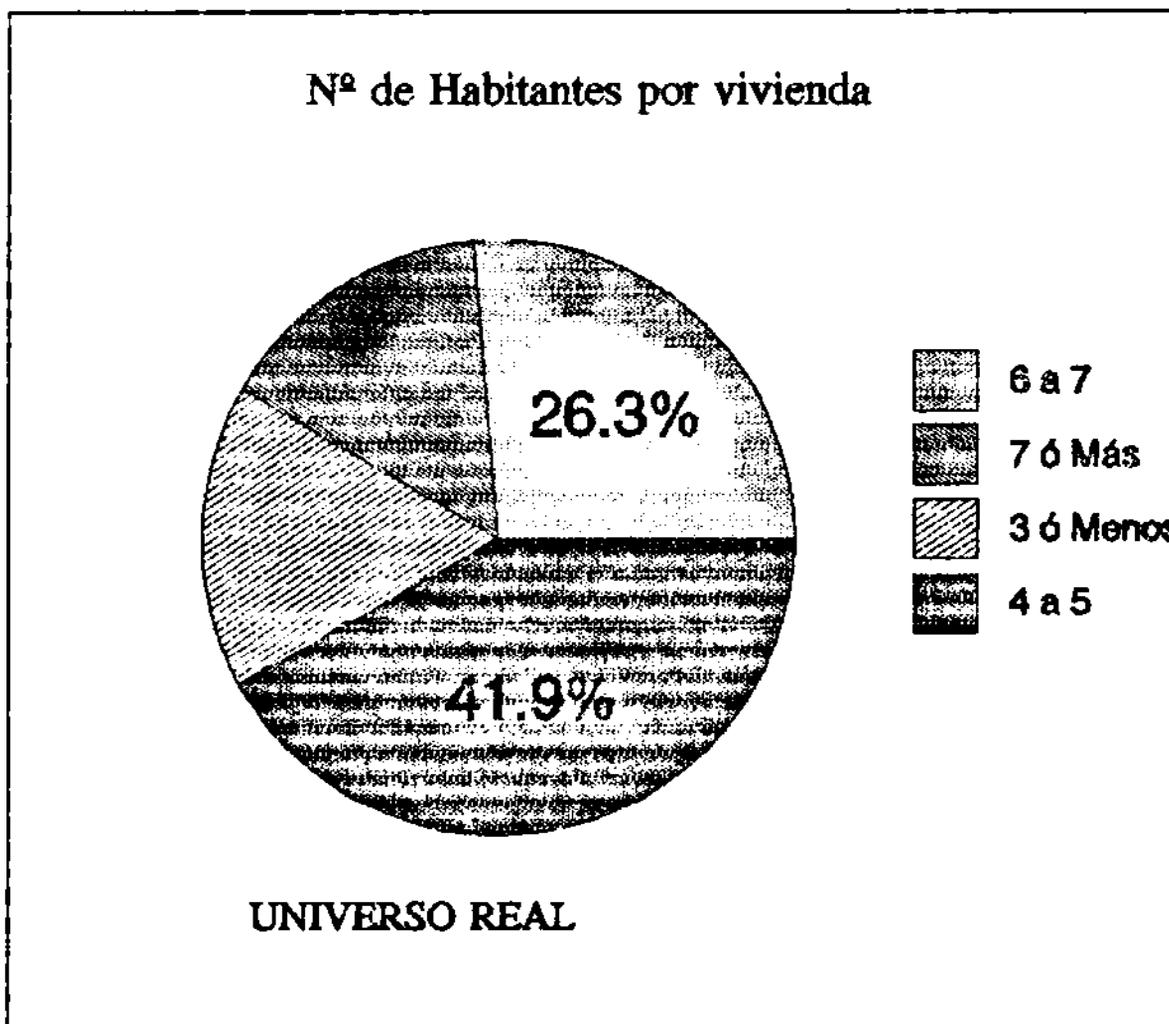
**9. Personas que habitan en la casa:**

En general, se observó una media de 6, una mediana de 5 y una moda de 4 habitantes por viviendas en este grupo de profesionales con historia de embarazos. El comportamiento del número de personas que habitan en la casa no se observa alejada de la media nacional, encontrándose un 41.9 % que viven en casas habitadas por 4 a 5 personas. Le sigue en frecuencia el rango de 6 a 7 habitantes por vivienda (26.3%); debilitándose hacia los extremos (Ver Cuadro Nº18 y GRAFICO 15).

CUADRO Nº18:  
NUMERO DE HABITANTES POR VIVIENDA  
PROFESIONALES CON HISTORIA DE EMBARAZO  
MARZO 1993

GRUPOS	FRCUENCIA	PORCENTAJE
3 ó Menos	80	16.4
4 A 5	204	41.9
6 A 7	128	26.3
7 ó más	75	15.4
TOTAL	487	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.



**GRAFICO 15**

**Características gineco-obstétricas:**

Las 487 mujeres del universo se embarazaron en 1,111 ocasiones; 126 (23.8 %) profesionales abortaron en 163 ocasiones, solamente a 116 mujeres se les practicó 145 legrados, a 93 de ellas se les practicó un único legrado.

Un total de 701 embarazos terminaron en partos a los cuales se les practicó 16 legrados pos-parto. De los 1,111 embarazos 231 terminaron en cesárea.

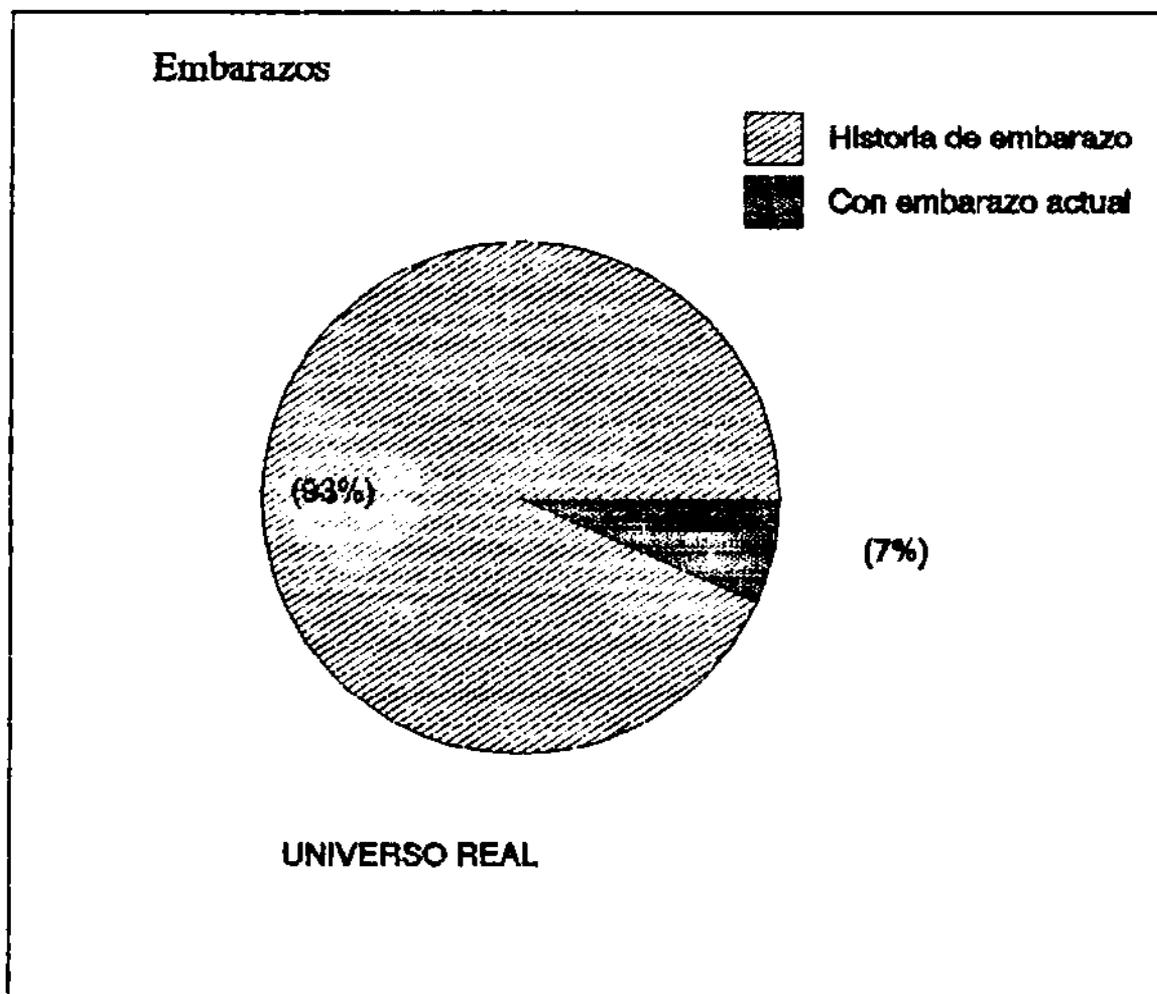
El total de hijos de estas 487 profesionales fue de 921, de los cuales 890 se reportaron como hijos vivos y 31 como hijos fallecidos, dentro de estos fallecidos se incluyen los óbitos fetales.

Estas profesionales fueron dimencionandose de acuerdo a las siguientes características:

1) Embarazos o gestas.

Un total de 487 profesionales manifestaron antecedentes de embarazos, desde las que tuvieron 1 solo embarazo (primigesta) hasta multigestas de 7 embarazos, siendo su promedio de 2.28 y su mediana de 2. En el momento del levantamiento de las encuestas se encontraban embarazadas 32 que representan el 6.6%.

(Ver GRAFICO 16).



**GRAFICO 16**

Del total de gestas, las primigestas 183 (37.8 %) tienen el mayor porcentaje. Continúan en orden descendente las bigestas con 132 profesionales para un 27 %, las trigestas fueron 80 con 16.4 % (ver GRAFICO 17 y cuadro Nº 19)

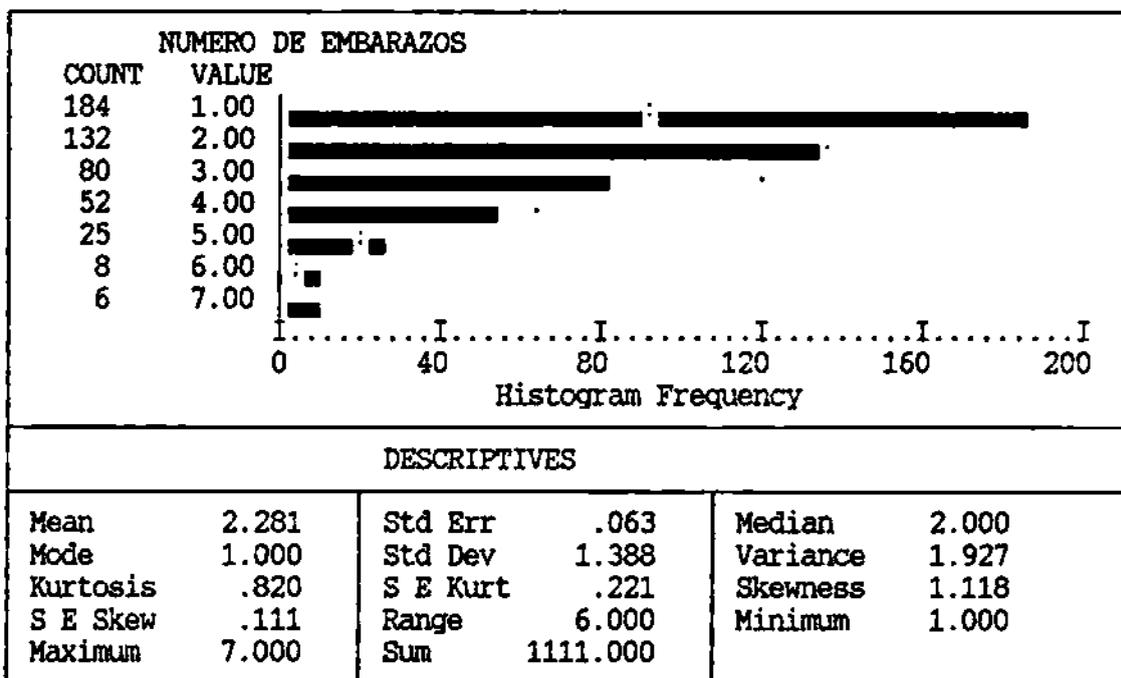


GRAFICO 17

CUADRO Nº19:  
 EMBARAZOS POR PROFESIONALES DE LA SALUD  
 DE LOS HOSPITALES DE MANAGUA, LEON Y ESTELI.  
 MARZO 1993

Nº DE EMBARAZOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	184	37.8
2	132	27.1
3	80	16.4
4	52	10.7
5	25	5.1
6	8	1.6
7	6	1.2
TOTAL	487	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

2) Aborto:

Las encuestadas reportaron 163 abortos teniendo como mínimo 1 aborto y como máximo 4. El número de profesionales que abortaron fueron 126 de las cuales 98 abortaron una vez (74.8%), 21 profesionales abortaron 2 veces para un 16.1 %, se puede decir que 7 profesionales abortaron 4 veces para un 4.3 y se puede considerar afectadas de aborto habitual (ver cuadro N°20).

CUADRO N°20:  
 ABORTOS POR PROFESIONALES EN LOS HOSPITALES  
 DE MANAGUA, LEON Y ESTELI ..... MARZO 1993

Nº DE ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	98	74.8
2	21	16.1
3	5	3.8
4	7	5.3
TOTAL	126	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

3) Legrados:

Los datos recabados a este respecto están dados atendiendo las causales por abortos, post-parto y otras causas. En general este procedimiento quirúrgico fue practicado en 191 ocasiones, correspondiendo al aborto la mayor frecuencia con 85.3%, seguidos por los legrados post-parto (8.4%) practicados por retención de restos placentarios en la mayoría de las veces; el 6.3% residual se reportan como legrados biopsias y otras causas.

Por otro lado, se observa que los legrados se presentan reiterativos en el rango de 1 hasta 4 ocasiones, siendo el aborto la principal causa de este hecho, posiblemente relacionado con el diagnóstico de aborto habitual (Ver TABLA Nº5).

TABLA Nº5  
FRECUENCIA DE LEGRADOS POR CAUSAS.  
PROFESIONALE CON HISTORIA DE EMBARAZOS  
HOSPITALES DE MANAGUA, LEON Y ESTELI... MARZO 1993

FRECUENC. DE LEGRADOS	ABORTO		PARTOS		OTROS	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
1	93	80.2	10	7.7	10	90.9
2	18	15.5	3	23	1	9.1
3	4	3.4	-	-	-	-
4	1	0.9	-	-	-	-
TOTAL	116	100.0	13	100.0	11.0	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta.

