



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019.

Autoras:

Br. Alondra Odily Moncada Urbina
Br. Maycy Juliet Sequeira Espinoza
Br. Yacareli Inés Robelo López

Tutor Metodológico:

Dr. Humberto Urroz Talavera
Especialista en Medicina de Emergencia
Master en Docencia e Investigación Universitaria.
Doctorado en Educación Superior con énfasis en Investigación Científica
Ejecutivo de Docencia de Grado UNAN -Managua

Managua, Nicaragua , Mayo 2022

Agradecimiento

A **Dios**, nuestro padre celestial, por su infinito amor y misericordia, porque ha estado con nosotros en cada etapa de nuestras vidas.

A **nuestros padres** por siempre creer en nosotros, en nuestros sueños y expectativas, por compartir nuestras alegrías y tristezas, nuestros triunfos y nuestras derrotas y por enseñarnos a confiar en Dios.

A **nuestros maestros** quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento y contribuyeron en nuestra formación.

A **nuestro tutor Dr. Humberto Urroz** quien en su momento nos explicó pacientemente como proceder en los aspectos metodológicos de nuestra tesis, a ambas gracias infinitas, sin sus valiosas aportaciones no habiéramos llegado a finalizar este proceso de investigación.

Y a todos los que de una forma u otra nos han apoyado.

Br. Alondra Odily Moncada Urbina
Br. Mayra Juliet Sequeira Espinoza
Br. Pacareli Inés Robelo López

Dedicatoria

A Dios que supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se nos presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento.

A nuestras familias quienes por ellos somos lo que somos.

A nuestros padres por su amor, apoyo, consejos, comprensión y ayuda en los momentos difíciles. Nos han dado todo lo que somos como persona, nuestros valores, nuestros principios, nuestro carácter, nuestro empeño, nuestra perseverancia, nuestro coraje para conseguir los sueños que soñamos de niños.

A nuestros pacientes, la razón de ser.

*Dr. Alondra Odily Moncada Urbina
Dr. Maycy Juliet Sequeira Espinoza
Dr. Pacareli Inés Robelo López ser.*

OPINION DEL TUTOR

Durante el embarazo las mujeres enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Aproximadamente un 15% de todas las mujeres embarazadas manifiestan 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. El Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) constituye la complicación médica más frecuente en el embarazo afectando al 5-15% de las embarazadas y está asociado a un aumento significativo de la morbilidad materna y perinatal.

Es un tema de actualidad en nuestro país mientras existan condicionantes de riesgo que pongan en peligro la vida de estos grupos de población. La precaria situación económica del país es el gran flagelo que debemos combatir para eliminar estas condicionantes pues ello impide a que la población, sobre todo las mujeres, tengan bajos niveles de escolaridad, menos acceso a empleos, a salud, a vivienda y a mejores condiciones de alimentación. A esto se suman otros elementos culturales como el embarazo a temprana edad, el número de hijos, el espacio intergenésico; también contribuyen el acceso geográfico a las unidades de salud, la calidad de la atención y la aparición de patologías propias del embarazo.

La mortalidad materna es producto de un grupo de factores que confabulan para que se dé el deceso de una mujer durante el parto o el puerperio. La causa más frecuente es el SHG. Se conoce que esta enfermedad ha estado asociada en su aparición a condicionantes como la edad, el número de embarazos, la diabetes gestacional, entre otras; estos factores pueden ser, en algunos casos evitables, es por ello que las autoras del presente estudio las **Brs. Alondra Odily Moncada Urbina, Maycy Juliet Sequeira Espinoza y Yacareli Inés Róbelo López**, han documentado sobre las complicaciones del embarazo en UCI del Hospital Alemán Nicaragüense, con el propósito de guiar las búsquedas de las condiciones de riesgo durante el proceso de atención e intervenir con precocidad en el abordaje de las mismas. Felicito a las **Brs. Moncada, Sequeira y Róbelo** por su iniciativa y esfuerzo invertido en este trabajo y de la misma manera las invito a continuar fortaleciendo el camino de la investigación científica, para hacer de Nicaragua un país mejor.

Dr. Humberto Urroz Calavera
Tutor metodológico –clínico

Resumen

Objetivo: Identificar las complicaciones obstétricas de las pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense período Enero- Diciembre 2019.

Metodología: Se realizó una investigación observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo. El universo se conformó por 100 embarazadas, la muestra fue de 80 embarazadas que presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo que fueron ingresadas a la unidad de cuidados intensivos en el periodo de estudio las cuáles se seleccionaron mediante los criterios de selección, con un muestreo Probabilístico, aleatorio simple, estableciendo un margen de error del 5% y nivel de confianza del 95%.

Resultados: Las características sociodemográficas de las pacientes en estudio predominó el grupo etario de 21-34 años, de procedencia urbana, con escolaridad secundaria y amas de casa. Las complicaciones obstétricas se presentaron en el 67.6% y el tipo de complicaciones maternas fueron la Diabetes gestacional y la Hemorragia posparto. La gestación actual en la población investigada se observó que predominó el IMC de sobrepeso, con antecedente patológico personal de Preeclampsia, el antecedente personal no patológicos tabaquismo y antecedentes Ginecobstétricos, multigestas, multíparas, con número de abortos de 1, con número de cesáreas 1-2, embarazos ectópicos y nacidos muertos más de 2 respectivamente y embarazos gemelares de 1-2. La condición clínica de ingreso fue grave, de procedencia del ingreso espontánea, con un número de CPN aproximados de 4-6, la edad gestacional III Trimestre, el procedimiento quirúrgico realizado Cesárea, la condición de egreso alta y el número de días de estancia intrahospitalaria de 1-3 días.

Palabras clave: Complicación obstétrica, síndrome hipertensivo gestacional, morbimortalidad, estancia intrahospitalaria.

ACRÓNIMOS

ALT:	Alanina AminoTransferasa
AMEU:	Aspiración Manual Endouterina
APP:	Amenaza de Parto Pre Término
AST:	Aspartato Aminotransferasa
BHC:	Biometría Hemática Completa
CAD:	Cetoacidosis Diabética
Cm:	Centímetros
DPPNI:	Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta
EGO:	Examen General de Orina
ETS:	Enfermedades de Transmisión Sexual
G:	Gramos
ID:	Uno Diario
IM:	Intramuscular
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
IV:	IntraVenosa
IVU:	Infección de Vías Urinarias
Kg:	Kilogramos
MATEP:	Manejo Activo del Tercer Periodo de Parto
Mcg:	Microgramos
Mg:	Miligramos
Ml:	MiLilitros
PAM:	Presión Arterial Media
PCR:	Proteína C Reactiva

PO: Por vía Oral
RPM: Ruptura Prematura de Membranas
RPR: Reanina Plasmática Rápida
TA: Tensión Arterial
TP: Tiempo de Protrombina
TPT: Tiempo de Tromboplastina
UI: Unidades Internacionales
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
VO: Vía Oral

Índice

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS	7
VI. MARCO TEÓRICO	8
1. Complicaciones Obstétricas	8
Definición	8
2. Contexto epidemiológico	8
3. Contexto socio-demográfico en relación a las complicaciones obstétricas	9
4. Clasificación de las complicaciones obstétricas más frecuentes	10
4.1 Síndrome hipertensivo gestacional	10
4.2 Pre- eclampsia – Eclampsia	10
4.3 Diabetes gestacional	11
4.4 Hemorragia en la primera mitad del embarazo	11
4.5 Hemorragia en la segunda mitad del embarazo	12
4.6 Ruptura prematura de membrana (RPM)	13
4.6 Hemorragia posparto	14
4.8 Sepsis puerperal	14
5. Antecedentes obstétricos y Características de la gestación actual	14
6. Trimestre de captación y periodo de estancia hospitalaria	23
DISEÑO METODOLÓGICO	26
Tipo de estudio	26
Área de estudio	26
Tipo de muestreo	27
Criterios de Selección	27
Fuente de información	27
Enunciado de variables por objetivos específicos	27
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
Métodos de recolección de la información	35

Procesamiento de datos	35
Plan de tabulación.....	35
Aspectos éticos.....	36
Limitaciones en el estudio.....	36
VII. Resultados.....	37
VIII. Análisis y discusión de resultados.....	40
IX. Conclusiones	44
X. Recomendaciones	45
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	48

I. INTRODUCCIÓN

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, es una complicación obstétrica severa que supone un riesgo en la vida de la mujer y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre (Fawed-Reyes, 2016).

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el servicio clínico donde ingresan pacientes que requieren observación permanente, monitoreo continuo, tratamiento agresivo y procedimientos cardiopulmonares invasivos, además de otras indicaciones de soporte ventilatorio, ventilación no invasiva y requerimiento de soporte de dos o más órganos (Reyes., 2013).

La mortalidad materna es considerada como un indicador de desarrollo social, debido a que su causalidad tiene mucho que ver con los factores de riesgo que condicionan morbilidad materna, entre ellos los socioeconómicos, inadecuadas condiciones de higiene, edades con mayor riesgo, alto riesgo reproductivo, obstétrico y los factores relacionados a la deficiencia en los controles prenatales (Reyes., 2013).

El análisis de la morbilidad materna es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población. Existe un gran número de complicaciones en pacientes de obstetricia debida a Hemorragias 27% (retención placentaria, atonía uterina, placenta previa, ruptura uterina), Síndrome Hipertensivo Gestacional 14% (Preclampsia/Eclampsia), Sepsis Puerperal 11%, Abortos 8% (completo, espontáneo, inducido, séptico) (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

El Hospital Alemán Nicaragüense cuenta con la Unidad de Cuidados Intensivos desde 2009 que atiende pacientes de diversos servicios, como pacientes de ginecología con complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio (Cooper, 2015).

II. ANTECEDENTES

Internacionales

2016, Hernández & Travieso, efectuaron un estudio titulado: "Morbilidad obstétrica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" en Cuba. De tipo descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes obstétricas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de este hospital entre 2012 hasta 2014. Dio como resultado que el mayor número de ingresos correspondió a pacientes puérperas. La edad media fue de 25.9 años; una edad gestacional de 25.45 semanas como valor de media. El 38.6% presentó hemorragias obstétricas seguido de los trastornos hipertensivos del embarazo con 35.1%; la sepsis ocupó un tercer lugar con 26.3%. (Oliva & Yanelkis Travieso Castillo, 2016).

2017, Zorrilla & Segovia, realizó una investigación durante los años 2011- 2015, en Paraguay, cuya muestra estuvo conformada por 21 gestantes (15,5%), 85 puérperas (63%), 27 mujeres con post aborto (20%) y 2 con embarazo ectópico (1,5 %) Se concluyó que necesitaron ingreso a UCI 135 pacientes (0,48%). La edad media fue $27 \pm 6,7$ años. La complicación obstétrica más frecuente que motivó el ingreso a UCI fue la sepsis. El tiempo medio de internación en la UCI fue $6,47 \pm 8,5$ días y 50 pacientes (37,03%) necesitaron asistencia respiratoria mecánica. Hubo 19 óbitos (14%), el ingreso a UCI fue 0,48%. La mortalidad en UCI fue 14%. (Zorrilla & Segovia, 2017).

2017, Feitosa L, realizó una investigación con el objetivo de analizar los ingresos de mujeres en edad fértil en una Unidad de Cuidados Intensivos Obstétrica. Estudio transversal, documental y retrospectivo, realizado en una Unidad de Terapia Intensiva Obstétrica, ubicada en Fortaleza / Ceará, Brasil, con la presencia de mujeres en edad fértil admitidas en la unidad en el año 2016. Los datos fueron recolectados de los registros que atendieron a los criterios de inclusión Durante el mes de abril de 2017, mediante un formulario semiestructurado y analizados por medio de estadística descriptiva, siendo incluidos 106 registros. La mayoría de las mujeres tenían un grupo de edad entre 20 y 29 años, pardas, en unión estable, con enseñanza media completa, primíparas, con inicio del prenatal en el primer trimestre gestacional, con 4 a 6 consultas. Entre las causas obstétricas directas (61,1%) las principales fueron Eclampsia (34,4%), Síndrome de Hellp (15,1%) y Pre-eclampsia grave (11%) y para las causas obstétricas indirectas (38,9 (%), Se observan las siguientes: Insuficiencia renal (13,5%), Edema agudo de pulmón (11,5%) y Cardiopatía (9,6%).

Los datos revelan una línea tenue en lo que concierne la atención a la salud de las mujeres dentro del ciclo gravídico-puerperal.

2019, Duran R, realizó un estudio sobre Caracterización de pacientes ingresadas en cuidados intensivos por preeclampsia o eclampsia del Hospital General Docente “Octavio de la Concepción y de la Pedraja” de Baracoa. Guantánamo, Cuba. Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal, que incluyó 38 pacientes a las que se realizó examen físico completo, estudios complementarios de utilidad para su diagnóstico y se aplicó el índice APACHE II. Resultados: Predominaron las puérperas con preeclampsia y las edades entre 21 y 35 años. Los factores de riesgo encontrados con mayor frecuencia fueron antecedentes personales de hipertensión arterial, edades extremas y antecedentes familiares de preeclampsia. La estadía osciló entre 4 y 5 días en ambos grupos. No hubo mortalidad en las pacientes recibidas.

Nacionales

2013, Hernández, efectuó una investigación cuyo universo de estudio lo constituyeron todas las pacientes embarazadas o postparto que ingresaron a UCI del Hospital Bertha Calderón Roque, la muestra estuvo constituida por las pacientes que cumplían criterios clínicos de complicaciones maternas extremadamente graves, la información se obtuvo de la revisión de los expedientes clínicos, obteniendo los siguientes resultados, el grupo etario de mayor incidencia fue de 15- 19 años con 94 casos (34.56%), el nivel de escolaridad representativo fue el de primaria incompleta con 76 casos para el 27.94% y las procedentes del área rural presentaron un 43.75% (119 casos). Las primigestas aportaron el mayor número de casos de MME (Morbilidad Materna Extrema) con 132 (48.53%), La estancia en UCI la moda fue de 3 días y la mediana de 3.6 días, siendo la estancia de 3 a más días del 79. 78%. Los principales síndromes que motivaron ingreso a UCI en orden fueron: síndrome hipertensivo gestacional con 152 pacientes (55.38%), shock hipovolémico 28 casos (10.29%), shock séptico 25 casos (9.19%), enfermedad cardiovascular 24 casos (8.82%), pancreatitis aguda biliar 17 casos (6.25%), enfermedad metabólica 9 casos (3.31%) y enfermedad Inmunológicas 8 casos (2.94%), las principales complicaciones que las pacientes presentaron a su ingreso a UCI fueron síndrome de HELLP con plaquetas menor de 100 64 casos (33. 33%), insuficiencia renal aguda 28 casos (14.58%), coagulopatías extravascular diseminada 24 casos

(12.50%), edema cerebral 14 casos (7.2 %), edema agudo de pulmón 11 casos (5.7%). No recibieron ningún procedimiento quirúrgico 143 pacientes (52.5%). El índice de mortalidad materna fue de 6.3 (Reyes, 2013).

2015, Solís, ejecuto una investigación cuyo universo y muestra fueron todas las pacientes embarazadas y puérperas ingresadas en unidad de cuidados intensivos en el periodo en estudio, se encontró el 65.4% de las pacientes estudiadas eran jóvenes de 20 a 34 años de edad, religión católica 42.1%, con educación primaria 60.1%, acompañadas 66.9%, amas de casa 89.4%, en su mayoría con un 24% procedían de Tipitapa, el 26% eran adolescentes, 36% tenían 4 o más controles prenatales, los factores de riesgo encontrados son primigesta adolescente, embarazo no planeado, con inicio de vida sexual en la adolescencia, con pocos compañeros sexuales, la mayoría no tenían antecedentes patológicos ni enfermedades en el embarazo, ingresaron con diagnóstico de síndrome hipertensivo gestacional y la principal vía de finalización del embarazo fue la cesárea. El periodo de estancia antes del ingreso a UCI fue corto (Solis Cooper, 2017).

2016, Guzman F y Navas S, ejecutaron una investigación sobre el Comportamiento clínico y epidemiológico de complicaciones obstétricas presentadas en el Hospital Primario “Fidel Ventura” del municipio de Waslala, Matagalpa, enero a diciembre 2016, cuyos resultados fueron Dentro de las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas se encontró que la mayoría eran de 20 a 34 años, amas de casa, en unión estable, con educación primaria y de procedencia rural. La mayor parte no tenían antecedentes patológicos familiares y ninguna de las pacientes tenían antecedentes personales patológicos ni personales no patológicos. En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, se encontró que eran multigestas, en igual cantidad las complicaciones ocurrieron en multíparas y primíparas, no tenían antecedentes de aborto, ni de cesárea y tampoco tenía antecedente de nacidos muertos ni embarazos ectópicos ni embarazo gemelar.

III. JUSTIFICACIÓN

La identificación de la Morbilidad Materna Extrema (MME) debe tener un lugar importante para el equipo de salud. Los criterios para definir y caracterizar la MME, se basan en la presencia de al menos una de las tres directrices propuestas: la identificación de una enfermedad específica, el desarrollo de disfunción orgánica y la necesidad de intervenciones adicionales requeridas para salvarle la vida a la paciente.

La falta de reconocimiento por parte del personal de salud y de las pacientes sobre los factores de riesgo que se clasifican como potenciales y reales, entre los potenciales se encuentran la edad, nivel académico, antecedentes familiares, paridad, periodo intergenésico corto, entre otros; y los reales que se subdividen en preconceptionales y conceptionales, así como la deficiencia en el manejo oportuno de las principales complicaciones del embarazo, aseguran que esta entidad MME permanezca latente en nuestra población. El conocimiento de las patologías que inciden en los ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y aquellas que causan la muerte en la paciente obstétrica, facilitará enfocar la atención específica sobre los factores de riesgo de estas enfermedades.

Los indicadores de salud materno-infantil son considerados un reflejo directo del estado de salud de un país, que representa el resultado de la sumatoria de factores económicos-educacionales-nutricionales-sociales-medio ambientales y de acceso a redes de protección social. Existe actualmente la voluntad política de las naciones por considerar la mortalidad materna. Esto ha sido expresado por diversas organizaciones internacionales como las Naciones Unidas (NU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), y por la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño.

La valoración de las complicaciones obstétricas en las mujeres que ingresan a UCI, contribuirá a identificar las complicaciones más frecuentes y sus características, lo que facilitará diseñar y ejecutar una propuesta de intervención basada en evidencia para la prevención de las mismas y con ello la reducción de la morbimortalidad materna.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua a pesar de los múltiples esfuerzos realizados por el MINSA, en conjunto con las políticas de gobierno se ha observado una disminución en la tasa de mortalidad materna en los últimos años, sin embargo, continúa siendo un camino largo por recorrer y una lucha continua para disminuir este problema de Salud Pública.

