



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Tesis para optar al título de Medicina y Cirugía**

“Complicaciones obstétricas en mujeres mayores de 15 años, ingresadas en el Hospital Ernesto Sequeira, Bluefields. Enero-diciembre 2020”

**Elaborado por:**

- Br. Emely Raquel Zeledón Rivers
- Br. Rebeca Leonor Valle Ramírez

**Tutor:**

- PhD. Ximena Gutierrez  
Gestión y Calidad de Investigación Científica  
Magíster Salud Pública, mención materno-infantil

Junio, 2021

## **DEDICATORIA**

A mi madre y mis hermanas, por brindarme su apoyo incondicional y motivarme siempre a alcanzar mis metas.

A mi novio, por acompañarme durante todo este largo camino.

Gracias por todo,

Emely Zeledón Rivers.

## **DEDICATORIA**

Primeramente a Dios por darme el don de la vida y bendecirme cada día, porque gracias a él, su guía y acompañamiento he llegado hasta esta etapa de mi vida profesional, me dio salud, sabiduría y paciencia para poder culminar una de las primeras etapas de esta ardua carreta.

A mi amada mamá Lilliam Isabel Ramírez Flores por motivarme a seguir adelante, por estar siempre pendiente de mi educación, de mi superación personal, por escucharme cuando los ánimos sucumbían. A mi esposo Christopher Samir Valle López por darme ánimos para continuar adelante, por su amor incondicional y creer siempre en mí.

A mi padre Normal Leonel Valle Bravo y mis hermanas Claudia Carolina y Jennifer Abigail por su apoyo incondicional, por sus consejos y muestras de cariño. A cada uno de los miembros de mi familia que de una y otra manera me brindaron su apoyo desde el inicio de esta travesía.

A nuestra tutora MSC. Ximena Gutiérrez por ser nuestra mentora, por habernos ayudado, explicado todo que nosotras no sabíamos, por ser paciente y por todas sus enseñanzas, por su tiempo invertido desde el inicio hasta el final de nuestro trabajo.

Gracias por todo,

Rebeca Leonor Valle Ramírez

## **AGRADECIMIENTO**

Antes que nada, gracias Dios, por habernos dado la sabiduría para realizar este trabajo, sin el nada de esto hubiese sido posible.

A nuestros padres, porque este largo camino lo han recorrido junto a nosotras, por todo su apoyo incondicional, sus consejos, sus valores enseñados todo ha sido fundamental para nuestro desarrollo.

Gracias a la doctora Ximena Gutiérrez, nuestra tutora, por habernos guiado y animado con esta investigación, por brindarnos parte de sus conocimientos.

Al SILAIS-RACCS, por permitirnos realizar este estudio en la región, por el apoyo brindado por el director del Hospital Ernesto Sequeira y el personal que labora en el área de estadística, gracias a todas aquellas personas que muy amablemente nos ayudaron a que esta investigación se llevara a cabo,

Gracias por todo.

## RESUMEN

Este estudio tiene como propósito describir las complicaciones obstétricas en mujeres mayores de 15 años ingresadas al hospital Ernesto Sequeira Bluefields, enero-diciembre 2020. Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, muestra y universo fueron 73 pacientes, el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. Los principales resultados fueron: mujeres entre 20-34 años, área rural, primigestas, sin antecedentes patológicos personales. Principales complicaciones en embarazo: preeclampsia (27.4%), ruptura prematura de membrana (12.3%), eclampsia y embarazo ectópico (11%); en el parto: 16.4% presentó retención de placenta, 4.1% desgarros, el 2.7% parto obstruido; en el postparto: 67.1% no presentó complicaciones, 28.8% presentó hemorragia postparto y 4.1% sepsis puerperal, vía de interrupción del embarazo, cesárea (51.4%), vaginal (37.5%), legrado por aspiración endouterina (9.7%) y aspiración manual endouterina (1.4%). Estancia intrahospitalaria promedio, 7 a más días (31.5%), 94.5% de las pacientes egresó viva, 2.7% fue trasladada a tercer nivel y 2.7% fue egresada muerta. Conclusión: la mayoría de pacientes que presentaron complicaciones eran jóvenes, sin factor de riesgo aparente, del área rural, sin embargo, es importante destacar que, de las fallecidas, todas pertenecían al área urbana. Las mayores complicaciones se presentaron en el embarazo (preeclampsia) y en el pos parto (hemorragia pos parto). Se recomienda brindar atención prenatal de calidad para identificar oportunamente las señales de la preeclampsia y dar un mayor seguimiento después del parto para reducir las hemorragias como una complicación que pone en riesgo la vida de la madre.

**Palabras claves:** complicaciones obstétricas, embarazo, parto y postparto

## Contenido

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
I. GENERALIDADES.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes.....	2
1.3 Justificación.....	5
1.4 Planteamiento del problema.....	6
1.5 Objetivos.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivo Específico.....	7
1.6 Marco teórico.....	8
II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	14
2.1 Tipo de Estudio.....	14
2.2 Caracterización del área de estudio.....	14
2.3 Universo.....	14
2.4 Muestra.....	14
2.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	14
2.6 Técnica y procedimiento de recolección de datos.....	15
2.7 Plan de tabulación de la información.....	15
2.8 Plan de análisis de la información.....	15
2.9 Enunciado de variables.....	15
2.10 Operacionalización de las variables.....	17
2.11 Aspectos éticos.....	23
III. DESARROLLO.....	24
3.1 Resultados.....	24
3.2 Discusión de resultados.....	28
3.3 Conclusiones.....	32
3.4 Recomendaciones.....	33
IV. BIBLIOGRAFÍA.....	34
V. ANEXO.....	37

## I. GENERALIDADES

### 1.1 Introducción

El embarazo, parto y puerperio son procesos fisiológicos que deberían desarrollarse sin problemas para el binomio materno fetal. Sin embargo, en ocasiones ocurren disrupciones durante estos procesos, es decir, complicaciones obstétricas que pueden ocasionar morbilidad, secuelas y hasta la muerte de la madre o del feto (Navas, Guzmán, 2017).

Se define complicaciones obstétricas (COS) al daño o resultado clínico no esperado atribuible a la enfermedad o a las condiciones de la paciente que sucede durante el embarazo, parto o puerperio. (Heredia & Iglesias, Julio 2020).

Se estima que cerca del 15% de las mujeres embarazadas sufrirá una complicación (UNICEF 2018), y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayor presencia de estas complicaciones del embarazo y parto se encuentra en los países en vías de desarrollo, y de estas el 70% se dan en el área rural.

Aproximadamente 34 mujeres mueren cada hora en el mundo secundario a complicaciones obstétricas (OMS,2017) y en Nicaragua cada mes fallecen 8 mujeres aproximadamente, y por cada una hay más de 30 que presentan secuelas de las complicaciones de este periodo, sin mencionar el serio impacto que se genera sobre la salud de los recién nacidos (Trujillo 2016).

En Nicaragua se han realizado intervenciones para reducir las complicaciones obstétricas, sin embargo, pese al esfuerzo, el SILAIS de la Región Autónoma de la Costa Caribe Sur sigue siendo uno de los más afectados, ocupando en el 2020 el segundo lugar de los SILAIS que más complicaciones obstétricas y muertes maternas reportó.

Considerando la relevancia que tiene el tema se plantea el presente estudio que tiene como objetivo, describir las complicaciones obstétricas en mujeres de 15 años a más ingresadas en el hospital Regional Ernesto Sequeira Bluefields costa Caribe Sur en el periodo de enero-diciembre 2020, con el propósito que se identifiquen tempranamente, se aborden y refieran oportunamente.

## 1.2 Antecedentes

### Internacional

En Uruguay, durante el periodo de 2015-2017 se realizó un estudio titulado: "Evaluación de las complicaciones obstetricas en adolescente", donde se evaluaron 114,564 embarazos, de los que 21,486 (18.75%) correspondieron a nacimientos en adolescentes y 93,078 (81.25%) a nacimientos en embarazadas en edad reproductiva óptima. Se observó que el embarazo en adolescentes implica mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino, parto instrumentado, parto pretérmino, afectación neonatal, pequeños para la edad gestacional y síndrome preeclampsia-eclampsia. Por lo que se concluye que el embarazo en las adolescentes se asocia con mayor riesgo de síndrome preeclampsia-eclampsia, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, parto instrumentado, afectación neonatal y pequeños para la edad gestacional (Feldman, 2019).

En Ecuador se realizó un estudio con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas en edad igual o mayor a 35 años en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo del año 2018. Se revisaron 540 historiales clínicos de los cuales la edad media fue 38,05 años, el 44,8% estaban casadas, el 55% con instrucción primaria, el 56% terminó su embarazo por vía vaginal; dio como resultado que la prevalencia general de complicaciones fue el 38.5 %, se encontró una relación con edad  $\geq$  a 40 años. Por lo que se concluyó que la prevalencia general de complicaciones fue 38,5%, las que se encontraron con mayor frecuencia fueron los trastornos hipertensivos del embarazo, parto pretérmino, aborto, y la hemorragia postparto (Cambi, 2020).

En un artículo publicado por la Universidad Medica Pinareña, titulado: "Factores asociados a complicaciones obstétricas en madres primigestas", dio como resultado que ser menor de edad, soltera y procedente de la zona rural tiene más relación por el desarrollo de complicaciones obstétricas ( $P < 0.05$ ), de igual forma se encontró asociación entre el número de controles y la presencia de complicaciones ( $P = 0.001$ ), a menos controles prenatales, más complicaciones obstétricas (Heredia & Iglesias, Julio 2020).

## **Nacional**

En Waslala – Matagalpa se realizó una investigación titulada:” Comportamiento clínico y epidemiológico de complicaciones obstétricas presentadas en el Hospital Primario “Fidel Ventura” del municipio de Waslala, Matagalpa, enero a diciembre 2016”, para ello se analizaron 86 expedientes clínicos de pacientes que presentaron alguna complicación obstétrica.

El grupo etario más afectado de las pacientes participantes en el estudio fue el de 20 a 34 años. Con respecto al tipo de complicación obstétrica presentada en el lugar de estudio se encontró que el 20.9% presentó hemorragia por hipotonía uterina, seguida de abortos incompletos con un 19.8%, Preeclampsia grave con 15.1%, la ruptura prematura de membranas con 9.3%, las hemorragias por restos placentarios y las hemorragias por retención de placenta con 8.1% cada una, las hemorragias por desgarro de cuello se presentaron en el 3.5% , el desprendimiento de placenta y la eclampsia, en un mismo porcentaje, 2.3%, y por último la placenta previa, el shock hemorrágico y la sepsis en el mismo porcentaje con 1.2 % (Navas, 2016).

En Estelí, un estudio titulado: “Complicaciones obstétricas en mujeres que ingresaron al servicio de obstetricia del Hospital Regional Escuela San Juan de Dios”, dio como resultado que la principal complicación fue el síndrome hipertensivo gestacional con 17%, oligoamnios con 15%, pre eclampsia con 13%, y con menor porcentaje ruptura prematura de membranas, óbito fetal y diabetes gestacional. Durante el parto el 17% fueron partos precipitados, 13% pérdida del bienestar fetal, 3% con algún grado de desgarro vaginal, durante el puerperio no se reportaron complicaciones. La principal vía de finalización fue en un 53% vaginal (Blandón & Dávila, 2019).

En el Hospital Luis Felipe Moncada ubicado en San Carlos Rio San Juan, durante el periodo de enero – diciembre 2018, se realizó un estudio titulado: “Factores asociados a complicaciones obstétricas en embarazadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Dr. Luis”, tomando como universo y muestra todas las embarazadas ingresadas al servicio con una complicación obstétrica, siendo 80 pacientes en estudio. La mayoría de las

embarazadas pertenecen al grupo etario de 20 a 29, los municipios predominantes fueron San Carlos y El Castillo, el 93% del área rural.

El 89% no refieren patologías previas al embarazo y las patologías durante el embarazo fueron referidas por el 56% destacando la infección de vías urinarias y las Infecciones de transmisión sexual (ITS). Los diagnósticos de ingreso fueron: la preeclampsia, trabajo de parto y la placenta previa, el 54% ingresaron estable y el promedio de estancia hospitalaria fue de 3 días. Las complicaciones presentadas fueron: la preeclampsia, hemorragias, endometritis y desprendimiento de placenta previamente normo inserta. Al 53% de los casos se les realizó cesárea de urgencia y 8% se les realizó histerectomía obstétrica. Un 96% de las embarazadas fueron dadas de alta sin complicaciones (Martinez, 2020).

### **1.3 Justificación**

Aproximadamente 15% de todas las mujeres embarazadas sufrirá alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y en algunos casos, una intervención obstétrica acertada para la sobrevivencia de la madre y del niño, estas complicaciones son responsables del 70% de las muertes maternas (OMS, 2017).

Del año 2018 al año 2020 se ha mostrado una reducción de la mortalidad materna en el país, sin embargo, en el último año el municipio que más muerte materna y complicaciones obstétricas reportó fueron Jinotega, seguido de Bluefields y Bilwi.

Por lo antes expuesto se considera de suma importancia estudiar las complicaciones obstétricas en este municipio, debido a los efectos negativos a corto y largo plazo que estas tienen sobre la madre y el bebé. A pesar de la importancia del tema, en Bluefields no se cuenta con estudios similares, es por esta razón que la presente investigación tendrá una utilidad teórica, dado, se llenarán vacíos de conocimientos relacionados con este tema en la región, también tiene una relevancia social, puesto que las complicaciones obstétricas tienen un impacto negativo no solo para la salud de la madre y del bebé, sino que también produce un costo económico en la familia de las embarazadas al tener que viajar para sus visitas en caso de que requieran hospitalización y sociales, por los días de estancia que tienen las hospitalizaciones por esta causa.