#### 4) Partos:

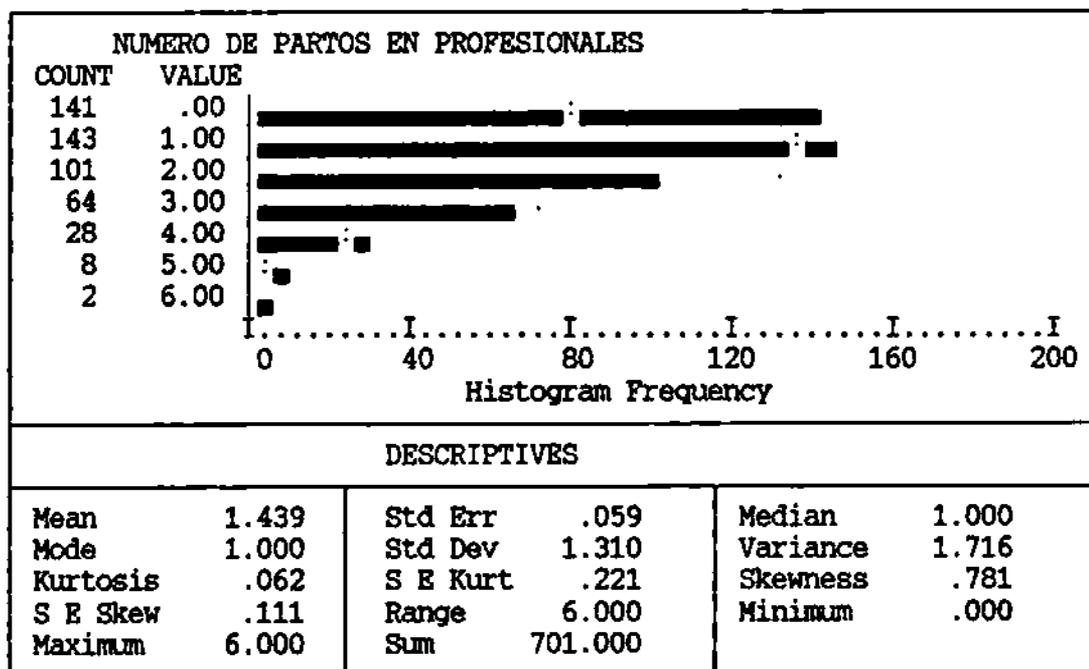
Se reportan un total de 701 partos acaecidos en 346 profesionales, concentrándose la mayor frecuencia entre las primíparas (41.3 %) en segundo lugar la bíparas (29.2 %). (Ver cuadro Nº21).

En general, la media es de 1.44 partos por profesional, la mediana de 1 y la moda 1; sobre un rango 6 (mínimo 0 y máximo 6) tal como se puede observar en el GRAFICO 18.

**CUADRO Nº21**  
**FRECUENCIA DE PARTOS EN PROFESIONALES**  
**HOSPITALES DE MANAGUA, LEON Y ESTELI ... MARZO 1993**

Nº DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	143	41.3
2	101	29.2
3	64	18.5
4	28	8.1
5	8	2.3
6	2	0.6
<b>T O T A L</b>	<b>346</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Datos primarios de la encuesta.



5) Cesáreas:

Se reportaron 231 cesáreas efectuadas a 154 profesionales, de este total a 102 una cesárea para un 66.3 % y como extremo máximo a 3 profesionales se les practicó hasta 4 cesáreas por cada una (ver cuadro N°22 y GRAFICO 19).

CUADRO N°22  
 FRECUENCIA DE CESAREAS EN PROFESIONALES  
 HOSPITALES DE MANAGUA, LEON Y ESTELI ... MARZO 1993

NO DE CESAREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	102	66.3
2	30	19.5
3	19	12.3
4	3	1.9
T O T A L	154	100.0

Fuente: Datos primarios de la encuesta.

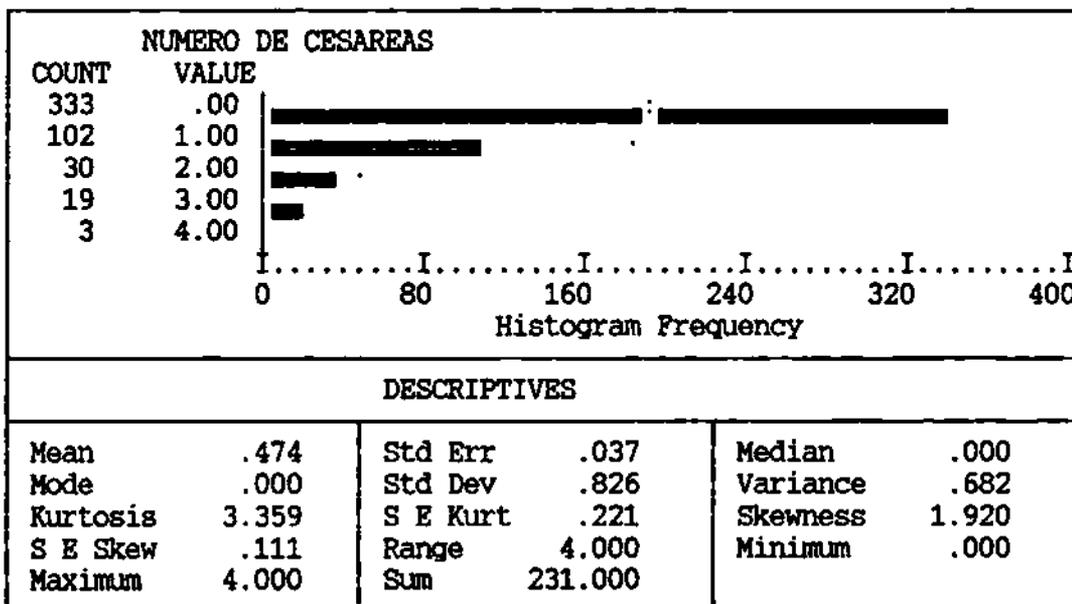


GRAFICO 19.

6) Número de hijos:

Del total de 487 profesionales encuestadas, se reportaron un total de 921 hijos de los cuales 890 se reportaron hijos nacidos vivos, estableciéndose una diferencia de 31 hijos que son fallecidos ya sea por óbitos u otras causas. Sobre el total de hijos de las profesionales, el máximo es 7 por mujer, el mínimo es de 0, el promedio en general es de 1,9; la moda 1 y la mediana de 2 (Ver GRAFICO 20).

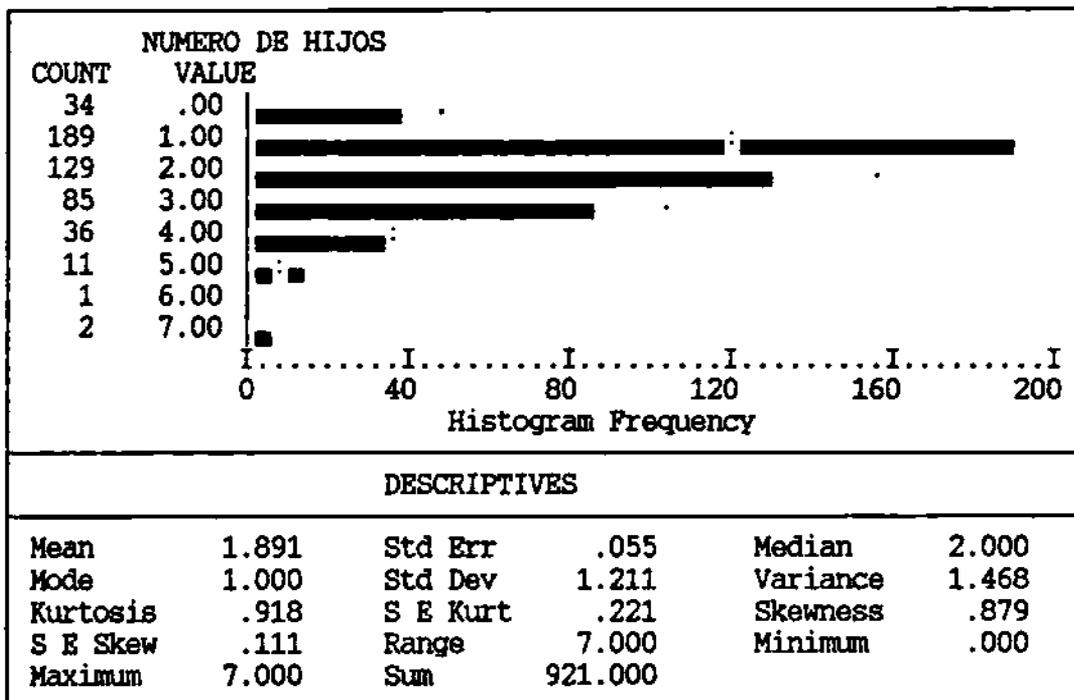


GRAFICO 20

Con respecto a los hijos vivos, el total reportado es de 890 con máximo 7 hijos por mujer, un mínimo de 0, en promedio 1.8 hijos por profesional, con moda de 1 y mediana de 2.(Ver GRAFICO 21). Como puede verse predominan las profesional con 1 y 2 hijos vivos.

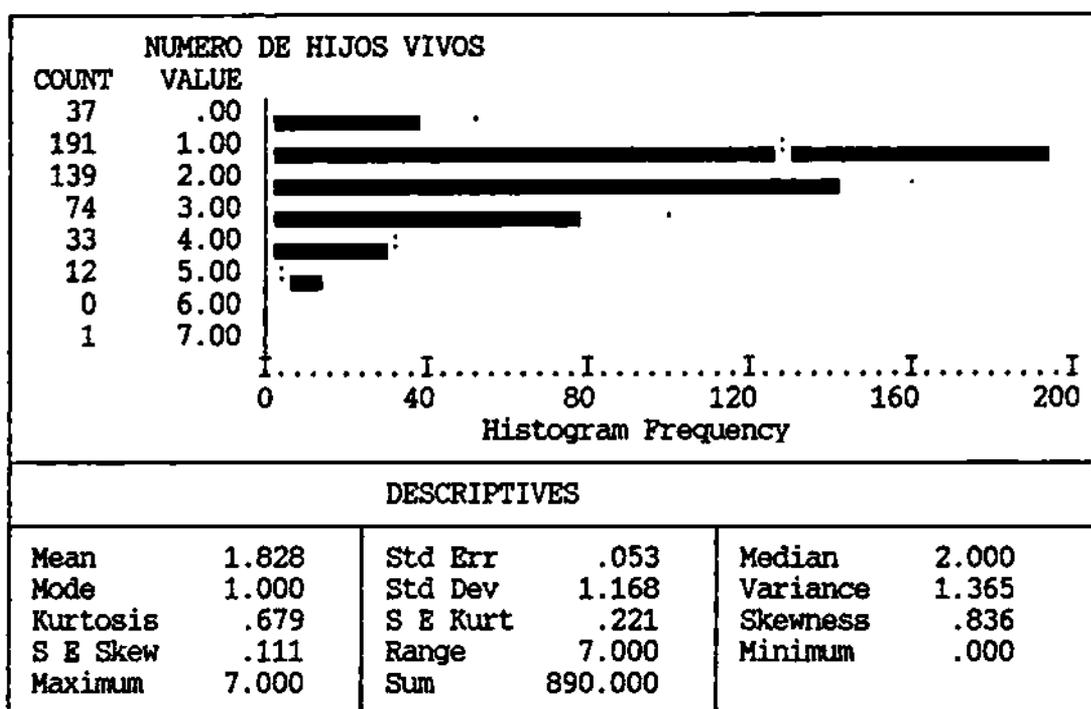


GRAFICO 21

7) Intervalo intergenésico:

Lo encontrado en 252 profesionales con 2 ó más hijos es de que el promedio anda en 4 años, la moda es 2 años, también se observa en el histograma períodos intergenésicos muy largos con 22 profesionales que tienen períodos de 7.5 (GRAFICO 22).

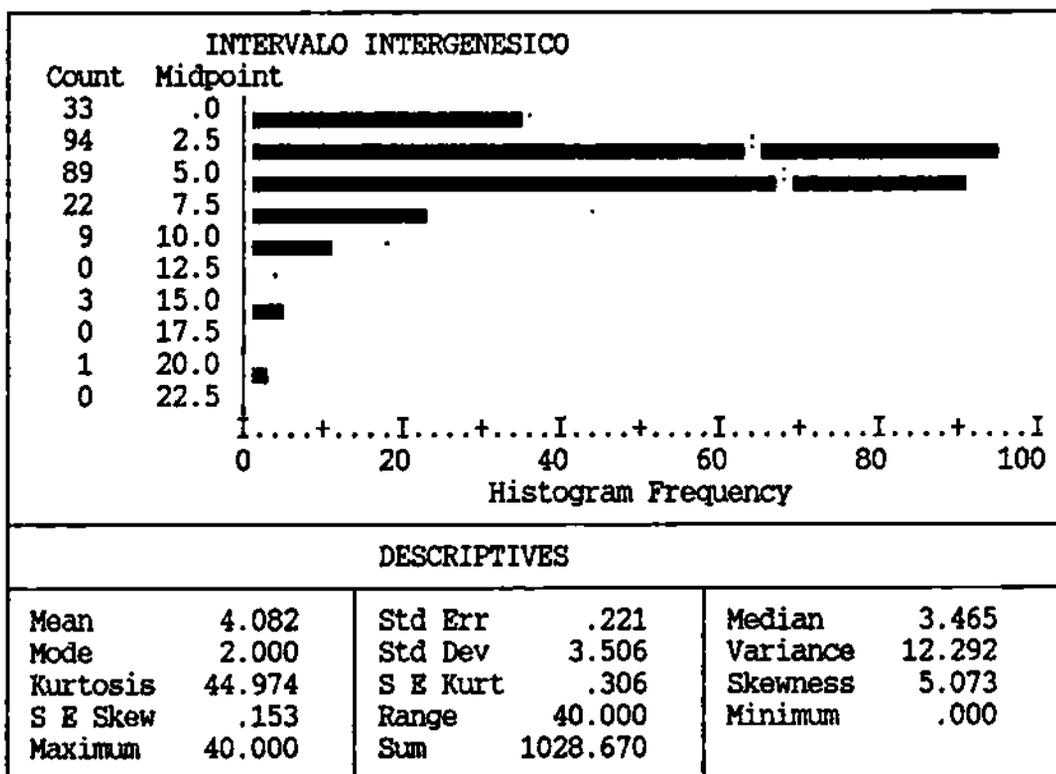
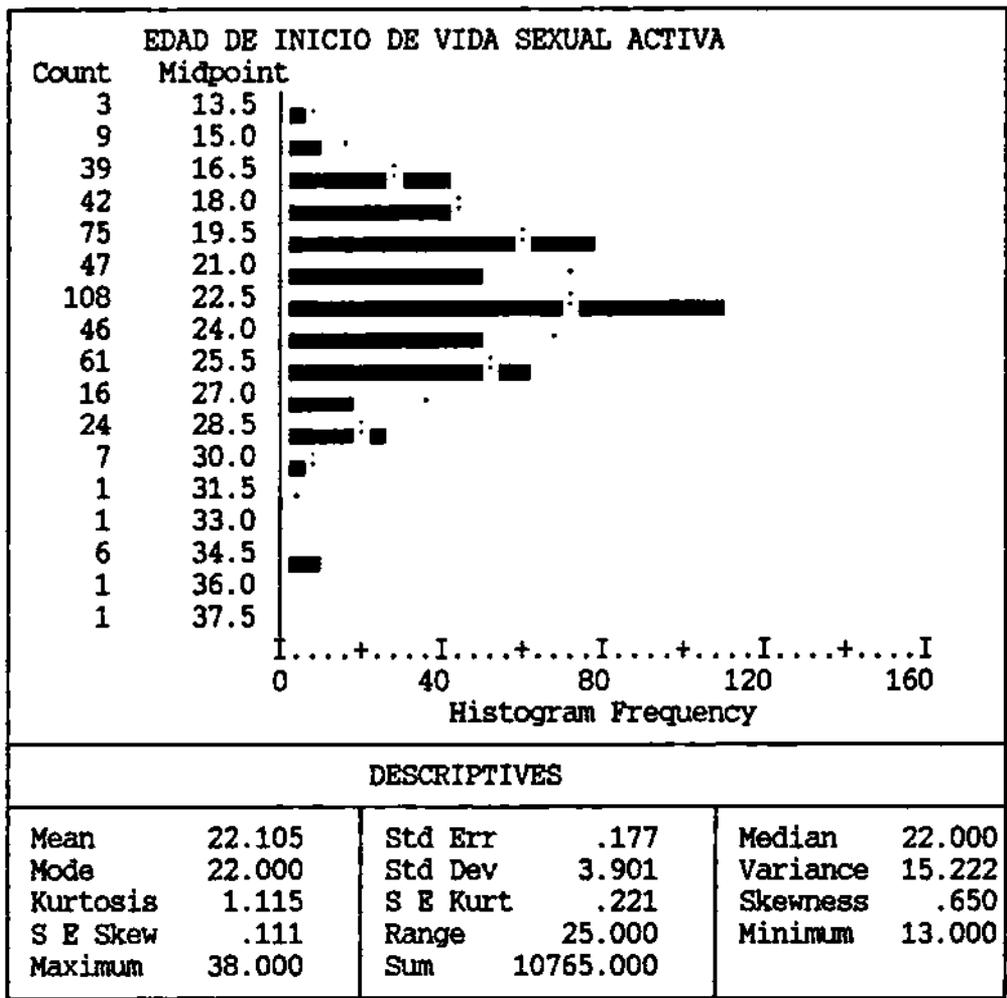


GRAFICO22.