La tasa de mortalidad materna ha venido disminuyendo significativamente de 86.5 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 2005 a 50.3 en el 2012 -2016; las principales causas de muerte siguen estando asociadas a las obstétricas directas causadas por hemorragias post parto, shock séptico y Síndrome Hipertensivo Gestacional. (CODENI, 2017).

Según la última actualización del mapa de mortalidad materna del MINSA hasta octubre del 2018 hubo 39 muertes maternas, de las cuales 14 fueron durante el embarazo, parto y puerperio; 8 fallecieron a causa de hipertensión durante el embarazo, 7 defunciones por ruptura del útero, 5 embarazos terminados en aborto y 5 por infecciones y embolias. (Argeñal, 2019).

El diagnóstico de una enfermedad en las pacientes embarazadas genera mayor estrés e incrementa el grado de disfunción familiar, al producirse un impacto emocional repentino e inesperado como el diagnóstico de una enfermedad aparecen una serie de reacciones emocionales: angustia, miedo, ansiedad, rabia, negación, entre otras. Es importante que sepan que estas emociones son parte de la adaptación y pueden actuar como mecanismos de defensa ante este sufrimiento. Sin embargo esto puede traer implicaciones económicas de gran relevancia a la familia y a sistema de salud pública.

En vista de situación actual de mortalidad materna por complicaciones obstétricas que reporta el MINSA, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas de pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, período Enero – Diciembre 2019?

V. OBJETIVOS

General:

Identificar las complicaciones obstétricas de las pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense período Enero- Diciembre 2019.

Específicos:

- 1) Caracterizar socio-demográficamente a las pacientes con complicaciones obstétricas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos.
- 2) Enunciar las complicaciones obstétricas más frecuentes de las mujeres en estudio.
- 3) Describir las características de la gestación actual en las mujeres en estudio.
- 4) Identificar el tipo de demanda y el periodo de estancia intrahospitalaria en el servicio de UCI por complicaciones obstétricas.

VI. MARCO TEÓRICO

La mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan (OMS, 2019).

Una mujer que presenta una complicación obstétrica que podría llegar a ser mortal se encuentra en una situación de emergencia que requiere diagnóstico y manejo inmediato.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y de estas a su vez, gran parte son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

Las muertes maternas son evitables, las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas posparto.

1. Complicaciones Obstétricas

Definición

Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial (Tremblay, 2019).

2. Contexto epidemiológico

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes diferencias entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo (OMS, 2019).

En la última década la tasa de mortalidad materna en Nicaragua ha venido disminuyendo significativamente. Pasó de 86.5% muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 2005 a 50.3% en 2012 (CODENI, 2017).

En Nicaragua en el 2017 se dieron 48 muertes maternas y en el 2018 tuvimos 47 muertes maternas, las mayores causas fueron hemorragia del embarazo (19) parto y puerperio, y luego también hipertensión en el embarazo. El grupo de edad entre 20 y 39 años es el que más presenta complicaciones. En el 2019 Se registran 12 muertes maternas en Jinotega, 9 en el Caribe Sur, 4 en Matagalpa y 4 en las minas (MINSA, 2019).

3. Contexto socio-demográfico en relación a las complicaciones obstétricas

Edad

Aquellas mujeres mayores de 36 años y menores de 16 tienen una mayor probabilidad de tener un hijo con algún tipo de problema médico. En concreto, lo más común es un peso menor en el bebé, y especialmente las adolescentes.

Procedencia y escolaridad

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Se presentan limitaciones importantes, especialmente en los departamentos centro-norte del país y regiones autónomas en los que hay que considerar los problemas de accesibilidad geográfica, nivel de pobreza existente, entre otros.

4. Clasificación de las complicaciones obstétricas más frecuentes

4.1 Síndrome hipertensivo gestacional

El Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) constituye la complicación médica más frecuente del embarazo que afecta al 5%-15% de las embarazadas y está asociado a un aumento significativo de la morbimortalidad materna y perinatal. En nuestro país, las complicaciones del SHG (accidente cerebro-vascular, coagulopatías, insuficiencia hepática y renal) ocupan uno de los primeros lugares como causa de muerte materna (MINSA, 2018).

En el embarazo se puede encontrar hipertensión en mujeres previamente normotensa o agravarla en mujeres que ya son hipertensas. El edema generalizado, la proteinuria, o ambos acompañan a menudo la hipertensión del embarazo. Pueden aparecer convulsiones como consecuencia del estado hipertensivo, especialmente en mujeres cuya hipertensión se ignora.

El SHG Se define como el desarrollo de hipertensión sin proteinuria significativa durante la segunda mitad del embarazo en paciente previamente normotensa. La frecuencia es de 6% a 17% en nulíparas y de 2% a 4% en multíparas, Puede evolucionar a una preeclampsia (46%), especialmente si aparece antes de las 30 semanas. Se puede reclasificar en dos categorías posterior al embarazo: Hipertensión transitoria, si se normaliza la presión arterial luego de la resolución del embarazo, en un período menor a 6 semanas de puerperio O hipertensión crónica en aquella paciente que persiste con hipertensión arterial luego de 6 semanas del puerperio (MINSA, 2018).

4.2 Pre- eclampsia – Eclampsia

La pre-eclampsia es un trastorno multisistémico cuyos criterios clínicos no han cambiado en la última década: edad gestacional mayor a 20 semanas, durante el parto o en las primeras seis semanas posteriores a este, presión arterial mayor de 140/90 mmHg, tira reactiva con 1+ o muestra aislada de orina con 30 mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 horas. En ausencia de proteinuria, el diagnóstico de pre eclampsia podría establecerse cuando la hipertensión gestacional se asocia con síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho con

nausea o vómito, o bien trombocitopenia con alteraciones en las concentraciones de enzimas hepáticas.

En todo el mundo causa del 10 al 15% de las muertes maternas, algunas fuentes epidemiológicas reportan hipótesis causales inmunológicas, trombóticas, genéticas, mala adaptación placentaria y estrés oxidativo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de pre-eclampsia oscila entre el 2 y 10% del total de embarazos, y su prevalencia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo (2.4%) que en los países desarrollados (0.4%) (Riesgo obstétrico de pacientes con pre-eclampsia y eclampsia, 2018-2019).

4.3 Diabetes gestacional

La diabetes gestacional es una patología de la mujer caracterizada por la intolerancia a los carbohidratos, se inicia y reconoce durante el embarazo, es decir, antes no tenía ese padecimiento, puede desencadenar diabetes tipo II, tanto en la madre durante y después del embarazo como en el feto, neonato, joven y adulto. La diabetes ocasiona en embarazadas hipertensión y preeclampsia, adiposidad neonatal (niños cuyo peso supera los 4 kilos al nacer).

Este aumento tiene graves consecuencias sociales, económicas y humanas para cualquier país, con población enfermas, dependientes de medicina y por ende merma en la calidad de vida de toda la población (Dialnet, Diabetes Gestacional, 2019).

4.4 Hemorragia en la primera mitad del embarazo

El aborto es la más importante de las hemorragias de este período es decir antes de las 20 semanas de gestación, siguen en su orden el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional (Ministerio de salud republica de Colombia).

❖ Aborto

Es la terminación de un embarazo antes de la semana 20 de gestación; cuando no se conoce la edad gestacional y el feto pesa menos de 500 gramos. Se caracteriza por hemorragia que se presenta

durante la primera mitad de la gestación, acompañada de dolor hipogástrico que aumenta con la evolución de la dilatación del cuello uterino. Es un proceso evolutivo que comienza con la amenaza de aborto y termina con la expulsión parcial o total del contenido uterino.

El diagnóstico se hace por sospecha según historia clínica y los hallazgos al examen pélvico. Los cambios en la actividad uterina, la intensidad de la hemorragia y las modificaciones del cuello uterino determinan la etapa del aborto.

Según la evolución del cuadro clínico se clasifica en amenaza de aborto, aborto incompleto, aborto completo, aborto retenido y pérdida recurrente de la gestación.

❖ **Embarazo ectópico**

Es el embarazo cuya implantación se efectúa fuera de la cavidad endometrial. La implantación más frecuente se hace en la trompa. El diagnóstico depende de la localización, el tiempo de evolución y los factores asociados; como medidas de apoyo al diagnóstico están la prueba de embarazo cuantitativa, fracción Beta de Gonadotrofina Coriónica Humana (B-GCH), la ecografía, la culdocentesis y la laparoscopia. Siempre se requiere remitir la paciente para manejo intrahospitalario en un nivel de mayor complejidad.

4.5 Hemorragia en la segunda mitad del embarazo

A este grupo de hemorragias corresponden la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y ruptura uterina (Ministerio de salud republica de Colombia).

➤ **Placenta previa**

Se define como la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior. El cuadro clínico se caracteriza por hemorragia indolora y sin causa aparente durante el tercer trimestre de la gestación.

La mujer con placenta previa siempre debe ser atendida como una urgencia, su manejo es hospitalario, en una institución de alta complejidad, en caso de remisión se requiere suministrar previamente líquidos endovenosos y tomar muestra para hemoclasificación, prueba cruzada y

hemograma.

➤ **Desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae)**

Es la separación total o parcial de la placenta que está normalmente insertada. Su manejo es hospitalario, en centros de alta complejidad y se debe remitir siempre a la paciente con líquidos endovenosos y en ambulancias dotadas adecuadamente. Es preciso tomar muestras para prueba cruzada, hemoclasificación y hemograma.

➤ **Ruptura uterina**

Se produce por el desgarro del útero intacto o por dehiscencia de una cicatriz; puede ocurrir durante el último trimestre del embarazo, el trabajo del parto o durante el parto.

Su manejo debe hacerse siempre a nivel hospitalario. Si la paciente está en un nivel de baja complejidad, se debe remitir inmediatamente a nivel de mayor complejidad, previas medidas de emergencia para evitar o tratar el shock.

4.6 Ruptura prematura de membrana (RPM).

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) se define como la ruptura de las membranas ovulares después de las 21 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio de trabajo de parto. Según el protocolo de atención de las complicaciones obstétricas se define como la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares.

Cuando la ruptura prematura de membrana ocurre ante de la semana 37 es conocida como Ruptura de Membranas Fetales Pretermito (RPMP). La evidencia actual sugiere que la RPM es un proceso multifactorial que puede ser afectado por factores bioquímicos, fisiológicos, patológicos y ambientales, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en los embarazos de pre-términos. Se denomina periodo de latencia al intervalo que transcurre entre el momento de la ruptura de las membranas y el momento en que ocurre el parto. Teniendo en cuenta el hecho que el 80-90% de las pacientes con embarazo a término desencadenando actividad uterina capaz de expulsar el feto en las primeras 24 horas. La Rotura Prematura de Membranas se denomina prolongada cuando tiene una duración de 24 horas a una semana hasta el momento del nacimiento y se denomina muy

prolongada cuando supera una semana (MINSA, Protocolo de Atención de Alto Riesgo Obstétrico, 2011).

4.6 Hemorragia posparto

Usualmente después del parto existe sangrado y es necesario saber hasta cuándo se puede considerar “normal” y es la experiencia del observador especialmente la que da este límite. La hemorragia posparto anormal se ha definido clásicamente como la pérdida de más de 500 ml. de sangre durante las 24 horas siguientes al parto, sin embargo, esta definición no es aplicable en la práctica clínica, en primer lugar porque no es fácil medir cuantitativamente la cantidad de sangrado y en segundo lugar porque se han demostrado sangrados cercanos a 600 ml. en partos normales; luego, para considerar que existe un sangrado posparto anormal se requiere que el médico con base a la observación de la paciente y su experiencia con partos normales anteriores determine de acuerdo a su juicio clínico si la hemorragia es inusual (Ministerio de salud republica de Colombia).

4.8 Sepsis puerperal

Infección del tracto genital que ocurre entre el período transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días posparto y la presencia de uno o más de los siguientes datos clínicos: dolor pélvico, flujo vaginal anormal, Flujo fétido transvaginal y Retardo en la involución uterina (Ministerio de salud republica de Colombia).

5. Antecedentes obstétricos y Características de la gestación actual

La Historia Clínica Perinatal (HCP), cuenta con distintos segmentos que son necesarios para el manejo correcto de dichos instrumentos, estos son: identificación de la embarazada, antecedentes familiares, personales y obstétricos, gestación actual, parto o aborto, patologías del embarazo, parto y puerperio, datos del recién nacido, su egreso y el egreso materno.

5.1 Antecedentes obstétricos

- Gestas Previas:

Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si el embarazo actual es el primero. El número de Gestas debe coincidir con la sumatoria de los Partos (Vaginales + Cesáreas) más Abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple. Marcar el círculo “Si” “No” según corresponda.

- Partos/Vaginales–Cesáreas: Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: ¿Cuántos fueron partos vaginales y cuántos fueron por cesárea?

Además, se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si peso menos de 2500 gr. o fue mayor o igual a 4000 gr. fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente, en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (Si/No) según corresponda.

- Abortos: Según la CIE-10, se define el Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar con una x el círculo amarillo correspondiente. Si no tiene antecedentes de Aborto, marcar con 00.

1. Nacidos/as Vivo/as: Según la CIE-10 se clasificará un recién nacido/a como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el RN respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no. Si no tiene antecedentes, marcar con 00.

2. Embarazo Ectópico (Emb. Ectópico): Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazos producidos fuera del útero en el rectángulo correspondiente.
3. Nacidos/as Muertos/as: Según la CIE-10 se clasificará un RN como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.
4. Viven: Se refiere al número de hijos/as que están vivos/as al momento de la consulta
5. Muertos/as 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos/as, pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo amarillo correspondiente. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar 0.
6. Muertos/as después de la 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más) hasta 11 meses 29 días, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente de color amarillo. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar 0.
7. Fin Embarazo Anterior: Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto (incluye el ectópico). Marcar 00 si se trata de una Primigesta. Marcar con x el círculo amarillo la finalización del embarazo ocurrió antes de 2 años o mayor a 5 años del inicio del embarazo actual.
8. Embarazo Planeado: Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno cuando se cumplan ambas condiciones se marcara —si || , cuando no se cumpla una de las dos condiciones se macara —no || (en amarillo).
9. Puede ayudar para identificar el embarazo no planeado preguntar: Cuando supo de este embarazo, ¿Quería estar embarazada? ¿Quería esperar más tiempo? o ¿No quería tener (más) hijos?

10. Fracaso Método Anticonceptivo (Fracaso Método Anticoncep.): Preguntar: Al enterarse de este embarazo: ¿Estaba usando algún método para evitar el embarazo?

Marcar el círculo correspondiente de acuerdo a las respuestas posibles que están clasificadas como:

- No usaba ningún método (no usaba).
- Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- Dispositivo Intrauterino (DIU).
- Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.
- Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.
- Métodos naturales (natural): método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.

5.2 Características de la gestación actual

En la Gestación actual: Se registran los datos recabados durante la primera atención prenatal (captación) y se va completando en las atenciones o visitas sucesivas, todo este segmento incluye:

- **Peso Anterior:** es el peso de la mujer en kilogramos, previo al embarazo actual. Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior. Se recomienda pesar sin zapatos y con lo mínimo de ropa posible o una bata de examen. Calibrar la pesa al menos cada semana. Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** realizar el cálculo de índice de masa corporal de acuerdo al peso obtenido de la embarazada ($IMC = Kg/Talla \text{ en } m^2$).

- Talla (cm): la medida de pie, descalza, talones juntos y cabeza erguida, en centímetros. Se medirá en la primera visita de control.
- Fecha de Ultima de Menstruación (FUM): el primer día, mes y año de la última menstruación. Si se desconoce el dato anotar 00. Si se obtiene este dato por USG no colocarlo en esta casilla sino en el expediente clínico.
- Fecha Probable de Parto (FPP): el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, usar el Gestograma del CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. Como en el ítem anterior, se recomienda llenar siempre este dato, aunque exista duda sobre la FUM marcar la casilla Dudas No o Si, según corresponda. Si se obtiene este dato por USG no colocarlo en esta casilla sino en el expediente clínico.
- Edad Gestacional (EG) confiable por FUM: Marcar si la edad gestacional obtenida en el examen clínico se corresponde o no con fecha de última menstruación referida por la embarazada.
- Ecografía (Ultrasonido) < 20 semanas: Marcar si la embarazada se ha realizado un ultrasonido antes de las 20 semanas de gestación.
- Estilos de vida: se anotarán los estilos que la paciente refiera, esto se realizar por cada trimestre de gestación.

Hábitos tabáquicos	Consumo de drogas	Consumo de alcohol	Violencia
Se considera el hábito practicado durante el embarazo actual. En el caso de que la respuesta sea Si, anotar el promedio de cigarrillos consumido por día. Si la embarazada No Fuma, completar con 0. Anotar si es fumadora activa o pasiva y hacer la pregunta en cada trimestre del embarazo.	Marcar si con x cuando utiliza alguna sustancia no indicada por el personal de salud, que sea capaz de producir dependencia. Hacer esta pregunta en cada trimestre del embarazo.	Marcar Si con x cuando la ingesta diaria es mayor que el equivalente a 2 vasos de vino por día. Hacer esta pregunta en cada trimestre del embarazo.	Marcar con x si la embarazada refiere ser víctima de violencia física, psicológica o verbal durante la actual gestación; tanto por su cónyuge como por su entorno familiar o laboral. Hacer esta pregunta en cada trimestre del embarazo.

- Antirubéola: según esquema local. Marcar la casilla Previa, si la embarazada refiere haber sido vacunada con anterioridad; Embarazo, si fue inmunizada durante esta gestación; no sabe, cuando no recuerda si fue o no vacunada; no, si nunca fue inmunizada. Si la mujer asegura nunca haber recibido la vacuna en ningún momento de la gestación, se tendrá que referir a la U/S correspondiente para su aplicación.
- Antitetánica, marcar si con una x en previa cuando ha tenido al menos una dosis de vacuna antitetánica y marcar no cuando no ha recibido ninguna vacuna antitetánica. Constatar esta información preferiblemente a través de la tarjeta de inmunizaciones. En actual, registrar el mes de gestación en la casilla 1ª si no ha recibido ninguna dosis previa y se le aplica la primera dosis en el momento, como debe hacerse. 2ª/R: en 2ª se registrará el mes de gestación en que se está aplicando la segunda dosis y en R (porción inferior de la casilla) se registrará el mes de gestación en que se está aplicando el refuerzo. Toda embarazada con esquema completo (antecedentes de 2 vacunas antitetánicas previas o más) debe recibir una dosis de refuerzo de vacuna antitetánica al momento de la captación. En el esquema actual del Programa Nacional de Inmunizaciones, la vacuna antitetánica utilizada es la dT, la cual se puede administrar a cualquier edad gestacional. Se considera inmunizada cuando se ha recibido 2 dosis, independientemente del intervalo entre dosis, el cual preferiblemente debe ser entre 4 a 8 semanas.
- **Examen físico normal:**
 - ✚ Examen de Mamas: marcar Si cuando el resultado del examen sea normal y No cuando se detecte alguna anormalidad
 - ✚ Examen Odontológico: marcar Si cuando el resultado del examen sea normal y No cuando se detecte alguna anormalidad.
 - ✚ Cérvix: marcar si con x, o no de acuerdo al examen vaginal realizado (Inspección Visual, PAP o Colposcopia). Papanicolaou Normal, en caso de habersele realizado dicho examen en el último año o durante el embarazo actual, marcar en la casilla Negativo (-) si el resultado fue normal o Positivo (+) si el resultado fue patológico, lo que hay que describir.