Así mismo tiene utilidad metodológica, debido a que los instrumentos que fueron diseñados y el proceso metodológico del estudio puede servir a futuras investigaciones. A su vez esta investigación tendrá utilidad práctica ya que las recomendaciones se podrán a la disposición de las autoridades correspondientes del Hospital Ernesto Sequeira para promover la identificación temprana, principalmente en las zonas de difícil acceso, atención hospitalaria del parto humanizada y con calidez, así como el manejo apropiado y referencia oportuna que contribuya a la reducción de estas complicaciones y a largo plazo a reducir la mortalidad materna en la región.

#### **1.4 Planteamiento del problema**

La salud materna sigue siendo un problema a nivel mundial, a diario 830 mujeres mueren por razones vinculadas a ello y 99% son originarias de países en desarrollo (BM 2019).

Según el Ministerio de salud de Nicaragua (MINSA, 2020) en el año 2019 más de la mitad de las muertes maternas (51%) ocurrieron en el departamento de Jinotega y las Regiones del Norte y Sur de la Costa Caribe Nicaragüense, de igual forma RAACS es de los SILAIS que más complicaciones Obstétricas reportó en el periodo 2018-2019.

Pese a que el Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco cuenta con equipo multidisciplinario que está en constante monitoreo de las embarazadas, aún se logran observar complicaciones no solo en el transcurso del embarazo, también al momento del parto.

Por encontrarse la región de la Costa Caribe Sur entre los 4 SILAIS que más complicaciones obstétricas reporta, se plantea la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuáles son las complicaciones Obstétricas en mujeres mayores de 15 años ingresadas en el hospital Regional Ernesto Sequeira,-Bluefields, enero-diciembre 2020?

Las preguntas de sistematización se presentan a continuación:

- 1) ¿Cuáles son las características de la población en estudio?
- 2) ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes durante el embarazo?
- 3) ¿Qué complicaciones se presentaron durante el parto y postparto en las mujeres en estudio?
- 4) ¿Cuál fue la evolución clínica de las pacientes estudiadas?

## **1.5 Objetivos**

### **Objetivo General**

- Describir las complicaciones obstétricas en mujeres mayores de 15 años ingresadas en el hospital Regional Ernesto Sequeira, Bluefields, Enero -diciembre 2020.

### **Objetivo Específico**

- Identificar las características de la población en estudio.
- Clasificar las complicaciones obstétricas más frecuentes que se presentaron durante el embarazo.
- Explorar las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia durante el parto y post parto en la población en estudio
- Reconocer la evolución clínica de las pacientes en estudio.

## **1.6 Marco teórico**

### **1.6.1 Generalidades**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad obstétrica directa como resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores. La definición de morbilidad obstétrica extrema, según RC Pattinson, es una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre. (OMS, Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas, 2016)

#### **1.6.1.1 Embarazo**

El embarazo es el período que transcurre entre la concepción y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. Es una condición especial de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares o 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación (MINSA, Normas para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo y Protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo., 2020). También se llama gestación.

#### **1.6.1.2 Complicaciones del embarazo**

Se le llama así al daño o resultado clínico no esperado atribuible a la enfermedad o a las condiciones de la paciente que sucede durante el embarazo, parto o puerperio, los cuales ponen en riesgo la vida de la madre o del feto.

### **1.6.2 Epidemiología**

Las complicaciones obstétricas durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100,000 muchachas. (OMS, Complicaciones obstétricas, 2015)

El grupo de edad entre 20 y 39 años es el que más presenta complicaciones. Hemorragia en el parto, hipertensión y patologías desarrolladas durante el embarazo, son las causas

principales por las que fallecen las madres en Nicaragua. (MINSA, MINSA presenta mapa de mortalidad materna, 2018)

Según el mapa de mortalidad materna presentado por el Ministerio de Salud 2018-2019-septiembre 2020, nos detalla que en la Región Autónoma Costa Caribe Sur en 2018 se tuvieron 9 muertes maternas, 6 en 2019 y 4 en 2020. (MINSA, 2020) Como es notorio una disminución en los números de presentación de los casos y las causas de las mismas son complicaciones obstétricas que se presentan en orden de frecuencia:

- Embarazo terminado en aborto.
- Embolia obstétrica.
- Causas Obstétricas indirectas (muertes a causa de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evolucionó durante el mismo, por ejemplo: enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades infecciosas y del sistema digestivo).
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Hemorragia del embarazo, parto y puerperio.
- Ruptura del útero durante el trabajo de parto, acretismo placentario, inversión del útero postparto.
- Embolia de líquido amniótico y tromboembolismo pulmonar
- Sepsis y otras infecciones puerperales

### **1.6.3. Clasificación de las complicaciones obstétricas**

#### **1.6.3.1 Hemorragia de la primera mitad del embarazo**

##### **1.6.3.1.1 Aborto**

Terminación de la gestación durante el periodo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500gramos y una longitud céfalo-caudal menor 25cm. (MINSA, Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas, 2018)

El aborto se clasifica según su frecuencia: Pérdida gestacional recurrente y Pérdidas gestacional esporádica

Según sus formas clínicas: Amenaza de aborto, aborto inminente o en curso, aborto inevitable, huevo muerto retenido, aborto incompleto, aborto completo y aborto séptico.

#### **1.6.3.1.2 Embarazo ectópico**

Implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina ya sea por retraso, desviación o imposibilidad de la migración hacia ella o por anticipación de la capacidad de implantación del huevo.

#### **1.6.3.1.3 Enfermedad trofoblástica gestacional**

Es una proliferación de tejido trofoblástico en mujeres embarazadas o recientemente embarazadas. Las manifestaciones pueden incluir un útero excesivamente agrandado, vómitos, sangrado vaginal y preeclampsia, en especial durante el embarazo temprano.

La enfermedad trofoblástica gestacional puede ser:

Benignos: estos tumores incluyen el nódulo en el sitio placentario y la mola hidatiforme.

Neoplasias trofoblásticas gestacionales: estos tumores malignos incluyen el tumor trofoblástico del sitio placentario, el tumor trofoblástico epitelioides, el coriocarcinoma y la mola invasora.

Las molas hidatidiformes son más comunes entre mujeres de  $< 17$  o  $> 35$  y en aquellas que previamente tuvieron una enfermedad trofoblástica gestacional. La incidencia es de 1/2.000 gestaciones en los Estados Unidos. Por razones desconocidas, la incidencia en los países asiáticos se aproxima a 1/200 (Ramírez & Salvo, 2020).

#### **1.6.3.2 Hemorragia de la segunda mitad del embarazo**

##### **1.6.3.2.1 Placenta previa**

La placenta previa es una condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo líder fetal.

Actualmente la clasificación utilizada consiste de solamente 2 variaciones: placenta previa (incluye los términos anteriores de parcial y completa en el cual el orificio cervical interno es cubierto por tejido placentario en cualquier medida) y placenta previa marginal (el borde

placentario se encuentra a menos de 2cm del orificio cervical interno, pero no lo cubre) (Ávila, Alfaro, & Olmedo, 2016).

#### **1.6.3.2.2 Desprendimiento de placenta**

El desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interfase decidua-placenta su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas (Monge Acuña, 2017).

#### **1.6.3.2.3 Ruptura uterina**

Es la solución de continuidad no quirúrgica de la pared uterina situada con mayor frecuencia en el segmento inferior (MINSA, Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas, 2018).

Se clasifica según profundidad: rotura uterina completa y rotura uterina incompleta o dehiscencia; según extensión y localización: rotura vaginal, cervicales supra vaginales, cérvico segmentarias, segmentarias, segmento corporal, corporales, cérvico segmento corporales, laterales; según la dirección: longitudinal, transversa, oblicua, mixta, rotura estrellada y según el mecanismo, espontáneas, pasivas y activas.

#### **1.6.3.3 Síndrome hipertensivo gestacional**

La hipertensión arterial en el embarazo es el conjunto de estados patológicos que ocurren en el embarazo o puerperio que pueden ser clasificadas en 4 categorías:

1. Pre eclampsia-Eclampsia
2. Hipertensión Arterial Crónica
3. Hipertensión Arterial Crónica con Pre eclampsia agregada
4. Hipertensión Gestacional

#### **1.6.3.4 Ruptura Prematura de Membranas**

La Rotura Prematura de Membranas es la solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina, que ocurre 6 horas o más antes del inicio del parto.

#### **1.6.3.5 Complicaciones durante el parto**

##### **1.6.3.5.1 Parto obstruido**

Trabajo de parto obstruido o detenido se define como un progreso insatisfactorio o la no progresión del trabajo de parto (no progresa ni el borramiento ni la dilatación del cuello uterino y no hay descenso de la presentación) después de haber estado en trabajo de parto efectivo, ya sea por alteraciones en la contractilidad uterina (dinámica), por desproporción céfalo pélvica o por presentaciones viciosas (mecánicas).

##### **1.6.3.5.2 Parto precipitado**

Un inicio repentino de intensos, estrechamente el tiempo de contracciones con poca oportunidad para la recuperación entre contracciones, un intenso dolor que se siente como una contracción que continua sin tiempo para la recuperación. La sensación de presión incluyendo un impulso para empujar que se enciende rápidamente y sin advertencia.

##### **1.6.3.5.3 Desgarro**

Los desgarros vaginales durante el parto, también llamados laceraciones o desgarros perineales, suceden cuando la cabeza del bebé que sale de la abertura vaginal es demasiado grande para que la vagina se estire o es de un tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad. Encontramos 4 tipos de desgarros:

Desgarros vaginales: Pueden acontecer en cualquier localización de la vagina, sin asociarse a desgarros perineales.

Desgarros cervicales: Desgarros cervicales de hasta 2 cm se consideran como inevitables en el curso de un parto normal, estos desgarros curan rápidamente y raramente son el origen de algún problema. Suelen localizarse a las 3 y 9 horarias del cuello uterino.

### **1.6.3.6 Complicación post parto**

#### **1.6.3.6.1 Hemorragia postparto**

Sangrado vaginal excesivo luego de un parto, cuya magnitud puede llegar incluso a comprometer la vida de la mujer. Se define habitualmente hemorragia puerperal como: “Pérdida sanguínea mayor a 1.000 ml en relación al parto” (independiente de si el parto fue vaginal o cesárea). Otras definiciones no habituales consideran caída del 10% del hematocrito respecto al anterior al parto o inestabilidad hemodinámica.

#### **1.6.3.6.2 Sepsis puerperal**

Disfunción orgánica debida a una respuesta no regulada del huésped a una infección que pone en peligro la vida. 1 Definición de consenso de la OMS de Sepsis materna en el Periparto: Sepsis puerperal = Infección puerperal + 1 ó más fallas orgánicas.

Infección bacteriana del tracto genital o de los tejidos adyacentes que ocurre en cualquier momento desde la labor de parto hasta los 42 días posparto.

Para definir infección puerperal se necesita que estén presente dos o más de los siguientes síntomas:

- a) Dolor Pélvico
- b) Fiebre ( $T > 38\text{ C}$ ).
- c) Descarga vaginal anormal (loquios con mal olor, purulento es olor sugestivo de anaerobios; serosanguinolento sugestivo de estreptococo)
- d) Retardo en la Involución uterina (menos de 2 cm por día en los primeros 8 días)
- e) Frecuencia cardíaca  $> 100x$  sostenida.
- f) Escalofríos, cefalea, malestar general.
- g) Diarrea o vómitos puede indicar producción de exotoxina (signo de shock tóxico precoz)

Por tanto, lo primero que debe definirse es si existe infección puerperal, si cumple el cuadro sintomático antes descrito, se inicia tratamiento según la sospecha, y se debe buscar de forma exhaustiva si existen datos de falla orgánica, solo si existen datos de falla orgánica (1 ó más) se establece diagnóstico de sepsis puerperal.

## **II. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1 Tipo de Estudio**

El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo.

### **2.2 Caracterización del área de estudio**

El estudio se llevó a cabo en el municipio de Bluefields-Nicaragua el cual es la cabecera departamental de la Región Autónoma de la Costa Caribe Sur, se encuentra ubicado a 383 kilómetros de Managua.

El Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, está ubicado en el barrio San Pedro, es una unidad hospitalaria de segundo nivel de atención, con una capacidad de 240 camas, en este hospital se encuentra servicio de Emergencia, Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía, Ortopedia, Medicina Interna y oncología, cuenta con 32 médicos internos distribuidos en los diferentes servicios, con 10 médicos generales, 28 especialistas (Dermatología, Emergencia, Maxilofacial, ORL, Cirugía pediátrica, perinatología, radiología, oftalmología, nefrología entre otras). Las embarazadas son hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia.

### **2.3 Universo**

El universo estuvo conformado por 73 pacientes que fueron ingresadas por complicación obstétrica en el periodo de estudio.

### **2.4 Muestra**

Se realizó el muestreo del 100% del universo, es decir que la muestra corresponde al universo.

### **2.5 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Mujeres procedentes de los diferentes municipios de la región de la costa caribe sur.
- Expediente clínico completo, legible, que contenga la información necesaria para el estudio.

## **Criterios de exclusión**

- Expediente que no se encuentre completo.

### **2.6 Técnica y procedimiento de recolección de datos**

Se solicitó la debida autorización al director del Hospital Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAACS, para la revisión de expediente y acceso a datos estadísticos.

Se procedió a visitar las oficinas del programa de Atención Integral a la Mujer Niñez y Adolescencia (AIMNA) del SILAIS RACCS para obtener la lista de todas las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas en el periodo en estudio.

Una vez identificadas las mujeres a estudiar, se visitó el área de estadística y archivo del hospital, para la búsqueda de los expedientes, se revisó que los expedientes cumplan con los criterios de inclusión para proceder a realizar la recolección de los datos.

### **2.7 Plan de tabulación de la información**

Previo al análisis de la información se diseñaron tablas que fueron construidas con las variables que se presentan a continuación, de manera que se facilitó el análisis univariado y bivariado de los datos recopilados.

Características de las mujeres y complicaciones presentes durante el embarazo

Características de las mujeres y complicaciones durante el parto y postparto.