**8) Control de fertilidad:**

Del total de los 487 embarazadas se encontró como parte de los antecedentes gineco-obstetricos que:

- 1.- Inicio de la vida sexual activa tiene como edad mínima 13 años y como edad máxima 38 años. el promedio o sea la media se encontró en los 22 años; sin embargo, en su distribución en percentiles encontramos que en el percentil 25 es 19; en la 50 es 22 y la 75 es de 24 años (ver gráficoN°.23).



**GRAFICO 23.**

**2.- Embarazo en los próximos dos años:**

El 72.9 % de 380 profesionales en período fértil manifestaron no desear embarazos en los próximos 2 años. De los 323 profesionales que practicaron el control de la natalidad 107 (22 %) están esterilizadas quirúrgicamente y en 8 (1.6 %) sus esposos se realizaron la vasectomía. Los métodos anticonceptivos utilizados se observan en el cuadro N023; el más utilizado es el dispositivo intrauterino (DIU) 124 (59.6 %).

**CUADRO Nº23**  
**FRECUENCIA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS POR PROFESIONALES**  
**HOSPITALES DE MANAGUA, LEON Y ESTELI ... MARZO 1993**

M E T O D O	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIU	124	59.6
Gestágenos orales	39	18.8
Rítmico	30	14.4
Condón	12	5.8
Gestágenos parenterales	2	0.9
Diafragma	1	0.5
TOTAL	208	100.00

Fuente: Datos primarios de la encuesta.

El 50.5 % de las mujeres no esterilizadas utilizan algún método anticonceptivo de los que aparecen en el GRAFICO 24, en tanto el 49.5 % no utilizan ningún método; en relación a las expectativas de nuevos embarazos en los próximos dos años, la distribución es homogénea; lo que está a favor de un tipo de planificación familiar armónicamente distribuido dentro de este sector de mujeres profesionales, aún cuando ya el 72.9% de esas profesionales no deseen embarazarse en los próximos dos años (ver cuadro Nº24).

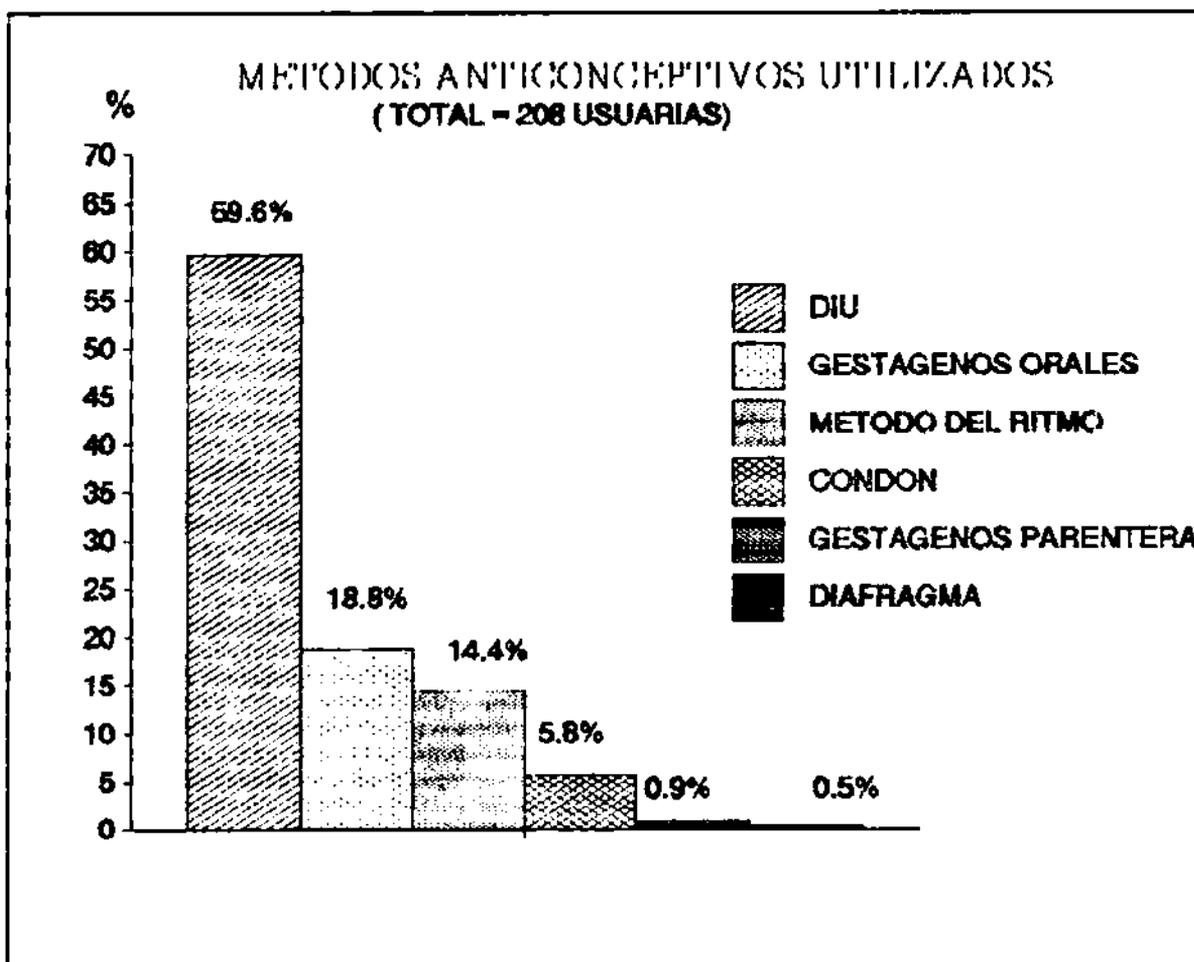


GRAFICO 24

CUADRO Nº24  
 UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y DESEO DE EMBARAZO  
 EN PROXIMOS 2 AÑOS. POR PROFESIONALES .... MARZO 1993

EMBARAZO EN LOS PROXIMOS 2 AÑOS	UTILIZA METODO AC		TOTAL	PORCENTAJE
	SI	NO		
SI	54	49	103	27.1
NO	138	139	277	72.9
TOTAL	192 *	188	380	100.0

\* incluye a vasectomia

MORBILIDAD MATERNA

Se reportaron 1,279 episodios de morbilidad materna, que acontecieron en un total de 377 profesionales que significa el 77.4 % del universo real y el 52% del universo global. Estos 1,279 episodios o sucesos de morbilidad materna se distribuyeron en 27 causas médicas obstétricas directas e indirectas y no médicas (ver cuadro Nº25).

CUADRO Nº25  
EPISODIOS DE MORBILIDAD MATERNA POR CAUSAS MEDICAS Y NO MEDICAS

No.	CAUSAS DE MORBILIDAD	FRECUENCIA	%
1	Amenaza de aborto.	195	15.2
2	Aborto	166	13.0
3	Cesárea	128	10.0
4	Infección de vías urinarias	113	8.8
5	Distosia o parto obstruido.	109	8.5
6	Hemorragia Trans v.	104	8.1
7	Cesarea x Cesar Ant	88	6.9
8	Toxemia	74	5.8
9	Amenaza de parto prematuro	59	4.6
10	Sepsis	45	3.5
11	Hiperemesis Grav	43	3.4
12	Parto prematuro	40	3.1
13	R.P.M	27	2.1
14	Placenta previa	24	1.9
15	Desprendimiento de placenta.	12	0.9
16	Primigesta añosa	10	0.8
17	Retención placentoria.	9	0.7
18	Alteración emocional x óbito	8	0.6
19	Hipotensión	8	0.6
20	Anemia	4	0.3
21	Incompatibilidad ABO	3	0.2
22	Embarazo Ectópico	2	0.2
23	Endometrotís	2	0.2
24	Toxoplamosis	2	0.2
25	Desnutrición	2	0.2
26	Várices	1	0.1
27	Polihidramnios	1	0.1
	T O T A L E S	1279	100.00

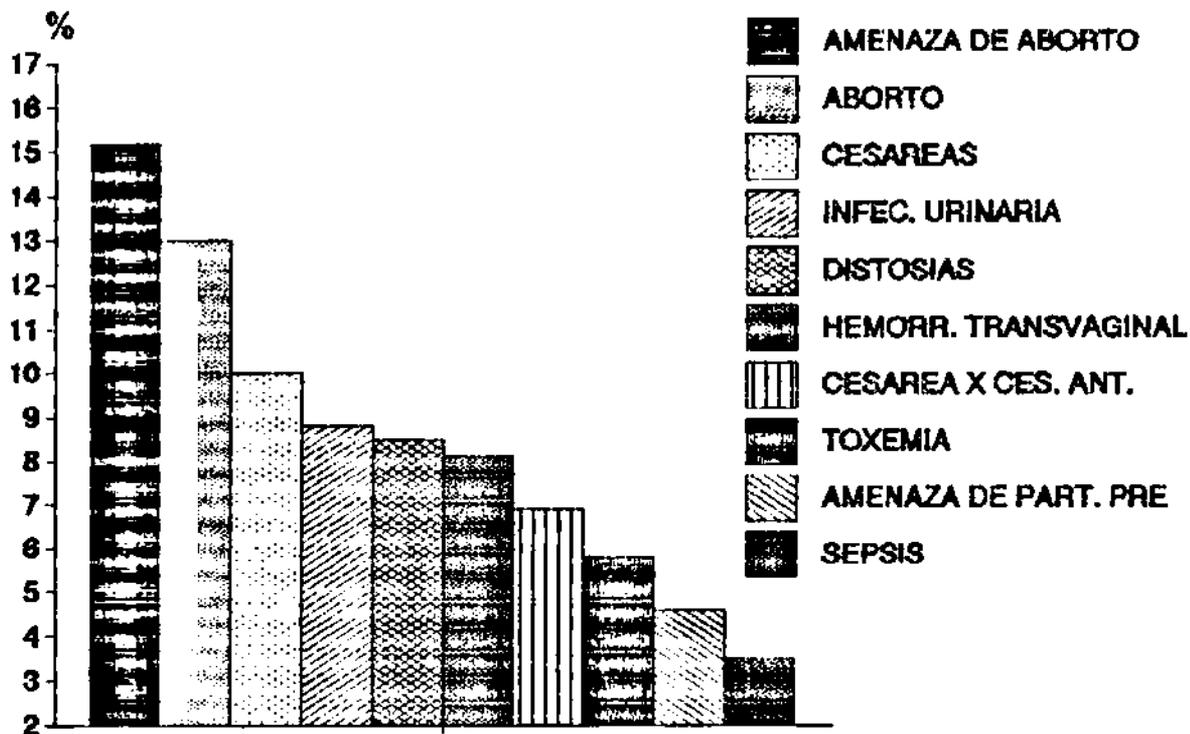
Como puede verse en el GRAFICO 25, las diez principales causas de morbilidad explican 1,081 episodios; en orden de mayor a menor.

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA:**

1. Amenaza de aborto
2. Aborto
3. Cesárea
4. Infección de vías urinarias
5. Distocia o parto obstruido
6. Hemorragia transvaginal
7. Cesárea por cesárea anterior
8. Toxemia
9. Amenaza de parto prematuro
10. Sépsis

Con respecto a la ocurrencia de los episodios de morbilidad durante los embarazos, por lo general se presentaron con mayor frecuencia entre el primero y tercer embarazo (46.5 % y 13.8 %) respectivamente). De hecho este es el efecto esperado en vista que la mediana de embarazadas en este universo de mujeres es de 2, por tanto es de esperarse que un mayor número de embarazos no necesariamente se correspondan (aparentemente) un mayor número de episodios de morbilidad (Ver cuadro N026)

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD  
(TOTAL = 1,297 EPISODIOS PATOLOGICOS)**



**CUADRO Nº26**  
**EPISODIO DE MORBILIDAD MATERNA SEGUN SECUENCIA DE EMBARAZOS**  
**EN PROFESIONALES; HOSPITALES DE MANAGUA, LEON Y ESTELI. MARZO 1993.**

SECUENCIA DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	595	46.5
2	312	24.4
3	177	13.8
4	102	8.0
5	46	3.6
6	24	1.9
7	20	1.6
T O T A L	1279	100.0

Nota: 3 datos faltantes.

Fuente: Datos primarios de la encuesta.

Con respecto al tiempo en que ocurrieron estos 1,279 episodios de morbilidad, se estableció que va de 1,952 a marzo 1,993; para facilitar la descripción se establecieron rangos decenales en los que ocurrieron los episodios. De esta forma puede observarse un incremento sostenidos en el número absoluto de sucesos mórbidos con un máximo aparente en la década de los 80 (53.9 %), pero en vista de que la década de los noventa solo incluye una tercera parte del período decenal, se espera que en la década de los 90 se reporten al menos igual o más números de casos que en la década de los 80.

La morbilidad específica por causa a través del tiempo, observando el cuadro N°. 27 permite asegurar que la estructura de morbilidad por causa no se ha modificado sustancialmente a lo largo del período establecido por las encuestas (1,952-1,993). Lo que estaría indicando que la amenaza de aborto, el aborto, la cesárea, el parto obstruido, hemorragia transvaginal, toxemia, amenaza de parto prematuro y sépsis realmente se destacan categóricamente en calidad de problemas de salud pública específicos del perfil epidemiológico de la mujer en su condición de madre (ver cuadro N°27).