- ✚ Grupo y Rh: el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O) registrarlo en la casilla. Para Rh y para sensibilización, marcar las casillas correspondientes; si la embarazada se encuentra sensibilizada Si, o No si no lo está.
- ✚ Rh Inmunizada: Referir si el embarazado Rh- ha sido previamente inmunizada.
- ✚ ʸGlobulina anti D: marcar si la embarazada ha recibido la globulina anti D. A las 28 semanas de gestación.
- ✚ Toxoplasmosis: Marcar si la embarazada se ha realizado el toxotest (IgG o IgM), indicar si el resultado obtenido es negativo, positivo o si no fue realizado y especificar si fue realizado antes de las 20 semanas, durante o después de las 20 semanas. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable > 20 semanas.
- ✚ Fe/Folatos indicados y Proporcionados: se marca Si cuando son indicados/proporcionados en cuatro visitas durante la gestación, se marca No si al momento del parto se constata que no fueron indicados/ proporcionados. Se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de Hb es menor de 11.0 g/dl durante el I o III trimestre. Si la Hb se sitúa entre 7 a 9 g/dl se considera moderada y si es menor de 7 g/dl es severa. La Prueba de Hemoglobina se realizará en dos momentos; antes de las 20 semanas (primera visita antenatal o por un aborto) y otro luego de las 20 semanas.
- ✚ VIH – Diagnóstico- Tratamiento: Se deberá brindar consejería a fin de que ella tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH antes de las 20 semanas. Cuando se capta la mujer con un embarazo mayor de 20 semanas se marcará el dato de No corresponde (n/c) por las semanas de gestación, independientemente que se realice o no la prueba. cuando La evidencia es la hoja de consentimiento informado. Cuando no se tiene el resultado marcar s/d (sin datos) y se haya realizado la prueba.
- ✚ Sífilis – Diagnóstico y Tratamiento: Marcar con una x si la embarazada se realizó las pruebas treponémicas (FTAABS) o no treponémicas (VDRL o RPR), en el cuadrado asignado; Negativo (-) es No Reactor y Positivo (+) si es Reactor al igual marcar con una x si recibió o no tratamiento en caso de ser positiva y si la pareja también recibió dicho tratamiento en todos los casos deberá especificar si los

resultados o el tratamiento fueron antes de las 20 semanas, o a las 20 semanas y después de las 20 semanas de gestación. Marcar si la pareja recibió tratamiento.

- ✚ Chagas: Marcar con una x si la embarazada se realizó las pruebas de Chagas (PCR), en el cuadrado asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa se les indicara a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas.
- ✚ Paludismo/Malaria: Marcar con una x si la embarazada se realizó las pruebas de Paludismo/Malaria (Gota Gruesa), en el cuadrado asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Se les indicara a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas.
- ✚ Bacteriuria: antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, marcar con x el resultado de la prueba en el cuadrado asignado; Normal: No refleja presencia de bacterias en la orina y anormal refleja presencia de bacterias en la orina o bien marcar con una X si dicha prueba no fue realizada. Se deberá realizar una prueba por cada atención prenatal. Esta prueba debería estar disponible en todas las unidades de salud con cintas de uroanálisis. Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los genitales con agua y jabón, separación de los labios menores, utilización de técnica del chorro medio, procesar la muestra antes de 30 minutos. Se marcará Bacteriuria: Normal, cuando el urocultivo es negativo (menos de 100,000 Unidades Formadoras de Colonia (UFC)/ml o la cinta es negativa. Es Anormal cuando sea mayor de 100,000 UFC/ml o la cinta es positiva. En el caso de aborto no se consignará el dato mayor de 20 semanas.
- ✚ Glucemia en Ayunas: Anotar el resultado obtenido de la glucemia obtenida en ayunas en la embarazada antes de las 24 semanas de gestación y a las 24 y más semanas. Marcar el círculo de la derecha cuando el valor sea ≥ 92 mg/dl en cualquiera de los dos momentos de realizarse el examen. Orientar a la embarazada que debe acudir a la unidad de salud sin haber ingerido alimentos. En caso de aborto no se consignara el dato mayor de 24 semanas.
- ✚ Estreptococo B 35-37, semanas. Indicar si la pesquisa de Estreptococo B en esta edad gestacional realizada con toma recto-vaginal y en medio enriquecido, fue negativa (-) o positiva (+). Si no se realizó en estas condiciones o no se solicitó

marcar “no se hizo”. En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable. La infección por Estreptococo B-hemolítico está relacionada con la morbi-mortalidad perinatal.

- ✚ Preparación para el parto: Marcar si la embarazada ha recibido o no cursos de partos psicoprofilácticos ya sea en las unidades de salud o en casas maternas.
- ✚ Consejería Lactancia Materna: Marcar si la embarazada ha recibido ya sea en las unidades de salud o en casas maternas, consejería sobre los beneficios, técnicas adecuadas y derechos inherentes a la lactancia materna y de la niñez.

- **Atenciones prenatales:**

- Fecha: Anotar el día, mes y año en que se realiza la atención prenatal, las iniciales del personal de salud que lo efectúa, así como la próxima fecha que debe acudir a la unidad de salud.
- Edad gestacional: Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando sea una captación tardía o la edad gestacional se desconoce por FUM.
- Peso: En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando los valores encontrados no se correspondan a la talla y edad gestacional o cuando no hay un adecuado incremento de peso (menor o mayor que lo esperado) con respecto al peso previo o de consultas anteriores.
- Presión Arterial (PA): La tensión máxima y mínima expresada en mm Hg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma, en el brazo hábil, con manguito a la altura del corazón. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando los valores encontrados muestren una alteración en las cifras tensionales comparadas con las cifras anteriores al embarazo y/o entre mediciones en el mismo embarazo.
- Altura Uterina: Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando los valores encontrados muestren una alteración en las

mediciones comparadas con la semana de gestación al momento de la consulta. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.

- **Presentación:** Para la presentación, escribir “cef” (cefálica), “pelv” (pelviana) o “transv” (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando después de las 36 semanas de gestación se encuentre una presentación diferente a la cefálica.
- **Frecuencia cardíaca fetal (FCF) latidos por minuto (lpm):** Consignar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.
Movimiento Fetal: Consignar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación.
- **Proteinuria:** Marcar Negativo (-) o Positivo (+), la presencia o no de proteínas en el examen general de orina efectuado a la embarazada.
- **Signos de alarma, exámenes, tratamientos:** describir signos, exámenes, tratamientos relevantes o hallazgos patológicos que deban tenerse presente para el seguimiento adecuado de las posteriores consultas prenatales.
Iniciales del personal de salud. (MINSA, 2013).

6. Trimestre de captación y periodo de estancia hospitalaria

❖ Ingresos:

Es el conjunto de actividades técnico - administrativa que se realiza en un hospital para admitir a un paciente, cuyo objetivo es ofrecerle atención de acuerdo a sus necesidades o problemas mediante recursos adecuados y específicos.

Tipos de ingresos:

Ingreso programado:

Es cuando el paciente requiere de asistencia hospitalaria previo al control de su padecimiento en los diferentes niveles.

Ingreso por urgencia:

Es cuando el paciente requiere asistencia inmediata debido a una aparición brusca de un padecimiento agudo o por accidente.

Ingreso intrahospitalario:

Si el paciente procede de otra unidad del hospital. Es cuando el paciente es ingresado por ejemplo de consulta externa (SlidePlayer, 2020).

❖ Período de estancia hospitalaria:

Unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo.

La contabilización se realiza a la hora censal (a las 00:00 horas). La estancia mínima es pasar la noche y tomar una comida principal (almuerzo o cena) en el hospital, por debajo de esto no se considera que se haya llegado a completar una estancia. No generan estancias, por ejemplo, las camas de observación de urgencias, puestos de hemodiálisis, hospital de día ni reanimación.

El número de estancias se calcula mediante la diferencia entre la fecha de alta y la de ingreso. Los ingresos del Hospital de día Quirúrgico no generan estancias.

Tipos de estancia:

Estancias sociales:

Generadas entre el alta médica y el alta administrativa, por causas de índole social, no asistenciales. Se imputarán al hospital y no al servicio en el que permanezcan hasta abandonar el hospital.

Estancia media:

Días que, por término medio, están ingresados los pacientes.

Estancia media reingreso:

Promedio de estancias generadas por los episodios de hospitalización correspondientes a los reingresos.

Estancia media de ingreso previo al reingreso:

Promedio de estancias generadas por los episodios de hospitalización que posteriormente se siguieron de reingreso

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Descriptivo, observacional, corte transversal, retrospectivo, de enfoque cuantitativo.

Área de estudio

Hospital Alemán Nicaragüense, un hospital general ubicado en el distrito VI del municipio de Managua, que atiende las especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología.

Unidad de análisis

Todas las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo que fueron ingresadas a la unidad de cuidados intensivos en el periodo de estudio.

Universo

El universo estuvo conformado por 100 embarazadas que ingresaron al Hospital Alemán Nicaragüense que fueron diagnosticadas al ingreso de la unidad hospitalaria con alguna complicación obstétrica.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 80 pacientes embarazadas que presentaron complicaciones obstétricas y fueron ingresadas a la UCI, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tamaño muestral

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	100
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/- 5
Límites de confianza como % de 100(absolute +/- %)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	80
80%	63
90%	74
97%	83
99%	88
99.9%	92
99.99%	94

Ecuación

$$\text{Tamaño de la muestra } n = \frac{EDFF * N * p(1-p)}{[(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p(1-p))]}$$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor
Imprimir desde el navegador con ctrl-P
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Para el cálculo del tamaño muestral se recurrió al programa OpenEpi, utilizando la fórmula:

Fuente: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>

Tipo de muestreo

Probabilístico, aleatorio simple, ya que da cada elemento de la población objetivo y a cada posible muestra de un tamaño determinado, la misma probabilidad de ser seleccionado.

Criterios de Selección

➤ **Criterios de inclusión**

- ✓ Todas las mujeres que presentaron complicaciones obstétricas durante el periodo de estudio.
- ✓ Pacientes ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos por complicaciones obstétricas.
- ✓ Embarazadas con datos del expediente clínico completo.
- ✓ Traslado a otra unidad de salud.

➤ **Criterios de exclusión**

- ✓ Mujeres que no presentaron complicaciones obstétricas.
- ✓ Pacientes no embarazadas.
- ✓ Pacientes ingresadas en otro servicio del hospital.

Fuente de información

Secundaria a través del expediente clínico.

Enunciado de variables por objetivos específicos

Apartado I: Características sociodemográficas

- Edad
- Procedencia.
- Escolaridad.
- Ocupación

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico N°1: Caracterizar socio-demográficamente a las pacientes con complicaciones obstétricas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos.

Variable	Definición	Indicador	Escala / Valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y la fecha actual.	Años	<20 20 - 34 35 y más
Procedencia	Lugar de origen de la paciente al momento de investigar	Área	Urbana Rural
Escolaridad	Años cursados o aprobados en algún tipo de establecimiento educacional al momento del estudio	Nivel académico alcanzado	Analfabeta. Primaria Secundaria Técnico Universidad
Ocupación	Tipo de trabajo que se desempeña y que genera recursos económicos al momento de la investigación	Desempeño	Ama de casa Estudiante Comerciante Desempleado Otros

Objetivo específico N°2: Enunciar las complicaciones obstétricas más frecuentes de las mujeres en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala / Valor
Síndrome hipertensivo gestacional	La hipertensión gestacional se caracteriza por la elevación de presión arterial después de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria.	mmHg	PAS \geq 140 mmHg o PAD \geq 90 mmHg
Diabetes gestacional	La diabetes gestacional es una condición con grados diversos de hiperglucemia materna menos severos que los encontrados en la Diabetes tipo 1 y 2, pero asociado a un riesgo incrementado de desenlaces adversos del embarazo.	Mg-dl	Ayuno \geq 92 mg/dl 1 hora postcarga \geq 180mg/dl 2 hora postcarga \geq 153mg/dl
Hemorragia en la primera mitad del embarazo	El sangrado durante el primer trimestre es una de las principales causas de urgencias, afectando al 15-25% de todos los embarazos.	Diagnostico consignado en el expediente	Aborto Embarazo ectópico Enfermedad trofoblastica gestacional
Hemorragia en la segunda mitad del embarazo	Son complicaciones hemorrágicas que se abordan como emergencias medico quirúrgica que condicionan mayor morbimortalidad en las pacientes.	Entidades clínicas	Placenta previa Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta Rotura uterina

Ruptura prematura de membrana	Es la solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, con la siguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocervix y la vagina.	Edad gestacional	RPM Pre termino antes de las 37 semanas de gestación RPM al termino luego de las 37 semanas de gestación
Hemorragia post parto	La pérdida de más de 1000 ml. de sangre independiente de la vía de finalización del embarazo. Con descenso del hematocrito \geq 10 %, del valor basal previo al parto/cesárea con o sin sintomatología.	Hemorragia Temprana Hemorragia tardía	SI (24 hrs) NO Si (después 24 hrs y 6 semanas) NO
II	Se define como una condición clínica potencialmente mortal desencadenada por una infección que ocurre durante el parto o en cualquier momento del puerperio que provoca una o más fallas orgánicas.	Síndromes	Infección del tracto genital y tejidos adyacentes. Infección del sitio quirúrgico obstétrico. Mastitis y absceso

Objetivo específico N°3: Describir las características de la gestación actual en las mujeres en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala / Valor
Datos antropométricos	Es la disciplina que se centra en la medición del cuerpo humano	IMC	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad
Antecedentes personales	Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información personal	Patología	Diabetes Mellitus Hipertensión arterial Preclampsia Eclampsia Ninguno
Antecedentes personales no patológicos	Datos del paciente relacionados con su medio, así como sus hábitos, siendo estos los probables factores que desencadena la patología actual.	Hábitos tóxicos	Alcohol Tabaco Drogas Ninguno
Antecedentes Ginecobstétricos	Recopilación de información sobre la salud reproductiva de una mujer. Incluye información sobre las afecciones del aparato reproductor, los problemas reproductivos y las complicaciones durante el parto.	Embarazos previos	Gestas previas Partos Abortos Cesárea Embarazos ectópicos Nacidos muertos Embarazos gemelar

Objetivo específico N°4: Identificar el tipo de demanda y el periodo de estancia intrahospitalaria en el servicio de UCI por complicaciones obstétricas.

Variable	Concepto	Indicador	Escala/Valor
Condición clínica de ingreso	Representa un riesgo vital y necesidad de maniobras de reanimación dependiendo del compromiso y exigencia de atención inmediata	Condición del paciente	Estable Grave
Procedencia de Ingreso	Es el conjunto de actividades técnico – administrativa que se realiza en un hospital para admitir a un paciente, cuyo objetivo es ofrecerle atención de acuerdo a sus necesidades o problemas mediante recursos adecuados y específicos.	Tipos de Ingreso	Espontanea Referido de puesto de salud Referido de otro establecimiento
Controles Prenatales	Series de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, para vigilar la evolución del embarazo	Numeral	Menor 4 4- 6 >6
Edad Gestacional	Se define de manera imprecisa como el número de semanas entre el primer día del último periodo menstrual de la madre y el día del parto.	Trimestre	I trimestre II trimestre III trimestre

Procedimiento Realizado	Es un conjunto de acciones que tienen que realizarse todas igualmente, para obtener los mismos resultados, bajo la misma circunstancia	Tipo de intervención quirúrgico	Cesárea Histerectomía Re intervención Quirúrgica
Egreso	Es el procedimiento por el cual se prepara y ayuda al paciente en todos los aspectos concernientes a su traslado a otro servicio o a la salida del hospital	Condición del paciente	Alta Abandono Traslado Fallecido
Periodo de estancia intrahospitalaria	Los días que los enfermos hayan permanecido en las unidades de salud.	Tiempo	1-3 4-7 >8

Métodos de recolección de la información

Para tener acceso a los datos del estudio, se solicitó autorización escrita a la Dirección del Hospital, al departamento de estadística y al responsable del departamento de Ginecobstetricia. La fuente de recolección de información a utilizar fue secundaria, pues se utilizó el expediente clínico como instrumento de información.

Procesamiento de datos

Los datos obtenidos de los instrumentos de recolección de información fueron procesados en el programa estadístico, IBM-SPSS versión 25 idioma ingles donde se colocó toda la información, siendo este programa un medio certificado para el procesamiento de grandes cantidades de información estadística, garantizando el control de calidad de los datos, ya que SPSS cuenta con estándares de calidad estadística para permitir iniciar el diseño de la base de datos en su interfaz, misma que permite el ingreso de la información para ser procesada.

Plan de tabulación

Después de haber llenado los instrumentos de recolección de información, se hizo un análisis en base a los resultados, teniendo en cuenta la pregunta de investigación, el planteamiento de problema y los objetivos de la misma, logrando identificar las complicaciones obstétricas a lo largo del periodo establecido en la unidad de análisis escogida.

Dentro del mismo acápite también se describió analíticamente las posibles asociaciones entre las variables del presente estudio, en el proceso llamado “cruce de variables” para encontrar más elementos que puedan influir en presentar complicaciones obstétricas, en este cruce tenemos:

- Edad x Hemorragia postparto.
- Ocupación x Hemorragia postparto.
- Edad x pre-eclampsia - Eclampsia

Los datos obtenidos a como se mencionó en el acápite anterior fueron codificados en el programa de IBM-SPSS para de esta manera obtener material visual que muestren los resultados, garanticen

estándares de calidad y faciliten la interpretación de la información obtenida a través de tablas y gráficos funcionando como nuestro medio de tabulación y tratamiento estadístico.

Para la validación del instrumento se realizó una prueba de pilotaje aplicada a 10 expedientes clínicos, donde se le aplicó un instrumento previamente reestructurado con preguntas abiertas y cerradas, el cual fue validado por dos expertos uno especialista en Ginecología y Obstetricia y otro en metodología de la investigación, esto con el objetivo de mayor confiabilidad del instrumento, disminuyendo los márgenes de error y sesgos de la información.

Aspectos éticos

La información para obtener los resultados fue resguardada con privacidad y confidencialidad. Así mismo, se utilizó únicamente con fines académicos. En general, en esta investigación se respetó los principios básicos de la bioética. Basados en el la Declaración del Helsinki anonimato, confidencialidad, justicia y beneficencia, aclarando que esta investigación no traerá daños a terceras personas.