Evolución clínica de las complicaciones del embarazo y características de las mujeres

Evolución clínica de las complicaciones del parto y pos parto y características de las mujeres

### **2.8 Plan de análisis de la información**

Para el análisis de la información se diseñó una base de datos a partir de la ficha de recolección de datos, para ello se usó del programa SPSS. El análisis se realizó mediante el uso de estadísticas descriptivas y fueron presentadas en tablas de contingencia, en frecuencia y porcentajes, así como gráficos, según la naturaleza de las variables en estudio.

### **2.9 Enunciado de variables**

Objetivo 1. Identificar las características de la población en estudio.

- Edad
- Etnia
- Procedencia
- Estado civil
- Escolaridad
- Gestas
- Paridad
- Aborto
- APN
- Intervalo intergenésico
- Antecedentes patológicos personales
- Edad Gestacional
- Patologías durante el embarazo

Objetivo 2: Clasificar las complicaciones obstétricas más frecuentes que se presentaron durante el embarazo.

- Hemorragia de la primera mitad del embarazo
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo
- Complicaciones no hemorrágicas del embarazo

Objetivo 3. Explorar las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia durante el parto y post parto en la población en estudio.

- Complicaciones durante el parto
- Complicaciones postparto

Objetivo 4: Reconocer la evolución clínica de las pacientes en estudio.

- Vía de interrupción del embarazo
- Estancia Hospitalaria
- Condición de egreso de la gestante

## 2.10 Operacionalización de las variables

Objetivo 1: Identificar las características de la población en estudio.

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala o Valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos	15-19 años 20-34 años Mayores de 35 años
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Tipo de raza	Mestizo Creole (Afrodescendiente) Misquito Rama cay Otros
Procedencia	Área geográfica de residencia habitual	Lugar de procedencia	Rural Urbano
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Tipo de relación de pareja	Soltera Casada Unión estable
Escolaridad	Nivel académico más alto alcanzado hasta el momento de la recolección de datos	Último año aprobado	Ninguna Primaria completa Primaria incompleta

			Secundaria completa Secundaria incompleta Universidad
Gestas	Número de embarazos de la paciente al momento del estudio	No. gestación	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Granmultigesta
Paridad	Expulsión del producto	Número de partos	Nulípara 1 paridad 2 paridad 3 paridad Multípara Gran multípara
Aborto	Interrupción y finalización prematura del embarazo antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero	Número de abortos	Menos de 3 Más de 3 Ninguno
APN	Número de entrevistas médicas realizada a las pacientes para vigilar la evolución del embarazo	Número de controles prenatales	Ninguno 1 a 2 3 a 4

			Más de 5
Intervalo intergenésico	Tiempo transcurrido entre el anterior y el embarazo actual	Años	Menos de 2 años Más de 5 años No aplica
Antecedentes patológicos personales	Patología preexistente al embarazo que constituya un factor de riesgo	Registrado en expediente	HTA Diabetes Mellitus Obesidad Otros Ninguno
Edad gestacional	Periodo de tiempo comprendido desde 1er día de última menstruación y el nacimiento	Semanas	Menor de 22 SG Menor de 37 SG 37-41 SG Mayor o igual 42 SG Desconocida
Patologías durante el embarazo actual	Enfermedades que se presentaron durante la evolución del embarazo	Registrado en expediente	Diabetes Gestacional Hipertensión Gestacional Preeclampsia HTA con preeclamsia agregada Eclampsia IVU Anemia

			Otros
--	--	--	-------

Objetivo No. 2: Clasificar las complicaciones obstétricas más frecuentes que se presentaron durante el embarazo.

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala o Valor
Hemorragia de la primera mitad del embarazo	Sangrado que tiene lugar antes de las 22 semanas de gestación	Registrado en expediente	Aborto Embarazo ectópico Enfermedad trofoblástica gestacional Ninguna
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	Sangrado que tiene lugar después de las 22 semanas de gestación	Registrado en expediente	Placenta previa Desprendimiento de placenta normalmente inserta Ruptura Uterina Ninguna
Complicaciones no hemorrágicas durante el embarazo	Complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y no corresponden a hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo	Registra en expediente	Ruptura prematura de membranas Hipertensión Gestacional Preeclampsia

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala o Valor
			HTA con preeclampsia agregada Eclampsia Otros Ninguna

Objetivo No. 3: Explorar las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia durante el parto y post parto en la población en estudio.

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala o Valor
Complicaciones durante el parto	Alteraciones durante el parto que pueden poner en peligro la vida de la madre y el bebe	Registrado en expediente	Parto obstruido Parto precipitado Desgarro Retención placentaria Otras Ninguna
Complicaciones postparto	Alteraciones que suceden posterior al parto, que incluyen el puerperio	Registrado en expediente	Hemorragia postparto Sepsis puerperal Otras

	inmediato, mediato y tardío.		Ninguna
--	------------------------------	--	---------

Objetivo 4: Reconocer la evolución clínica de las pacientes en estudio.

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala o valor
Vía de interrupción del embarazo	Vía utilizada para finalizar el embarazo	Vía del parto	Vaginal Cesárea Aspiración manual endouterina Legrado por aspiración endouterina
Estancia hospitalaria	Días transcurridos desde su ingreso hasta su egreso hospitalario	Días de estancia	1-2 días 3-4 días 5-6 días 7 a más días
Condición de egreso	Estado en el cual se egresa a la paciente.	Registrado en expediente	Viva Muerta Traslado

## **2.11 Aspectos éticos**

Debido a que la fuente de información es de tipo secundaria, no se presentó consentimiento informado, sin embargo, para desarrollar el presente estudio se solicitó la aprobación de la dirección del Hospital Ernesto Sequeira para acceder a los expedientes y estadísticas.

Para la realización del estudio no se sometió a ningún paciente a procedimiento invasivo, por lo que no hubo violación de normas éticas, no se extrajo nombre del paciente ni del médico tratante, tampoco se extrajeron datos que no se contemplen en los objetivos de este estudio. La finalidad del estudio es estrictamente elaborada para fines académicos, por lo que se respetó el anonimato de las diferentes partes involucradas.

### III. DESARROLLO

#### 3.1 Resultados

##### Características de la población en estudio

Se encontró que el grupo etario más frecuente fue de 20-34 años representando un 58.9% del total de pacientes, seguido del grupo de 15-19 años con un 35.6%, y el grupo etario menos frecuente fue el de mayores de 35 años que apenas representaron un 5.5% del total de pacientes estudiado (Ver gráfico 1).

En relación a la etnia el 74% de los estudiados pertenece a la etnia mestiza, seguido de la etnia creole (Afrodescendiente) con un 17.8%, finalmente rama cay y misquitos ambos con 4.1% respectivamente (Ver gráfico2). El 61.6% de las pacientes proviene del área rural y el 38.4% procede del área urbana (Ver gráfico 3). El estado civil de las pacientes fue en un 75.3% unión estable, 13.7% soltera y el 11% se encontraba casada. Con respecto a la escolaridad la mayoría de las mujeres curso primaria incompleta, representando el 30.1%, seguido de los que tienen primaria completa con un 20.5%, los participantes que cuentan con secundaria incompleta fueron del 16.4%, secundaria completa el 15.1%, el 9.6% no tiene estudios, y finalmente el 8.2% fue universitario (Ver gráfico 4)

En cuanto a los antecedentes ginecológicos de las pacientes, se encontró que respecto a la gestación el 45.2% eran primigestas, seguido del 23.3% que fueron bigestas, un 16.4% trigestas, 9.6% multigesta, y el 5.5% gran multigesta. De igual forma la paridad que presentaron las pacientes fue la siguiente: nulípara el 47.9%, seguidas las que han tenido 1 paridad el 24.7%, 2 paridades el 13.7%, 3 paridad el 5.5% y finalmente las multíparas y gran multíparas ambas representaron el 4.1% (Ver gráfico 5).

El 9.6% de las pacientes tuvieron antecedentes de menos de 3 abortos, 90.4% no tienen antecedentes de abortos y no se reportó pacientes que presentaran antecedentes de más de 3 abortos.

La mayoría de las pacientes se realizaron de 3-4 atenciones prenatales representando el 38.4%, el 28.8% recibió más de 5 atenciones prenatales, de 1-2 atenciones prenatales el 19.2%, y las pacientes que no se realizaron ninguna atención prenatal fueron el 13.7% (Ver gráfico 6) si se relacionan las patologías correspondientes a las hemorragias de la 1ra mitad

del embarazo con las que recibieron ninguna atención prenatal el 13.7% corresponde a 10 pacientes de las cuales 6 corresponden a embarazo ectópico y de las que recibieron 1-2 atenciones prenatales que corresponden a 14 pacientes encontramos que 1 fue un aborto, 2 embarazos ectópicos y 2 a desprendimiento de placenta, el restante presentaron otras complicaciones obstétricas. En cuanto al intervalo intergenésico el 79.5% de las pacientes tiene un intervalo adecuado, ni menor de 2 años ni mayor de 5 años, el 13.7% el intervalo intergenésico fue menor de 2 años y el 6.8% mayor de 5 años.

De los antecedentes patológico personales el 64.4% de las estudiadas, negó antecedentes patológicos personales, 15.1% presentó obesidad, el 12.3% con otras patologías (Lupus Eritematoso Sistémico, Insuficiencia Venosa, Asma, Cardiopatías), 5.5% presentó antecedentes de hipertensión arterial crónica, y finalmente el 2.7% presento diabetes mellitus (ver gráfico 7).

En relación a la edad gestacional al momento que se presentó la complicación obstétrica, el 53.4% de las pacientes tenían entre 37-41 semanas de gestación, seguido del 23.3% que tenían menos de 37 semanas, pero mayor de 22 semanas, el 13.7% tenían menos de 22 semanas de gestación y finalmente el 9.6% con edad gestacional desconocida puesto que fueron partos domiciliarios y en expediente no se encontraba registrada la edad gestacional.

Las patologías que las pacientes presentaron durante el embarazo se encontraron distribuidas de la siguiente manera: El 49.3% no presentó patologías durante el embarazo, el 19.2% presento anemia en el transcurso del embarazo, IVU y otras patologías (APP, vaginosis, apendicitis perforada) ambas con 12.3% y el 6.8% presentó preeclampsia durante el embarazo (Ver gráfico 8).

### **Complicaciones obstétricas más frecuentes que se presentaron durante el embarazo**

De las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, se encuentran la hemorragia de la primera mitad del embarazo, del 100% de las pacientes el 87.7% no presentó esta complicación durante la primera mitad del embarazo, el 11% presentó embarazo ectópico y el 1.4% aborto durante este periodo del embarazo. Siguiendo con las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, el 90.4% de las pacientes no presentó complicaciones

durante este momento del embarazo, el 4.1% presentó desprendimiento de placenta normoinserta, el 2.7% placenta previa y el 2.7% ruptura uterina (ver gráfico 9).

De las complicaciones no hemorrágicas durante el embarazo tenemos del 100% de paciente el 45.2% no presentó complicaciones no hemorragias durante el embarazo, la principal complicación que se reportó fue la preeclampsia grave con el 26% de pacientes, seguido de la ruptura prematura de membranas con el 13.7%, el 11% presentó eclampsia, el 2.7% hipertensión arterial con preeclampsia agregada, y el 1.4% alguna otra complicación obstétrica (Ver gráfico 10). Con respecto a la ruptura prematura de membranas en total fueron 10 pacientes de las cuales 2 que equivale al 2.7% pertenecen a las menores de 37 SG y el 8 restante que equivale al 11% pertenecen a las pacientes mayores a las 37 SG.

En síntesis, la frecuencia de complicaciones durante el embarazo fue la siguiente: 27.4% presentó preeclampsia, seguido del 12.3% ruptura prematura de membranas, 11% embarazo ectópico y eclampsia en el mismo porcentaje, 4.1% desprendimiento de placenta normoinserta, 2.7% ruptura uterina, 1.4% aborto, HTA con preeclampsia agregada y otras complicaciones en el mismo porcentaje; y finalmente el 24.7% de las pacientes no presentó complicación durante el embarazo (ver gráfico 11).

### **Complicaciones de mayor frecuencia durante el parto y post parto**

Las complicaciones durante el parto se presentaron en el 24.7% de todas las pacientes, el 16.4% presentó retención de placenta, el 4.1% presentó desgarro durante el parto, el 2.7% parto obstruido, y el 1.4% alguna otra complicación. El 75.3% de las pacientes, no se presentaron complicación durante el parto. Durante el postparto, el 67.1% no presentó complicación, sin embargo, el 28.8% presentó hemorragia postparto y el 4.1% sepsis puerperal (Ver gráfico 12 y 13).

### **Evolución clínica de las pacientes**

La principal vía de interrupción del embarazo fue la vía cesárea con el 51.4%, seguido de la vía vaginal con 37.5%, el legrado por aspiración endouterina se realizó en el 9.7% de las pacientes y la aspiración manual endouterina en el 1.4% (ver gráfico 17). Al momento de relacionar las diferentes complicaciones obstétricas con respecto a la vía de finalización del

embarazo encontramos que el 51.4% corresponde a 37 pacientes de las cuales preeclampsia grave 19 pacientes (26.4%), eclampsia 7 pacientes (9.7%), desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 3 (4.2%), placenta previa 2 (2.8%), embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial con preeclampsia agregada con 1 (1.4%) cada uno respectivamente y 2 (2.8%) pacientes con ninguna patología y 1 (1.4%) con otras patologías (Ver gráfico 21). El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 7 a más días en el 31.5% de las pacientes, el 27.4% tuvo una estancia de 5-6 días, el 26% de 3-4 días, y el 15.1% de 1 a 2 días de estancia (ver gráfico 18).

El destino de la gestante fue viva en el 94.5% de las pacientes, el 2.7% fue egresada muerta y nuevamente con el 2.7% fue egresada por traslado al tercer nivel de atención, de las pacientes que fueron egresadas muertas, el 100% de estas son procedentes del área urbana de Bluefields (Ver gráfico 19 y 20)

### **3.2 Discusión de resultados**

Según la OMS 2019, las gestantes adolescentes de 15-19 años y las mujeres mayores de 35 años son las que mayor riesgo tienen de presentar complicaciones obstétricas, contrario a lo que cita la literatura, en este estudio se encontró que el principal grupo etario que presentó complicación fue el comprendido entre 20-34 años, esto puede ser un llamado de atención para el personal de salud, dado que las complicaciones obstétricas se pueden presentar en otras edades que no son clasificadas como alto riesgo obstétrico (ARO).