Con respecto a la profesión y el tiempo en que ocurrieron estos 1,279 episodios de morbilidad materna se observa que las 16 profesiones propias de la salud y el grupo de otros en su distribución por décadas que comprende desde los años 1,952 hasta el primer trimestre de 1,993 (ver cuadro N°27). Se observa un incremento sostenido en el número absoluto de sucesos mórbidos (37.0 %) en las profesionales enfermeras con un máximo aparente en los años 90 en que solamente ha transcurrido al corte del estudio menos de un tercio de la década.

En las profesionales médicas el comportamiento es casi similar con una pequeña diferencia en el número absoluto en el porcentaje (36.4 %) pero en términos absolutos en la década de los 80 (281) y el primer trimestre de 1,993 (149) es de esperar que en lo que falta para la década de los 90 estas cifras se comporten igual o se incrementen, en relación a la década de los 80.

CUADRO Nº34:  
NORBILIDAD MATERNA EN PROFESIONALES POR EPISODIOS Y DECADAS DE OCURENCIA. MARZO, 1,993.

No.	PROFESION	AÑOS DE OCURENCIA					TOTAL %
		1952 & 1959	1960 & 1969	1970 & 1979	1980 & 1989	1990 & 1993	
1	Enfermera	1	22	138	253	59	473/37.0
2	Médica	-	2	33	281	149	465/36.4
3	Técnica de laborator.	-	-	3	17	15	35/2.7
4	Técnica en anestesia	-	1	9	14	8	32/2.5
5	Trabajo Social	3	1	11	7	7	29/2.3
6	Técnica en Rayos X	-	3	5	11	6	25/2.0
7	Farmacéutica	-	-	12	4	8	24/1.9
8	Citotecnologa	-	-	-	12	6	18/1.4
9	Odontóloga	-	-	-	10	6	16/1.3
10	Nutricionista	-	-	-	10	6	16/1.3
11	Tecnologa medica	-	-	4	8	4	43/3.4
12	Técnica en alimentaci	-	-	-	7	5	12/0.9
13	Técnica quirurgica	1	2	8	-	-	11/0.9
14	Técnica en fisioterap	-	-	-	1	9	10/0.8
15	Técnica en estadfstic	-	-	2	8	-	12/0.9
16	Psicologa	-	-	4	3	-	7/0.5
17	Otras	-	1	13	43	27	84/6.6
TOTAL .....		5	32	242	689	311	1,279
PORCENTAJE .....		0.4	2.5	18.9	53.9	24.3	100.0

APROXIMACION A LA DIMENSION E IMPACTO  
DE LA MORBILIDAD MATERNA.

Siendo los principales indicadores de morbilidad en general la prevalencia e incidencia; procedemos a describir el comportamiento de estos indicadores en la morbilidad materna encontrados en las profesionales sujetas del presente estudio:

A.- Prevalencia:

Como puede observarse en la TABLAS 6, 7 8; las tasas estimadas de prevalencia para cada una de las causas captadas en las encuestas, permiten identificar tres tipos de causas médicas en razón de sus frecuencias y posible impacto epidemiológico:

TABLA N°6.  
MORBILIDAD MATERNA  
ALTA PREVALENCIA POR CAUSAS (TASA X 1000 N.V).

No.	CAUSAS	TASA
1	Amenaza de aborto *	219.1
2	Aborto *	186.0
3	Cesárea **	143.8
4	Infección de vías urinarias *	127.0
5	Distosia o parto obstruido *	122.5
6	Hemorragia transvaginal *	116.8

\* Causa médica obstetrica - directa

\*\* Causas medicas obstetricas-indirectas

## 1) Alta prevalencia:

Incluyen la amenaza de aborto, el aborto, cesáreas, infección de vías urinarias, distósia o parto obstruido y las hemorragias trans vaginales. Todas estas patologías o condiciones inductoras de patología (cesárea) comportan tasas de prevalencia en el rango comprendido de 219.1 a 116.8 casos por 1,000 N.V en la población expuesta a este tipo de riesgo.

TABLA Nº7.  
MORBILIDAD MATERNA:  
PREVALENCIA MEDIA (TASA X 1000 N.V).

No.	CAUSAS	TASA
7	Cesárea por cesárea anterior **	98.9
8	Toxemia *	83.2
9	Amenaza de parto prematuro *	66.3
10	Sepsis *	50.6
11	Hiperemesis grávidica **	48.3
12	Parto prematuro *	44.9
13	Ruptura prematura de membrana *	30.3
14	Placenta previa *	27.0
15	Desprendimiento de placenta *	13.5
16	Primigesta añosa ***	11.2

Clave:

\* Causa médica obstetrica - directa

\*\* Causa médica obstetrica - indirecta

## 2) Prevalencia media:

Aquí las tasas de afectaciones por 1,000 N.V están comprendidas en el rango de 98.9 a 11.2. Llama la atención que en este grupo se pueden identificar algunas patologías con un elevado potencial de letalidad, como es la toxemia gravídica, sepsis, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. También se incluyen las causas que no son específicamente patologías, pero son inductores de las mismas tales como cesárea por cesárea anterior y primigesta añosa.

TABLA Nº8.  
MORBILIDAD MATERNA:  
BAJA PREVALENCIA (TASA X 1000 N.V).

No.	CAUSAS	TASA
17	Retención placentaria *	10.1
18	Alteración emocional y óbitos	9.0
19	Hipotensión **	9.0
20	Anemia **	4.5
21	Incompatibilidad ABO **	3.4
22	Embarazo ectópico *	2.3
23	Endometritis *	2.3
24	Toxoplasmosis **	2.3
25	Desnutrición **	2.3
26	Varices **	1.1
27	Polihidramnios *	1.1

\* Causa médica obstetrica - directa

\*\* Causa médica obstetrica - indirecta

### 3) Baja prevalencia:

Este grupo de patologías está comprendido en el rango 10.1 a 1.1 casos por 1000 N.V. En esta agrupación se ubican patologías menos letales, a excepción de embarazo ectópico y algunas condiciones patológicas que comportan mucho más riesgo o daño para el producto que para la madre tales como el óbitos fetal, anemia, incompatibilidad ABO, toxoplasmosis y desnutrición.

En general las tres agrupaciones pueden ser clasificadas de acuerdo con la naturaleza específica de su etiopatogénesis médica obstétrica directa, médico obstetra indirecta y causas no médicas, entendiendo posibles medidas de intervención para enfrentar estos problemas. En este sentido todas las patologías de alta prevalencia presentaron causas médicas obstétricas directas; mientras que en el grupo de prevalencia media predominan las causas médico-obstétricas directas e incluyen causas médicas-obstétricas indirectas como la hiperemesis gravídica y otras causas no médicas como es el caso de las primigestas añosas.

Finalmente en el grupo de las patologías con baja prevalencia predominan las causas médicas obstétricas indirectas que como se conoce pueden ser subyacentes o agravadas con el embarazo: desnutrición, anemia, varices, endometritis y toxoplasmosis.

**B) Incidencia:**

Con los datos aportados por las encuestas fue posible construir tasas de incidencia para cada una de las causas de morbilidad materna bajo estudio ; puede verse en las TABLAS 9, 10 y 11 que, en general, la estructura de la morbilidad materna evidenciada por las tasas de prevalencia anteriormente revisadas se mantiene; sin embargo, las tendencias observadas durante las décadas de los 70 y 80 parecen indicar reducciones relativas en la década de los 80 con respecto a la decada de los 70 ya que es evidente las reducciones, principalmente entre las patologías de mayor potencial de letalidad: La toxemia pasa de 111.1 a 79.9, la sepsis de 63.5 a 53.2 (todas estas son tasas por mil nacidos vivos) las hemorragias transvaginales pasan de 150.8 a 112.7 y por último las distósias o partos obstruidos, pasaron de 174.6 a 127.1.

TABLA Nº9.  
MORBILIDAD MATERNA: INCIDENCIA POR CAUSAS (TASA X 1000 N.V.)  
PERIODOS DECENALES.

CAUSAS	DECENIOS (TASA POR 1,000 N.V)			
	1,960 A 1,969.	1,970 A 1,979.	1,980 A 1,989.	1,990 A 1,993.
Amenaza de aborto.	71.4	222.2	213.1	239.8
Aborto	214.3	238.1	209.0	109.8
Cesárea	107.1	246.0	118.9	142.3
Infección de vías urinarias	142.9	142.9	116.8	138.2
Distósia o parto obstruido.	71.4	174.6	127.1	93.5
Hemorragia transvaginal	35.7	150.8	112.7	117.9

TABLA Nº10  
MORBILIDAD MATERNA: INCIDENCIA POR CAUSAS (TASA X 1000 N.V.)  
PERIODOS DECENALES.

CAUSAS	DECENIOS (TASA POR 1,000 N.V)			
	1,960 A 1,969.	1,970 A 1,979.	1,980 A 1,989.	1,990 A 1,993.
Cesárea X cesá- rea anterior.	71.4	103.2	114.6	69.1
Toxemia	35.7	111.1	79.9	81.3
Amenaza de par- to prematuro.	0	63.5	69.7	65.0
Sepsis	35.7	63.5	53.3	40.7
Hiperemésis gravidica.	178.6	103.2	43.0	16.3
Parto prematuro	35.7	71.4	43.0	36.6
R.P.M	-	39.7	30.7	28.5
Placenta previa	-	55.5	26.6	16.3
Desprendimiento de placenta.	-	15.9	16.4	8.1
Primigestas añosas.	35.7	31.7	4.1	12.2

TABLA Nº11  
MORBILIDAD MATERNA: INCIDENCIA POR CAUSAS (TASA X 1000 N.V.)  
PERIODOS DECENALES.

CAUSAS	DECENIOS (TASA POR 1,000 N.V)			
	1,960 A 1,969.	1,970 A 1,979.	1,980 A 1,989.	1,990 A 1,993.
Retención de restos placent.	-	28.8	10.2	4.1
Alteraciones emocionales x óbitos.	35.7	7.9	6.1	12.2
Hipotensón	-	31.7	8.2	-
Anemia	-	-	2.1	12.2
Incompatibilida ABO.	-	-	-	12.2
Embarazo ectó - pico.	-	15.9	-	-
Endometritis	-	-	4.1	-
Toxoplasmósis	-	7.9	2.1	-
Desnutrición	71.4	-	-	-
Varices	-	-	-	4.1
Polihidrámnios	-	-	-	4.1

Paradójicamente, esas tendencias favorables observadas de la década del 70 a la década de los 80 comienzan a deteriorarse de 1,989 a 1,993. Siendo la situación más drámatica para la causal amenaza de aborto que pasa de 213.1 a 239.8. La cesárea (118.8 a 142.3), infecciones urinarias (116.8 a 138.2 %). Esta situación se presenta altamente desfavorable toda vez que la década del 90 apenas se encuentra en su primer tercio, de manera que faltando 7 años, donde es de esperarse que ocurran nuevos casos, puede ocurrir un ensanchamiento incrementando aún más las diferencias hacia el empeoramiento de estos indicadores en la población de profesionales del sector salud (Ver gráficos 25 a.31).

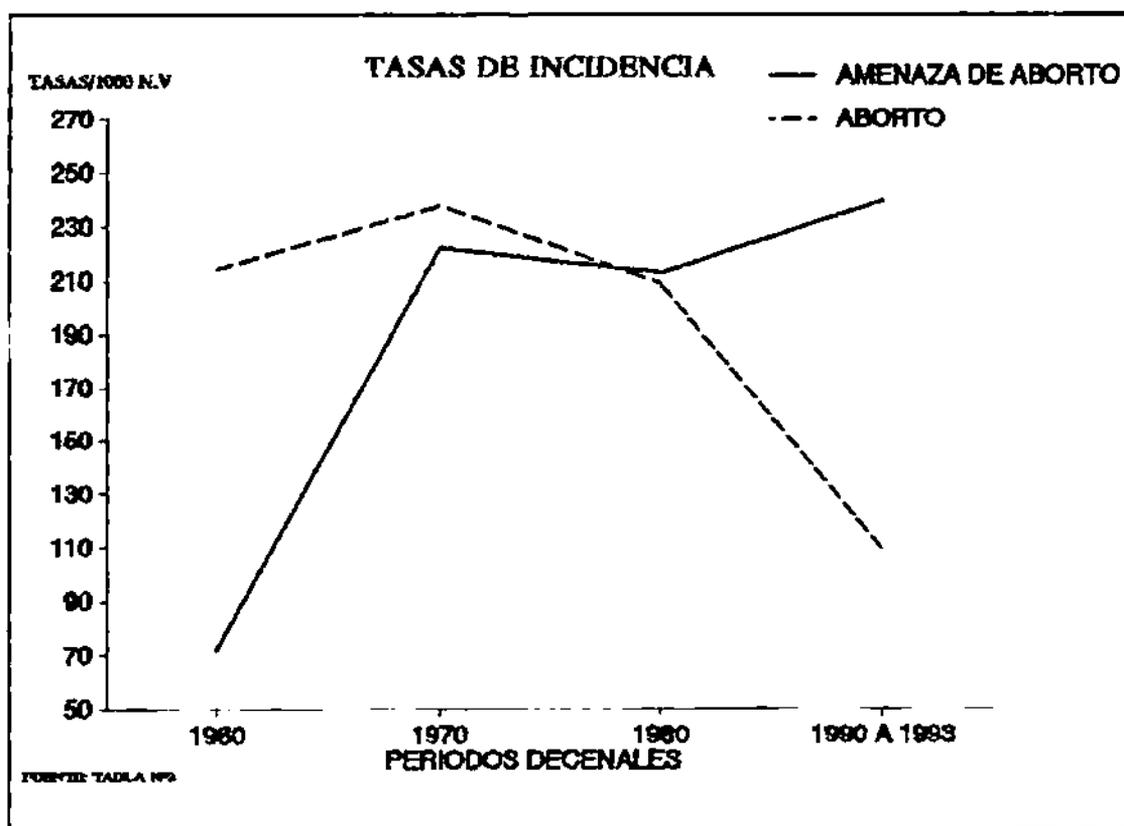
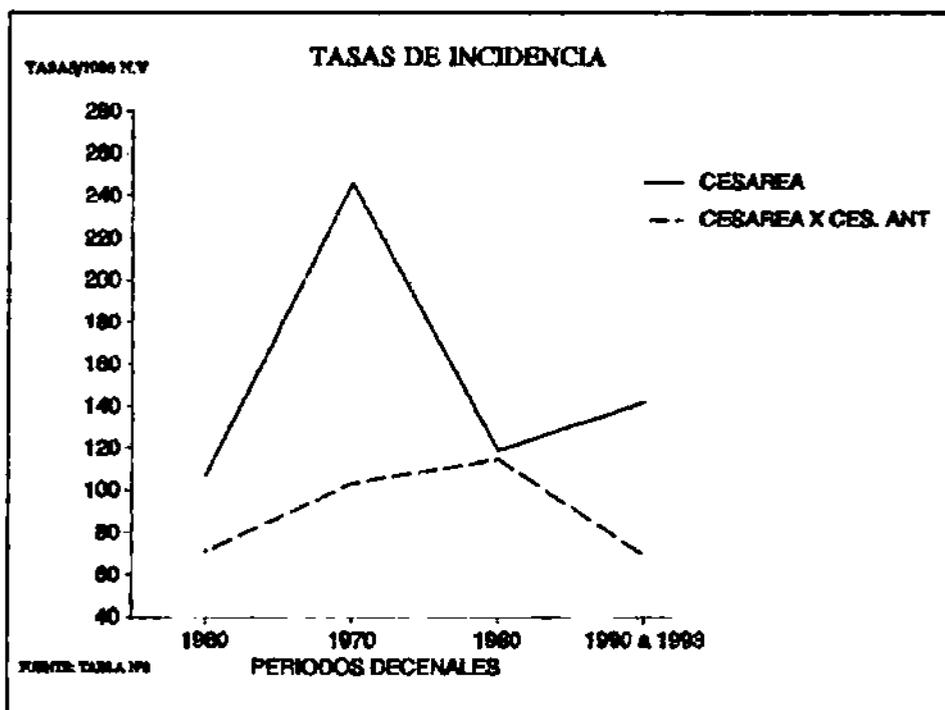
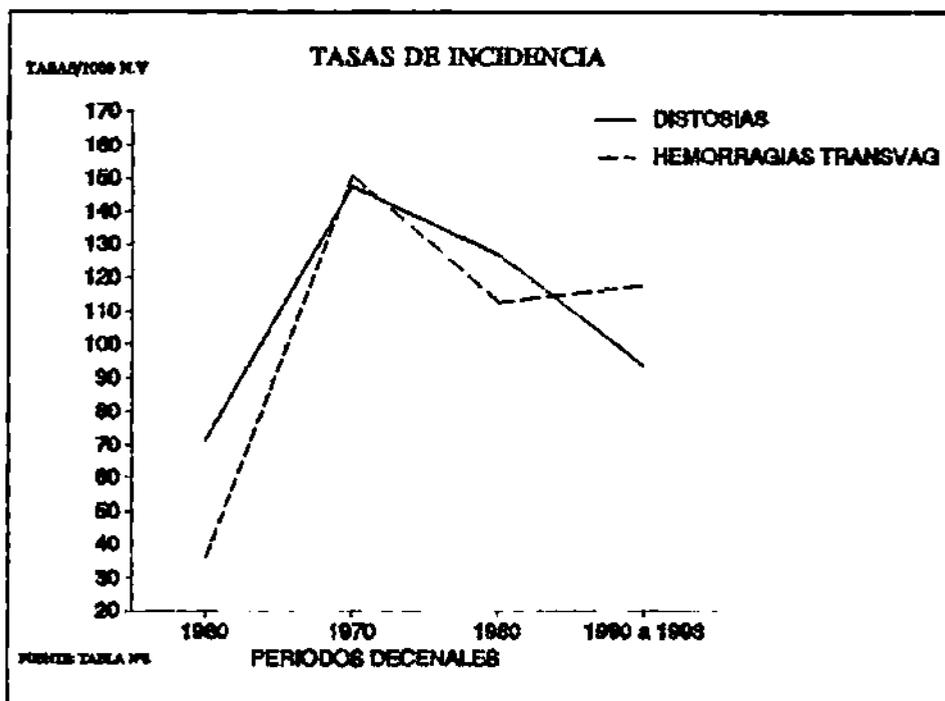