Limitaciones en el estudio

La metodología para el estudio de las complicaciones obstétricas tiene como obstáculo el riesgo de sesgo, ya que tiene como dificultad el establecer relaciones causales entre variables en la información que se obtiene vinculada con la entidad, y por lo tanto no permite un cálculo real de la incidencia del fenómeno. Por lo cual no fue posible medir el riesgo, y las características de las complicaciones.

VII. Resultados

En relación a las características sociodemográfica se observó que el grupo etario que predominó fue de 21-34 años, 43 pacientes (53.8%), seguido del grupo de menores de 20 años 32 (40.0%) y en menor proporción las mayores de 35 años con 5 pacientes (6.3%). Con respecto a la procedencia la mayor parte de la población investigada pertenecían al área urbana 67 (83.7%) y del área rural 13 pacientes (16.3%), en lo relacionado al nivel de escolaridad la mayor parte de las pacientes investigadas pertenecían al nivel educativo de secundaria 53 (66.2%), seguido de primaria 15 (18.8%) y en menor proporción el nivel educativo universitario 11 (13.7%) y técnico superior 1 (1.3%), no se evidenció analfabetismo en las pacientes en investigación. En lo concerniente a la ocupación en su mayoría eran amas de casa 62 (77.6%) y en menor proporción estudiantes 6 (7.5%), desempleadas 5 (6.3%), comerciantes 3 (3.8%), otras ocupaciones 2 (2.5%) y oficinistas 1 (1.3%). (**Tabla 1**)

En lo concerniente a las complicaciones obstétricas presentadas por las pacientes al investigar, se encontró que solamente habían presentado complicaciones maternas en embarazos anteriores 54 pacientes (67.6%) y no presentaron complicación alguna 26 (32.4%). El tipo de complicación materna presentada que predominó fue la diabetes gestacional 73 (91.3%), seguido de hemorragia en la segunda mitad del embarazo 65 (81.3%) y en menor incidencia el síndrome hipertensivo gestacional 26 (32.4%), hemorragia postparto 24 (30.1%), sepsis puerperal 9 (11.3%), hemorragia en la primera mitad del embarazo 6 (7.5%) y por último ruptura prematura de membranas 2 (2.5%). (**Tabla 2**)

Con respecto a las características de la gestación actual en la población investigada se observó que predominó el IMC de sobrepeso en 57 pacientes (71.3%), seguido de las que tenían IMC normal 13 (16.3%) y en menor frecuencia las de bajo peso 10 (12.5%). En lo concerniente a los antecedentes personales patológicos predominó la Preeclampsia en 73 pacientes (91.3%), seguido de la Hipertensión Arterial 71 (88.8%) y la Diabetes Mellitus 42 (52.5%) y en menor incidencia los que no tenían patologías previas 31 (38.8%) y la Eclampsia 9 (11.3%). En lo relacionado a los antecedentes personales no patológicos la mayor parte de las pacientes investigadas no presentaban hábitos tóxicos 68 (85.0%) y solamente presentaban malos hábitos de tabaquismo 9 (11.2%), drogas 2 (2.5%) y alcoholismo 1 (1.3%). En lo concerniente a los antecedentes Ginecobstétricos, presentaban número de gestas previas predominó las multigestas 54 (67.5%) y primigestas 26 (32.5%), el número de partos que presentó mayor incidencia fueron las multíparas 58 (72.5%) y primíparas 22 (27.5%). En cuanto al número de

abortos la mayor parte de las pacientes investigadas no tenían antecedentes de aborto 70 (87.5%), 1 aborto presentaron 9 pacientes (11.3%) y más de 2 abortos 1 (1.3%), en lo relacionado al número de cesáreas la mayoría habían presentado de 1-2 procedimientos quirúrgicos 41 (51.3%), seguido de las que no se habían realizado cesárea 38 (47.5%) y solamente se les ha realizado más de 2 cesáreas a 1 pacientes (1.3%), en lo que respecta a los embarazos ectópicos la mayoría de las investigadas no han presentado este tipo de gestación 72 (90.0%) y solamente han presentado más de 2 embarazos ectópicos 7 pacientes (8.8%) y de 1-2 embarazos ectópicos 1 paciente (1.3%), con respecto a los nacidos muertos no presentaron este hallazgo 73 pacientes (91.3%), mientras que más de 2 nacidos muertos lo presentaron 5 pacientes (6.3%) y de 1-2 nacidos muertos 2 pacientes (2.5%), mientras que embarazos gemelares la mayoría no presentaron 74 (92.5%), y solamente presentaron embarazo múltiples de 1-2 un número de 4 pacientes (5.0%) y más de 2 embarazos gemelares 2 (2.5%). **(Tabla 3)**

En relación a la condición clínica de ingreso de las pacientes investigadas se observó que la mayoría eran de condición grave 64 (80.0%) y estable 16 pacientes (20.0%), la procedencia del ingreso en su mayoría fue espontanea en 50 pacientes (62.5%), seguido de las referidas de Puesto o Centro de Salud 18 pacientes (22.5%), y las referidas de otro establecimiento fueron 12 pacientes (15.0%). En cuanto al número de CPN realizados la mayoría tenían de 4-6 CPN, con un número de 40 pacientes (50.0%), seguido de menos de 4 CPN 38 pacientes (47.5%) y más de 7 CPN solo presentaron 2 pacientes (2.5%), la edad gestacional de atención al momento del estudio fue en el III Trimestre 59 pacientes (73.8%), seguido del I Trimestre 12 pacientes (15.0%) y solamente en el II Trimestre fueron 9 pacientes (11.3%).

En lo relacionado al procedimiento quirúrgico realizado en su mayoría no se practicó ningún tipo de operación 69 pacientes (86.2%), y en menor incidencia Cesárea 8 (10.0%), reintervención 2 (2.5%) e Histerectomía 1 (1.3%). En lo que respecta a la condición de egreso la mayor parte de la población investigada fueron dadas de alta 79 (98.7%) y trasladadas a otra unidad de resolución 1 (1.3%). En cuanto al número de días de estancia intrahospitalaria la mayoría de las pacientes cursaron de 1-3 días 35 (43.7%), de 4-7 días 31 pacientes (38.8%) y más de 8 días 14 pacientes (17.5%). **(Tabla 4)**

En cuanto al cruce de variables Edad vs Hemorragia postparto se observó que la causa más frecuente fue desgarró de la pared vaginal 23 casos (28.8%), la edad que más predominó fue en menores de 20 años 16 (20.0%), seguido de las 21-34 años 5 pacientes (6.3%) y en menor

frecuencia las mayores de 35 años con 2 pacientes (2.5%), mientras que la otra causa de Hemorragia postparto fue la ruptura uterina presentándose 6 paciente (7.5%), siendo la edad que predomino en mayores de 35 años con 3 pacientes (3.7%), seguido de las menores de 20 años 2 (2.5%) y en menor frecuencia las de 21- 34 años 1 (1.3%). **(Tabla 5)**

En lo concerniente de la cruce de variable Ocupación vs Hemorragia postparto, se observó que la mayor parte eran por desgarro de la pared vaginal cuya ocupación de las pacientes eran amas de casa 12 (15.0%), seguido de desempleadas 5 (6.3%), estudiantes 4 (5.0%) y en menor frecuencia ocupación de comerciante y oficinista 1 (1.3%) respectivamente, mientras que de etiología ruptura uterina fue más frecuente las amas de casa 3 (3.8%), seguido de las comerciantes 2 (2.5%) y en estudiantes 1 (1.3%). **(Tabla 6)**

En cuanto al cruce de variables de la Edad vs Preeclampsia-Eclampsia se encontró que el grupo etario más afectado por esta entidad es el de 21-34 años con 41 pacientes (51.3%), seguido del grupo de menores de 20 años 28 pacientes (35.0%) y en menor frecuencia las mayores de 35 años 4 pacientes (5.0%). **(Tabla 7)**

VIII. Análisis y discusión de resultados

En nuestra investigación identificamos que las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas presentaron las siguientes características clínicas.

Características sociodemográficas:

La mayoría de las pacientes tenía una edad comprendida entre 20-34 años, la relación que existe entre la variable edad y la presentación de complicaciones, esta juega un rol importante en el desarrollo de las complicaciones clínicas, la distribución de los rangos etarios que prevalecieron en nuestra investigación se asemeja con lo descrito por **Solís (2015)** y discrepa con los reportado por **Hernández (2013)**. La edad media identificado en nuestra investigación fue de 22.81 años discrepando con lo descrito por **Hernández & Travieso (2016)**, y **Zorilla & Segovia (2017)** en cuya investigación este dato fue superior.

La mayoría de las pacientes incluidas en nuestra investigación procedía del área urbana coincidiendo con el estudio de **Solís (2015)** y **Hernández (2013)** en cuyas investigaciones las pacientes procedían del área urbana. El predominio de la procedencia urbana en nuestra investigación podría estar en relación con la localización del Hospital y el grado de cobertura de este.

En nuestra investigación las pacientes en su mayoría eran amas de casa concordando con los autores **Solís (2015)** y **Hernández (2013)**, sin embargo en nuestra investigación las pacientes tenían un mayor grado de escolaridad ya que tenían secundaria aprobada, discrepando con lo mencionado por **Hernández (2013)** y **Solís (2015)** en cuyas poblaciones las pacientes tenían un grado de escolaridad inferior (primaria aprobada), el hecho que en nuestra investigación las pacientes tuvieran mayor grado académico y procedieran del área urbana demuestra que la cobertura en educación y salud a nivel urbano es mayor en comparación con la rural.

Complicaciones obstétricas más frecuentes

En nuestra investigación la complicación obstétrica más frecuente fue el síndrome hipertensivo gestacional en cualquiera de su clasificación distribuyéndose de la siguiente forma: Preclampsia Grave 91.3%, Hipertensión Arterial Crónica con Pre eclampsia agregada 37.5%, Preclampsia - eclampsia 27.5%, Eclampsia 11.3%. La prevalencia del síndrome hipertensivo en nuestra población como principal complicación ginecobstétricas concuerda con lo reportando por Solís (2015), y se relaciona con la investigación de **Hernández & Travieso (2016)**, quienes reportan que los trastornos hemorrágicos supusieron el primer lugar y los trastornos hipertensivos el segundo lugar. Así mismo discrepan con lo descrito por **Zorilla & Segovia, (2017)** en cuya población la complicación más frecuente que motivo la consulta fue la sepsis puerperal.

En lo que respecta a la influencia de la procedencia, ocupación y grado de escolaridad en relación a la presentación de síndrome hipertensivo reportamos que el síndrome hipertensivo gestacional en cualquiera de sus clasificaciones no se relaciona con la procedencia Urbana, la ocupación y el grado de escolaridad de las pacientes en nuestra investigación. Lo contrario reportamos al comparar la influencia de la procedencia rural ocupación de ama de casa y grado de escolaridad primaria de las pacientes con la presentación de hemorragias de la primera mitad del embarazo.

En lo que respecta la influencia de la edad en relación a la presentación de complicaciones, reportamos que la preeclampsia-eclampsia se relaciona con la edad de las pacientes en nuestra investigación, se encontró que las edades entre 20-30 años son las edades que poseen mayor relación con el desarrollo de esta entidad clínica, lo contrario demostramos con las otras entidades clínicas que engloba la clasificación del síndrome hipertensivo en todas sus clasificaciones no se relacionada con la procedencia de las pacientes.

Características de la gestación actual

Cuando evaluamos las características antropométricas consignadas en la historia clínica perinatal de las pacientes en estudio, se identificó que la mayoría de las pacientes tenía sobrepeso y eran de estatura media según el valor consignado en la historia clínica perinatal, lo que nos lleva a plantearnos sobre el hecho que nuestra población es más susceptible a desarrollar complicaciones durante la gestaciones debido a un estilo de vida mal sano antes, durante y después de su gestación,

por lo que proponemos campañas educativas para concientizar a las mujeres en edad fértil de los riesgos que trae consigo un IMC en parámetros fuera de los rangos normales.

En lo que respecta a los antecedentes Ginecobstétricos identificamos que nuestras pacientes la mayoría eran primigestas, nulíparas, sin antecedente de cesárea anterior ni aborto, ni legrado, sin enfermedades diagnosticadas durante el embarazo, tenían entre 3 a 4 controles prenatales; Estos hallazgos concuerdan con lo mencionado por **Solís (2015)**, cuya población también era adolescente sin enfermedades durante el embarazo.

El tipo de demanda y el periodo de estancia intrahospitalaria en el servicio de UCI por complicaciones obstétricas.

Condición clínica de ingreso fue Grave 80.0% , la procedencia de ingreso fue Espontánea 62.5% la Edad gestacional fue en el III trimestre 73.3% y el Egreso fue de Alta en un 99.0%, coincidiendo con el estudio nacional del año **2016, Guzmán F y Navas S**, ejecutaron una investigación sobre el Comportamiento clínico y epidemiológico de complicaciones obstétricas presentadas en el Hospital Primario “Fidel Ventura” del municipio de Waslala, Matagalpa, enero a diciembre 2016, cuyos resultados fueron Dentro de las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas se encontró que la mayoría eran de 20 a 34 años, amas de casa, en unión estable, con educación primaria y de procedencia rural. La mayor parte no tenían antecedentes patológicos familiares y ninguna de las pacientes tenían antecedentes personales patológicos ni personales no patológicos. En cuanto a los antecedentes Ginecobstétricos, se encontró que eran multigestas, en igual cantidad las complicaciones ocurrieron en múltiparas y primíparas, no tenían antecedentes de aborto, ni de cesárea y tampoco tenía antecedente de nacidos muertos ni embarazos ectópicos ni embarazo gemelar. La condición clínica de ingreso fue estable, la forma de ingreso fue espontánea, tenían menos de 4 controles prenatales y el trimestre que más predominó fue el III. Con respecto a la condición de egreso, en general no ameritaron ninguna intervención quirúrgica y se egresaron estables.

Los Controles prenatales realizados fueron de 4-6 con 50.0%, estrechamente relacionado con el estudio internacional del año **2017, Feitosa L**, realizo una investigación con el objetivo de analizar los ingresos de mujeres en edad fértil en una Unidad de Cuidados Intensivos Obstétrica. Estudio transversal, documental y retrospectivo, realizado en una Unidad de Terapia Intensiva Obstétrica,

ubicada en Fortaleza / Ceará, Brasil, con la presencia de mujeres en edad fértil admitidas en la unidad en el año 2016. Los datos fueron recolectados de los registros que atendieron a los criterios de inclusión Durante el mes de abril de 2017, mediante un formulario semiestructurado y analizados por medio de estadística descriptiva, siendo incluidos 106 registros. La mayoría de las mujeres tenían un grupo de edad entre 20 y 29 años, pardas, en unión estable, con enseñanza media completa, primíparas, con inicio del prenatal en el primer trimestre gestacional, con 4 a 6 consultas.

El procedimiento realizado fue la Cesárea en el 10.0%, sin embargo, no se encontraron estudio que catalogaran de alta relevancia significativa a la investigación, sin embargo, de acuerdo a la normativa de MINSA es de gran valor y apego para disminuir las tasas de morbilidad materna.

La mayoría de las pacientes tuvo una estancia intrahospitalaria comprendida entre los 1 a 3 días, la duración máxima en UCI fue de 5 días y posteriormente se trasladó a la sala de puerperio patológico, en relación con el estudio nacional realizado en el año **2013, Hernández**, efectuó una investigación cuyo universo de estudio lo constituyeron todas las pacientes embarazadas o postparto que ingresaron a UCI del Hospital Bertha Calderón Roque, la muestra estuvo constituida por las pacientes que cumplían criterios clínicos de complicaciones maternas extremadamente graves, la información se obtuvo de la revisión de los expedientes clínicos, obteniendo los siguientes resultados, el grupo etario de mayor incidencia fue de 15- 19 años con 94 casos (34.56%), el nivel de escolaridad representativo fue el de primaria incompleta con 76 casos para el 27.94% y las procedentes del área rural presentaron un 43.75% (119 casos). Las primigestas aportaron el mayor número de casos de MME (Morbilidad Materna Extrema) con 132 (48.53%), La estancia en UCI la moda fue de 3 días y la mediana de 3.6 días, siendo la estancia de 3 a más días del 79.78%.

IX. Conclusiones

1. Las principales características sociodemográficas de las pacientes con complicaciones obstétricas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos fueron el grupo etario que predominó fue de 21-34 años, de procedencia urbana, con escolaridad secundaria y ocupación amas de casa.
2. Las complicaciones obstétricas se presentaron en el 67.6% de la población y el tipo de complicaciones maternas fueron la Diabetes gestacional y la Hemorragia posparto.
3. Con respecto a las características de la gestación actual en la población investigada se observó que predominó el IMC de sobrepeso, con antecedente patológico personal de Preeclampsia, el antecedente personal no patológicos de tabaquismo, con antecedentes Ginecobstétricos, presentaban número de gestas previas predominó las multigestas, multíparas, con un número de abortos fue de 1, un número de cesáreas de 1-2, embarazos ectópicos más de 2, nacidos muertos más de 2, embarazos gemelares de 1-2.
4. En relación a la condición clínica de ingreso de las pacientes investigadas se observó que la mayoría eran de condición grave, de procedencia del ingreso en su mayoría espontánea, con un número de CPN aproximados de 4-6 CPN, la edad gestacional de atención al momento del estudio fue en el III Trimestre, el procedimiento quirúrgico realizado fue la Cesárea, la condición de egreso fue alta y el número de días de estancia intrahospitalaria de 1-3 días.

X. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud de Nicaragua (SILAS- MANAGUA, MINSA)

- Realizar la divulgación del protocolo de manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional entre todo el personal que esté relacionado con la atención prenatal a través de charlas educativas, haciendo énfasis en la identificación precoz de la paciente en riesgo y realizar su referencia oportuna.
- Promover la profesionalización y especialización del personal médico y de enfermería, para mejorar la calidad de atención, y así garantizar la satisfacción de las usuarias y disminuir los índices de morbilidad materna y perinatal.

A la Dirección del Hospital Alemán Nicaragüense

- Cumplir con la aplicación del protocolo de manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional con el objetivo de que se puedan trazar líneas de acción en conjunto para dar continuidad a las capacitaciones del personal de salud.
- Dar seguimiento y monitoreo para la efectividad de las capacitaciones recibidas por el personal que labora en este centro, priorizando temas donde existe deficiencia de conocimientos, fortaleciendo de ésta manera las intervenciones de los médicos a ejecutarse ante las usuarias con Síndrome Hipertensivo Gestacional.