El 61.6% de las pacientes que presentaron complicación obstétrica eran procedentes del área rural, lo que coincide con lo planteado por la UNICEF en el año 2018, donde refiere que las complicaciones son más frecuentes en mujeres provenientes de áreas de difícil acceso, que probablemente tengan menor nivel de escolaridad y menos recursos para movilizarse y acceder a los servicios de salud de mayor resolución.

Las gestantes de la etnia mestiza son las que más prevalecen, ya que es la etnia más predominante en el país, a pesar de que la región de la costa caribe se caracteriza por ser multicultural. La segunda etnia más predominante fue la creole, que pertenece al grupo afrodescendientes, en porcentajes no muy significativos se encuentran la etnia rama cay y la misquita, esto datos reflejan que aún existe una diversidad multiétnica a la que debe atenderse con un enfoque multicultural, respetando sus costumbres y creencias para que puedan acercarse a los servicios de salud.

Aparte de la edad materna otros de los factores que favorecen el desarrollo de complicaciones obstétricas según la literatura consultada son la baja escolaridad materna y estado civil soltera (Urroz & Alarga, 2014), encontrándose en este estudio que la mayoría de las pacientes tienen un nivel de escolaridad bajo, apenas el 15.1% tienen la secundaria completa y el 8.2% universidad, el resto de las pacientes tienen sus estudios incompletos o no poseen estudios. Con respecto al estado civil en este estudio se reportaron 13.7% mujeres solteras, el restante 86.3% se encuentran casadas o en unión estable lo que no coincide con la literatura.

Entre los factores de riesgos asociados a la preeclampsia se encuentra ser primigesta, existe un riesgo seis veces superior en este grupo de pacientes respecto a las multíparas. (Teppa & Terán, 2015), por lo que no es de sorprender que en la presente investigación se encontró que

el 45.2% de las pacientes estudiadas eran primigestas y la preeclampsia fue la principal complicación obstétrica reportada, así mismo, el 100% de las eclampsias se presentaron en pacientes primigestas.

El antecedente de más de 3 abortos consecutivos se considera un factor de riesgo para un resultado obstétrico adverso, la probabilidad de una recurrencia después de tres pérdidas es del 35% (Artal, 2020), en este estudio no se encontró pacientes con antecedentes de más de 3 abortos, esto también explicado porque casi la mitad de las pacientes fueron primigestas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido como adecuado un período intergénésico de al menos 24 meses, un intervalo menor a este o mayor a 5 años se ha relacionado con condiciones no adecuadas o desfavorables para la reproducción (Gonzales, Paula, Pisano, & Casale, 2019), en este estudio, el 13.7% de las pacientes tenían un intervalo intergénésico menor de 2 años, el 6.8% mayor de 5 años, esto probablemente es debido a que la mayoría de las pacientes en estudio fueron primigestas.

La mayoría de las pacientes se realizaron atenciones prenatales, se ha demostrado que, a menor cantidad y calidad de atención prenatal, mayor riesgo de presentar complicación durante el embarazo, parto o puerperio. En este estudio se encontró que la mayoría de las pacientes recibieron de 3-4 atenciones prenatales, por lo que no se cumplió con el número de atenciones prenatales según la normativa del MINSA (011) actualizada en diciembre 2020, que establece 6 atenciones prenatales. Esto sugiere una baja cobertura de la atención prenatal, así como el poco conocimiento que puedan tener las mujeres acerca de la importancia que tiene la asistencia a la consulta prenatal para identificar tempranamente situaciones que puedan poner en peligro la vida de las madres y el producto.

En el presente estudio se encontró que el 5.5% de las mujeres tenían antecedentes de hipertensión arterial crónica, el 2.7% presentó diabetes mellitus y finalmente el 12.3% de las estudiadas presentó otras patologías (Lupus Eritematoso Sistémico, cardiopatías, hipertiroidismo). De estas pacientes que reportaron patologías previas, el 53.3% se complicó con preeclampsia, lo que coincide con el Centro de Investigación Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, que muestra sistemáticamente que, en la incidencia de la

preeclampsia, influyen las condiciones médicas preexistentes, tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el hipertiroidismo.

En relación al estado de salud previo al inicio del embarazo, en este estudio se reveló que el 64.4% no presentó ninguna patología de base que predisponga a complicarse, este porcentaje coincide con el encontrado en el estudio realizado en Estelí en el año 2017, donde se encontró que el 64% de las pacientes no tenían antecedentes patológicos personales (Blandón & Dávila, 2019), de igual forma con el estudio realizado en Jinotepe 2014, en el que el 66.3% de las pacientes no poseían factores de riesgo. Esto demuestra una vez más que la mayoría de las complicaciones obstétricas se presentan en pacientes sin factor de riesgo aparente, resultando de vital importancia realizar el adecuado seguimiento de las pacientes durante la atención prenatal para evitar cualquier complicación que estas puedan desarrollar.

En los hallazgos encontrados se destaca el estado nutricional de las embarazadas, estando presente la obesidad en el 15.1%, lo que refleja los malos hábitos alimenticios de estas mujeres previo a la concepción así como un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes gestacional y la preeclampsia.

Más de la mitad de las pacientes se encontraban con embarazos a término, el 9.6% se clasificó como desconocida la edad de gestación, puesto que fueron partos domiciliarios referidos con diagnósticos de retención de placenta y hemorragia postparto. En la mayoría de las pacientes no se encontró registro de patologías durante el embarazo, el 6.8% presentó preeclampsia durante el embarazo que evolucionó a preeclampsia grave.

Según la literatura consultada aproximadamente 15% de los embarazos pueden presentar alguna complicación, estimándose una frecuencia para la hemorragia postparto, síndrome hipertensivo gestacional y trabajo de parto detenido (Carvajal & Ralph, 2018), de estas principales complicaciones, dos fueron observadas en este estudio y estas encuentran entre las siete categorías de complicaciones obstétricas responsables del 85% de las muertes obstétricas directas, según la OMS, tales como la hemorragia post parto y la pre eclampsia.

En este estudio las complicaciones durante el embarazo se debieron principalmente en orden de frecuencia a preeclampsia, ruptura prematura de membrana, y embarazo ectópico. Las

principales complicaciones al momento del parto y postparto fueron retención de placenta y hemorragia postparto. Este orden de frecuencia de complicaciones obstétricas es similar a las reportadas por el estudio realizado en Estelí 2017 (Blandón & Dávila, 2019).

No obstante, se observaron diferencias con otros estudios nacionales, por ejemplo, en un estudio realizado en Masaya en el 2015 en que la principal complicación fue la amenaza de parto pretérmino, sufrimiento fetal agudo y desgarros (García & Toribio, 2015). En el 2016 en el Hospital de Waslala Matagalpa la complicación más frecuente fue aborto incompleto (Navas, 2016), lo que da la impresión que la complicación que prevalece durante el embarazo este en correspondencia con el área geográfica, tanto en el pacifico como en la Costa Caribe.

Más de la mitad de las pacientes la vía de finalización fue la cesárea, sin embargo más de la mitad de estos fueron por complicaciones obstétricas las cuales tienen indicado vía de finalización del embarazo por cesárea, en su promedio de estancia fue de más de 7 días.

En este estudio se reportó un 2.7% de mortalidad, donde el 100% de las pacientes reportadas fallecidas son procedentes del área urbana, lo que resulta relevante, puesto que todos los artículos y estudios revisados muestran mayor muerte materna en pacientes procedentes del área rural por tener más difícil el acceso a la unidad de salud, sin embargo, en este estudio se encuentra todo lo contrario, a pesar que la complicación que presentaron las pacientes fallecidas fue la eclampsia, que está reconocida como la principal causa de mortalidad materna con la que el personal de salud debería tener un alto conocimiento de su manejo, otra razón de este hallazgo es que las mujeres hayan acudido tardíamente a la unidad de salud.

Por otra parte, el 94.4% de las gestantes fue dada de alta viva, y el 2.7% fue trasladada a unidad de tercer nivel de atención, donde se desconoce si fueron egresadas vivas o fallecidas. Aunque el porcentaje de fallecidas sea aparentemente bajo, la mortalidad materna tiene un impacto en la familia de las mujeres, más cuando estas son adolescentes o tienen hijos que quedan en la orfandad.

### 3.3 Conclusiones

- La población en estudio fue predominantemente de la edad entre 20-34 años, mestizas, procedentes del área rural, en unión estable, con un nivel académico bajo, con un estado nutricional de obesidad relevante en el grupo de estudio.
- La mayor parte de las estudiadas fueron primigestas que se realizaron en promedio de 3-4 atenciones prenatales, no se encontraron antecedentes de abortos consecutivos, el intervalo intergenésico de la mayoría de las pacientes era adecuado, la edad gestacional promedio en la que se presentaron complicaciones fue de embarazos a términos entre 37-41 semanas de gestación.
- Las principales patologías durante el embarazo fueron: anemia, vaginosis, infección de vías urinarias y preeclampsia. Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fueron: preeclampsia, ruptura prematura de membranas, embarazo ectópico roto y eclampsia.
- Las principales complicaciones durante el parto fueron: la retención de placenta seguido de los desgarros. En el posparto, la principal complicación fue la hemorragia postparto.
- La principal vía de finalización del parto fue la cesárea, con un promedio de ingreso de 7 a más días. Un alto porcentaje de las mujeres egresó viva de la unidad, sin embargo, se encontró que aproximadamente el tres por ciento falleció.

### **3.4 Recomendaciones**

#### Al SILAIS RAACS

- Realizar continuas capacitaciones sobre las acciones de la atención prenatal al personal de salud de atención primaria, para que se cumpla con el número de controles estipulados en la normativa del ministerio de salud.
- Impulsar mayores y rigurosos estudios sobre este tema, a nivel de este SILAIS.
- Promover campañas sobre hábitos alimenticios y estilo de vida saludable como consejería preconcepcional, tanto a nivel de atención primaria como secundaria.
- Capacitación para el monitoreo de labor y parto de las mujeres que asisten a las unidades de salud, así como de las principales complicaciones obstétricas.

#### A la Facultad de Ciencias Médicas

- Fortalecer los análisis de mortalidad materna e impulsar la realización de estudios sobre la calidad de atenciones prenatales que se les brinda a las embarazadas.

#### Al hospital Ernesto Sequeira

- Capacitar a los médicos generales que se encuentran en el área de emergencia acerca del manejo de las principales complicaciones obstétricas.
- Realizar monitoreo al personal de salud mediante educación continua sobre las normas y protocolo de atención de las complicaciones obstétricas.

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

- Artal, R. (Septiembre de 2020). *Manual MSD*. Obtenido de Factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo>
- Ávila, S., Alfaro, T., & Olmedo, J. (15 de Junio de 2016). *Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>
- Blandón, Y., & Dávila, M. (Marzo de 2019). *Complicaciones Obstetricas en mujeres mayores de 35 años ingresadas al servicio de Obstetricia del Hospital Reginal Escuela San Juan de Dios . Estelí: UNAN-Managua.*
- Cambi, M. A. (2020). *Complicaciones Obstetricas en Gestantes con edad igual o mayor a 35 años . Ecuador.*
- Carvajal, J., & Ralph, C. (Agosto de 2018). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
- Feldman, R. P. (2019). Evaluación de las complicaciones del embarazo en adolescentes: estudio de cohorte en Uruguay. *Ginecol Obstet Mex.*, 709-717.
- Gonzales, M., Paula, M., Pisano, C., & Casale, R. (2019). *FASGO*. Obtenido de El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo?. Un Estudio Transversal Analítico: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico>
- Gonzalez, J. (2009). *Manual Básico SPSS. Manual de Introduccion a SPSS.*
- González, R. R. (2016). *Valladares-Rivera G4*. Intibucá .
- Heredía, A., & Iglesias, S. (Julio 2020). *Factores asociados a complicaciones obstetricas en madres primigestas*. Perú: Univ MEd Pinareña.
- Martinez. (2020). *Factores asociados a complicaciones obstétricas en embarazadas atendidas en .*
- MINSA. (05 de Abril de 2018). *MINSA presenta mapa de mortalidad materna*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.ni/index.php/component/content/article/108-noticias-2018/4015-minsa-presenta-mapa-de-mortalidad-materna>

- MINSA. (2018). *Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas*. Managua: Ministerio de Salud.
- Minsa. (2020). *Mapa de Mortalidad Materna*. Obtenido de [http://www.minsa.gob.ni/pub/Mapa\\_Mortalidad\\_Materna\\_Nicaraguacierre%202020.pdf](http://www.minsa.gob.ni/pub/Mapa_Mortalidad_Materna_Nicaraguacierre%202020.pdf)
- MINSA. (2020). *Mapa de Mortalidad Materna*. Managua.
- MINSA. (2020). *Normas para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo y Protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo*. Managua: MINSA.
- Monge Acuña, T. (Diciembre de 2017). *SANGRADOS VAGINALES DE LA SEGUNDA MITAD*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms1712a.pdf>
- Navas, G. (2016). *Comportamiento clínico y epidemiológico de complicaciones obstétricas presentadas en el .*
- OMS. (Abril de 2015). *Complicaciones obstétricas*.
- OMS. (03 de Noviembre de 2016). *Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas*. Obtenido de <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>
- OMS. (2017). *Muerte Materna y Complicaciones Obstetricas .*
- panamá, M. d. (2018). *Guías de Manejo de las complicaciones en el Embarazo*. Panamá .
- Ramírez, P., & Salvo, G. (Septiembre de 2020). *Enfermedad trofoblástica gestacional*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/tumores-ginecol%C3%B3gicos/enfermedad-trofobl%C3%A1stica-gestacional#:~:text=La%20enfermedad%20trofobl%C3%A1stica%20gestacional%20es,especial%20durante%20el%20embarazo%20temprano>.
- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Teppa, A., & Terán, J. (2015). *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. Obtenido de Factores de riesgo asociados con la preeclampsia: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322001000100011#:~:text=La%20mayor%C3%ADa%20de%20los%20casos,de%20la%20gestaci%C3%B3n%20cambio%20de](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322001000100011#:~:text=La%20mayor%C3%ADa%20de%20los%20casos,de%20la%20gestaci%C3%B3n%20cambio%20de)

Urroz, M., & Alarga, K. (2014). *Repositorio UNAN*. Obtenido de Complicaciones obstetricas durante el parto y puerperio inmediato: <https://repositorio.unan.edu.ni/3013/1/62020.pdf>

Cambi. (2020). Complicaciones Obstetricas en gestantes con edad igual o mayor a 35 años, usuarias del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, periodo 2018.