GRAFICO 26



**GRAFICO 27**



**GRAFICO 28**

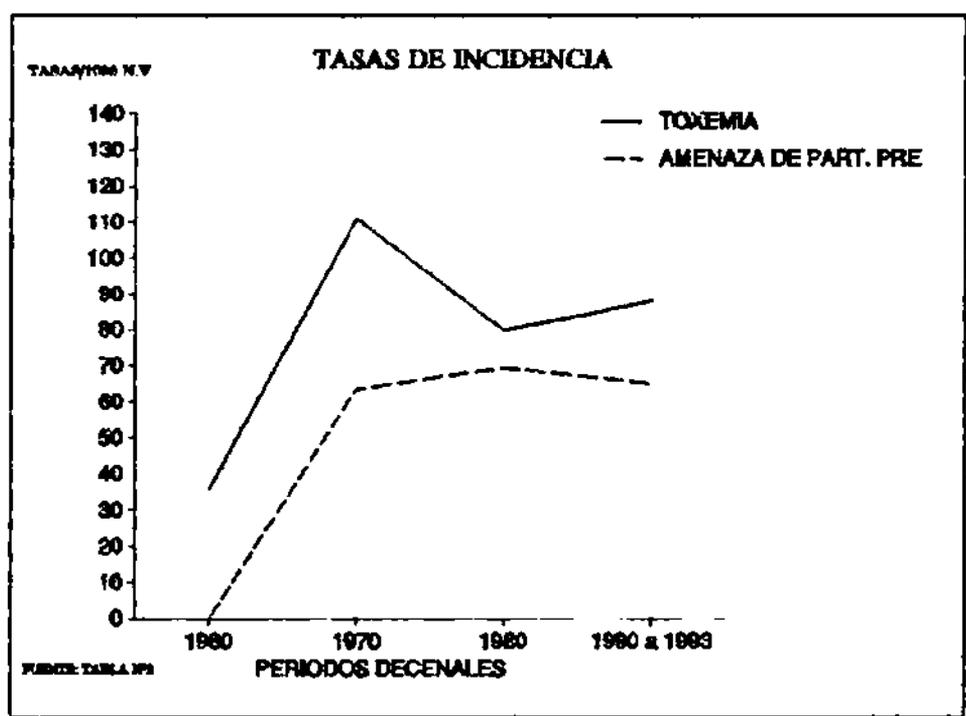


GRAFICO 29

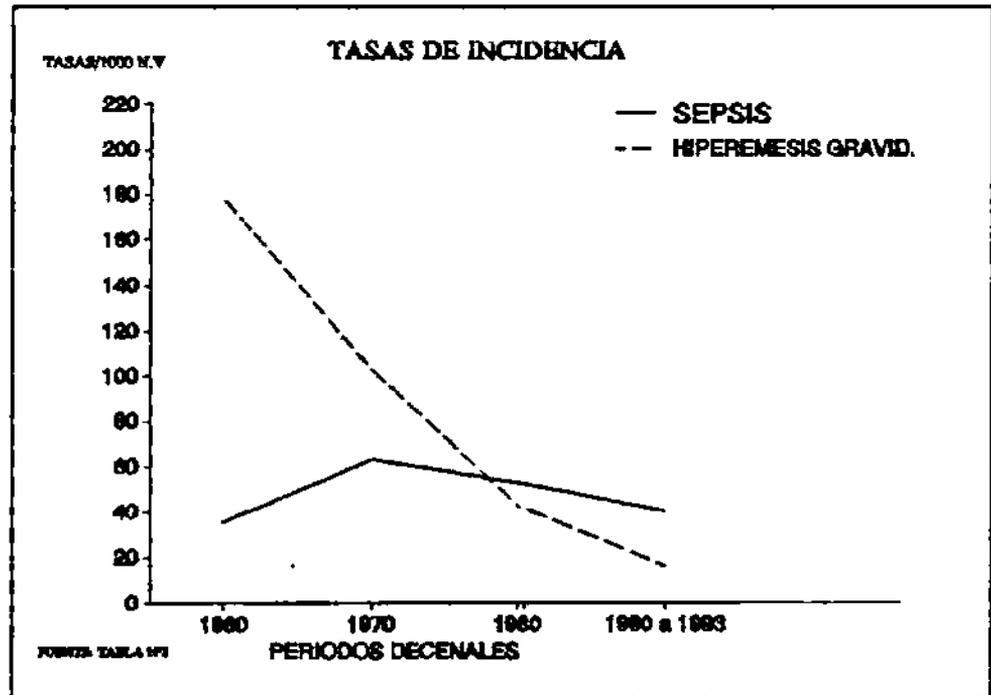
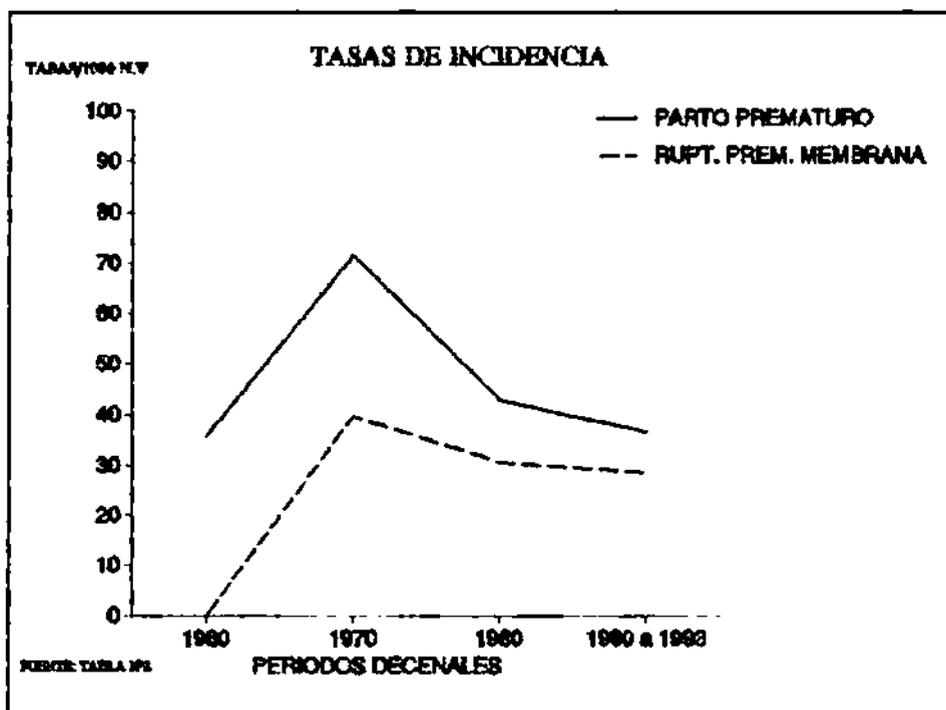
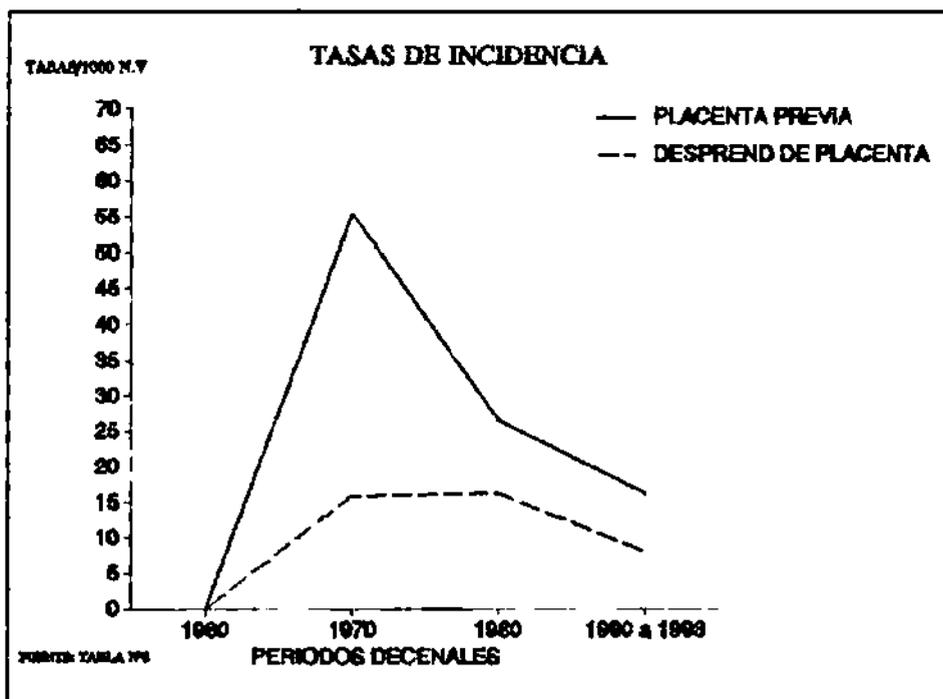


GRAFICO 30



**GRAFICO 31**



**GRAFICO 32**

**MEDIDAS DE ATENCION AL ULTIMO EMBARAZO:**

En esta última parte de los resultados se abordan algunos aspectos específicos que las encuestadas respondieron a respecto de la atención del último embarazo. En este sentido, una visión general se aporta mediante la TABLA Nº12.

TABLA Nº12.  
MEDIDAS DE ATENCION AL ULTIMO EMBARAZO EN PROFESIONALES.  
HOSPITALES DE MANAGUA, LEON Y ESTELI .... MARZO 1993

TIPO DE ATENCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Subsidio	328	67.4
Control pre-natal	436	89.5
Citologia	267	54.8
Inmunización antitetánica	413	84.8
Inmunización anti hepatitis B.	10	2.1

Fuente: Datos primarios de la encuesta.

**1.- Subsidios:**

Solamente el 67.4% de las encuestada manifestaron haber recibido este beneficio durante el último embarazo. Las restantes 158 encuestadas dijeron no haberlo recibido, aduciendo que: Primero por estar en el internado, la residencia o en servicio social, lo cual académicamente hay un reglamento que no permite cierto porcentaje de ausencias; otras manifestaron que por ser estudiantes no gozan de subsidio al igual que las que no trabajan.

La mayor parte de las 328 que reportaron haber recibido el subsidio, decidieron unir el pre y post natal para estar más tiempo con sus recién nacidos.

## 2.- Control prenatal:

La mayor parte de las profesionales (89.5%) se realizaron (o realizan) algún tipo de control prenatal; el llamado de atención sobre el restante 10.5% que no se realizaron el control prenatal, se lo atribuyen a que ellas se autocontrolan o el control sigue mecanismos no formalizados (amistades con médicos) que evaden los programas oficiales.

Dentro del control prenatal están acciones específicas que se les realizan a las embarazadas y son en primer lugar la vacuna contra el Tétano y la toma del Papanicolaou (PAP). En relación a la vacuna contra la Hepatitis B, en Nicaragua no está normado aplicarla durante el embarazo, pero se realizó la pregunta para conocer cuantas profesionales se habían vacunado alguna vez contra la hepatitis B; " Esta tiene como principales vías de transmisión, la vía placentaria entre la madre y el niño antes de nacer y las lesiones cutáneas" <sup>1</sup> y estas profesionales están expuestas a adquirirla por el carácter específico del trabajo. De las 477 encuestadas reportaron no haber recibido esta vacuna lo cual

<sup>1</sup> UNICEF; Estado Mundial de la Infancia; Barcelona, España 1982.

representa el 97.9%; las 10 restantes (2.1%) refirieron habersela aplicado en otros países como España y Alemania.

En relación a la vacuna contra el tétano 413 reportaron haberse vacunado lo que representa un 84.8 %. de las cuales 217 o sea el 44.6% se aplicaron 2 dosis, 125 se aplicaron 3 dosis las cuales se consideran inmunizadas, otras llegaron a aplicarse hasta 5 dosis para un 0.4 % (ver tabla 13).