Al Servicio UCI

- Promover las destrezas y habilidades en el personal médico (Internos, Residentes de primer año) para la identificación de los factores de riesgo relacionados al Síndrome Hipertensivo Gestacional.
- Capacitar al personal de salud, sobre la relación que existe entre IMC materno alterado, edad de la paciente y el síndrome hipertensivo gestacional, identificados en esta investigación, con el fin de garantizar un tratamiento precoz y reducir la morbilidad materno-fetal.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Demanda de salud y oferta de servicios sanitarios. (2010). *Dialnet*.
- Dialnet. (2019). Diabetes Gestacional. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 816.
- El balance entre la oferta y la demanda en salud. (2010). 4 - 5.
- Elementos Conceptuales de Demanda - Oferta y Flujos de Interacción de la Red de Salud. (s.f.). 5 - 6 .
- Ministerio de salud republica de Colombia. (s.f.). *Guia de atencion de las complicaciones hemorragicas asociadas al embarazo*. Colombia : Direccion general de promocion y prevencion .
- MINSa. (2008). *Normativa 004, Norma para el manejo y guía del expediente clínico*. Managua.
- MINSa. (2011). Protocolo de Atencion de Alto Riesgo Obstetrico. *MINSa*, 53 - 55.
- MINSa. (2013). INDICADORES DE GESTION Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA , PARA HOSPITALES, INSTITUTOS Y DIRESA. *MINSa*, 16.
- MINSa. (2013). *Manual del llenado de la historia clinica perinatal*. Managua .
- MINSa. (2013). Protocolo para atencion de complicaciones obstetricas maàs frecuentes, Normativa 109. *MINSa*, 34-35.
- MINSa. (2013). Protocolo para atencion de complicaciones obstetricas maàs frecuentes, Normativa 109. *MINSa*, 59 - 63.
- MINSa. (2013). Protocolo para atencion de complicaciones obstetricas maàs frecuentes, Normativa 109. *MINSa*, 106-109.
- MINSa. (2013). Protocolo para atencion de complicaciones obstetricas maàs frecuentes, Normativa 109. *MINSa*, 129-130.
- MINSa. (2013). Protocolo para atencion de complicaciones obstetricas maàs frecuentes, Normativa 109. *MINSa*, 141-142.
- MINSa. (2013). Protocolo para atencion de complicaciones obstetricas maàs frecuentes, Normativa 109. *MINSa*, 188-192.
- MINSa. (2013). Protocolo para atencion de complicaciones obstetricas maàs frecuentes, Normativa 109. *MINSa*, 264-266.
- MINSa. (2013). Protocolo para atencion de complicaciones obstetricas, Normativa 109. *MINSa*, 157-171.

MINSA. (2013). Protocolo para la atención de complicaciones obstetricas más recuentes, Normativa 109. *MINSA*, 354-355.

MINSA. (2013). Protocolo para la atención de complicaciones obstetricas, Normativa 109. *MINSA*, 29 - 33.

MINSA. (2018). *Protocolo para el abordaje del alto riesgo obstetrico* . Managua.

SlidePlayer. (9 de Marzo de 2020). Obtenido de SlidePlayer:

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://slideplayer.es/amp/3543579/&ved=2ahUKEwii09GMho_oAhVRJt8KHfcNBQUQFjAKegQIBRAC&usg=AOvVaw1qKsLb2k8YsOuKuCRodDvN&cf=1

Tremblay, R. E. (2019). *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*. Obtenido de enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia: <http://www.encyclopedia-infantes.com/agresividad-agresion/segun-los-expertos/complicaciones-obstetricas-y-agresion>

UNICEF. (2004). *Guia para el abordaje de la emergencia obstetricas* .

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Hospital Alemán Nicaragüense

La siguiente ficha se utilizará para recolectar información que será utilizada en la investigación titulada: **“Complicaciones obstétricas en mujeres ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero - Diciembre 2019”**.

Ficha para recolección de datos

I. Datos Generales

Ficha No.: _____

Número de Expediente: _____.

Edad materna:

- a) <20 años
- b) 21-34 años
- c) >35 años _____

Estado civil:

- a) Casada
- b) Unión estable
- c) Soltera
- d) Otro_

Ocupación:

- a) Estudiante
- b) Ama de casa
- c) Comerciante
- d) Oficinista

Escolaridad:

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Universitaria

Procedencia:

Urbano: _____ Rural: _____

II: IMC:

- a) Bajo peso _____
- b) Normal _____
- c) Sobrepeso

III. Antecedentes personales

Marque con una X si es positivo:

Padece de:

No__ si__ Diabetes

No__ si__ Hipertensión

No__ si__ Preeclampsia

No__ si__ Eclampsia

No__ si__ Ninguno

Práctica:

No__ si__ Fuma

No__ si__ Alcohol

No__ si__ Drogas

Ninguno __

IV. Antecedentes Ginecobstétricos

Gestas previas:

Primigesta

Multigesta

Para:

Primípara

Multípara

Aborto:

Ninguno

1-2

>2

Cesárea:

Ninguno

1-2

>2

Ectópicos:

Ninguno

1-2

>2:

Nacidos muertos:

Ninguno

1-2

>2

Gemelar:

Ninguno

1-2

>2

VI. Complicaciones:

1. Complicaciones maternas en embarazos anteriores
 - A. Si
 - B. No

(Si la respuesta es afirmativa responder la siguiente pregunta)

Especifique:

- a) Síndrome hipertensivo gestacional
- b) Diabetes Gestacional
- c) Hemorragia en la primera mitad del embarazo
- d) Hemorragia en la segunda mitad del embarazo
- d) Ruptura prematura de membrana
- e) Hemorragia pos parto
- f) Sepsis puerperal

VII. Evolución Clínica

Marque con un x la respuesta correcta

Condición clínica de ingreso: Estable___ Grave___

Procedencia de ingreso:

Espontánea___ Referido de P/salud___ Referido de otro establecimiento___

Controles prenatales realizados: <4___ 4-6___ >6___

Edad gestacional: I trimestre___ II trimestre___ III trimestre___

Procedimiento realizado:

Cesárea___ Histerectomía___ Re intervención___

Egreso:

Alta___ Abandono___ Traslado___ Fallecido___

Anexo 2. Gestación actual: Se registran los datos recabados durante la primera atención prenatal

GESTACION ACTUAL																	
PESO ANTERIOR Kg		IMC		TALLA (cm) 1		FUM dia mes año	EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.	FUMA ACT. no si	FUMA PAS. no si	DROGAS no si	ALCOHOL no si	VIOLENCIA no si	ANTIRUBEOLA previa no sabe embarazo no	ANTITETÁNICA vigente no si DOSIS 1ª mes gestación	EX. NORMAL no si ODONT. MAMAS		
CERVIX Insp. normal anomal no se hizo visual		GRUPO Rh Inmuniz - no si + si yglobulina anti D no si n/c		TOXOPLASMOSIS - no se hizo + si <20sem IgG ≥20sem IgG 1ª consulta IgM		Hb <20 sem g ⁺	Fe/FOLATOS indicados no no si si	Hb ≥20 sem g ⁺	VIH - Diag - Tratamiento <20 sem solicitada Prueba result TARV en emb.	SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento Prueba treponémica Tratamiento Tto. de la pareja							
CHAGAS no se hizo + si		PALUDISMO/MALARIA no se hizo + si		BACTERIURIA sem normal anomal no se hizo <20 ≥20		GLUCEMIA EN AYUNAS <24 sem ≥24 sem	ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas - + no se hizo	PREPARACION PARA EL PARTO no si	CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no si	>20 sem solicitada Prueba result TARV en emb.							
ATENCIÓNES PRENATALES	dia	mes	año	edad gest.	peso (kg)	PA	altura uterina	presen tación	FCF (lpm)	movim. fetales	protei nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos				Iniciales personal de salud	próxima cita

(captación) y se va completando en las atenciones o visitas sucesivas.

Anexo 3. tablas de resultados

Tabla 1. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a las características sociodemográficas. n=80

EDAD	FR	%
<20	32	40.0
21-34	43	53.8
>35	5	6.3
PROCEDENCIA	FR	%
URBANA	67	83.7
RURAL	13	16.3
ESCOLARIDAD	FR	%
ANALFABETA.	0	0
PRIMARIA	15	18.8
SECUNDARIA	53	66.2
TÉCNICO	1	1.3
UNIVERSIDAD	11	13.7
OCUPACION	FR	%
AMA DE CASA	62	77.6
ESTUDIANTE	6	7.5
COMERCIANTE	3	3.8
OFICINISTA	1	1.3
DESEMPLEADA	5	6.3
OTROS	2	2.5

Fuente: **Expediente Clínico**

Tabla 2. **Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a las Complicaciones obstétricas.** n=80

PRESENCIA COMPLICACIONES MATERNAS EN EMBARAZOS ANTERIORES	FR	%
<i>SI</i>	54	67.6
<i>NO</i>	26	32.4
TIPO DE COMPLICACIONES MATERNAS	FR	%
<i>Síndrome hipertensivo gestacional</i>	26	32.4
<i>Diabetes Gestacional</i>	73	91.3
<i>Hemorragia en la primera mitad del embarazo</i>	6	7.5
<i>Hemorragia en la segunda mitad del embarazo</i>	65	81.3
<i>Ruptura prematura de membrana</i>	2	2.5
<i>Hemorragia pos parto</i>	24	30.1
<i>Sepsis puerperal</i>	9	11.3

Fuente: **Expediente Clínico**

Tabla 3. **Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a las características de la Gestación actual.** n=80

IMC	FR	%
<i>Bajo peso(<18.5kg/m²)</i>	10	12.5
<i>Normal (18.5-24.9 kg/mt²)</i>	13	16.3
<i>Sobrepeso (25-29.9 kg/mt²)</i>	57	71.3
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	FR	%
<i>Diabetes Mellitus</i>	42	52.5
<i>Hipertensión arterial</i>	71	88.8
<i>Preeclampsia</i>	73	91.3
<i>Eclampsia</i>	9	11.3
<i>Ninguno</i>	31	38.8

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

	FR	%
<i>Alcohol</i>	1	1.3
<i>Tabaco</i>	9	11.2
<i>Drogas</i>	2	2.5
<i>Ninguno</i>	68	85.0

ANTECEDENTES GINECOBSTETRI**GESTAS PREVIAS**

	FR	%
<i>Primigesta</i>	26	32.5
<i>Multigesta</i>	54	67.5

PARTOS

	FR	%
<i>Primípara</i>	22	27.5
<i>Multípara</i>	58	72.5

ABORTOS

	FR	%
<i>1</i>	9	11.3
<i>>2</i>	1	1.3
<i>Ninguno</i>	70	87.5

CESAREA

	FR	%
<i>1-2</i>	41	51.3
<i>>2</i>	1	1.3
<i>Ninguna</i>	38	47.5

EMBARAZOS ECTOPICOS

	FR	%
<i>1-2</i>	1	1.3
<i>>2</i>	7	8.8
<i>Ninguno</i>	72	90.0

NACIDOS MUERTOS

	FR	%
<i>1-2</i>	2	2.5
<i>>2</i>	5	6.3
<i>Ninguno</i>	73	91.3

GEMELAR

FR	%
----	---

1-2	4	5.0
>2	2	2.5
Ninguno	74	92.5

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 4. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo al Tipo de demanda y el periodo de estancia intrahospitalaria. n=80

TIPO DE DEMANDA /PERIODO DE ESTANCIA INTRAHOSPITALA

CONDICION CLINICA DE INGRESO	FR	%
<i>Estable</i>	16	20.0
<i>Grave</i>	64	80.0
PROCEDENCIA DE INGRESO	FR	%
<i>Esponanea</i>	50	62.5
<i>Referido de Puesto de Salud/Centro de Salud</i>	18	22.5
<i>Referido de otro establecimiento</i>	12	15.0
NUMERO DE CPN REALIZADOS	FR	%
<i><4</i>	38	47.5
<i>4-6</i>	40	50.0
<i>>7</i>	2	2.5
EDAD GESTACIONAL	FR	%
<i>I trimestre</i>	12	15.0
<i>II trimestre</i>	9	11.3
<i>III trimestre</i>	59	73.8
PROCEDIMIENTO REALIZADO	FR	%
<i>Cesárea</i>	8	10.0
<i>Histerectomía</i>	1	1.3
<i>Re intervención</i>	2	2.5
<i>Ninguna</i>	69	86.2

EGRESO	FR	%
<i>Alta</i>	79	98.7
<i>Abandono</i>	0	0
<i>Traslado</i>	1	1.3
<i>Fallecido</i>	0	0
DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA	FR	%
1-3	35	43.7
4-7	31	38.8
>8	14	17.5

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 5. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo al cruce de variables Edad vs Hemorragia postparto. n=80

EDAD	HEMORRAGIA POSTPARTO			
	DESGARRO DE PARED VAGINAL		RUPTURA UTERINA	
	FR	%	FR	%
<20	16	20.0	2	2.5
21-34	5	6.3	1	1.3
>35	2	2.5	3	3.7
TOTAL	23	28.8	6	7.5

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 6. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo al cruce de variables Ocupación vs Hemorragia postparto. n=80

OCUPACION	HEMORRAGIA POSTPARTO			
	DESGARRO DE PARED VAGINAL		RUPTURA UTERINA	
	FR	%	FR	%
<i>Ama de casa</i>	12	15.0	3	3.8
<i>Estudiante</i>	4	5.0	1	1.2
<i>Comerciante</i>	1	1.3	2	2.5
<i>Oficinista</i>	1	1.3	-	0.0
<i>Desempleada</i>	5	6.3	-	0.0
TOTAL	23	28.8	6	7.5

Fuente: Expediente Clínico

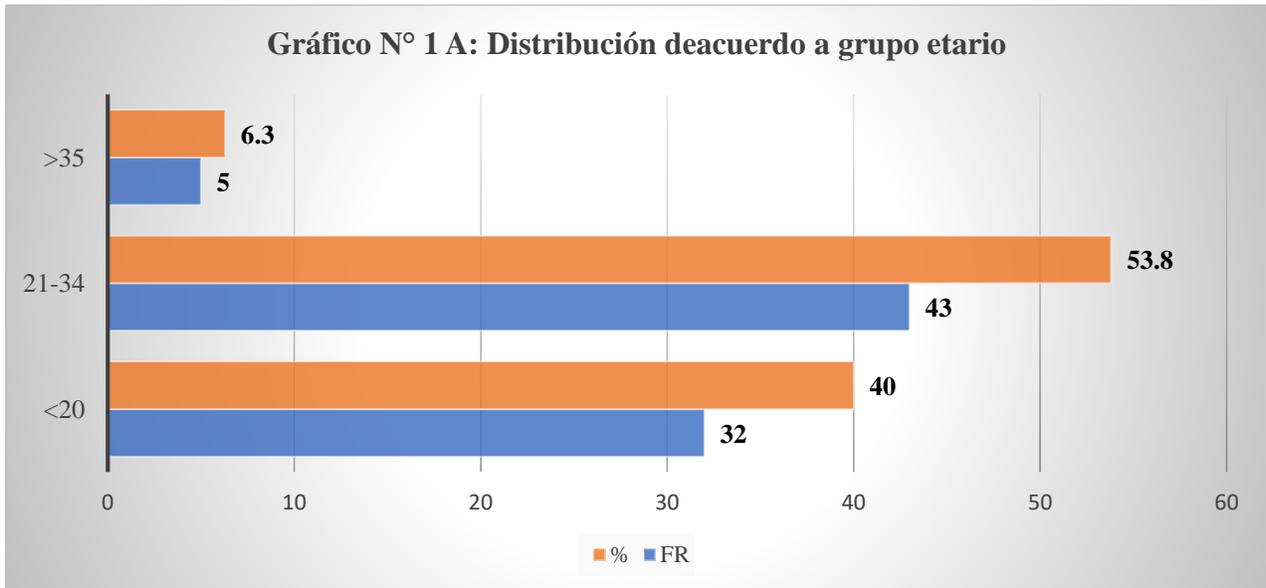
Tabla 7. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo al cruce de variables Edad vs Preeclampsia-eclampsia. n=80

<i>EDAD</i>	<i>PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA</i>	
	FR	%
<i><20</i>	28	35.0
<i>21-34</i>	41	51.3
<i>>35</i>	4	5.0

Fuente: Expediente Clínico

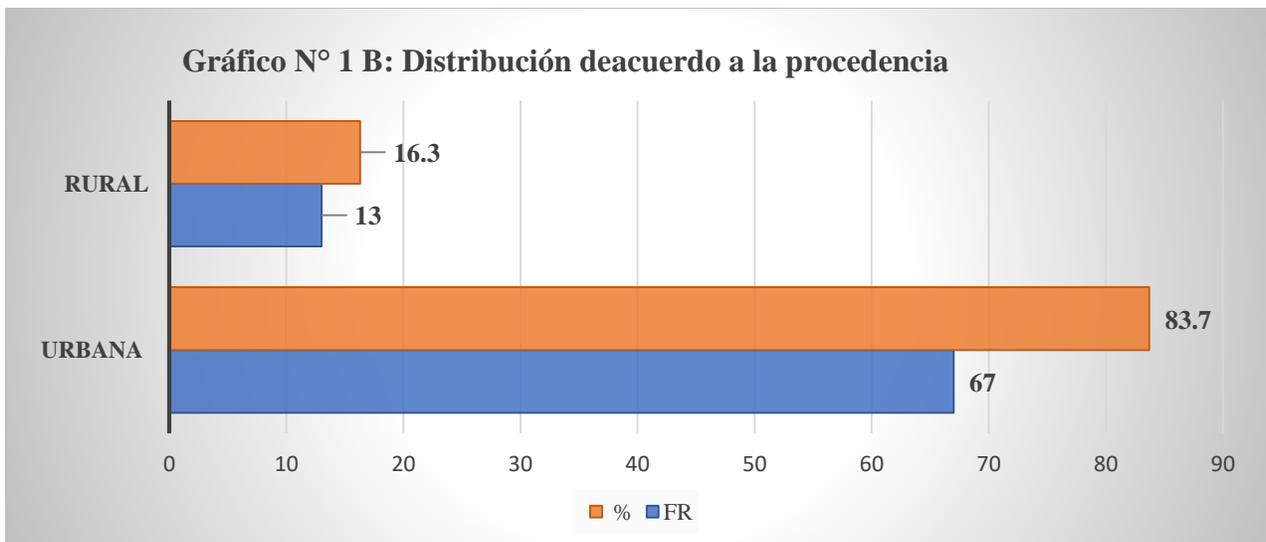
Anexo 4. Gráficos de resultados

Gráfico 1. A. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo al grupo etario.