## **V. ANEXO**

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Complicaciones obstétricas en mujeres mayores de 15 años, ingresadas en el Hospital Ernesto Sequeira, Bluefields. Enero-diciembre 2020”

### ➤ Características:

1. Edad materna:  15-19 años  20-34 años

Mayores de 35 años

2. Etnia  Mestizo  Creole (Afrodescendiente)

Misquito  Rama cay  Otros

3. Procedencia:  Rural  Urbano

4. Estado civil:  Soltera  Casada

Unión estable

5. Escolaridad:  Ninguna  Primaria completa

Primaria incompleta  Secundaria completa

Secundaria incompleta  Universidad

### ➤ Datos Generales:

1. N° de Ficha:

2. Expediente

6. Gestas:  Primigesta  Bigesta  Trigesta  Multigesta  
 Granmultigesta

7. Paridad:  Nulípara  1 paridad  2 paridad  3 paridad

Multípara  Gran multípara

8. Aborto:  Menos de 3  Más de 3  Ninguno

9. APN:  Ninguno  a 2  a 4  Más de 5

10. Intervalo intergenésico:  Menos de 2 años  Más de 5 años

No aplica

11. Antecedentes patológicos personales:  HTA  Diabetes Mellitus

Obesidad  Otros  Ninguno

12. Edad Gestacional:  Menor de 22 SG  Menor de 37 SG

37-41 SG  Mayor o igual 42 SG  Desconocido

13. Patologías durante el embarazo  Diabetes Gestacional  Hipertensión

Gestacional  Preeclampsia  HTA con preeclampsia agregada  IVU

Eclampsia  Anemia  Otros  Ninguno

➤ **Complicaciones más frecuentes durante el embarazo**

1. Hemorragia de la primera mitad del embarazo:  Aborto  
 Embarazo ectópico  Enfermedad trofoblástica gestacional  
 Ninguna
2. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:  Placenta previa  
 Desprendimiento de placenta normalmente inserta  Ruptura Uterina  
 Ninguna
3. Complicaciones no hemorrágicas durante el embarazo:  Ruptura Prematura de membranas  Hipertensión Gestacional  Preeclampsia  
 HTA con preeclampsia agregada  eclampsia  otros  
 Ninguna

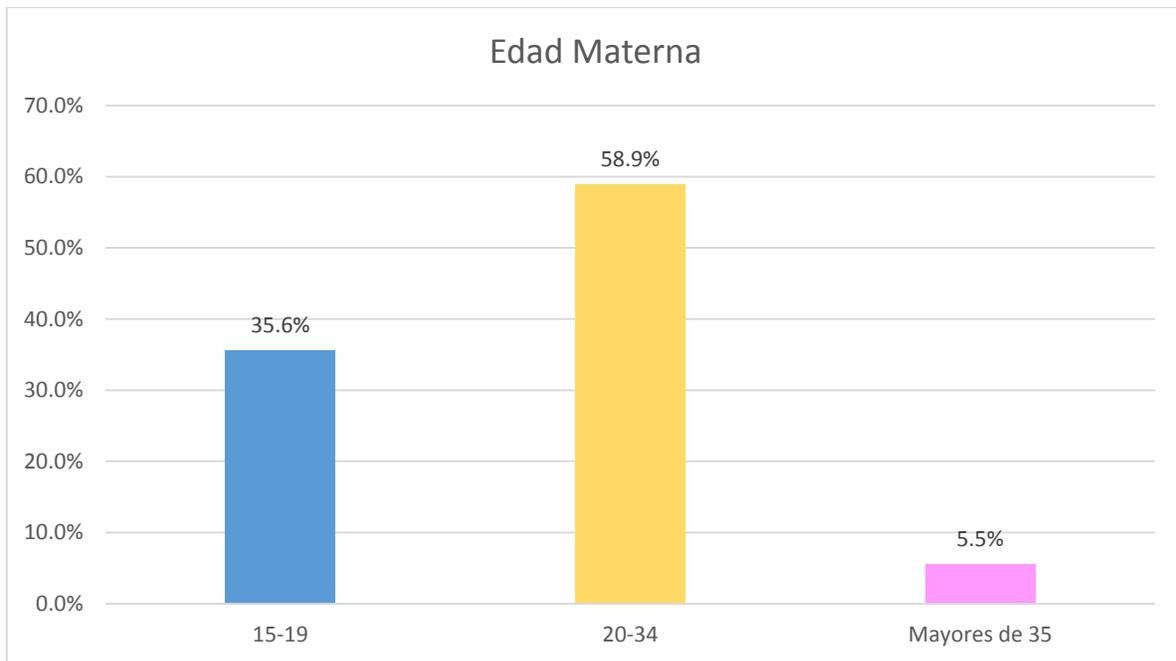
➤ **Complicaciones durante el parto y postparto**

1. Complicaciones durante el parto:  Parto obstruido  Parto precipitado  
 Desgarro  Retención de placenta  Otras  Ninguna
2. Complicaciones postparto:  Hemorragia postparto  Sepsis puerperal  
 Otras  Ninguna

➤ **Evolución clínica:**

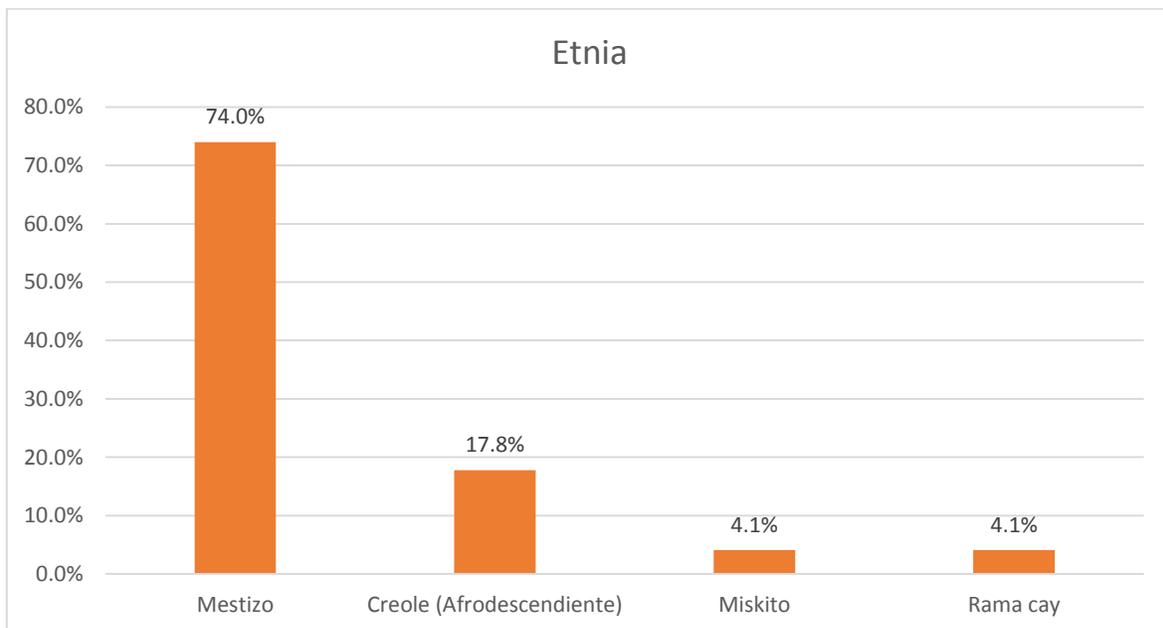
1. Vía de interrupción del embarazo:  vaginal  cesárea  
 Aspiración Manual Endouterina  Legrado por Aspiración Endouterina
2. Estancia hospitalaria:  1-2 días  3-4 días  5-6 días  7 a más días
3. Destino de la gestante:  Viva  Muerta  Traslado

Gráfica 1. Complicaciones obstétricas según edad en mujeres ingresadas en el Hospital Ernesto Sequeria Bluefields enero-diciembre 2020



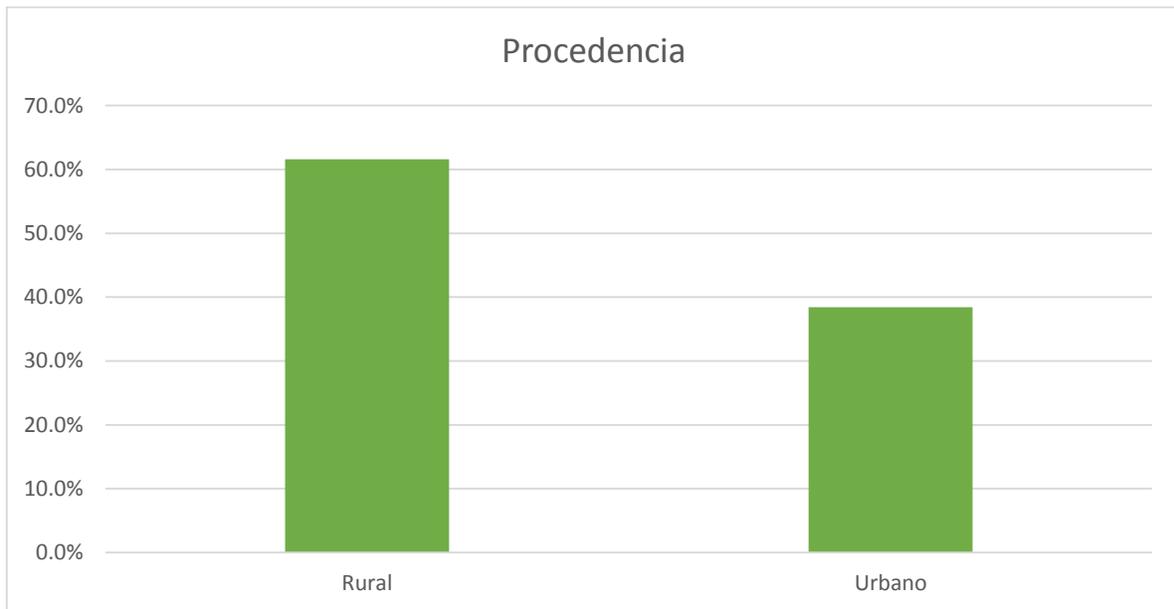
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 2. Etnia de las mujeres estudiadas



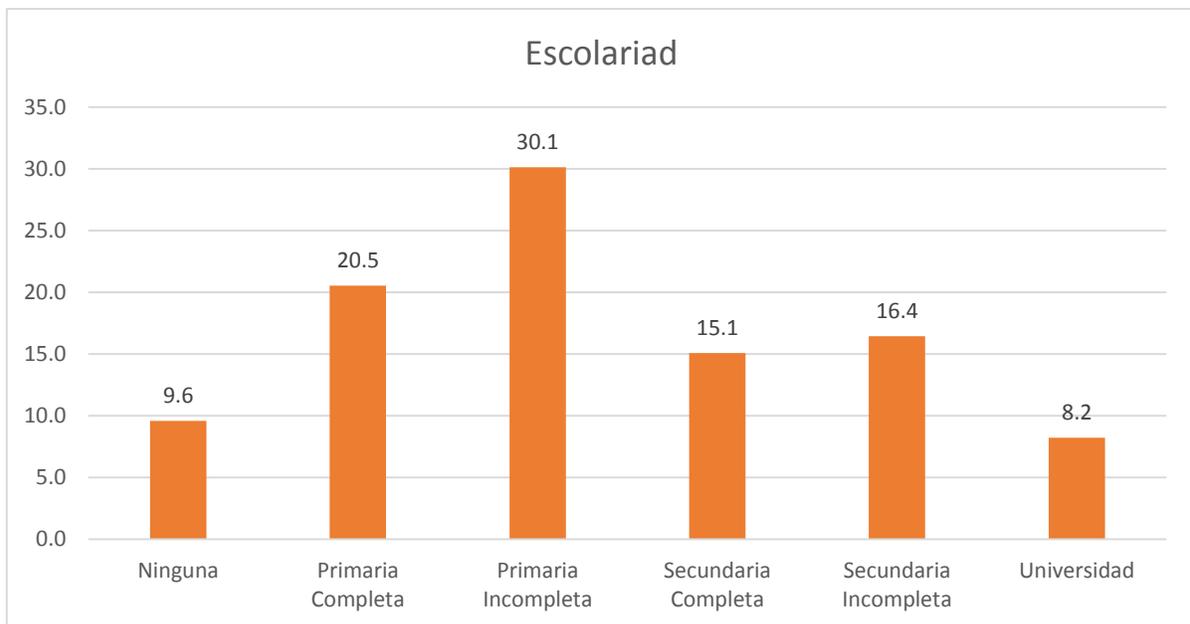
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 3. Procedencia de las mujeres que presentaron complicación obstétrica