TABLA Nº13.  
VACUNACION ANTI HEPATITIS B Y ANTITETANICA  
SEGUN DOSIS APLICADA, MARZO 1,993.

No. DE DOSIS	VACUNA DE A HEPATITIS		VACUNA DEL TETANO	
	FRECUENC.	PORCENTAJ.	FRECUENCIA	PORCENTAJ
0	477	97.9	74	15.2
1	2	0.4	62	12.7
2	5	1.1	217	44.6
3 (i)	3	0.6	125	25.7
4			7	1.4
5	-	-	2	0.4
TOTAL	487	100.0	487	100.0

FUENTE: Datos Primarios de la encuesta

Finalmente, en cuanto a la toma del PAP para el control del Cáncer cervico - uterino, 54.8 % refirió haberse tomado al menos una muestra; las restantes 45.2% no hicieron uso de este servicio a pesar de tener máxima accesibilidad al mismo.

**DISCUSION:**

En vista que la mortalidad materna, ha sido uno de los indicadores más fiables para valorar la situación de salud de la mujer; el abordaje de la morbilidad a través de estudios similares al presente resultan un complemento de insustituible valor, dado que la mortalidad materna en sí, como indicador, carece de la suficiente sensibilidad como para poner de manifiesto los cambios y tendencias que constantemente se están produciendo de manera reiterada; de lo contrario ¿Qué sentido tiene el llevar un registro de la incidencia de muertes por estas causas? si lo que se pretende es cambiar el curso desfavorable de un proceso vital.

La salud pública a diferencia de la anatomía patológica no trabaja con piezas quirúrgicas ni con cadáveres, y aunque utiliza incluso la información de los patólogos, puede y debe trascenderla; por tanto cada vez tendrá que provocar y producir información amplia y útil, capaz de poner en evidencia la situación actual y las tendencias de los fenómenos mórbidos reiterativos, en el presente caso de los embarazos y sus desviaciones productores de la morbilidad materna.

Una contribución del presente estudio es que pone de manifiesto alguna morbilidad oculta o la morbilidad materna, a secas, deficientemente conocida o dimensionada a través de los flujos

informativos obtenidos de las estadísticas continuas normadas por el MINSA, a nivel de hospitales o Centros de Salud.

Si se asocian los factores socio-económicos evidenciados en otros estudios a respecto del aborto, calificados como causa principal de muerte materna o simplemente como factores de riesgo (9 y 10), es de esperarse que la morbilidad de la población general de mujeres en su edad fértil alcanzan niveles superiores al 80%; ésto se infiere de los resultados obtenidos con este estudio, en donde el 67.4% de las encuestadas habría padecido alguna enfermedad materna en el curso de sus embarazos.

En relación al universo real, el status de profesionales que se considera tienen más conocimientos en relación a la morbilidad materna, no es una condición válida que nos permita creer que ellas presentan a la hora de tener a sus hijos menos sucesos patológicos que en otros grupos de mujeres de los diferentes niveles socio-económicos, laborales o de agrupaciones culturales y étnicas; dado el 67.4 % de las profesionales que refirieron algún episodio de morbilidad materna; no es tampoco la accesibilidad geográfica, económica y de tiempo las que determinan la aparición o atención oportuna de la morbilidad materna.

Esto puede entenderse en la medida que estas mujeres durante su embarazo están laborando en los hospitales; lo cual nos habla de que la accesibilidad geográfica, económica, de conocimientos,

calidad de la atención, no son un obstáculo en las aplicaciones profiláctica y metafilácticas sobre la morbilidad.

Siendo los principales indicadores de la morbilidad en general la prevalencia e incidencia, procedemos a discutir el comportamiento de estos indicadores en la morbilidad materna encontrados en las profesionales sujetas del presente estudio.

El papel socio-económico y profesional del universo real contrastado con el universo global de alguna manera permite conjeturar que, al corresponderse de manera similar el perfil de la morbilidad encontrada prácticamente sería el esperado en otros centros hospitalarios que tengan similares condiciones de complejidad; de modo que es pertinente el extrapolar estos resultados a la generalidad de las profesionales y técnicas del sector salud que se desempeñan en los hospitales de Nicaragua .

Se considera conseguido el objetivo general que le dió inicio a este trabajo porque se logra identificar 16 categorías profesionales y técnicas específicas de la salud y un grupo de profesionales comunes a otras profesiones, así como las características socio-económicas de las mismas en donde predominan el ingreso económico bajo, la mayoría son casadas o solteras, también entre ellas una proporción considerable carecen de vivienda propia y hasta cierto punto padecen de problemas asociados al hacinamiento; adicionalmente el rol social de médicas, enfermeras,

y otras trabajadoras hospitalarias harían pensar en la máxima accesibilidad posible a los servicios de salud, ya que las mismas son las prestadoras de servicio con un nivel de mayor calificación.

Los antecedentes gineco-obstétricos comprenden toda la gama de factores hasta hoy considerados entre los riesgos como son alta paridad, aborto y abortos previos, primigesta añosa, intervalo intergenésico prolongado, cesárea por cesárea anterior y otros que todavía no han sido evaluados en correspondencia con su propio trabajo de contacto con enfermos, radiaciones ionizantes (rayos x), gases y el estrés. Lo cierto es que producto de los resultados obtenidos queda ahora la interrogante ¿Es un factor de riesgo obstétrico trabajar en los hospitales?, el único dato que se obtuvo es de 67.4% de morbilidad general que las profesionales y técnicas declararon.

El comportamiento de la morbilidad medido por los indicadores de incidencia y prevalencia puede verse en los primeros 3 años de la década de los 90 y su comportamiento es alto, sobre todo en las 10 primeras causas de morbilidad encontrada.

Lamentablemente no se tienen a mano trabajos previos a éste sobre la misma temática para hacer el contraste pertinente (11); hecho que lo confirma la revisión y recopilación documental de 223 estudios que abordan la morbi-mortalidad materna en su mayoría con una metodología basada en las estadísticas normativas del MINSA.

El perfil de la morbilidad materna delimitado en este estudio contrasta considerablemente con los registros de estadísticas continuas y egresos hospitalarios que se asientan tradicionalmente (estadísticas vitales).

Puede considerarse logrado el objetivo de caracterizar la morbilidad materna dentro de las profesionales de la salud; dejando sentada la tesis que la morbilidad materna, entre las profesionales y técnicas del sector salud presentan un patrón diferenciado de enfermedades maternas con alta prevalencia como: la amenaza de aborto, aborto, cesárea, infecciones de vías urinarias, distosia, o parto obstruido y hemorragia transvaginal.

De prevalencia media: cesárea por cesárea anterior, toxemia, amenaza de aborto, amenaza de prematuro, sépsis, hiperémesis gravídica, parto prematuro, ruptura prematura de membrana, placenta previa, desprendimiento de placenta y primigesta añosa.

De baja prevalencia: retención placentaria, alteración emocional y óbitos, hipotensión, anemia, incompatibilidad ABO, embarazo

ectópico, endometritis, toxoplasmosis, desnutrición, varices y polihidramnios.

Finalmente y sin ninguna intencionalidad deliberada, la otra cara de la morbilidad materna como es la incidencia de esas enfermedades, de alguna manera cuestionan profundamente la calidad de los servicios de salud que actualmente les están brindando a las mujeres en general en el trance de sus embarazos; en vista que las tasas de incidencia de la mayor parte de los 27 causas de enfermedades registran estancamiento o empeoramiento tendenciales comparativamente entre los años 80 y lo que va de la presente década.

En el mismo sentido la exploración a ciertas medidas de atención básica a las embarazadas como son los subsidios y el control prenatal durante el último embarazo aún no alcanzaron niveles satisfactorios; no existe ninguna razón por la cual no se consiga superar las concentraciones adecuadas en las inmunizaciones antitetánicas como tampoco la falta de inclusión de las inmunizaciones anti-hepatitis B, en los programas oficiales de atención a la mujer y especialmente de las embarazadas; siendo que en nuestro país el cáncer cervico uterino es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna en los grupos de edades de los 35 a 64 años, no se puede justificar una utilización tan reducida de la citología cervico vaginales.(12)

**CONCLUSIONES:**

Este tipo de estudios son un complemento de insustituible valor dado que la mortalidad materna en sí, como indicador carece de la suficiente sensibilidad como para poner de manifiesto los cambios y tendencias que de manera reiterada se están produciendo.

Con los resultados del presente estudio, se accede a un nivel de aproximación mayor al conocimiento de la morbilidad materna entre las profesionales; esos resultados pueden ser generalizables o extrapolables, con alguna reserva, al resto de mujeres profesionales manteniendo su validez hasta que futuros estudios los nieguen.

La morbilidad como la mortalidad materna son, en gran medida, reflejos de las condiciones de vida de la mujer al interactuar constantemente en la relación causa efecto con sus factores asociados como son, el status socioeconómico de las profesionales, entre las cuales destacan el bajo ingreso económico, condición de hacinamiento en las viviendas (una proporción considerable no tienen viviendas por lo que viven con familiares o alquilan); la mayor parte tienen relaciones maritales estables o son solteras.

Con el presente estudio se puede concluir que:

1.- A nivel hospitalario existen 16 categorías de profesionales y técnicas específicas del sector salud, pero también existen otras profesionales y técnicas comunes a otros sectores laborales.

2.- Las profesionales de la salud en sus antecedentes gineco-obstétricos también comprenden toda una gama de factores ligados a la condición de ser madres, que habitan en sus barrios y no entenderlas únicamente como profesionales que están al margen de toda una problemática o incluso inmunes a los factores de riesgos obstétricos ya conocidos.

3.- En cuanto al comportamiento de la morbilidad materna hubo un incremento sostenible en el número absoluto de sucesos mórbidos con un máximo aparente de la década de los 80; sin embargo, las curvas de tendencias en las tasas de incidencia de las principales causas de morbilidad, muestran un deterioro manifiesto en el primer tercio de la década actual.

4.- Es aplicable un criterio de estratificación que sustenta la presente tesis, al agrupar las enfermedades maternas en tres agrupaciones que diferencian sus respectivas prevalencias:

PREVALENCIA ALTA: Amenaza de aborto, Aborto, Distósias.

PREVALENCIA MEDIA: Toxemia, Amenaza de Parto prematuro, Sépsis,  
Placenta previa, Desprendimiento prematuro de  
placenta, Ruptura prematura de membranas.

PREVALENCIA BAJA: Retención de restos placentarios, Anemia,  
Embarazo ectópico, endometritis, Toxoplasmosis.

En cuanto a la morbilidad ocurrida en estas profesionales, con esta primera aproximación del comportamiento de las 10 principales causas, se abre paso para futuras investigaciones en este campo de la MORBILIDAD MATERNA, en otros grupos de profesionales.

**RECOMENDACIONES:**

1.- Extender este tipo de estudio en otros grupos de mujeres profesionales y no profesionales, de otros sectores de la economía y agrupaciones étnicas de nuestro país; a fin de ajustar el sistema de información vigente en las estadísticas continuas.

2.- Revisar el diseño y alcances del programa oficial dedicado a la atención integral de la mujer, dadas las tendencias al estancamiento o incremento de las tasas de incidencia de las principales causas de morbilidad materna. Este informe se constituye en marco de referencia básico para dicha revisión.

3.- Revisar y actualizar la política salarial y de subsidios que actualmente se están aplicando a las profesionales y técnicas del sector salud.

4.- Retroalimentar las gestiones reivindicativas que adelantan las asociaciones de mujeres organizadas con los resultados del presente estudio, a fin de actualizar opciones y esclarecer las medidas de impacto con el enfoque de género.

5.- Divulgar los resultados de esta investigación, principalmente entre las profesionales y técnicas del sector salud, organizaciones de mujeres a nivel nacional e internacional y en foros apropiados.

**Bibliografía:**

**Bibliografía Citada:**

1. OMS; "La Prevención de la Tragedia de las Muertes Maternas", Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgos; Naerobi Kenya; 1987; Pág.2.
2. OPS/OMS; Perfil Epidemiológico de la Salud de la Mujer en la Región de las Américas. Contribución para el capítulo "Mujer, Salud y Desarrollo; Washington, D.C., 1990. Pag. 80.
2. OPS/OMS; Prevalencia de la Mortalidad Materna en las Américas; Washingtón, D.C, 1992, pág 708.
3. OPS/OMS; Prevalencia de la Mortalidad Materna en las Américas; Washington D.C; Pág. 6.
4. OPS, La Salud Materna un Perenne Desafio; servicio editorial, programa de información científico-técnica de salud; Washingtón, D.C, 1991, pág.20.
5. Ibidem 3; Pág.23
6. Ibidem 3; Pág.31

7. UNICEF, Nicaragua: Desafío y Opciones en un país de Niños y Mujeres; Análisis de Situación Económica y Social, UNICEF, Oficina para Nicaragua; septiembre, 1991; pág. 8-9.
8. Ibidem 2; Pág. 13.
9. Altamirano G.L. & Col., El Aborto Inducido Ilegalmente: Costos y Consecuencias; Managua, H.B.C.R.; 1985, Pag. 76.
10. Pizarro J.A; Comportamiento del aborto inducido ilegalmente en el hospital Bertha Calderón; 1° de julio 1985 al 1° de agosto de 1986; Managua, E.E; 1988; Pág. 36.
11. De Trinidad B.C; Recopilación documental de 223 estudios con el tema de morbi-mortalidad materna en Nicaragua; Managua; 1992; Pág. 42.
12. De Trinidad B.C.; "Morbi-mortalidad por cáncer cervicouterino en la región III"; Managua; 1989.

**Bibliografía Consultada:**

- 1 . Piura L. Julio. Etapas del Proceso de Investigación.  
UNAN - CIES - 1991.
2. Piura L. Julio; Aportes de Clase Maestría 1991 - 1992.
3. MINSA; Plan Trienal de Salud 1991 - 1993; Artes gráficos y adiciones multiformas 1991.
4. MINSA/ OPS/OMS; Plan Maestría de Salud 1991 - 1996, 1991.
5. Banco Mundial OMS, UNFPA La Prevención de la Estrategia de las muertes maternas. Nairobi, Kenya, 1987.
6. OPS; La Salud Materna un Perenne Desafio; 1991.
7. MINSA, Normas de Atención al Aborto 1989.
8. OPS/OMS; Las Condiciones de Salud en las Américas; Salud de la Mujer; Washington, D.C, 1990, vol 2.
9. FIDEG; El Observador Económico, No. 6,8,y 16, Managua. Nicaragua. 1992, 1993.

10. ONU; Mejoramiento de los Conceptos y Métodos para las Estadísticas y los Indicadores de la Situación de la Mujer. INSTRAW, Santo Domingo, 1989.
11. MINSA; Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil; Managua, Nicaragua, 1986.
12. OPS; Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas; Hechos y Tendencias; Publicación científica Washington D.C. 1984.
13. OPS; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Reunión subregional sobre prevención de la mortalidad materna en Centroamérica y Panamá; Vol. 108 No.3, Washington D.C., Marzo 1990. Pag. 255
14. OMS; Foro Mundial de la Salud; Revista Internacional de Desarrollo Sanitario; Vol. 7, No.1, Prevención de la mortalidad Materna; Ginebra 1986. Pag. 53-59.
15. OPS/OMS; El Concepto de Riesgo y el Cuidado de la Salud; Manual Básico de Aprendizaje inicial; Montevideo; Uruguay 1984.
16. UNICEF; Estado Mundial de la Infancia; Barcelona, España 1982.