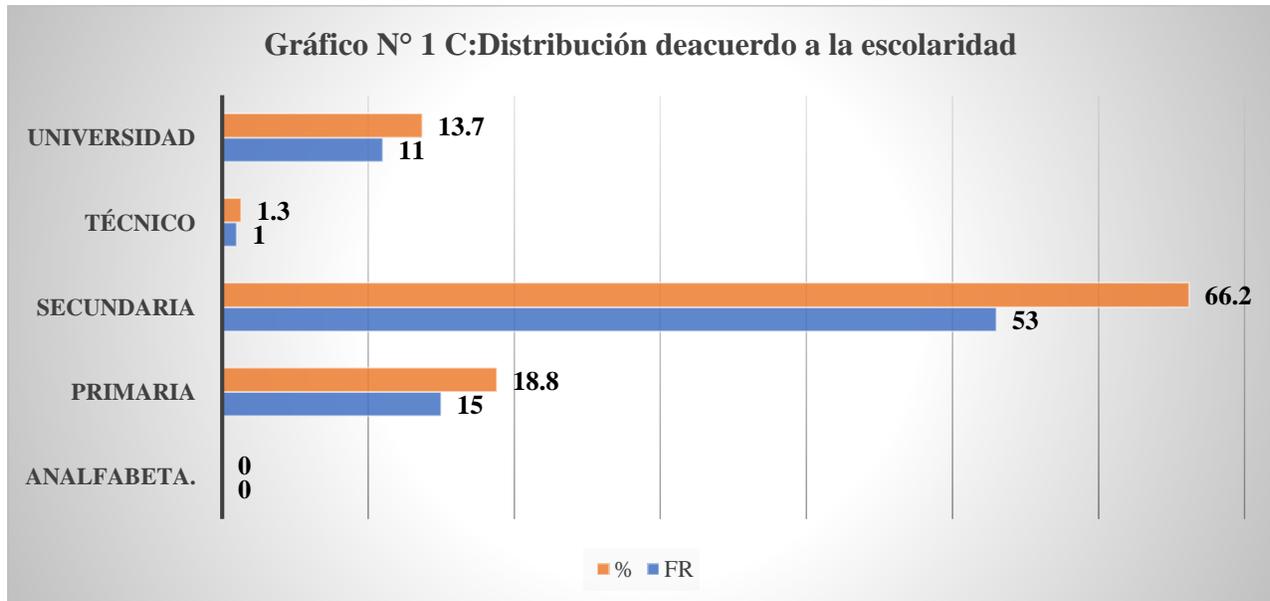
Fuente: Tabla 1

Gráfico 1.B. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a la procedencia.



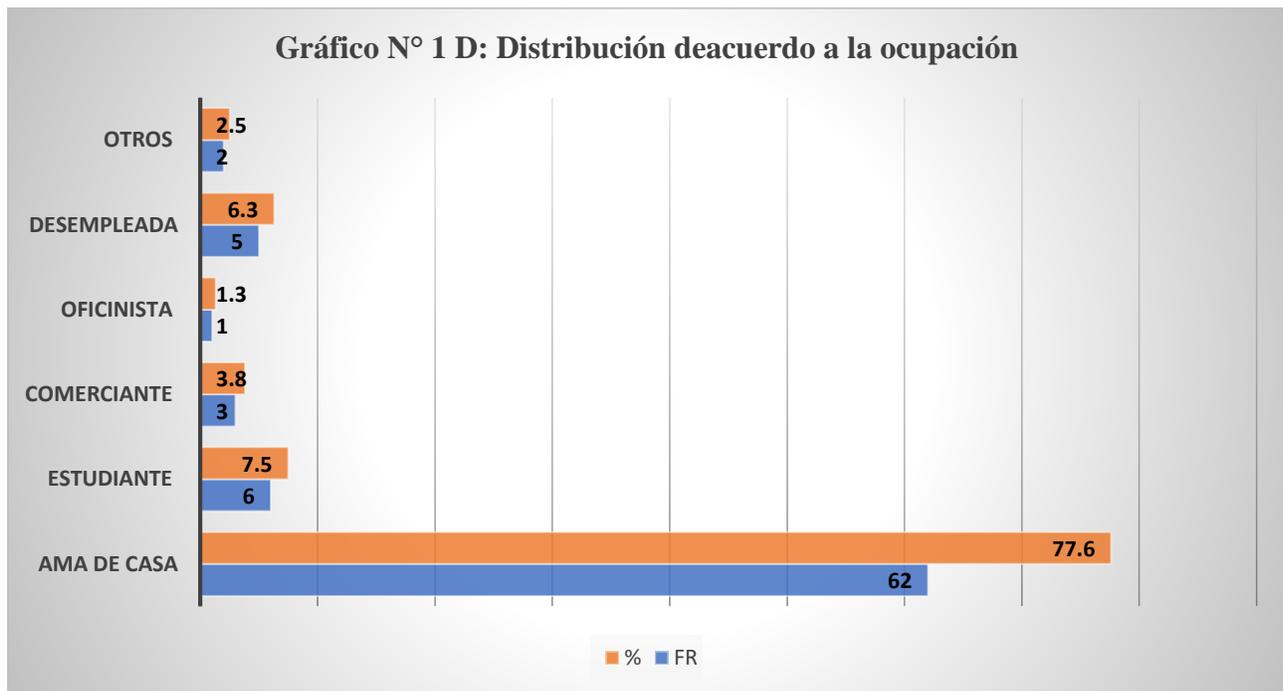
Fuente: Tabla 1

Gráfico 1.C. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a la escolaridad.



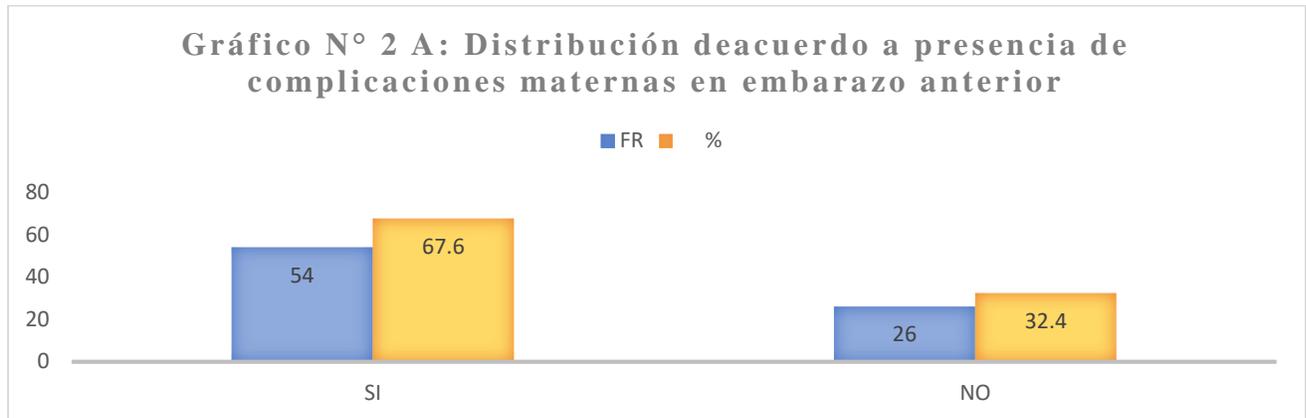
Fuente: Tabla 1

Gráfico 1.D. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a la ocupación.



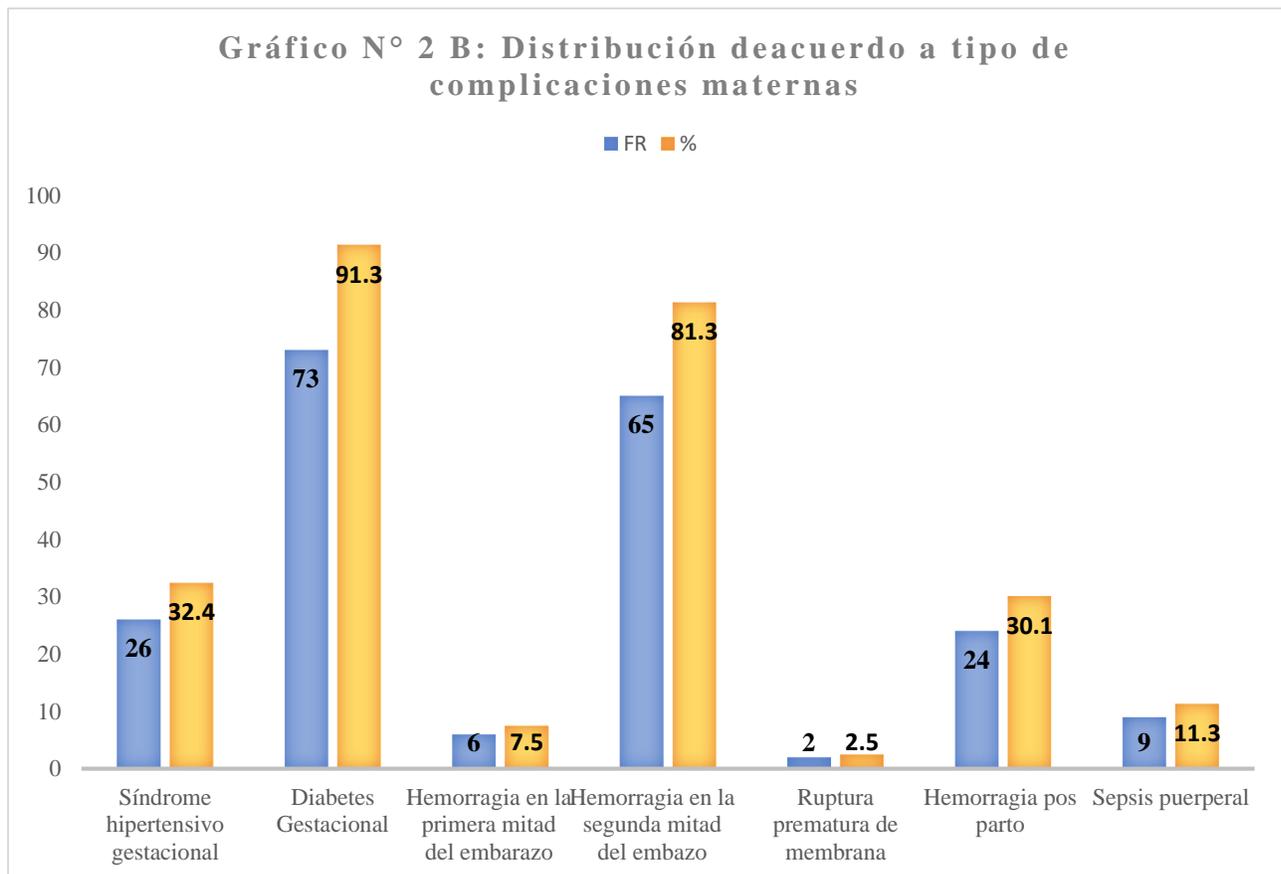
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2.A. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a complicaciones maternas en embarazos previos.



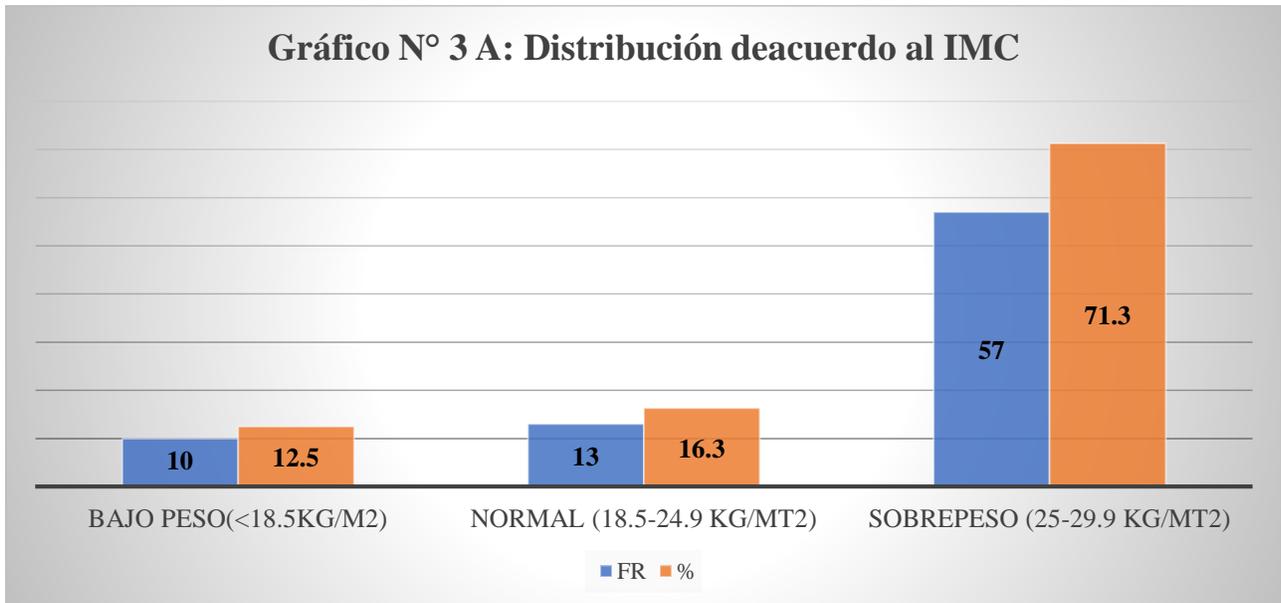
Fuente: Tabla 2

Gráfico 2.B. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo al tipo de complicaciones maternas.



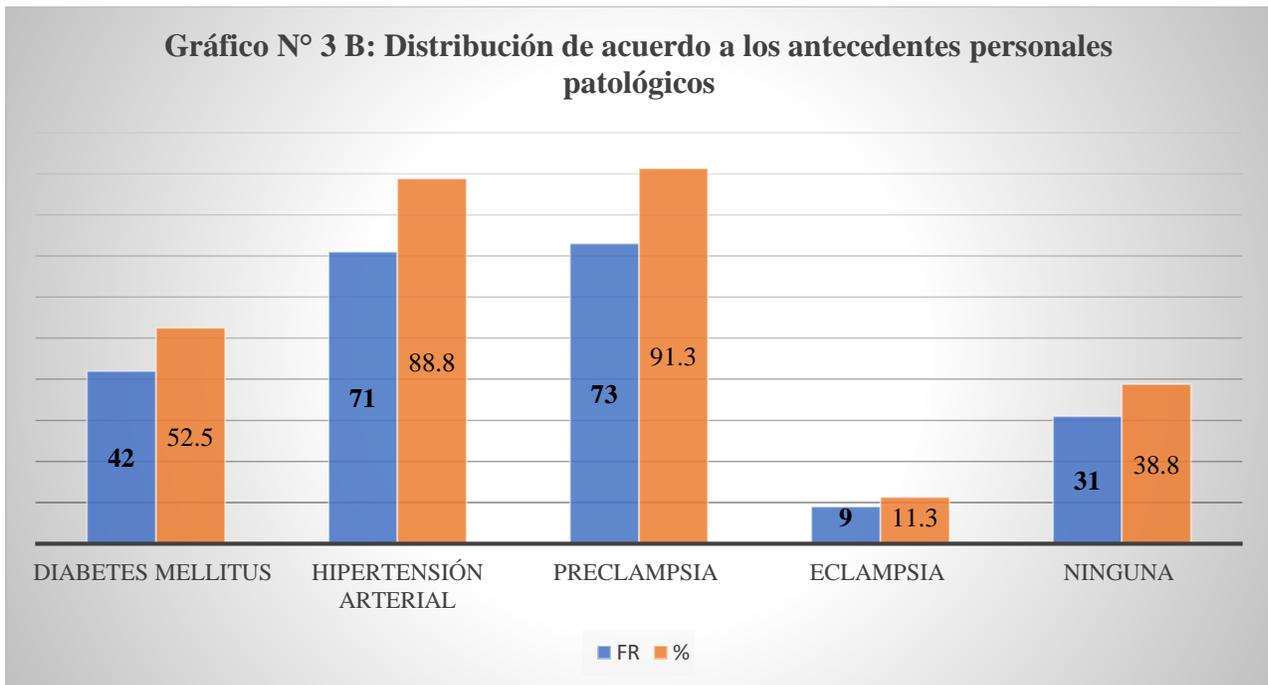
Fuente: Tabla 2

Gráfico 3.A. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo al IMC.



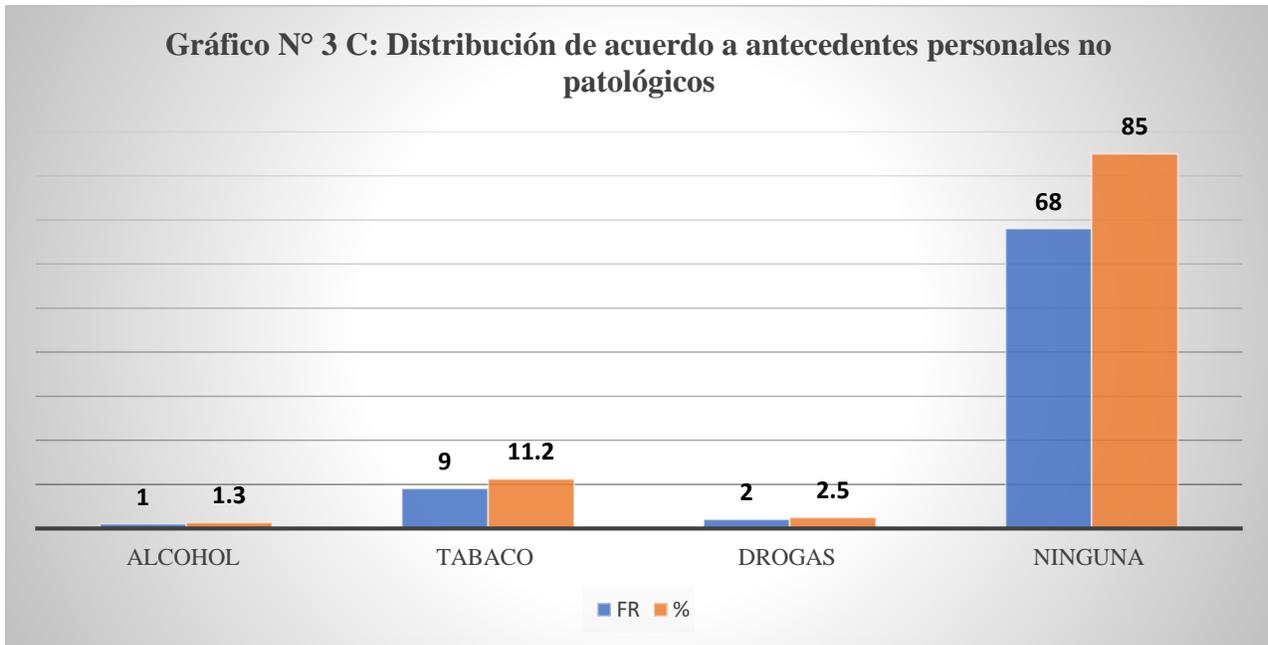
Fuente: Tabla 3

Gráfico 3.B. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a los antecedentes personales patológicos.