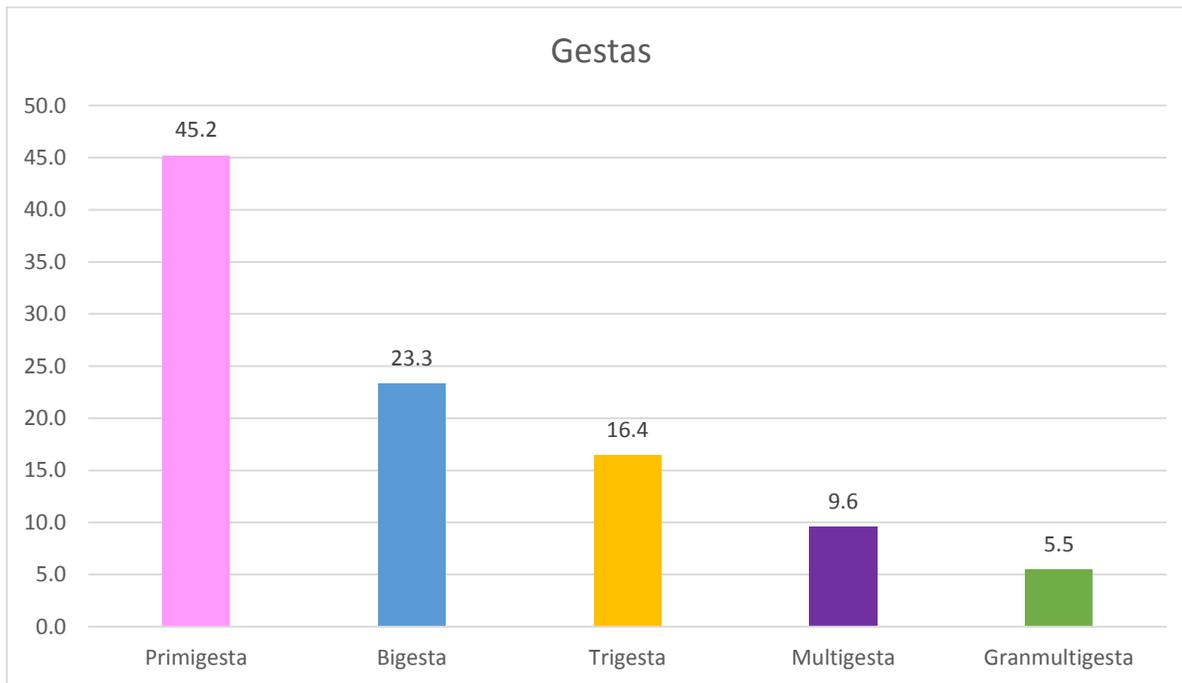
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 4. Escolaridad de las pacientes



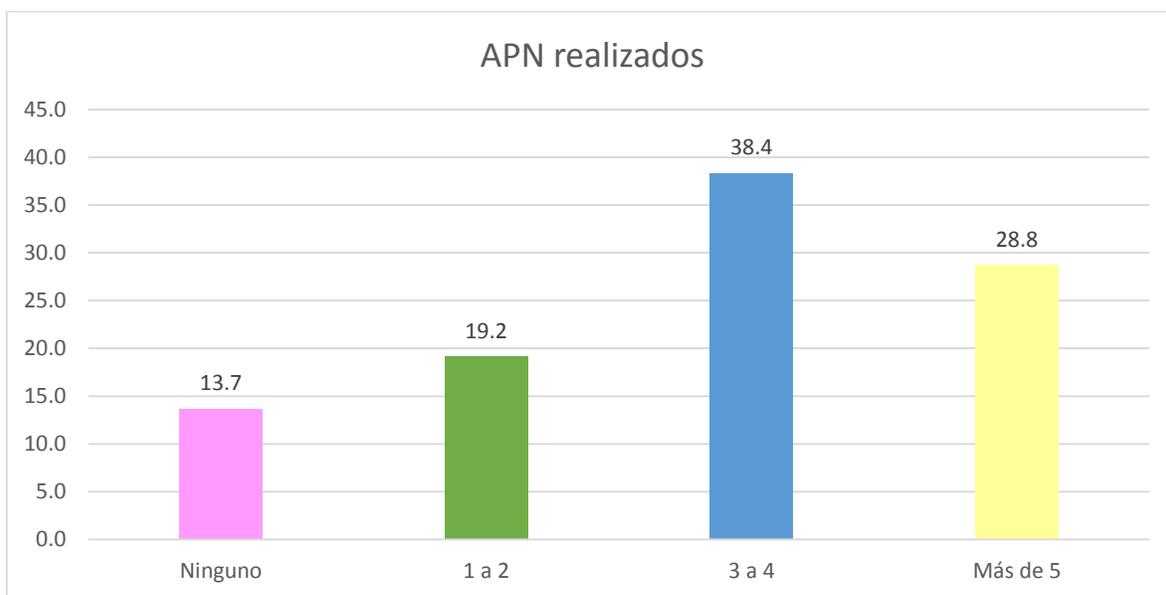
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 5. Gestas de las pacientes que presentaron complicación obstétrica



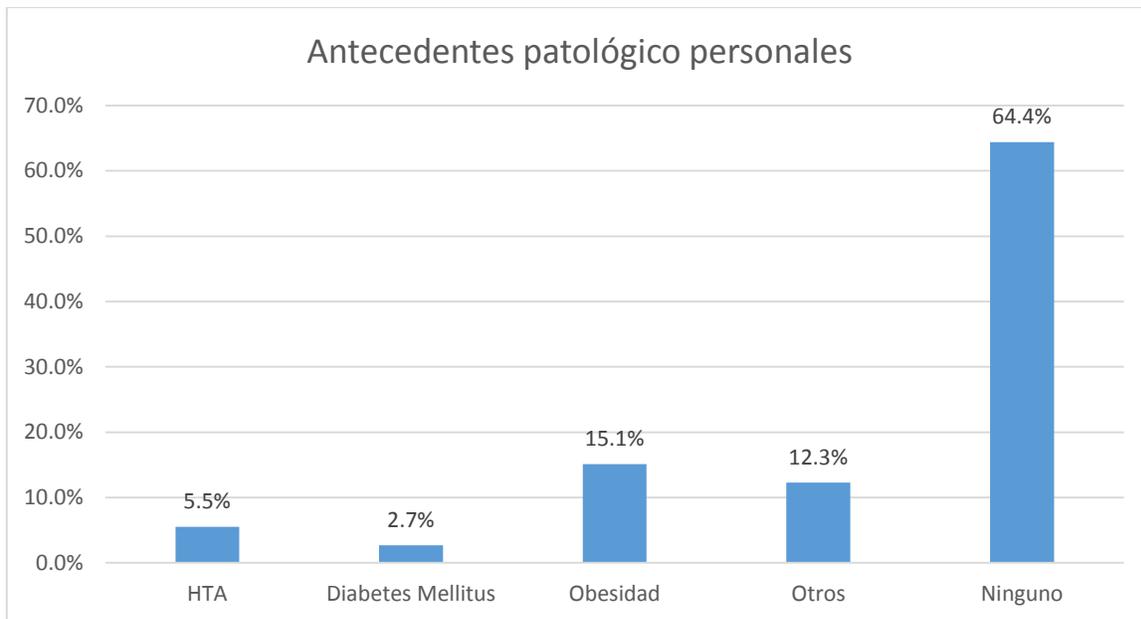
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 6. Realización de Atención prenatal



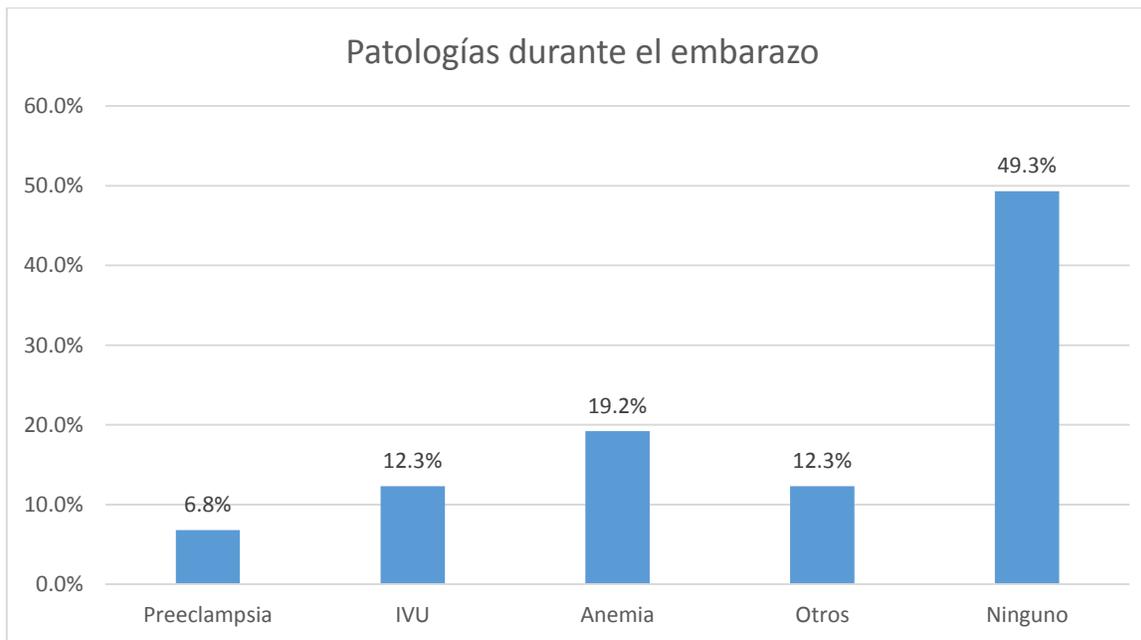
Fuente: Ficha de recolección de datos

*Gráfica 7. Antecedentes patológicos personales en las mujeres que presentaron complicación obstétrica.*