17. De los Rios R & col; III Reunión Internacional sobre Atención Primaria en Salud; La Mujer en la Salud y el Desarrollo: Un enfoque alternativo; III reunión internacional sobre Atención Primaria en Salud; La Habana-Cuba; Marzo, 1991.
18. OPS/OMS; Programa Regional de Cooperación Técnica; Mujer, Salud y Desarrollo; Washington D.C. Septiembre 1992.
19. OPS/OMS; Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo; Criterios para Orientar la Cooperación Técnica sobre Mujer, Salud y Desarrollo; 1991 - 1994. Washington D.C., Marzo 1990.
20. OPS/OMS; La salud de la niñez, la adolescencia y juventud, y de la mujer; Washington, D.C; 1992.
21. De Trinidad B.C.; Recopilación Documental de 223 estudios con el tema de "Morbi-mortalidad Materna en Nicaragua"; Managua, 1992. Pag. 42
22. Pizarro J.A.; Comportamiento del Aborto Inducido y Legalmente en el Hospital Bertha Calderón: 1 de Julio, 1985 al 1 de Agosto, 1988. Managua, S.E. 1988. 89 h.
23. Rothman K. J; Epidemiología moderna; Universidad de Massachusetts, Escuela médica; Worcester, Massachusetts, 1987.

A N E X O S

## ANEXO I

---

INSTRUMENTO No.1 : DEFINICION DEL UNIVERSO  
ENCUESTA DE MORBILIDAD MATERNA EN PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD.  
REGISTRO DE MUJERES PROFESIONALES DE LOS HOSPITALES EN ESTUDIO.

1. Nombre del Hospital : ----- 2. Departamento : -----

3. Total de trabajadores: ----- 5. Total de profesionales:---

4. Sexo : M :----- F : ----- 6. Sexo : M:----- F: -----

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO	FUENTE FINANC.	PROFE- SION.	FUENTE INGRESO	SALARIO

## INSTRUMENTO Nº2 : FORMULARIO PRINCIPAL

## ENCUESTA SOBRE MORBILIDAD MATERNA EN PROFESIONALES DE LA SALUD.

## I.- DATOS GENERALES DE LA INFORMANTE :

(2)	Nombre completo :
(3)	Edad :
(4)	Estado civil :
(5)	Profesión :
(6)	Tiempo de ejercer la profesión :
(7)	Tiempo de laborar en hospitales :
(8)	Ingreso económico : Alto ( ), Medio ( ), Bajo ( )
(9)	Habita en casa : Propia ( ), Alquilada ( ), Familiar( )
(10)	Número de personas que habitan en la casa :

## II.- ANTECEDENTES OBSTETRICOS GENERALES

(11)	¿ Ha estado embarazada alguna vez Si ( ) No ( )
(12)	Número de embarazos
(13)	Número de abortos
(14)	Número de legrados Abortos ( ) Partos ( ) Otros ( )
(15)	Número de partos
(16)	Número de cesáreas
(17)	Número de hijos
(18)	Número de hijos vivos
(19)	Edad del penúltimo hijo
(20)	Edad del último hijo

III	ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	SI	NO
(21)	Edad en que inició su V.S.A		
(22)	¿ Embarazo en los próximos 2 años		
(23)	¿ Utiliza métodos anticonceptivos		
(24)	Esterilización quirúrgica		
(25)	Dispositivo intrauterino (DIU)		
(26)	Gestágenos orales		
(27)	Gestágenos parenterales		
(28)	Condón		
(29)	Diáfragma		
(30)	Método del ritmo		
(31)	Otros métodos		

IV	ATENCION DEL ULTIMO EMBARAZO	SI	NO
(32)	¿ Recibió subsidio prenatal		
(33)	¿ Recibió control prenatal		
(34)	¿ Vacunada contra la Hepatitis B		
(35)	¿ Vacunada contra el tétano		
(36)	¿ Citología cervico vaginal		

V	CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA	NO	SI						
			1	2	3	4	5	6	7 Y...
(37)	Hemorragia transvaginal								
(38)	Amenaza de aborto								
(39)	Aborto								
(40)	Placenta previa								
(41)	Desprendimiento prematuro de placenta.								
(42)	Toxemia (Eclancia o pre-eclampsia).								
(43)	Infecciones en genitales internos y externos.								
(44)	Fiebre puerperal								
(45)	Distósias o parto obstétrico.								
(46)	Cesárea por cesárea anterior.								
(47)	Alteraciones emocionales por óbito fetal.								
(48)									

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

ENCUESTADORAS: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

## ANEXO II

---

---

### CODIFICACION

Variables para alimentación de la base de Datos Software, que será procesada con el paquete estadístico SPSS + VERS. 3.1.

1. El nombre de la persona encuestada, aunque no se va a procesar estadísticamente, se codificará para editar y depurar los datos levantados:

Se utilizarán tres dígitos numéricos, que representan el secuencial en el orden de la codificación.

2. La edad :

- Dos dígitos numéricos.
- Missing value = 99

3. Estado civil :

- Soltera = 1
- Casada = 2
- Unida = 3
- Divorciada = 4
- Separada = 5
- Viuda = 6
- Acompañada = 7
- Missing Value = 9.

4. Profesión :

- Médica = 1
- Enfermera = 2
- Odontóloga = 3
- Trabajadora Social = 4
- Psicóloga = 5
- Nutricionista = 6
- Administradora = 7

- Economista	= 8
- Farmacéutica	= 9
- Tecnóloga médica	= 10
- Citotecnóloga	= 11
- Técnica de Rayos X	= 12
- Técnica quirúrgica	= 13
- Técnica en contabilidad	= 14
- Técnica en anestesia	= 15
- Técnica en laboratorio	= 16
- Técnica en fisioterapia	= 17
- Técnica en administración	= 18
- Técnica en alimentación	= 19
- Licenciada CC Educación	= 20
- Ingeniera agrónoma	= 21
- Técnica - Estadística	= 22
- Secretaría ejecutiva	= 23
- Missing Value	= 24

#### 5. Tiempo de ejercer la profesión :

- Dos dígitos numéricos	
- Missing Value	= 99

#### 6. Centro Hospitalario :

- Hospital Bertha Calderón	= 1
- H.F.V.P (Managua)	= 2
- H.A.L.F (Managua)	= 3
- H.M.J.R (Managua)	= 4
- H.M.M (Managua)	= 5
- H.C.M (Managua)	= 6
- H.E.O.D.R.A (León)	= 7
- H.A.D.B (Estelí)	= 8
- Missing Value	= 9

#### 7. Tiempo de laborar en el hospital :

- Dos dígitos numéricos.	
- Missing Value	= 99

#### 8. Ingresos económicos :

- Alto	= 1
- Medio	= 2
- Bajo	= 3
- Missing Value	= 9

#### 9. Casa de habitación :

- Propia = 1
- Alquilada = 2
- Familiar = 3
- Missing Value = 9

10. Número de personas que habitan en la casa :

- Dos dígitos numéricos
- Missing Value = 99

11. Embarazos :

- No = 0
- Si = 1
- Embarazada = 2
- Missing Value = 9

12. Número de embarazos :

- Dos dígitos numéricos
- Missing Value = 99

13. Número de abortos :

- Dos dígitos numéricos
- Missing Value = 99

14. Número de legrados :

- Legrado por aborto = 1 x n
- Legrado por parto = 2 x n
- Legrado por otras causas = 3 x n
- Missing Value = 99

\* Donde n = número de veces, se codifica con un dígito numérico.

15. número de partos :

- Dos dígitos numéricos
- Missing Value = 99

16. Número de cesáreas .

- Dos dígitos numéricos
- Missing Value = 99

**17. Número de hijos :**

- Dos dígitos numéricos
- Missing Value = 99

**18. Número de hijos vivos :**

- Dos dígitos numéricos
- Missing Value = 99

**19. Edad del penúltimo hijo :**

- Dos dígitos numéricos
- Missing Value = 99

**20. Edad del último hijo :**

- Dos dígitos numéricos
- Missing Value = 99

**21. Edad de inicio de la VSA.**

- Dos dígitos numéricos
- Missing Value = 99

**22. Embarazo en los próximos dos años :**

- Si = 1
- No = 0
- Missing Value = 9

**23. Métodos anticonceptivos :**

- Si = 1
- No = 0
- Missing Value = 9

**24, 25, 26, 27, 28, 28, 29, 30, 31, 32 y 33 :**

- Si = 1
- No = 0
- Missing Value = 9

## 34 y 35 . Vacuna contra hepatitis B y tétano :

- Si = 1
- No = 0

\* n = Número de dosis recibidas en un mismo período.

## 36. Papanicolau :

- Si = 1
- No = 0
- Missing Value = 9

## 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 y 48 :

- No = 0
- Si = M-N-0
- \* M = Código de la enfermedad
- \* N = Número (s) del (los) embarazo (s) correspondiente (es).
- \* 0 = Año de ocurrencia del último embarazo.

## Códigos de las enfermedades vinculadas al embarazo :

- Hemorragia transvaginal	= 1
- Amenaza de aborto	= 2
- Aborto	= 3
- Placenta previa	= 4
- Desprendimiento prematuro de placenta	= 5
- Toxemia (Eclampsia y preclampsia.	= 6
- Infecciones de vías urinarias	= 7
- Sépsis o fiebre puerperal	= 8
- Distósias o parto obstruido	= 9
- Cesárea por cesárea anterior	= 10
- Alteraciones emocionales por óbito fetal	= 11
- Ruptura prematura de membrana	= 12
- Amenaza de parto prematuro	= 13
- Parto prematuro	= 14
- Hiperemesis gravídica	= 15
- Cesárea	= 16
- Anemia	= 17
- Retención placentaria	= 18
- Incompatibilidad de grupo sanguíneo ABO	= 19
- Varices	= 20
- Primigesta añosa	= 21
- Embarazo ectópico	= 22
- Endometritis	= 23
- Hipotensión	= 24
- Toxoplasmosis	= 25
- Polihidramnios	= 26
- Desnutrición	= 27
- Missing Value	= 99

## ANEXO III

ESTRUCTURA DE LA BASE DATOS UTILIZADA

## Tables in the Database MUJER

Name	Columns	Rows	Name	Columns	Rows
TABLA3	12	487	TABLA4	6	487
TABLA5	4	1279	ANEXO	2	324
FORMS	2	296	TABLA1	10	723
NOMORBI	13	107	MORBI	13	380
TABLA2	13	487	TAB12	22	487
TAB123	33	487	TA1234	38	487
MORB	2	487	TAB123	39	487
TA12345	42	1279	REPORTS	2	23

## Column definitions

Name	Type	Length	Table	Key	Expression
ABORTOS	TEXT	2 characters	NOMORBI TA1234 TAB1234 TAB123 TA12345 TABLA2 TAB12 MORBI		
AÑO	TEXT	2 characters	TABLA5 TA12345		
CASA	TEXT	1 characters	TA1234 TAB1234 TA12345 TAB123 TAB12 TABLA1		
CESAREAS	TEXT	2 characters	TAB1234 TAB123 MORBI TAB12 TA1234 TA12345 NOMORBI TABLA2		
CODIGO	INTEGER		TABLA5 TA1234 ANEXO TAB123 NOMORBI TA12345 TABLA1 TABLA4 MORBI TAB12 MORB TABLA2 TABLA3 TAB1234		
CONDON	TEXT	1 characters	TAB1234 TAB123 TABLA3 TA1234		

Name	Type	Length	Table	Key	Expression
CONPRENA	TEXT	1 characters	TAB1234 TABLA4 TA1234 TA12345		
CV	TEXT	1 characters	TA12345 TABLA4 TA1234 TAB1234		
DIAFRAG	TEXT	1 characters	TA12345 TAB123 TAB1234 TABLA3 TA1234		
DIU	TEXT TEXT	1 characters 1 characters	TABLA3 TAB123 TA1234 TA12345 TAB1234		
EDAD	INTEGER		TAB123 TABLA1 TA1234 TA12345 TAB12 TAB1234		
EDOCIVIL	TEXT	1 characters	TAB12 TAB1234 TABLA1 TA12345 TA1234 TAB123		
EMBARAZO	TEXT	1 characters	TAB123 TA12345 TAB1234 TA1234 TABLA2 TAB12 MORBI NOMORBI		
FDATA	TEXT	46 characters	FORMS		
FNAME	TEXT	8 characters	FORMS	yes	

Name	Type	Length	Table	Key	Expression
GO	TEXT	1 characters	TAB123 TABLA3 TA1234 TAB1234 TA12345		
GP	TEXT	1 characters	TA1234 TAB123 TA12345 TABLA3 TAB1234		
HABITAN	TEXT	2 characters	TAB123 TAB1234 TA12345 TAB12 TA1234 TABLA1		
HIJOSTOT	TEXT	2 characters	TAB1234 TABLA2 TA1234 MORBI TAB12 TAB123 NOMORBI TA12345		
HIJOSVIV	TEXT	2 characters	TA1234 TABLA2 TAB12 TAB123 TAB1234 TA12345 MORBI NOMORBI		
HOSPITAL	TEXT	2 characters 2 characters	TAB12 TA1234 TAB1234 TAB123 TABLA1 TA12345		

Name	Type	Length	Table	Key	Expression
INGRESO	TEXT	1 characters	TA12345 TAB12 TABLA1 TAB123 TA1234 TAB1234		
LEGRADO1	TEXT	2 characters	TA1234 MORBI TABLA2 TAB123 NOMORBI TA12345 TAB1234 TAB12		
LEGRADO2	TEXT	2 characters	MORBI TAB123 TA12345 TABLA2 TAB12 TA1234 NOMORBI TAB1234		
LEGRADO3	TEXT	2 characters	MORBI TAB123 NOMORBI TABLA2 TA1234 TA12345 TAB1234 TAB12		
METODOA	TEXT	1 characters	TABLA3 TA1234 TAB123 TAB1234 TA12345		
MORB	TEXT	1 characters	TAB1234 TA12345 MORB		
NOXA	TEXT	2 characters	TABLA5 TA12345		

Name	Type	Length	Table	Key	Expression
NUMEROE	TEXT	2 characters	TA1234 NOMORBI TAB123 TAB1234 MORBI TA12345 TAB12 TABLA2		
OBSERVA	TEXT	180 characters	ANFXO		
OFICIO	TEXT	2 characters	TAPLA1 TAB123 TAB1234 TA12345 TAB12 TA1234		
ORDEN	TEXT	2 characters	TA12345 TABLA5		
OTROM	TEXT	1 characters	TAB1234 TA1234 TAB123 TA12345 TABLA3		
PARTOS	TEXT	2 characters	TAB1234 MORBI TAB123 TA12345 NOMORBI TABLA2 TA1234 TAB12		
PENULTI	TEXT	2 characters	TA1234 NOMORBI TAB12 MORBI TA12345 TAB1234 TABLA2 TAB123		

Name	Type	Length	Table	Key	Expression
PROXTMO	TEXT	1 characters	TABLA3 TAB123 TAR1234 TA1234 TA12345		
QUIRUR	TEXT	1 characters	TAB1234 TA1234 TABLA3 TA12345 TAB123		
RDATA	TEXT	80 characters	REPORTS		
RITMO	TEXT	1 characters	TAR123 TA1234 TA12345 TABLA3 TAB1234		
RNAME	TEXT	8 characters	REPORTS	yes	
SURPRENA	TEXT	1 characters	TABLA4 TAB1234 TA1234 TA12345		
TIEMPO1	TEXT	4 characters	TAB1234 TA1234 TA12345 TABLA1 TAB123 TAB12		
TIEMPO2	TEXT	4 characters	TA12345 TA1234 TABLA1 TAB123 TAB1234 TAB12		
ULTIMO	TEXT	4 characters	TAB12 TAB1234 TA12345 TABLA2 NOHORBI TA1234 HORBI		

Name	Type	Length	Table	Key	Expression
VACUNA1	TEXT	1 characters	TABLA4 TAB1234 TA12345 TA1234		
VACUNA2	TEXT	1 characters	TA12345 TABLA4 TA1234 TAB1234		
VSA	TEXT	2 characters	TABLA3 TA12345 TAB1234 TA1234 TAB123		

## ANEXO IV

---

PROGRAMA DESCODIFICADOR Nº1 PARA SPSS +

---

TRANSLATE FROM 'C:\TAB1.WK1'.