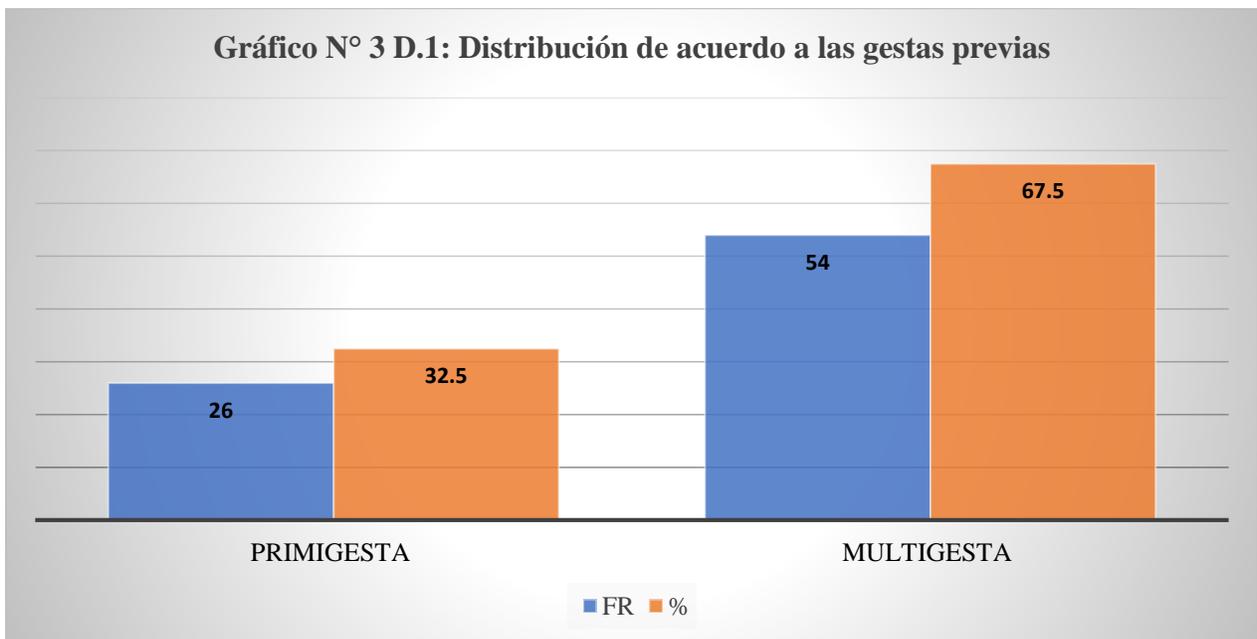
Fuente: Tabla 3

Gráfico 3.C. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a los antecedentes personales no patológicos.



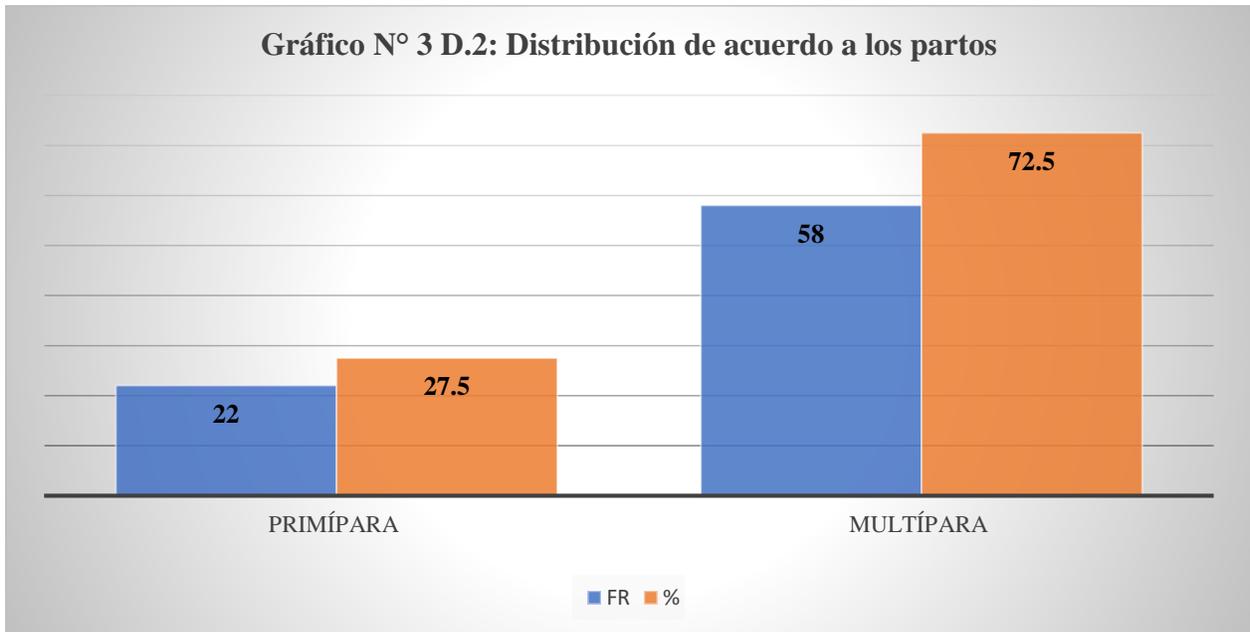
Fuente: Tabla 3

Gráfico 3 D.1. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a las gestas previas.



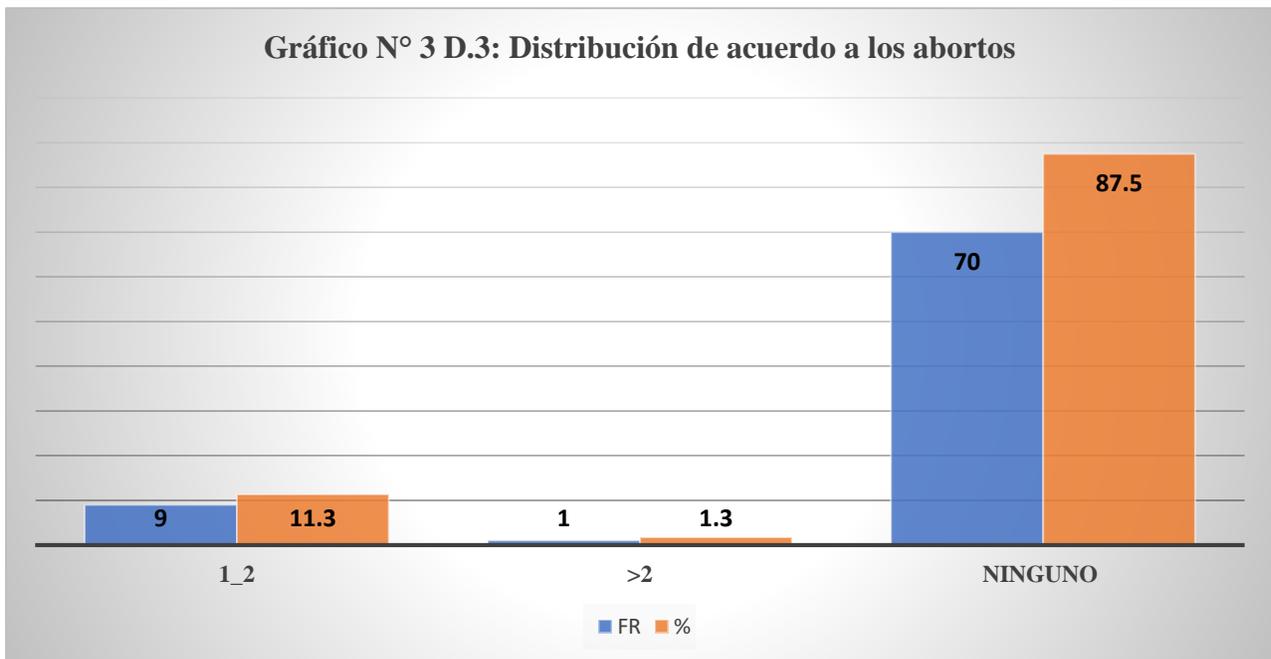
Fuente: Tabla 3

Gráfico 3 D.2. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a los partos.



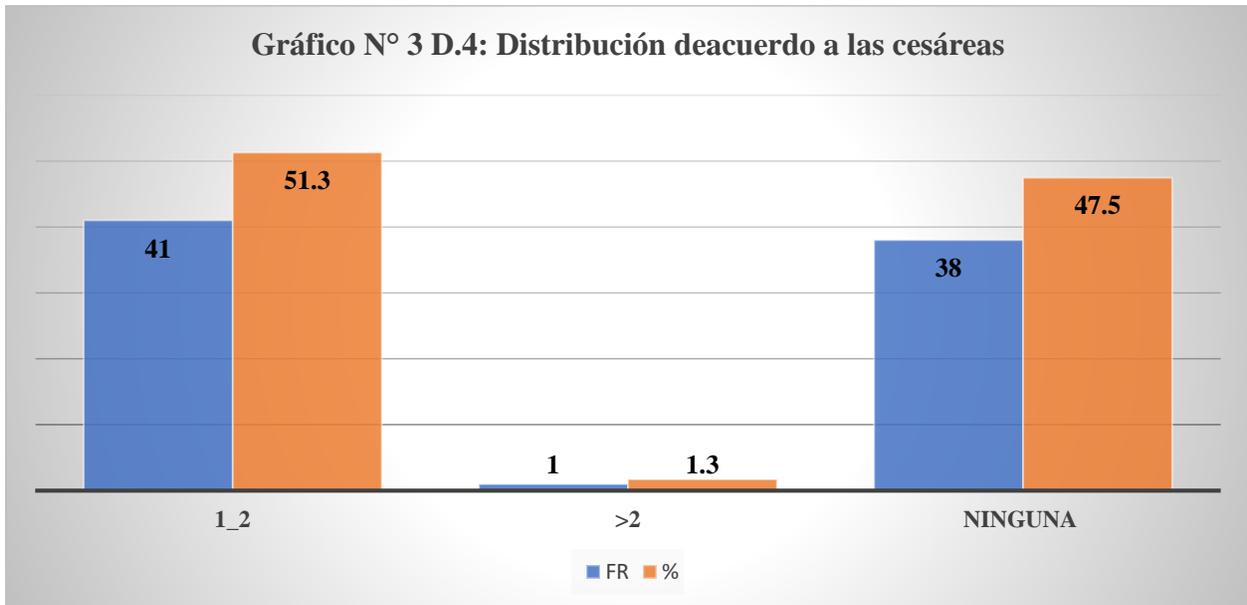
Fuente: Tabla 3

Gráfico D.3. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a los abortos.



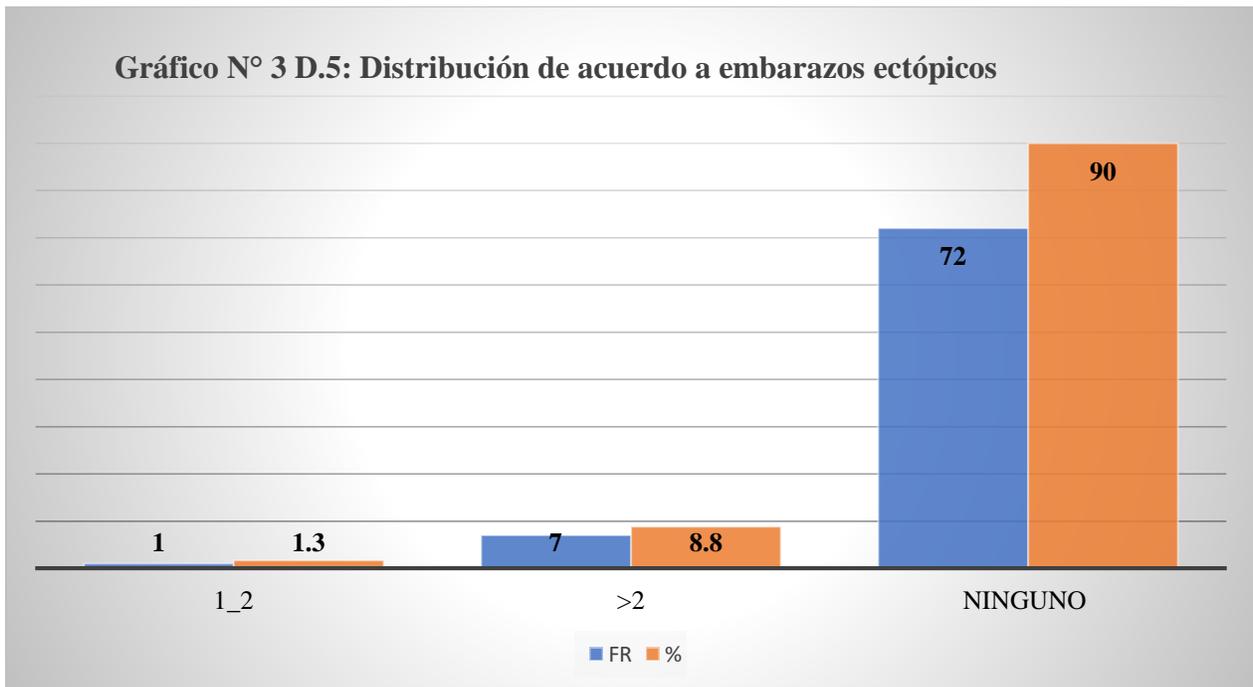
Fuente: Tabla 3

Gráfico D.4. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a las cesáreas.



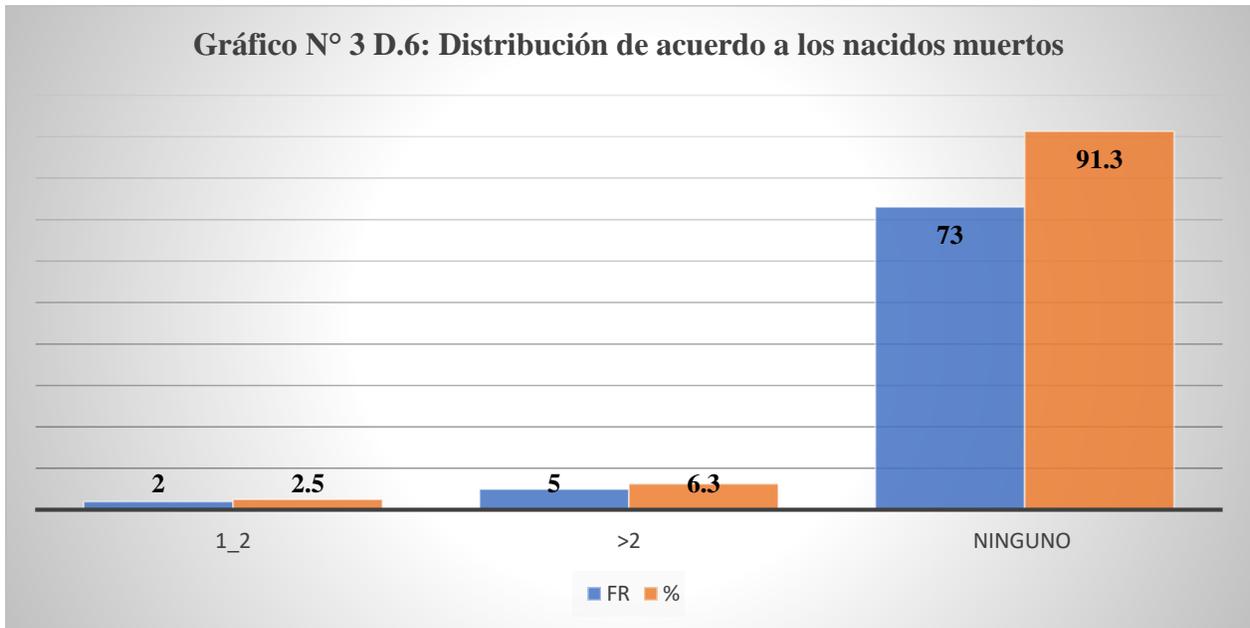
Fuente: Tabla 3

Gráfico 3 .D.5. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a los embarazos ectópicos.



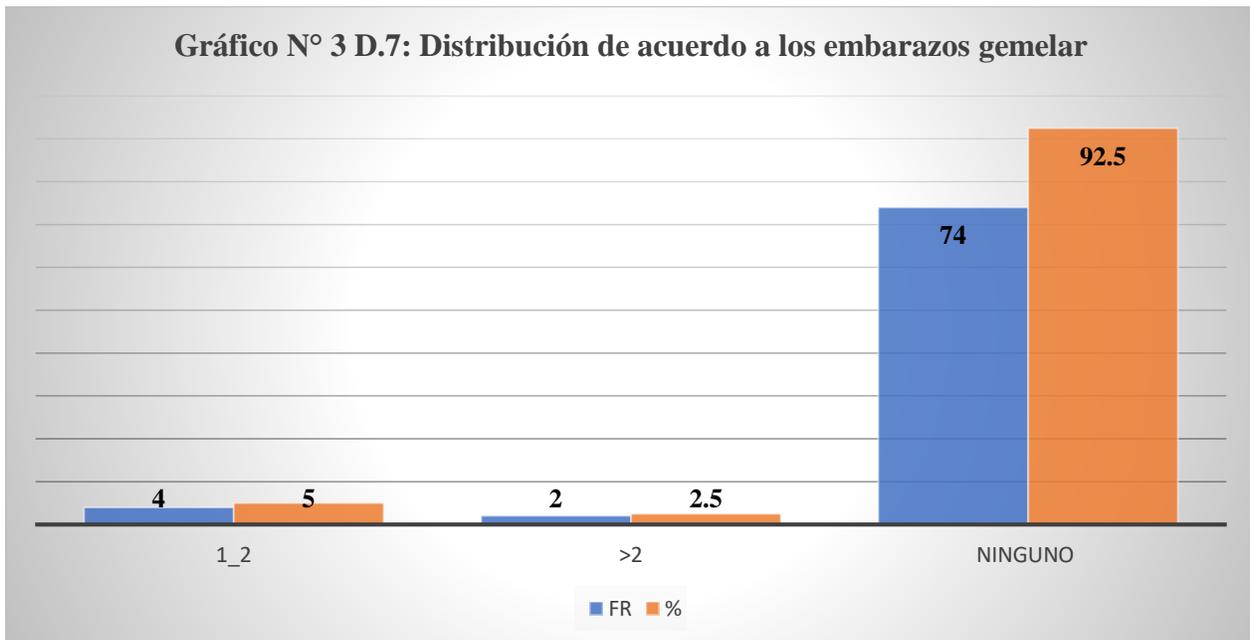
Fuente: Tabla 3

Gráfico D.6. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a los nacidos muertos.