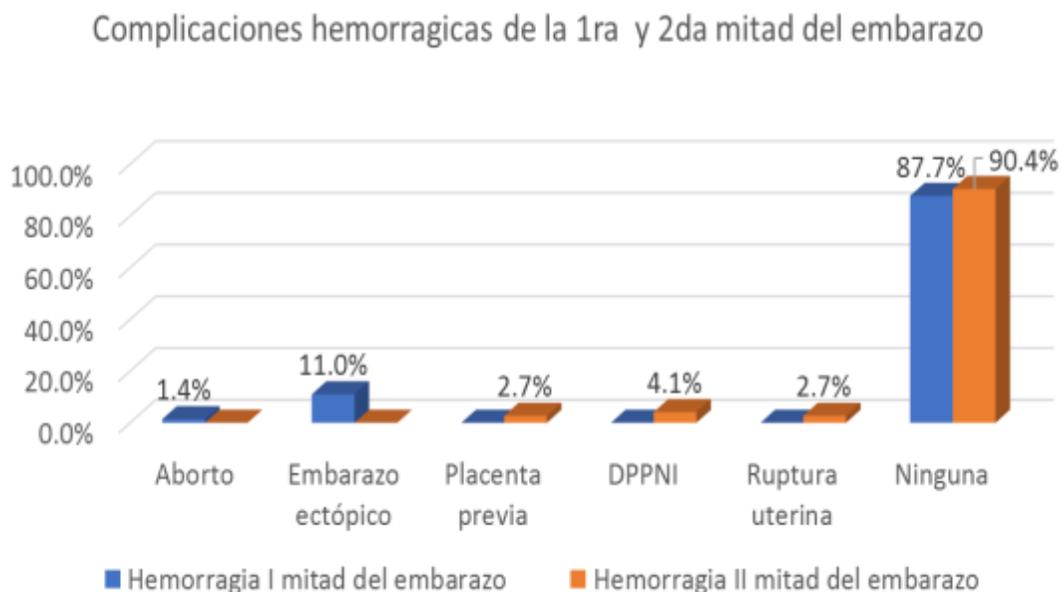
*Fuente: Ficha de recolección de datos*

*Gráfica 8. Antecedentes patológicos durante el embarazo*



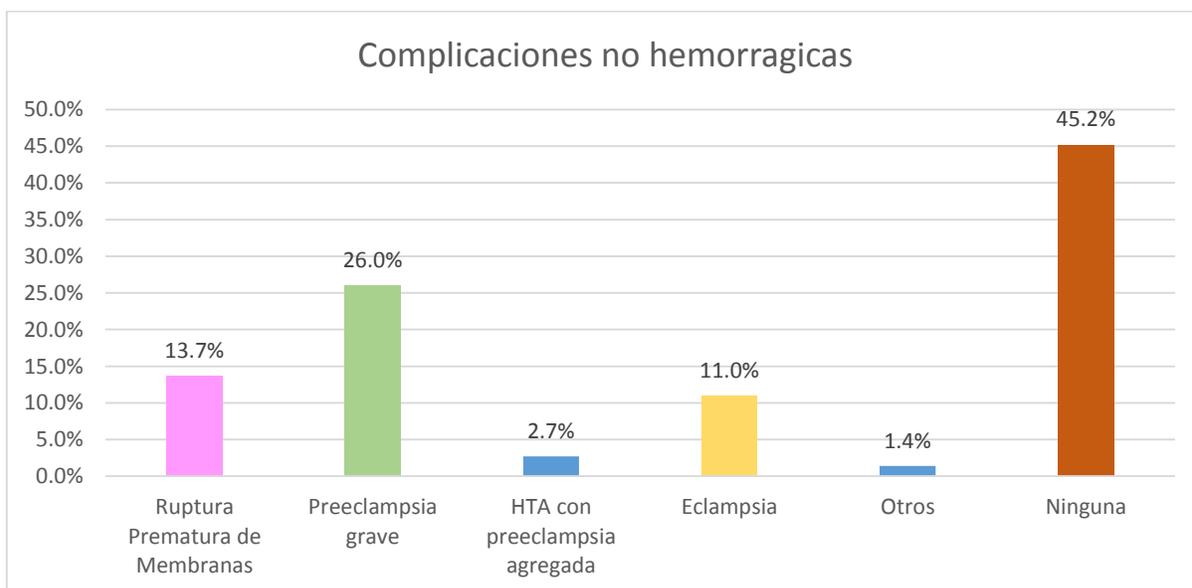
*Fuente: Ficha de recolección de datos*

Gráfica 9. Complicaciones hemorrágicas del embarazo



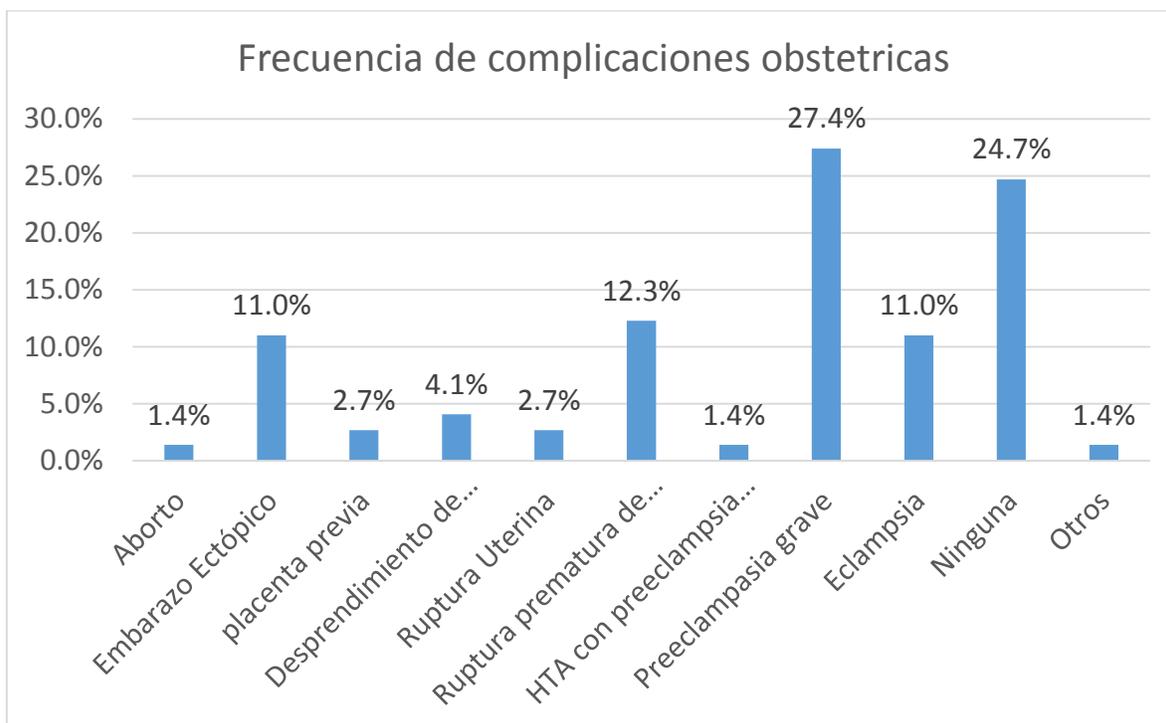
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 10. Complicaciones no hemorrágicas que se presentaron en las mujeres estudiadas



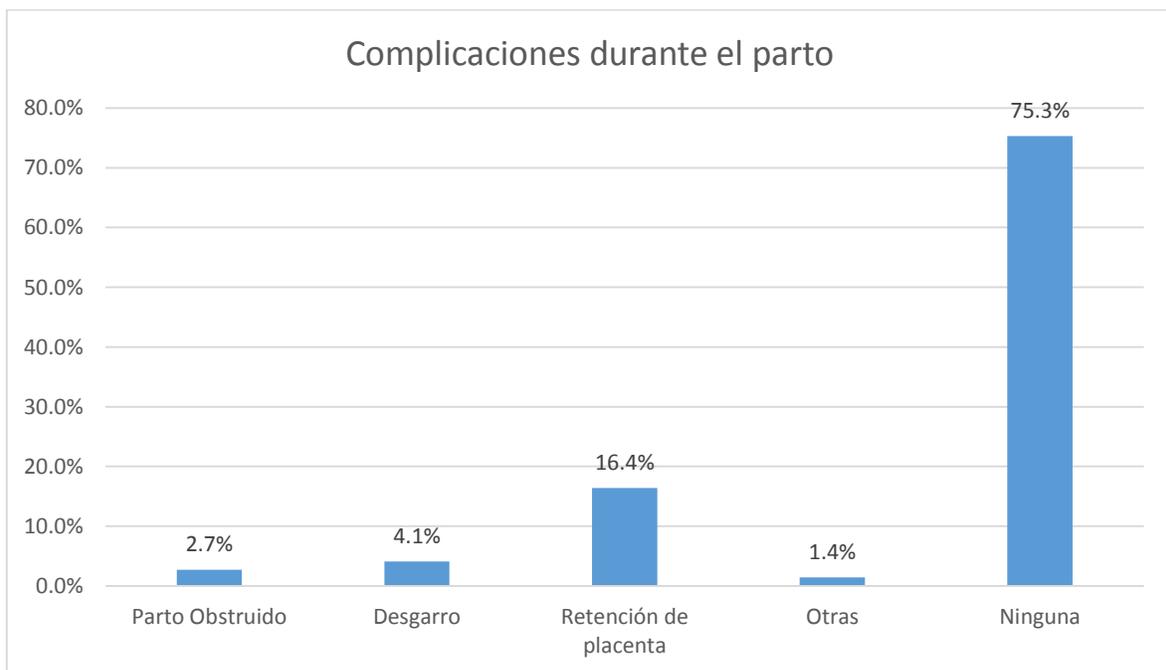
Fuente: Ficha de recolección de datos

*Gráfica 11. Frecuencia de complicaciones obstétricas en mujeres ingresadas en el Hospital Ernesto Sequeira, enero-diciembre 2020*



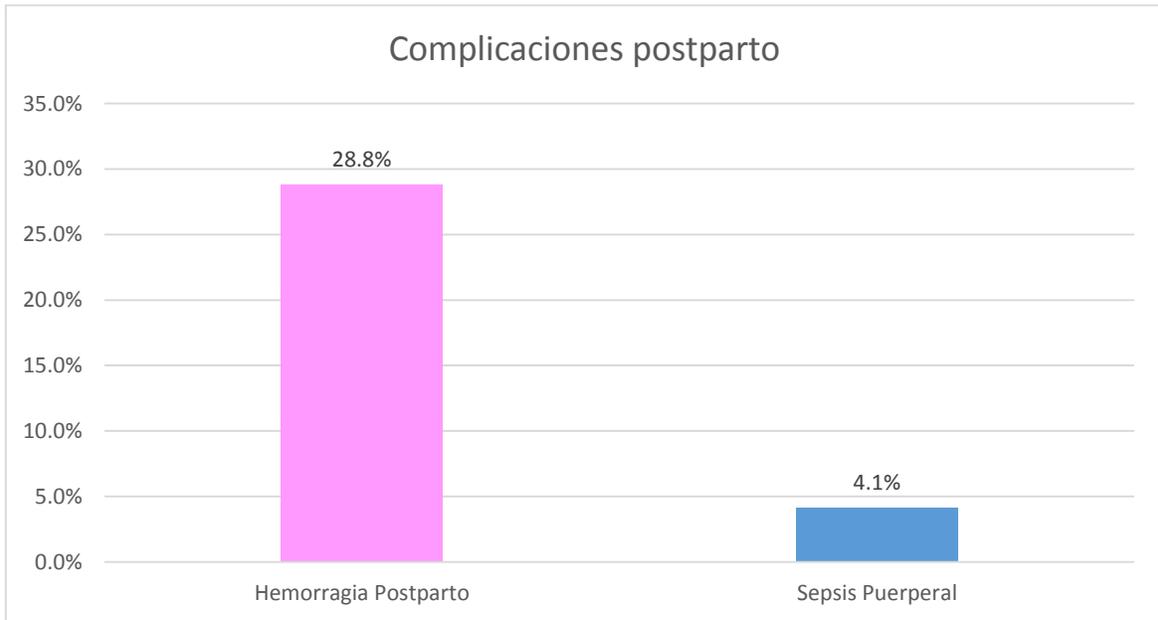
*Fuente: Ficha de recolección de datos*

*Gráfica 12. Complicaciones presentadas en el parto*



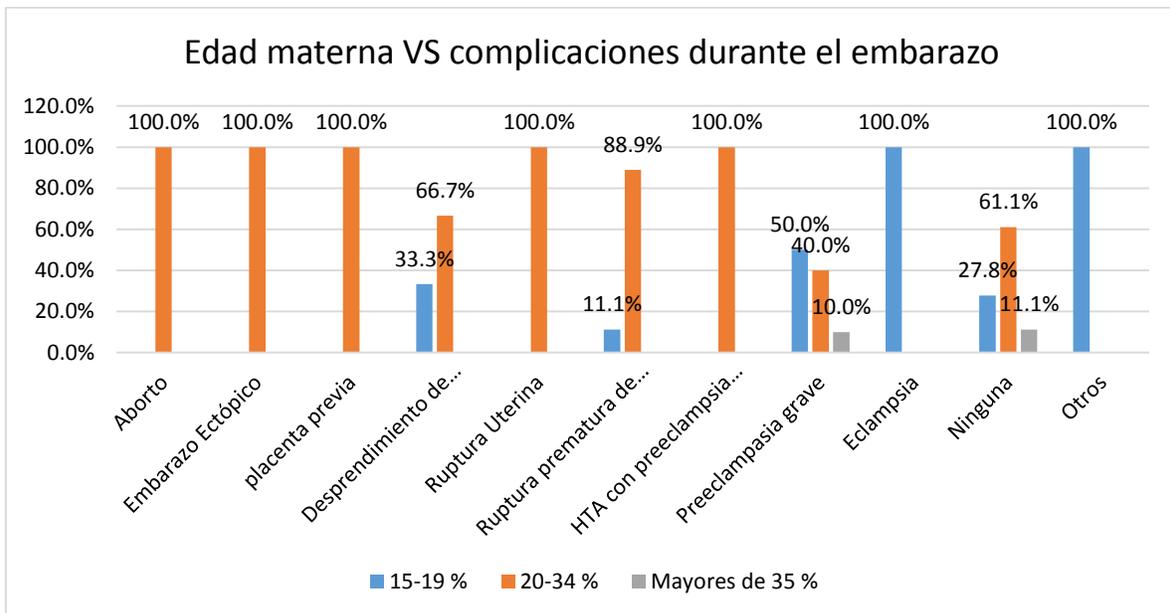
*Fuente: Ficha de recolección de datos*

Gráfica 13. Complicaciones presentadas en el postparto



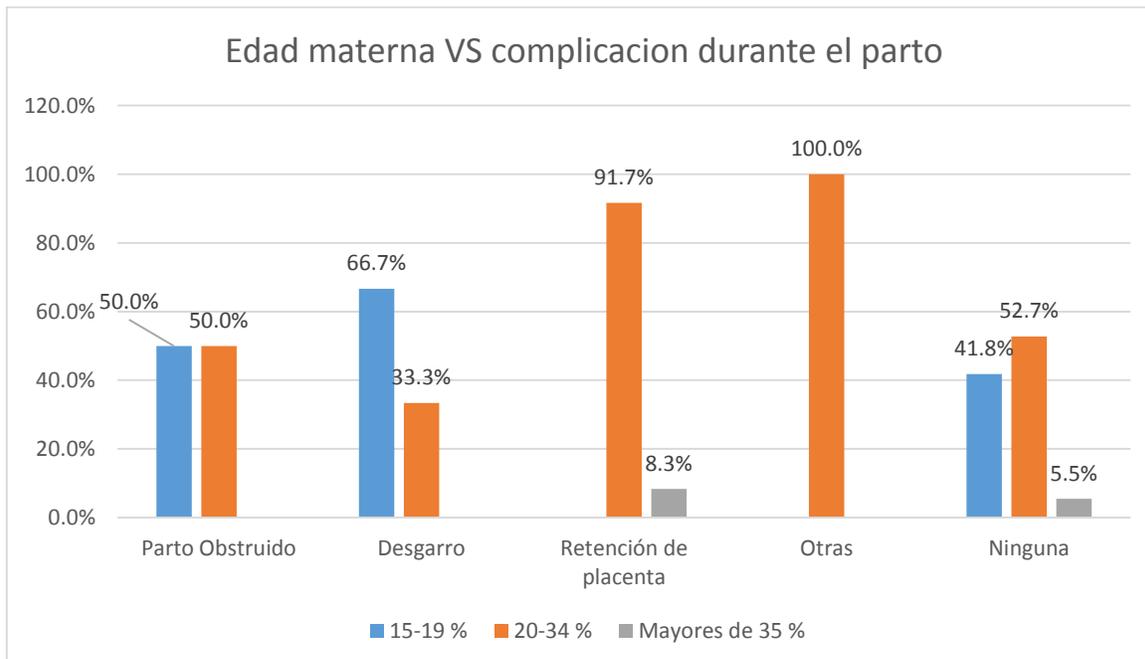
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 14. Edad materna VS complicación obstétrica presentada durante el embarazo



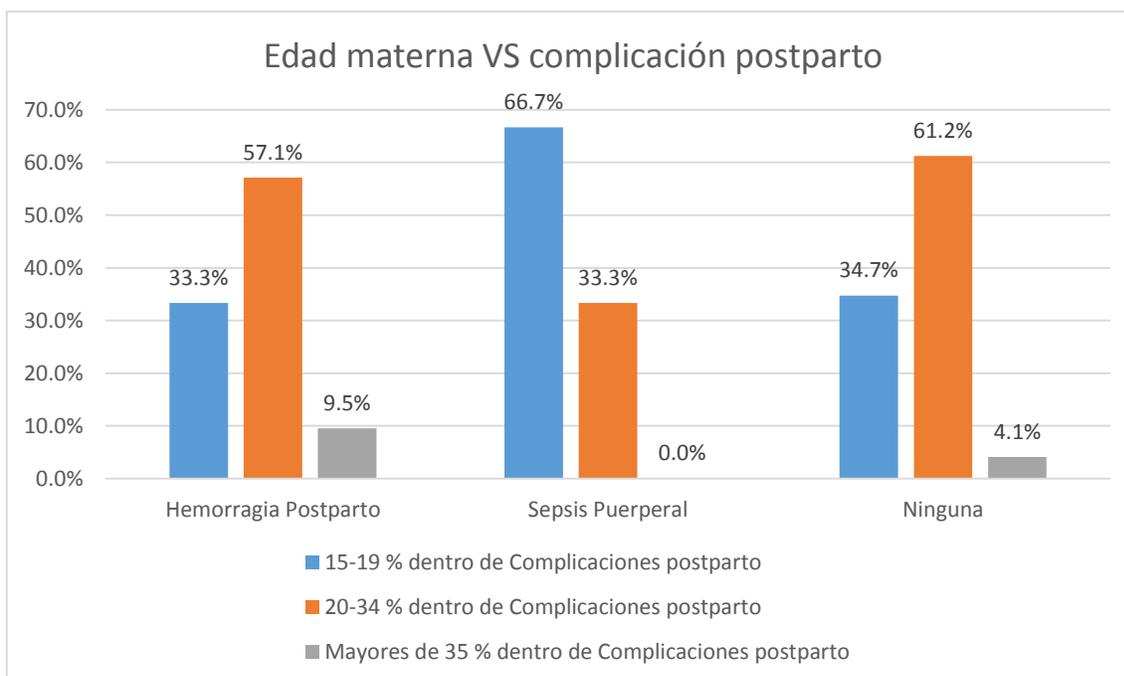
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 15. Edad materna VS complicación durante el parto