VARIABLE LABEL A 'EDAD'

/B 'ESTADO CIVIL'

/C 'PROFESION'

/D 'TIEMPO DE EJERCER'

/E 'CENTRO HOSPITALARIO'

/F 'TIEMPO DE LABORAR EN HOSPITALES'

/G 'INGRESO ECONOMICO'

/H 'HABITA EN CASA'

/I 'NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN'.

VALUE LABELS B 1 'SOLTERA' 2 'CASADA' 3 'UNIDA' 4 'DIVORCIADA' 5 'SEPARADA'  
6 'VIUDA' 7 'ACOMPAÑADA'.

VALUE LABELS C 1 'MEDICA' 2 'ENFERMERA' 3 'ODONTOLOGA' 4 'TRABAJO SOCIAL'  
5 'PSICOLOGA' 6 'NUTRICIONISTA' 7 'ADMINISTRADORA'  
8 'ECONOMISTA' 9 'FARMACEUTICA' 10 'TECNOLOGA MEDICA'  
11 'CITOTECNOLOGA' 12 'TECNICA DE RX.' 13 'TEC. QUIRUR.'  
14 'CONTABILIDAD' 15 'TEC. EN ANESTESIA' 16 'TEC. LABORAT.'  
17 'TEC. FISIOTERAPIA' 18 'TEC. ADMINISTRACION'  
19 'TEC. ALIMENTACION' 20 'LIC. CC. EDUC.'  
21 'ING. AGRONOMA' 22 'TEC. ESTADISTICA'  
23 'SECRETARIA EJECUTIVA'.

VALUE LABELS E 1 'H.BERTHA CLADERON' 2 'H.F.V.P.' 3 'H.A.L.F.'  
4 'H.M.J.R.' 5 'H.M.M.P.' 6 'H.C.M.' 7 'H.E.O.D.R.A.'  
8 'H.A.D.B.'.

VALUE LABELS G 1 'ALTO' 2 'MEDIO' 3 'BAJO'.

VALUE LABELS H 1 'PROPIA' 2 'ALQUILADA' 3 'FAMILIAR'.

---

PROGRAMA DESCODIFICADOR Nº1 PARA SPSS +

---

TRANSLATE FROM 'C:\TAB1.WK1'.

VARIABLE LABEL A 'EDAD'

/B 'ESTADO CIVIL'

/C 'PROFESION'

/D 'TIEMPO DE EJERCER'

/E 'CENTRO HOSPITALARIO'

/F 'TIEMPO DE LABORAR EN HOSPITALES'

/G 'INGRESO ECONOMICO'

/H 'HABITA EN CASA'

/I 'NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN'.

VALUE LABELS B 1 'SOLTERA' 2 'CASADA' 3 'UNIDA' 4 'DIVORCIADA' 5 'SEPARADA'  
6 'VIUDA' 7 'ACOMPAÑADA'.

VALUE LABELS C 1 'MEDICA' 2 'ENFERMERA' 3 'ODONTOLOGA' 4 'TRABAJO SOCIAL'  
5 'PSICOLOGA' 6 'NUTRICIONISTA' 7 'ADMINISTRADORA'  
8 'ECONOMISTA' 9 'FARMACEUTICA' 10 'TECNOLOGA MEDICA'  
11 'CITOTECNOLOGA' 12 'TECNICA DE RX.' 13 'TEC. QUIRUR.'  
14 'CONTABILIDAD' 15 'TEC. EN ANESTESIA' 16 'TEC. LABORAT.'  
17 'TEC. FISIOTERAPIA' 18 'TEC. ADMINISTRACION'  
19 'TEC. ALIMENTACION' 20 'LIC. CC. EDUC.'  
21 'ING. AGRONOMA' 22 'TEC. ESTADISTICA'  
23 'SECRETARIA EJECUTIVA'.

VALUE LABELS E 1 'H.BERTHA CLADERON' 2 'H.F.V.P.' 3 'H.A.L.F.'  
4 'H.M.J.R.' 5 'H.M.M.P.' 6 'H.C.M.' 7 'H.E.O.D.R.A.'  
8 'H.A.D.B.'.

VALUE LABELS G 1 'ALTO' 2 'MEDIO' 3 'BAJO'.

VALUE LABELS H 1 'PROPIA' 2 'ALQUILADA' 3 'FAMILIAR'.

-----  
PROGRAMA DESCODIFICADOR N02 PARA SPSS +  
-----

TRANSLATE FROM 'C:\MORBI.WK1'.

VARIABLE LABEL A 'EDAD'

/B 'ESTADO CIVIL'

/C 'PROFESION'

/D 'TIEMPO DE EJERCER'

/E 'CENTRO HOSPITALARIO'

/F 'TIEMPO DE LABORAR EN HOSPITALES'

/G 'INGRESO ECONOMICO'

/H 'HABITA EN CASA'

/I 'NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN'

/J 'EMBARAZO'

/K 'NUMERO DE EMBARAZOS'

/L 'NUMERO DE ABORTOS'

/M 'LEGRADOS X ABORTOS'

/N 'LEGRADOS X PARTOS'

/O 'LEGRADOS X OTRAS CAUSAS'

/P 'NUMERO DE PARTOS'

/Q 'NUMERO DE CESAREAS'

/R 'NUMERO DE HIJOS'

/S 'NUMERO DE HIJOS VIVOS'

/T 'EDAD DEL PENULTIMO HIJO'

/U 'EDAD DEL ULTIMO HIJO'

/V 'EDAD INICIO DE VSA'

/W 'EMBARAZO EN PROX. 2 AÑOS'

/X 'UTILIZA METODOS ATICONCEPTIVOS'

/Y 'ESTERILIZAC. QUIRURG.'

/Z 'DIU'

/AA 'GESTAGENOS ORALES'

/AB 'GESTAGENOS PARENTERALES'

/AC 'CONDON'

/AD 'DIAFRAGMA'

/AE 'METODO DEL RITMO'

/AF 'OTROS METODOS'

/AG 'RECIBIO SUBSIDIO PRENATAL'

/AH 'RECIBIO CONTROL PRENATAL'

/AI 'VACUNA CONTRA LA HEPATITIS'

/AJ 'VACUNA CONTRA EL TETANOS'

/AK 'CITOLOGIA CERVICOVAGINAL'

/AL 'REPORTO MORBILIDAD'.

VALUE LABELS B 1 'SOLTERA' 2 'CASADA' 3 'UNIDA' 4 'DIVORCIADA' 5 'SEPARADA'  
6 'VIUDA' 7 'ACOMPANADA'.

RECODE C (14 = 99).

RECODE C (18 = 99).

RECODE C (20 = 99).

RECODE C (21 = 99).

RECODE C (23 = 99).

VALUE LABELS C 1 'MEDICA' 2 'ENFERMERA' 3 'ODONTOLOGA' 4 'TRABAJO SOCIAL'  
 5 'PSICOLOGA' 6 'NUTRICIONISTA' 9 'FARMACEUTICA'  
 10 'TECNOLOGA MEDICA' 11 'CITOTECNOLOGA'  
 12 'TECNICA DE RX.' 13 'TEC. QUIRUR.'  
 15 'TEC. EN ANESTESIA' 16 'TEC. LABORAT.'  
 17 'TEC. FISIOTERAPIA' 19 'TEC. ALIMENTACION'  
 22 'TEC. ESTADISTICA' 99 'OTRAS'.

VALUE LABELS E 1 'H.BERTHA CLADERON' 2 'H.F.V.P.' 3 'H.A.L.F.'  
 4 'H.M.J.R.' 5 'H.M.M.P.' 6 'H.C.M.' 7 'H.E.O.D.R.A.'  
 8 'H.A.D.B.'.

VALUE LABELS G 1 'ALTO' 2 'MEDIO' 3 'BAJO'.

VALUE LABELS H 1 'PROPIA' 2 'ALQUILADA' 3 'FAMILIAR'.

VALUE LABELS J 1 'TIENE HISTORIA' 2 'ESTA EMBARAZADA'.

VALUE LABELS W 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS X 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS Y 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS Z 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AA 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AB 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AC 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AD 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AE 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AF 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AG 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AH 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AI 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AJ 0 'NO' 1 'PARCIAL 1/3' 2 'PARC. 2/3' 3 'COMPLETA'.

VALUE LABELS AK 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AL 0 'NO' 1 'SI'.

MISSING VALUE T(99).

MISSING VALUE U(99).

-----  
PROGRAMA DESCODIFICADOR N°3 PARA SPSS +  
-----

TRANSLATE FROM 'C:\MORBILI.WK1'.

VARIABLE LABEL A 'EDAD'

/B 'ESTADO CIVIL'

/C 'PROFESION'

/D 'TIEMPO DE EJERCER'

/E 'CENTRO HOSPITALARIO'

/F 'TIEMPO DE LABORAR EN HOSPITALES'

/G 'INGRESO ECONOMICO'

/H 'HABITA EN CASA'

/I 'NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN'

/J 'EMBARAZO'

/K 'NUMERO DE EMBARAZOS'

/L 'NUMERO DE ABORTOS'

/M 'LEGRADOS X ABORTOS'

/N 'LEGRADOS X PARTOS'

/O 'LEGRADOS X OTRAS CAUSAS'

/P 'NUMERO DE PARTOS'

/Q 'NUMERO DE CESAREAS'

/R 'NUMERO DE HIJOS'

/S 'NUMERO DE HIJOS VIVOS'

/T 'EDAD DEL PENULTIMO HIJO'

/U 'EDAD DEL ULTIMO HIJO'

/V 'EDAD INICIO DE VSA'

/W 'EMBARAZO EN PROX. 2 AÑOS'

/X 'UTILIZA METODOS ATICONCEPTIVOS'

/Y 'ESTERILIZAC. QUIRURG.'

/Z 'DIU'

/AA 'GESTAGENOS ORALES'

/AB 'GESTAGENOS PARENTERALES'

/AC 'CONDON'

/AD 'DIAFRAGMA'

/AE 'METODO DEL RITMO'

/AF 'OTROS METODOS'

/AG 'RECIBIO SUBSIDIO PRENATAL'

/AH 'RECIBIO CONTROL PRENATAL'

/AI 'VACUNA CONTRA LA HEPATITIS'

/AJ 'VACUNA CONTRA EL TETANOS'

/AK 'CITOLOGIA CERVICOVAGINAL'

/AL 'REPORTO MORBILIDAD'

/AM 'EMBARAZO N°'

/AN 'PATOLOGIA'

/AO 'AÑO DE OCURRENCIA'.

VALUE LABELS B 1 'SOLTERA' 2 'CASADA' 3 'UNIDA' 4 'DIVORCIADA' 5 'SEPARADA'  
6 'VIUDA' 7 'ACOMPAÑADA'.

RECODE C (14 = 99).

RECODE C (18 = 99).

RECODE C (20 = 99).

RECODE C (21 = 99).

RECODE C (23 = 99).

VALUE LABELS C 1 'MEDICA' 2 'ENFERMERA' 3 'ODONTOLOGA' 4 'TRABAJO SOCIAL'  
5 'PSICOLOGA' 6 'NUTRICIONISTA' 9 'FARMACEUTICA'  
10 'TECNOLOGA MEDICA' 11 'CITOTECNOLOGA'  
12 'TECNICA DE RX.' 13 'TEC. QUIRUR.'  
15 'TEC. EN ANESTESIA' 16 'TEC. LABORAT.'  
17 'TEC. FISIOTERAPIA' 19 'TEC. ALIMENTACION'  
22 'TEC. ESTADISTICA' 99 'OTRAS'.

VALUE LABELS E 1 'H.BERTHA CLADERON' 2 'H.F.V.P.' 3 'H.A.L.F.'  
4 'H.M.J.R.' 5 'H.M.M.P.' 6 'H.C.M.' 7 'H.E.O.D.R.A.'  
8 'H.A.D.B.'.

VALUE LABELS G 1 'ALTO' 2 'MEDIO' 3 'BAJO'.

VALUE LABELS H 1 'PROPIA' 2 'ALQUILADA' 3 'FAMILIAR'.

VALUE LABELS J 1 'TIENE HISTORIA' 2 'ESTA EMBARAZADA'.

VALUE LABELS W 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS X 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS Y 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS Z 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AA 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AB 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AC 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AD 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AE 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AF 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AG 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AH 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AI 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AJ 0 'NO' 1 'PARCIAL 1/3' 2 'PARC. 2/3' 3 'COMPLETA'.

VALUE LABELS AK 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AL 0 'NO' 1 'SI'.

VALUE LABELS AN 1 'HEMORRAGIA TRANSVAGINAL' 2 'AMENAZA DE ABORTO'  
3 'ABORTO' 4 'PLACENTA PREVIA' 5 'ABRUPRIO PLACENTAE'  
6 'TOXEMIA' 7 'INF. VIAS URINA.' 8 'SEPSIS'  
9 'DISTOSIA' 10 'CESARA X CES. ANT.'  
11 'ALTER. EMOC. POR OBITO FETAL' 12 'RPM' 13 'AMENAZA PP'  
14 'PARTO PREMATURO' 15 'HIPEREMESIS GRAVID.'  
16 'CESAREA' 17 'ANEMIA' 18 'RETENCION PLACENTARIA'  
19 'INCOMPATIBILIDAD ABO' 20 'VARICES'  
21 'PRIMIGESTA AÑOSA' 22 'EMBARAZO ECTOPICO'  
23 'EDOMETRITIS' 24 'HIPOTENSION' 25 'TOXOPLASMOISIS'  
26 'POLIHIDRAMNIOS' 27 'DESNUTRICION'.

MISSING VALUE T(99).

MISSING VALUE U(99).