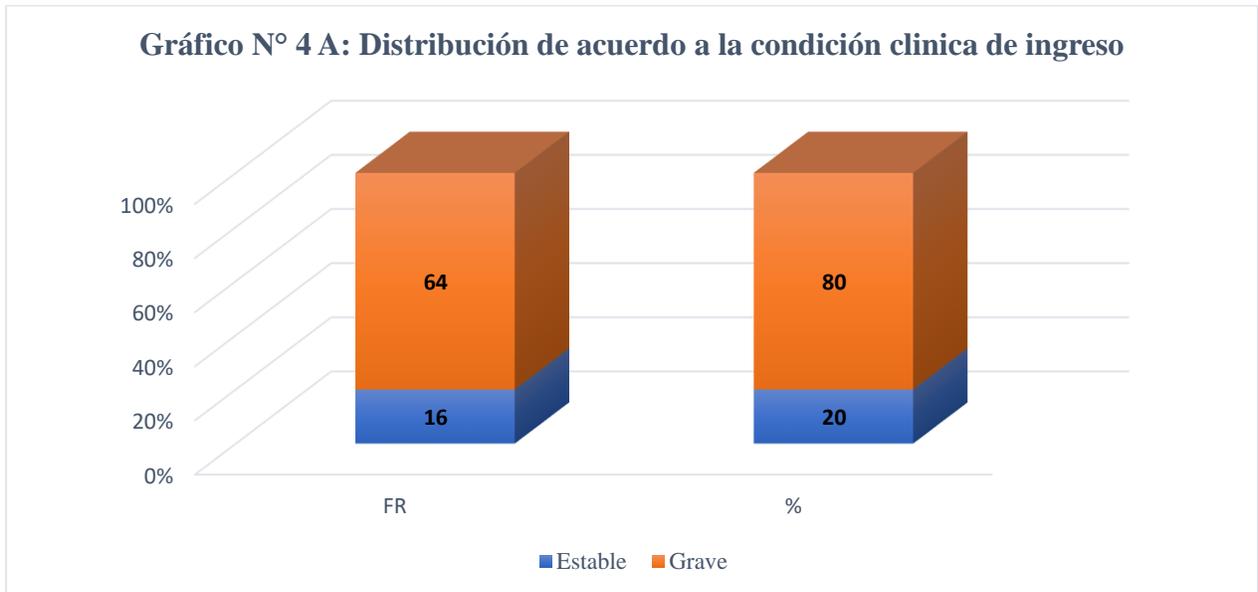
Fuente: Tabla 3

Gráfico 3 D.7. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a los embarazos gemelar.



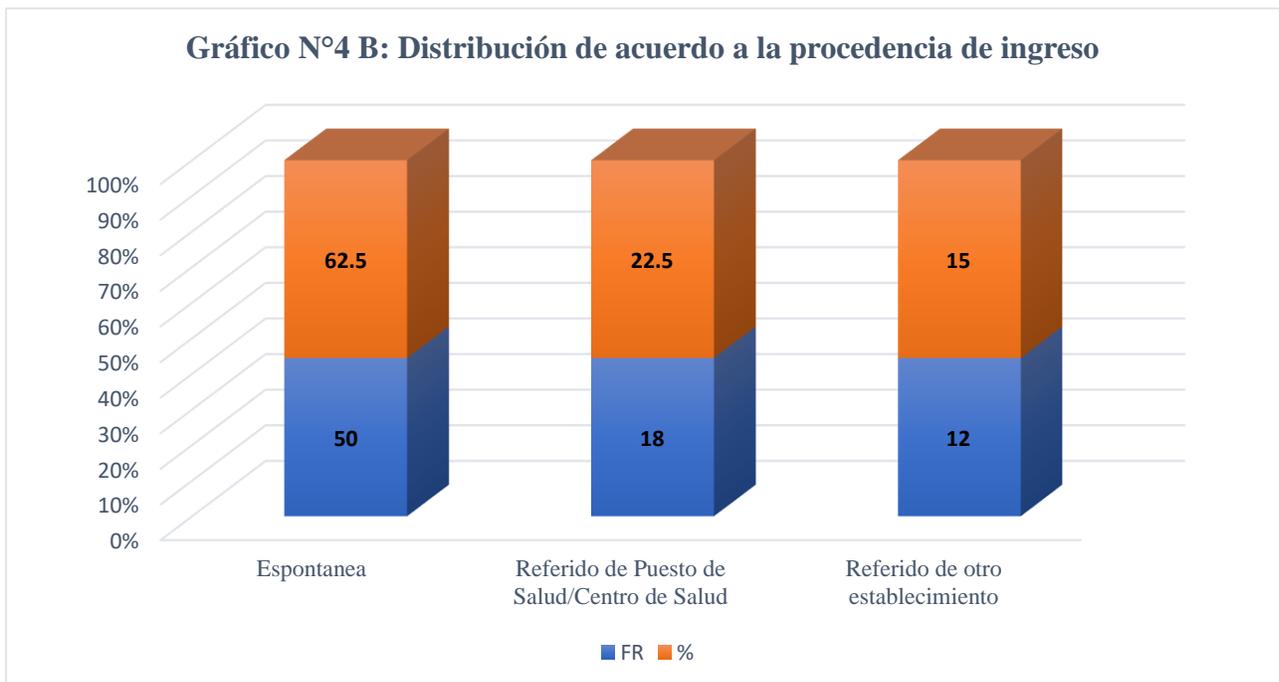
Fuente: Tabla 3

Gráfico 4.A. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a la condición clínica de ingreso.



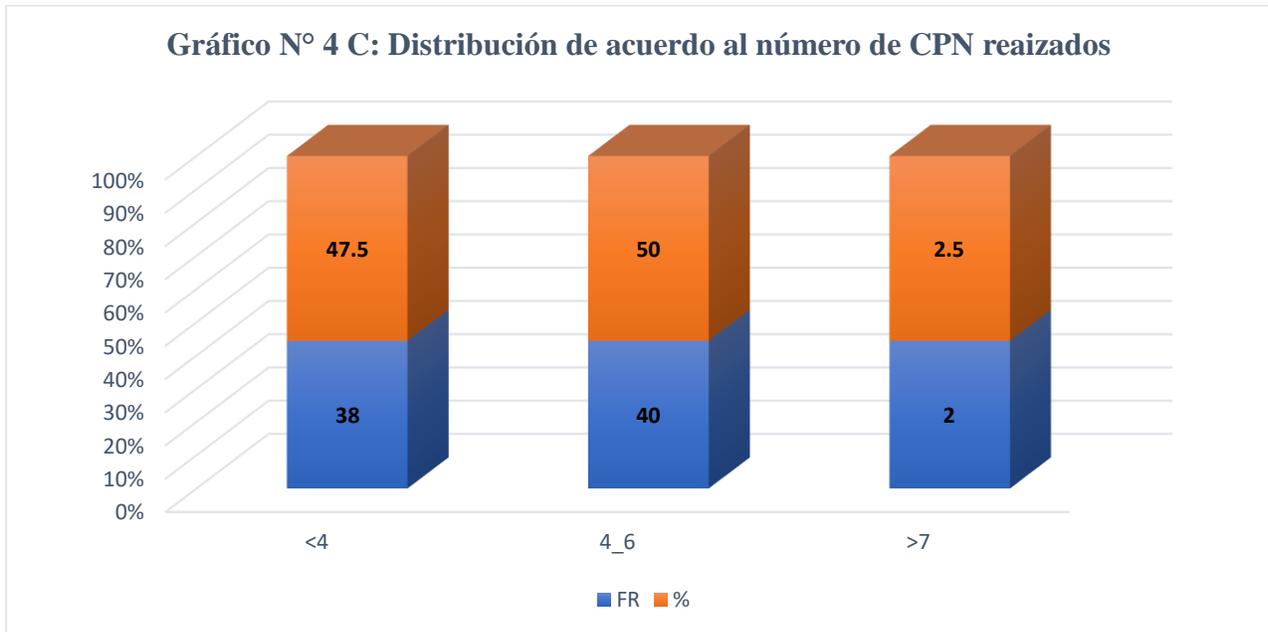
Fuente: Tabla 4

Tabla 4.B. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a la procedencia de ingreso.



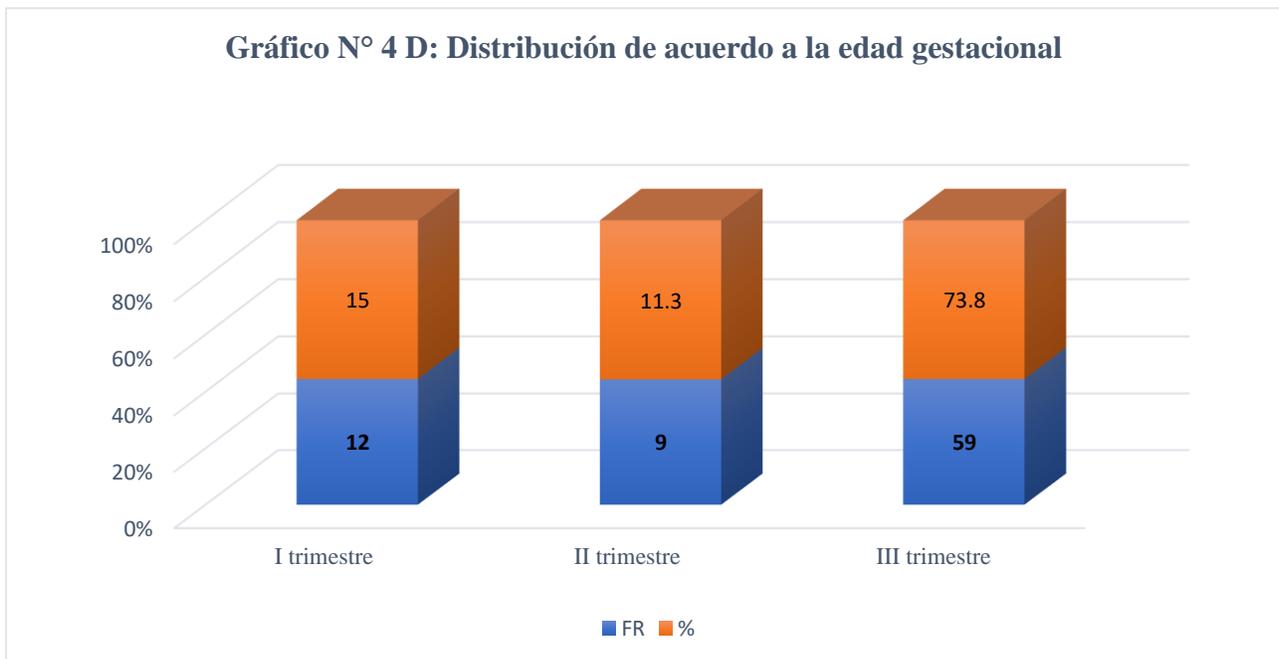
Fuente: Tabla 4

Gráfico 4.C. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo al número de CPN realizados.



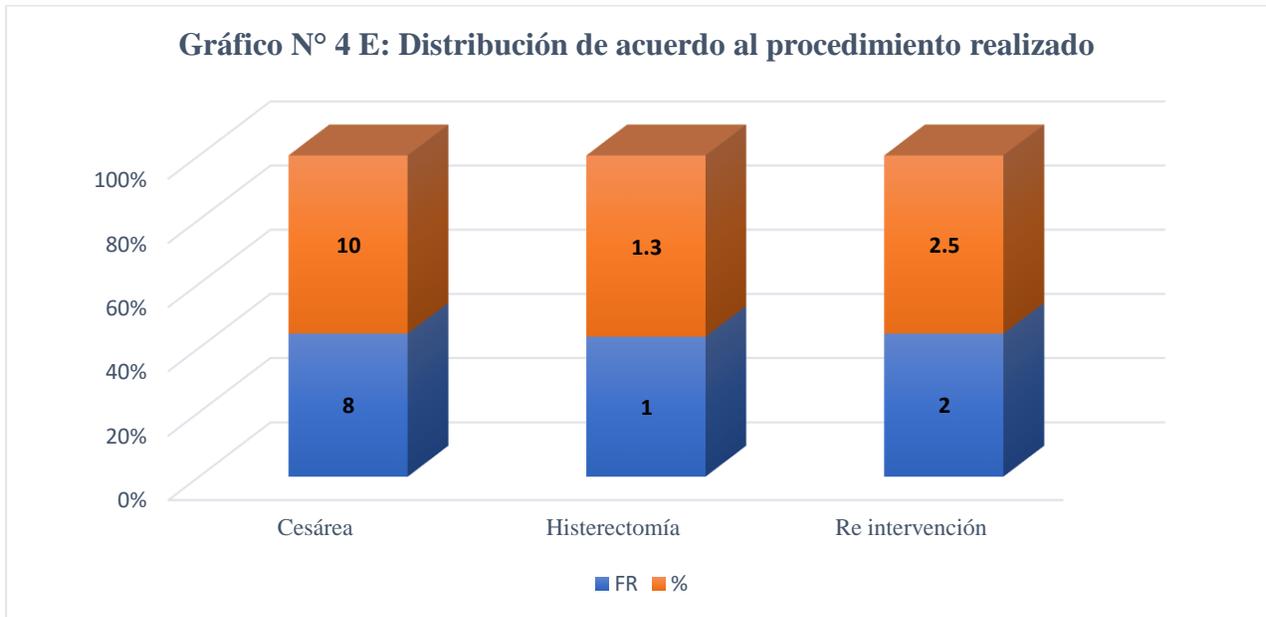
Fuente: Tabla 4

Gráfico 4.D. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a la edad gestacional.



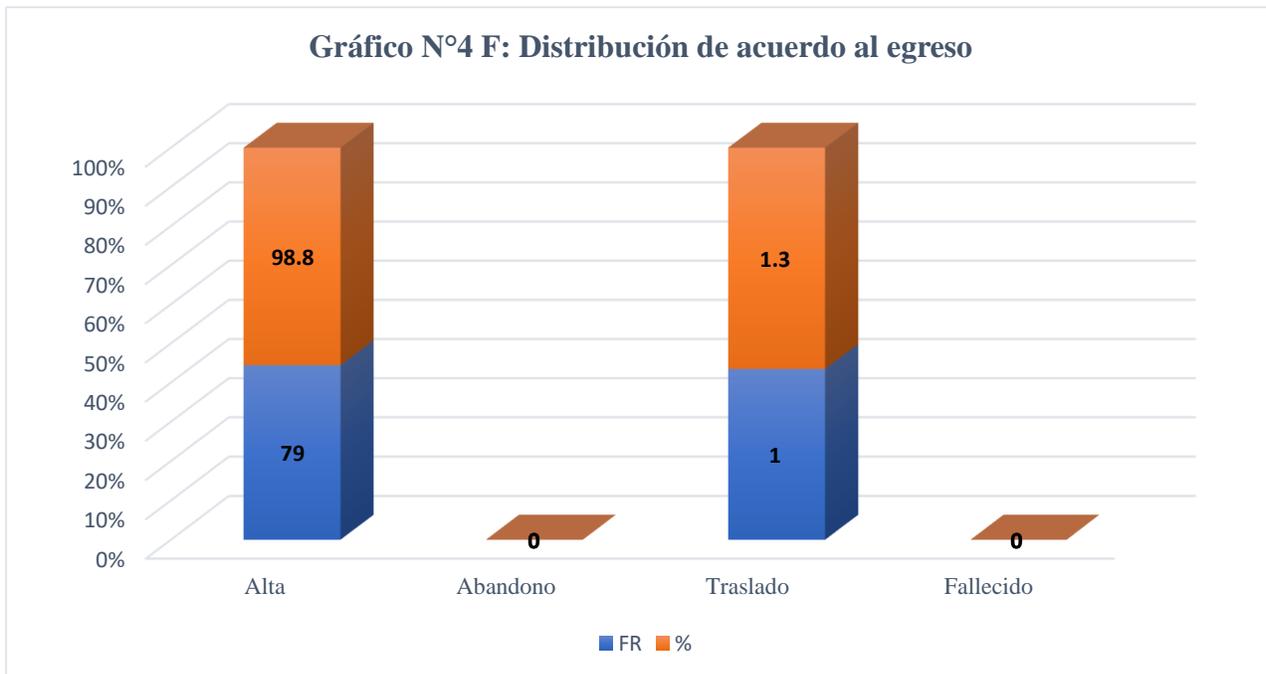
Fuente: Tabla 4

Gráfico 4.E. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo al procedimiento realizado.



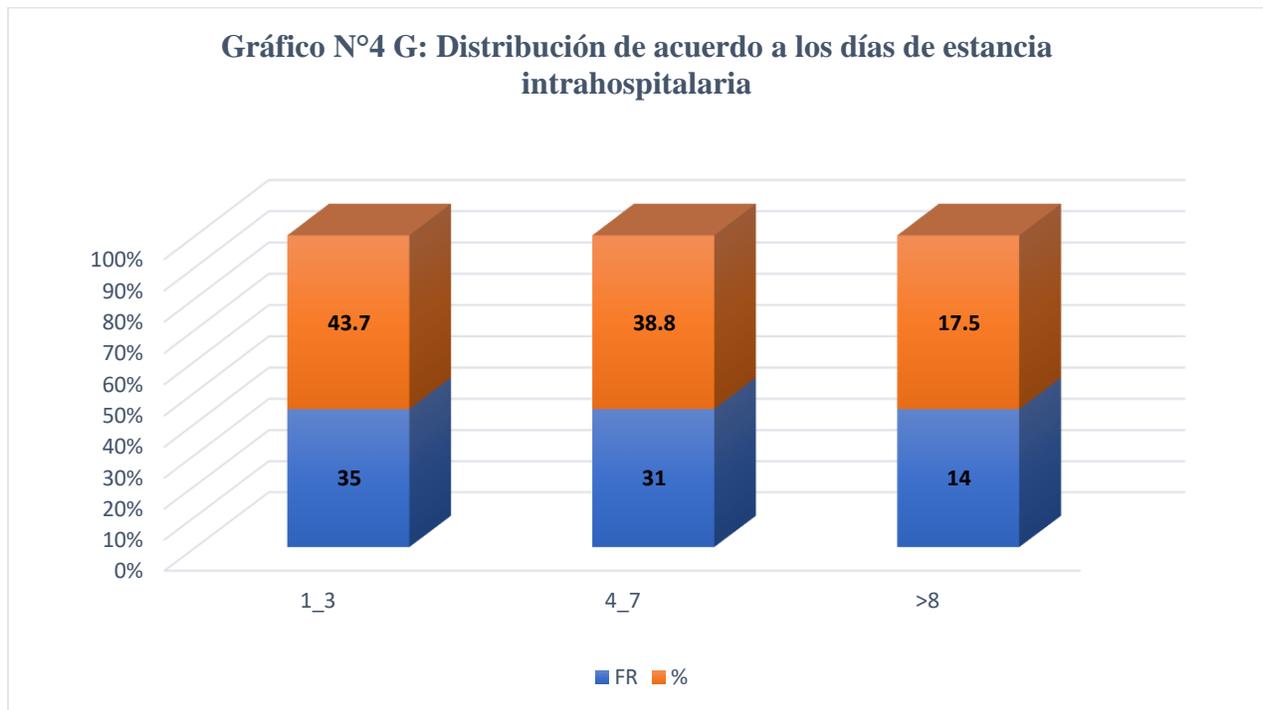
Fuente: Tabla 4

Gráfico 4.F. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo al egreso.



Fuente: Tabla 4

Gráfico 4.G. Complicaciones obstétricas en Pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo Enero -Diciembre 2019, distribución de acuerdo a los días de estancia intrahospitalaria.



Fuente: Tabla 4