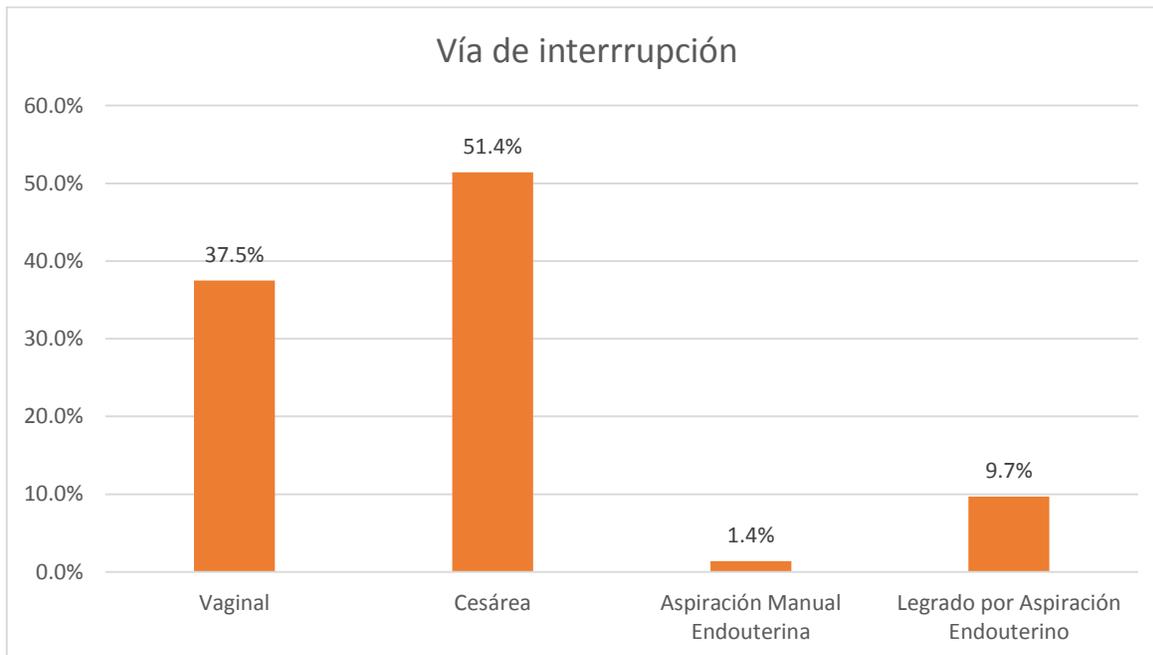
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 16. Edad materna VS complicación durante el postparto



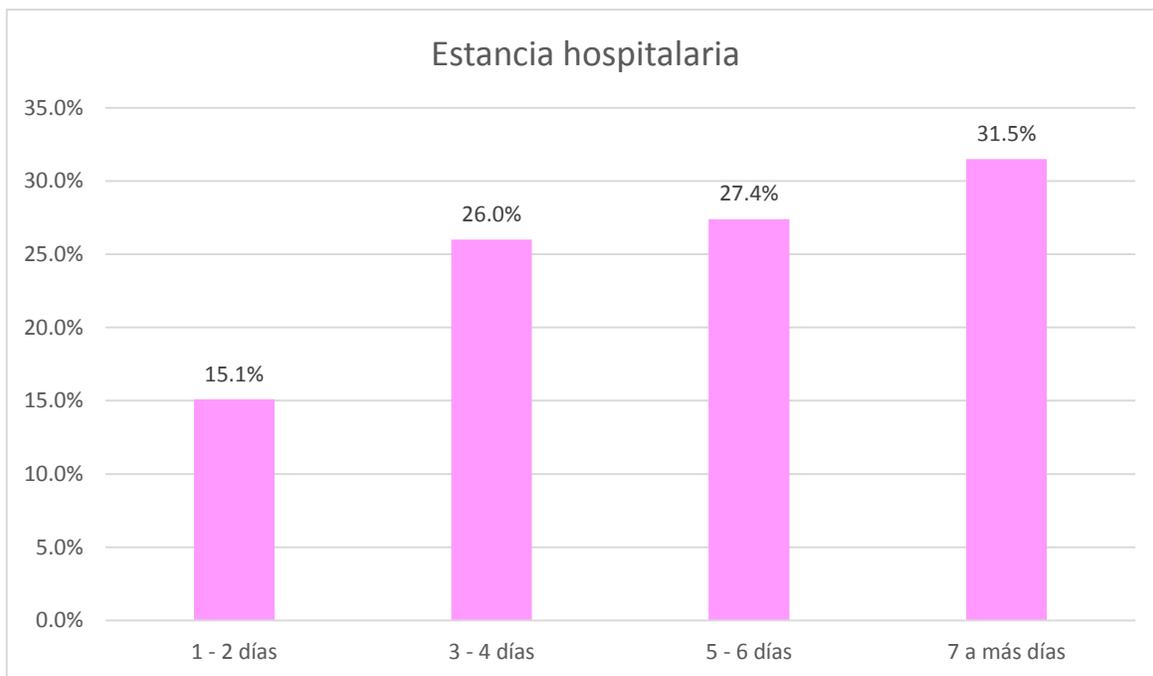
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 17. Vía de finalización del embarazo



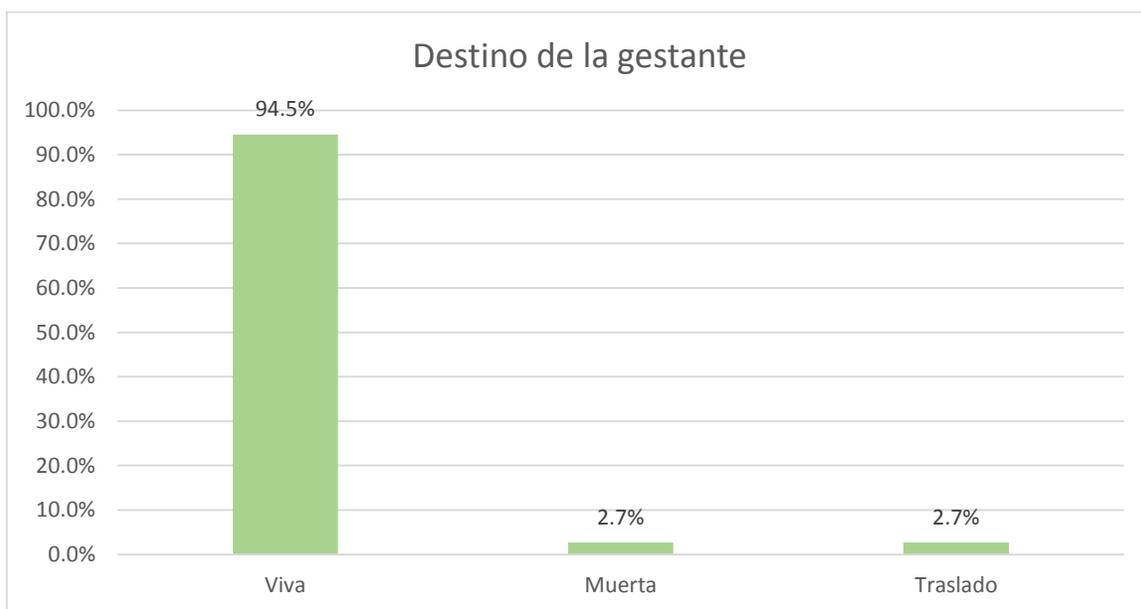
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 18. Promedio de estancia hospitalaria



Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 19. Destino de la gestante



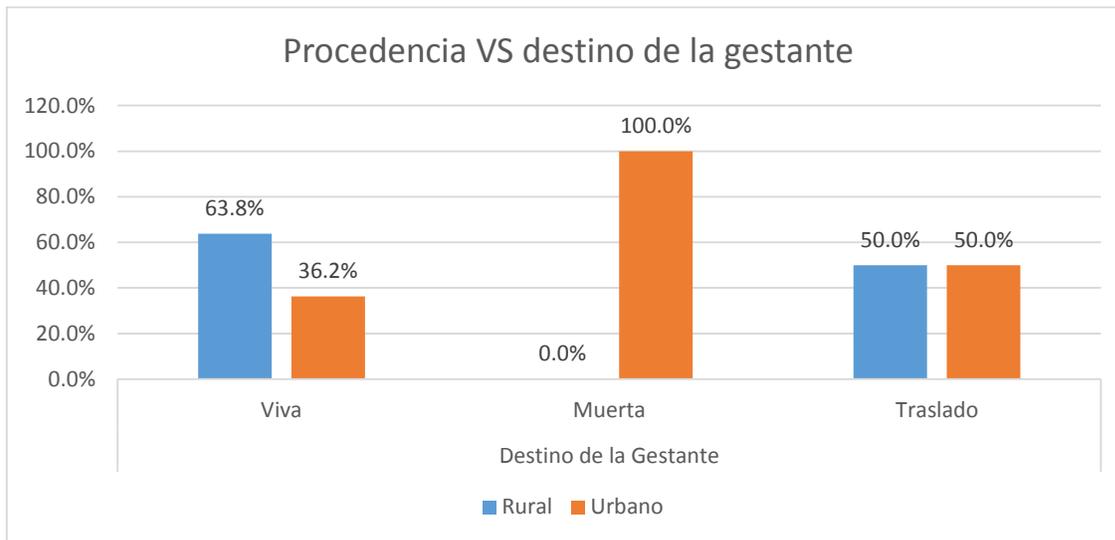
Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 1. Procedencia VS destino de la gestante

Tabla de contingencia Procedencia * Destino de la Gestante						
			Destino de la Gestante			Total
			Viva	Muerta	Traslado	
Procedencia	Rural	Recuento	44	0	1	45
		% dentro de Destino de la Gestante	63.8%	0.0%	50.0%	61.6%
	Urbano	Recuento	25	2	1	28
		% dentro de Destino de la Gestante	36.2%	100.0%	50.0%	38.4%
Total		Recuento	69	2	2	73
		% dentro de Destino de la Gestante	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

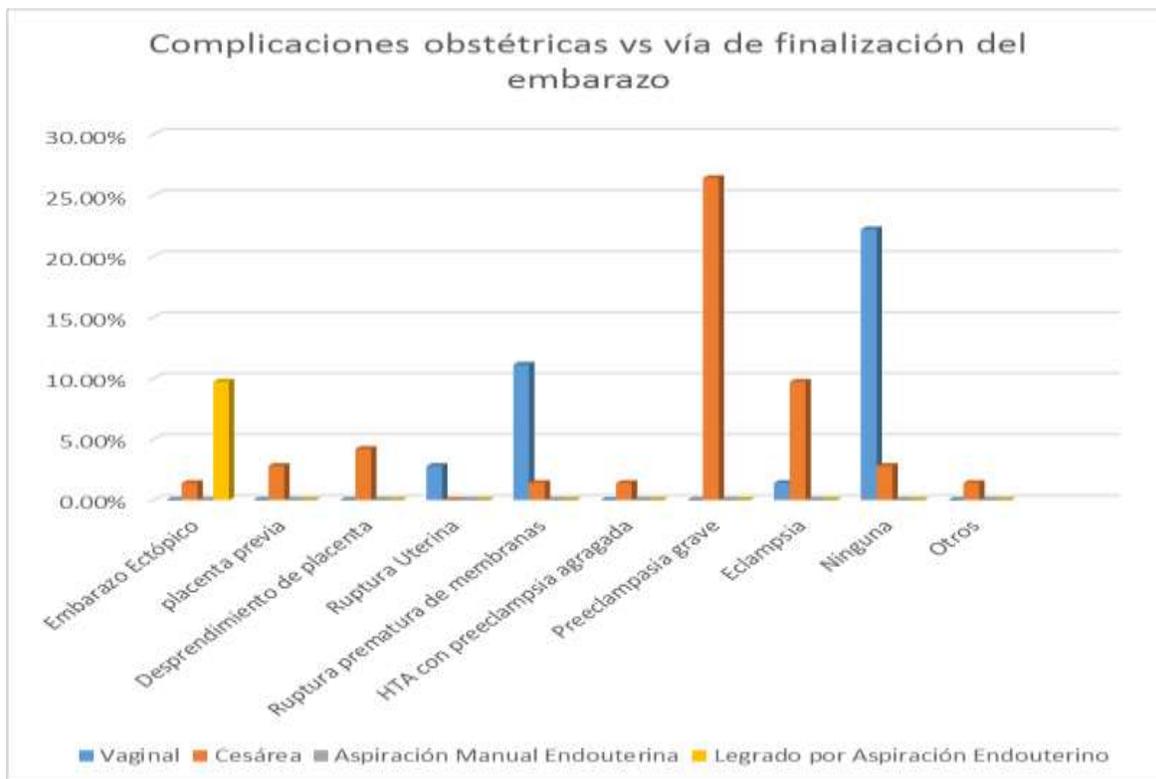
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfica 20. Procedencia VS destino de la gestante



Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 21. Complicaciones obstétricas VS vía de interrupción del embarazo



Fuente: Ficha de recolección de datos